

Rapporto Audit civico nell'area della salute mentale: i cittadini valutano i servizi

RAPPORTO 2010

1980-2010



Con il sostegno di

AstraZeneca 

INDICE

Introduzione	2
La struttura del Rapporto	6
Nota metodologica	7
CAPITOLO PRIMO	
Audit civico classico: i Centri di Salute Mentale - analisi dei dati 2009	10
Introduzione	12
Nota metodologica	13
Il comportamento dei Fattori.....	15
CAPITOLO SECONDO	
Audit civico nell'area della Salute Mentale: analisi dei dati	36
Il comportamento dei fattori	38
Fattore 1 – Accessibilità	38
Fattore 2 – Integrazione tra i servizi	45
Fattore 3 – Comfort	51
Fattore 4 – Sicurezza dei pazienti.....	57
Fattore 5 – Continuità assistenziale	63
Fattore 6 – Miglioramento della qualità e formazione del personale.....	72
Fattore 7 – Informazione e comunicazione	79
Fattore 8 – Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione	86
Fattore 9 – Rapporti con le famiglie.....	92
Fattore 10 – Rapporti con la comunità.....	97
CAPITOLO TERZO	
L'indagine sui Centri di salute mentale del Trentino	103
Sintesi dei dati	110
Conclusioni	115
Ringraziamenti	117
Appendice 1	119
Appendice 2	120

Introduzione

Per comprendere in modo esaustivo il percorso che ha condotto Cittadinanzattiva alla realizzazione del progetto pilota dell'Audit civico nell'area della salute mentale non si può prescindere dal contesto e dalla *mission* a partire dai quali è nato l'Audit civico.

La decisione di dotare la cittadinanza attiva di un proprio strumento di valutazione dell'azione delle aziende sanitarie – denominato Audit civico – nasce nel 2000 come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per i diritti del malato: dare una forma concreta alla centralità del cittadino, rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie, prevenire la frammentazione del servizio sanitario.

Dopo circa un decennio non è difficile rilevare, sulla base dei risultati ottenuti ma soprattutto dell'evoluzione dei servizi sanitari, che quelle istanze che hanno costituito le motivazioni di base per la messa a punto di questo strumento non solo sono rimaste attuali e centrali, ma hanno acquistato ulteriore rilevanza.

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

Nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato, nel quadro di una partnership con AstraZeneca. Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 12 aziende sanitarie. A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie, e il numero delle aziende coinvolte finora è aumentato costantemente. Dal 2004 in poi, in base a specifiche convenzioni con le Agenzie Sanitarie e gli Assessorati alla Salute delle Regioni, sono stati avviati alcuni cicli regionali, ovvero programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia. Infine, nel 2007 è stato siglato un programma nazionale di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Settore Salute (Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione e Dipartimento della Qualità) - con la finalità di favorire l'insediamento dell'Audit civico nel Sistema sanitario nazionale. Il totale delle aziende coinvolte, nel corso degli anni, nell'Audit civico è pari a 175 aziende sanitarie.

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

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

Cittadinanzattiva, attraverso la sua rete del Tribunale per i diritti del malato, raccogliendo lo stimolo dei dati contenuti nel Rapporto Pit Salute¹ 2008 (v. *infra*), e le

¹ Il PiT Salute Nazionale - Progetto integrato di Tutela nell'ambito sanitario, riceve le segnalazioni dei cittadini da tutto il territorio italiano ed elabora un Rapporto annuale.

sollecitazioni provenienti dalle Assemblee Territoriali dislocate su tutto il territorio nazionale - emerse anche durante il Terzo Congresso Nazionale del dicembre 2008 -, ha deciso di approfondire il tema, già ampiamente presente nella sensibilità dei suoi cittadini attivi², della qualità dei servizi per la salute mentale, valutandoli.

Come accennato, dalle molte segnalazioni fatte dai cittadini al servizio Pit Salute, emerge un vero e proprio **allarme sociale**, dato anche da un'insostenibilità **della situazione in famiglia** e dalle **difficoltà di accesso alle cure** mediche.

Il servizio Pit Salute ha registrato negli ultimi anni un aumento vertiginoso delle segnalazioni in quest'ambito, che hanno interessato, dato preoccupante, la fascia d'età più "produttiva" della popolazione, quella compresa tra i 23 e i 53 anni, fatto che solleva questioni cruciali relative alle capacità del sistema di favorire percorsi di inserimento lavorativo e sociale.

Il dato relativo all'insostenibilità della famiglia costituisce la tipologia di segnalazione più frequente, ed è aumentato molto negli anni: l'assenza di una rete utile ed efficace in grado di connettere i servizi presenti sul territorio e garantire sia la continuità terapeutica che la qualità e la specificità del servizio, e la carenza di supporto e di presa in carico sempre più si abbinano a un senso di abbandono delle Istituzioni e a una vera e propria insostenibilità economica.

L'altra grande criticità illustrata dai dati del Pit Salute è la difficoltà di accesso alle cure pubbliche, dal momento che i servizi non riescono ad assorbire in modo adeguato la domanda di cura ed assistenza (cicli di terapia, centri diurni, strutture specializzate), i tempi di attesa per l'accesso sono eccessivi e viene lamentato anche uno scarso sostegno psicologico e psicoterapeutico. La terza tipologia di segnalazione più diffusa è stata quella relativa all'accessibilità alle informazioni - informazioni sulle modalità di accesso e funzionamento dei servizi, rispetto ai diritti e alle opportunità di cura per un paziente psichiatrico, ecc. -, segno che la carenza informativa rappresenta un tema dolente e particolarmente rilevante in un ambito delicato come quello della salute mentale. In aumento si sono mostrate anche le segnalazioni in tema di *malpractice*, inadeguatezza delle strutture di ricovero e mobilità sanitaria distrettuale. Queste carenze gravano in particolar modo sulle famiglie, delle quali si acuisce la debolezza: sentono difficile e faticoso prendersi cura del familiare con sofferenza mentale, e lamentano un senso di inadeguatezza nell'aiuto che sono in grado di offrire, con conseguente impatto sulle possibilità di guarigione.

Il contesto brevemente delineato conduce alla scelta di Cittadinanzattiva di avviare nel 2009, in partnership con AstraZeneca, un progetto pilota volto a realizzare una **valutazione civica** in un ambito così rilevante per i cittadini, quale quello dei **servizi di Salute mentale**.

Per la validità dello strumento Audit civico, che ha raggiunto, come si è ricordato, importanti risultati, e per la sua efficacia ormai consolidata nell'innescare processi di

² Tra i molti documenti prodotti, citiamo: la "Carta dei Principi per la Salute Mentale", a cura della Sede provinciale di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato del Trentino; il documento/appello con oggetto "Tutela della Salute Mentale e Diritti di Cittadinanza", redatto dal Coordinamento Nazionale Salute Mentale e Diritti (di cui fa parte Cittadinanzattiva); il Manifesto U.N.A.S.A.M. del Marzo '08, sottoscritto da 12 Associazioni, tra cui Cittadinanzattiva.

miglioramento, si è deciso di continuare a sperimentarne la metodologia per la valutazione dei servizi di Salute mentale.

Il programma Audit civico ha permesso infatti, nel corso degli anni, di mettere a punto una metodologia della valutazione civica, caratterizzata da due dimensioni fondamentali: la **struttura di valutazione** e la **partecipazione dei cittadini**.

La **valutazione civica** conferisce al punto di vista del cittadino la necessaria dimensione tecnica, in quanto:

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

La **definizione della struttura di valutazione** si propone di connettere le informazioni "analitiche" che descrivono aspetti molto concreti della realtà, con valutazioni "sintetiche", riguardanti gli aspetti più generali della realtà stessa. La struttura di valutazione si completa con la definizione della **struttura di rilevazione**, un insieme coerente di strumenti per la raccolta dei dati e per l'elaborazione delle informazioni.

Le modalità di **coinvolgimento dei cittadini** previste nella metodologia dell'Audit civico rappresentano una **forma innovativa di partecipazione** che supera le modalità tradizionali, prevalentemente legate alla consultazione. La presenza attiva dei cittadini in tutte le fasi di svolgimento dell'Audit civico, diviene una risorsa che può consentire l'espressione autonoma e originale di uno specifico punto di vista e rende trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie.

Attraverso l'Audit civico "classico" vengono sottoposti a valutazione i CSM e i Ser.T., intesi come il livello delle cure primarie relativo all'assistenza specialistica territoriale e semi-residenziale. Per quest'ambito di applicazione vengono esaminate dimensioni quali: l'accesso alle prestazioni sanitarie, attraverso indicatori relativi sia all'accessibilità fisica (assenza di barriere architettoniche) sia all'accessibilità organizzativa (orari di apertura, differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza, ecc.); la tutela dei diritti e il miglioramento della qualità, mediante indicatori riguardanti le procedure di qualità (customer satisfaction) e il sostegno all'attività di segnalazione e reclamo; la personalizzazione delle cure, il rispetto della privacy, l'assistenza ai degenti, con indicatori che riguardano i diversi aspetti dell'umanizzazione (servizio di mediazione culturale, rispetto della privacy, elementi di cura nell'accoglienza, costanza nell'assistenza, e di coinvolgimento); il Fattore dell'informazione e della comunicazione, che è composto di indicatori relativi all'informazione logistico-organizzativa (materiali informativi, segnaletica, sito web ecc.) e al raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale; il comfort, che riguarda principalmente la qualità dei servizi igienici, le dotazioni degli spazi d'attesa e i parcheggi. Nel corso delle osservazioni è stata rilevata anche l'esistenza di segni di faticenza, di scarsa manutenzione (vetri rotti, rubinetti guasti, ecc.) o di trascuratezza (rifiuti e biancheria abbandonati, ecc.); la sicurezza strutturale è stata rilevata attraverso un numero contenuto di indicatori particolarmente

significativi, selezionati sulla base degli esiti della Campagna "Ospedale sicuro", replicata annualmente dal 1998 al 2004, relativi alla segnaletica per gli estintori e per le vie di fuga e alla piantina del piano di evacuazione. Per quanto concerne la prevenzione, viene rilevato un solo indicatore, relativo alla distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nei CSM: come già sottolineato, il livello di applicazione dei CSM costituisce solo una piccola parte della potenzialità valutativa dell'Audit civico nel suo complesso, nel quale, appunto, la prevenzione viene invece abbondantemente indagata nel livello direzionale dell'Azienda sanitaria.

La realizzazione di questo Progetto pilota nasce anche dalla volontà di approfondire alcuni aspetti dei Centri di Salute Mentale, che non vengono valutati nell'Audit civico "classico".

La finalità generale del Progetto pilota è stata di fornire ai cittadini e agli operatori sanitari uno strumento in grado di svolgere una **valutazione civica della qualità del servizio di salute mentale**, sia per valorizzare le realtà più all'avanguardia e le buone pratiche, sia per comprendere meglio le carenze delle strutture e dei servizi che non sono altrettanto adeguati a rispondere ai bisogni di salute del proprio territorio.

Le tipologie di strutture coinvolte sono:

- i **DSM**, Dipartimenti di salute mentale, per il ruolo centrale che svolgono in quanto livelli direzionali nella gestione della cura della salute mentale, motori delle politiche, e coordinatori di tutte le strutture sul territorio;
- i **CSM**, Centri di salute mentale, in quanto fulcro dell'erogazione sul territorio di tutte le attività di gestione ordinaria della malattia;
- gli **SPDC**, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, in quanto è emerso come livello rilevante da valutare quello relativo a tutta la gestione ospedaliera delle acuzie.

I temi oggetto della valutazione civica sono stati:

- *l'accessibilità al servizio;*
- *l'integrazione tra i servizi;*
- *il comfort delle strutture;*
- *la sicurezza dei pazienti;*
- *la continuità assistenziale;*
- *il miglioramento della qualità e la formazione professionale;*
- *l'informazione e la comunicazione;*
- *la personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione;*
- *i rapporti con le famiglie;*
- *i rapporti con la comunità;*

La struttura del Rapporto

Il Rapporto dell'**Audit civico nell'area della salute mentale**³ è stato articolato in sei parti, precedute da una introduzione.

Inizialmente viene introdotto il Progetto - connettendolo al contesto e al quadro di attività in cui ha trovato origine e motivazione d'essere - e ad illustrare le ragioni fondative dell'Audit civico "classico" prima, e dell'Audit civico nell'area della salute mentale poi.

La prima parte costituisce la nota metodologica dell'Audit civico nell'area della salute mentale.

La seconda parte ospita la sezione in cui, come si è anticipato nell'introduzione generale, vengono esposti i dati, estrapolati e rielaborati, relativi ai 99 Centri di Salute Mentale (CSM) oggetto di valutazione con l'Audit civico "classico", realizzato nel 2009. Questa parte si compone di un'introduzione, di una breve nota metodologica e del comportamento dei Fattori, in cui vengono presentate le risultanze dei dati.

Il cuore del Rapporto è contenuto nella terza parte, in cui sono esposte le elaborazioni dei dati rilevati con il Progetto Pilota, svolto in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale di 6 Aziende Sanitarie.

La quarta parte è dedicata all'illustrazione dell'indagine sui Centri di salute mentale realizzata nella Provincia autonoma di Trento, come approfondimento di un argomento di interesse locale nell'ambito delle applicazioni dell'Audit civico "classico".

L'ultima parte del Rapporto è, come d'obbligo, destinata alle valutazioni conclusive.

Sono presenti due Appendici, contenenti le anagrafiche delle realtà coinvolte nel Progetto e l'elenco degli indicatori rilevati.

³ Il presente Rapporto è stato redatto da Michela Liberti, -responsabile del progetto-, Alessio Terzi, -presidente di Cittadinanzattiva-, Francesca Moccia -coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato- e Rosapaola Metastasio -responsabile del coordinamento operativo del progetto-.

Nota metodologica

La metodologia utilizzata nell'Audit civico della salute mentale ricalca quella dell'Audit civico "classico".

Il primo passo è stato la **definizione della struttura di valutazione**, che si propone di connettere le informazioni "analitiche" che descrivono aspetti molto concreti della realtà, con valutazioni "sintetiche", riguardanti gli aspetti più generali della realtà stessa. Per la definizione della struttura di valutazione è stato insediato un Tavolo di lavoro, costituito da esperti⁴, che ha permesso di individuare sia i fattori di valutazione sia gli indicatori da osservare.

I **fattori di valutazione** oggetto dell'Audit civico nell'area della salute mentale sono:

- l'accessibilità al servizio
- l'integrazione tra i servizi
- il comfort delle strutture
- la sicurezza dei pazienti
- la continuità assistenziale
- il miglioramento della qualità e la formazione professionale
- l'informazione e la comunicazione
- la personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione
- i rapporti con le famiglie
- i rapporti con la comunità.

Gli **indicatori** che costituiscono ciascun fattore di valutazione sono stati individuati⁵ sulla base della normativa vigente in materia, della letteratura di riferimento e di politiche portate avanti dalle associazioni di settore.

L'ultimo elemento che definisce la struttura di valutazione sono i **livelli di applicazione**, vale a dire gli ambiti nei quali effettuare la rilevazione degli indicatori.

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

Livello 1 - DSM, Dipartimenti di salute mentale, per il ruolo centrale che svolgono in quanto livelli direzionali nella gestione della cura della salute mentale, motori delle politiche, e coordinatori di tutte le strutture sul territorio;

Livello 2 - SPDC, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, in quanto è emerso come livello rilevante da valutare quello relativo a tutta la gestione ospedaliera delle acuzie.

Livello 3 - CSM, Centri di salute mentale, in quanto fulcro dell'erogazione sul territorio di tutte le attività di gestione ordinaria della malattia.

⁴ L'elenco dei partecipanti è riportato nei ringraziamenti.

⁵ Per conoscere l'elenco dettagliato degli indicatori vedi Appendice 2.

Qui di seguito è riportata la distribuzione degli indicatori nei diversi Fattori di valutazione e livelli di applicazione:

Tab. 1 Articolazione in fattori e indicatori della struttura di valutazione

VALUTAZIONE CIVICA DELLA QUALITA' DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE	<u>L1-</u> <u>DSM</u>	<u>L2-</u> <u>SPDC</u>	<u>L3-</u> <u>CSM</u>
Fattore 1 – ACCESSIBILITÀ	5	13	22
Fattore 2 – INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI	22	3	10
Fattore 3 – COMFORT	-	24 + 10 SD*	17 + 8 SD
Fattore 4 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	7	11	6
Fattore 5 – CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	16	14	24
Fattore 6 – MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E FORMAZIONE DEL PERSONALE	5	5	5
Fattore 7 – INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	7	23	17
Fattore 8 – PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, PRIVACY E UMANIZZAZIONE	10	17	10
Fattore 9 – RAPPORTI CON LE FAMIGLIE	7	5	5
Fattore 10 – RAPPORTI CON LA COMUNITA'	7	5	9

* Segni di degrado. (V. la trattazione del Fattore Comfort)

Gli strumenti di rilevazione

Per la raccolta dei dati sono stati messi a punto degli strumenti di rilevazione, così articolati:

- **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE:**
 - o Questionario per il Responsabile del DSM (QL1)

- **SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA**
 - o Questionario per il Responsabile del SPDC (QL2)
 - o Griglia di osservazione (GOL2)

- **CENTRO DI SALUTE MENTALE:**
 - o Questionario per il Responsabile del CSM (QL3)
 - o Griglia di osservazione (GOL3)

Gli indici di adeguatezza agli standard

Gli indicatori sono tutti associati ad uno standard riconosciuto ed è quindi possibile calcolare, con semplici accorgimenti, in ogni livello e per ogni fattore un Indice di adeguatezza degli standard (IAS). Quando lo standard è pienamente conseguito, all'indicatore viene attribuito valore 100, mentre zero viene assegnato nel caso opposto; i gradi intermedi indicano un raggiungimento parziale dello standard.

CAPITOLO PRIMO

Audit civico classico: i Centri di Salute Mentale - analisi dei dati 2009

Il presente capitolo attinge ai dati contenuti nel VI Rapporto Audit civico - 2009⁶, ed è realizzato estrapolando e rielaborando i dati relativi ai 99 Centri di Salute Mentale (CSM) che sono stati oggetto di valutazione.

Tab. 2 Elenco dei Centri di Salute mentale valutati con l'Audit civico 2009

Aziende (42)	CSM (99)
11 ciclo NAZ 13 ciclo PIEMONTE + 1 ciclo TRENTO + 5 ciclo FVG + 7 ciclo LAZIO + 5 ciclo ABRUZZO	18 ciclo NAZ 26 ciclo PIEMONTE + 11 ciclo TRENTO + 12 ciclo FVG + 18 ciclo LAZIO + 14 ciclo ABRUZZO
ASL Enna	CSM Enna
	CSM Nicosia CSM Piazza Armerina
ASL Lanusei	CSM Lanusei CSM Tortolì
ASL Nuoro	CSM Macomer CSM Nuoro CSM Siniscola CSM Sorgono
ASL Oristano	CSM di Oristano
ASL 8 CAGLIARI	CSM Cagliari
ASP CATANIA	CSM Gravina CSM Paternò
ASUR ZONA TERR. 1 - PESARO	CSM Pesaro
ASUR ZONA TERR. 2 - URBINO	CSM Urbino
ASUR ZONA TERR. 3 - FANO	CSM Fano
ASUR ZT 8 - CIVITANOVA MARCHE - MC	CSM Civitanova
AUSL Chioggia	CSM Chioggia
ASL TO 1	CSM corso U. Sovietica CSM via Montevideo
ASL TO 2	CSM corso Lecce CSM via Cardinal Massaia
ASL TO 3	CSM Grugliasco CSM Pianezza CSM Venaria CSM via Selvaggio
ASL TO 4	CSM Chivasso CSM Ciriè CSM San Mauro
ASL TO 5	CSM Chieri CSM Nichelino
ASL Vercelli	CSM Vercelli
ASL Biella	CSM Biella
ASL Novara	CSM Arona CSM Galliate
ASL VCO	CSM Domodossola
ASL Cuneo1	CSM Mondovì CSM Saluzzo

⁶ Il Rapporto è stato presentato a Roma il 10 giugno 2010

	CSM Savigliano
ASL Cuneo 2	CSM di Alba
ASL ASTI	CSM Asti
ASL Alessandria	CSM Casale Monferrato CSM Novi Ligure CSM Tortona
APSS TRENTO	CSM Arco CSM Borgo Valsugana CSM Cavalese CSM Cles CSM Malè CSM Mezzocorona CSM Pergine CSM Rovereto CSM Tione CSM Tonadico CSM Trento
ASS 4 MEDIO FRIULI	CSM S.Daniele CSM Tarcento
ASS2 ISONTINA	CSM Monfalcone
ASS3 ALTO FRIULI	CSM Gemona CSM Tolmezzo
ASS5 BASSA FRIULANA	CSM Latisana CSM Palmanova
ASS6 FRIULI OCCIDENTALE	CSM Azzano Decimo CSM Maniago CSM Pordenone CSM San Vito al Tagliamento
	CSM Spilimbergo
ASL RM C	CSM via Monza
ASL RM E	CSM via A. di Giorgio CSM via Boccea CSM via Gasparri CSM via Innocenzo IV CSM via Monte Santo CSM via Plinio CSM via S. Godenzo CSM via Ventura
ASL RM G	CSM Guidonia CSM Subiaco
ASL RM H	CSM sede di Anzio/Nettuno CSM sede di Pomezia
ASL Viterbo	CSM Tarquinia CSM Viterbo
ASL Rieti	CSM Rieti
ASL Latina	CSM Formia
	Dipartimento di Neuropsichiatria infantile
ASL 1 Avezzano-Sulmona	CSM Avezzano CSM Sulmona
ASL 2 Chieti	CSM Chieti CSM Ortona
ASL 3 Lanciano Vasto	CSM Lanciano CSM Vasto
ASL Pescara	CSM Penne CSM Pescara Nord CSM Pescara Sud CSM Tocco da Casauria
ASL 6 Teramo	CSM Atri CSM Giulianova CSM Sant'Egidio alla Vibrata CSM Teramo

Introduzione

Come si è detto nell'Introduzione generale del presente Rapporto, il Progetto dell'Audit civico nell'area della salute mentale non nasce *ex novo*, ma si inserisce nel solco di una consolidata esperienza nel campo della valutazione civica dei servizi sanitari: l'Audit civico "classico", grazie alla notevole articolazione della sua struttura, risponde ad un ampio sforzo di valutazione, che si avvale di un'"architettura" composta di 3 Componenti, 12 Fattori e circa 380 indicatori.

In questa sede si è dunque ritenuto utile, prima di esporre le risultanze del Progetto pilota, inserire una sezione sull'Audit civico complessivo estrapolandone gli indicatori, e i dati, relativi ai soli Centri di Salute Mentale. Per questo motivo ciò che questo capitolo fornisce va inteso come uno spaccato, necessariamente parziale, e mostra Fattori che in alcuni casi sono composti da pochi indicatori.

Si esamineranno dimensioni quali: l'accesso alle prestazioni sanitarie, attraverso indicatori relativi sia all'accessibilità fisica (assenza di barriere architettoniche) sia all'accessibilità organizzativa (orari di apertura, differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza, ecc.); la tutela dei diritti e il miglioramento della qualità, mediante indicatori riguardanti le procedure di qualità (customer satisfaction) e il sostegno all'attività di segnalazione e reclamo; la personalizzazione delle cure, il rispetto della privacy, l'assistenza ai degenti, con indicatori che riguardano i diversi aspetti dell'umanizzazione (servizio di mediazione culturale, rispetto della privacy, elementi di cura nell'accoglienza, costanza nell'assistenza, e di coinvolgimento); il Fattore dell'informazione e della comunicazione, che è composto di indicatori relativi all'informazione logistico-organizzativa (materiali informativi, segnaletica, sito web ecc.) e al raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale; il comfort, che riguarda principalmente la qualità dei servizi igienici, le dotazioni degli spazi d'attesa e i parcheggi. Nel corso delle osservazioni è stata rilevata anche l'esistenza di segni di fatiscenza, di scarsa manutenzione (vetri rotti, rubinetti guasti, ecc.) o di trascuratezza (rifiuti e biancheria abbandonati, ecc.); la sicurezza strutturale è stata rilevata attraverso un numero contenuto di indicatori particolarmente significativi, selezionati sulla base degli esiti della Campagna "Ospedale sicuro", replicata annualmente dal 1998 al 2004, relativi alla segnaletica per gli estintori e per le vie di fuga e alla piantina del piano di evacuazione.

Per quanto concerne la prevenzione, il lettore troverà un solo indicatore, relativo alla distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nei CSM: come già sottolineato, il livello di applicazione dei CSM costituisce solo una piccola parte della potenzialità valutativa dell'Audit civico nel suo complesso, nel quale, appunto, la prevenzione viene invece abbondantemente indagata nel livello direzionale dell'Azienda sanitaria.

Nota metodologica

La struttura di valutazione dell'Audit civico complessivo, per quanto concerne la valutazione del solo ambito dei Centri di salute Mentale⁷, si basa su 2 **Componenti**, intese come dimensioni generali, che a loro volta si articolano in 7 **Fattori di valutazione**, indagati attraverso la rilevazione di una serie di **indicatori**.

Le due Componenti:

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

I Fattori di valutazione per ognuna delle componenti:

Orientamento ai cittadini:

1. accesso alle prestazioni sanitarie
2. tutela dei diritti e miglioramento della qualità
3. personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenti
4. informazione e comunicazione
5. comfort.

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

6. sicurezza delle strutture
7. prevenzione.

Di seguito è riportata la distribuzione degli indicatori nei diversi Fattori di valutazione, per la valutazione dei CSM:

Tab. 3 Articolazione in fattori e indicatori della componente "Orientamento ai cittadini"

Fattori	L3c
1.1 - Accesso alle prestazioni sanitarie	10
1.2 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	6
1.3 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti	8
1.4 - Informazione e comunicazione	9
1.5 - Comfort	9

Nel caso del Fattore comfort vengono rilevati anche dei segni di degrado (eventi indicatori di fatiscenza, trascuratezza e scarsa manutenzione)

Tab. 4 Articolazione in fattori e indicatori "Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"

Fattori	L3c
---------	------------

⁷ Per un'illustrazione esaustiva dell'impianto metodologico dell'Audit civico complessivo, consultare il VI Rapporto – 2009, al seguente indirizzo: <http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico/vi-rapporto-audit-civico.html>

2.7 - Sicurezza delle strutture	3
2.10 - Prevenzione	1

In questa tabella sono riportati solo i Fattori di valutazione osservati nei CSM.

Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati: **un questionario** rivolto al responsabile del CSM oggetto di valutazione, e **una Griglia di osservazione**, ossia una *check list* per l'osservazione diretta della struttura sanitaria da parte degli *auditors* (cittadini e operatori sanitari).

Gli indicatori sono tutti associati ad uno standard riconosciuto⁸ ed è quindi possibile calcolare, con semplici accorgimenti, per ogni fattore un **Indice di adeguamento degli standard (IAS)**. Quando lo standard è pienamente conseguito, all'indicatore viene attribuito valore 100, nel caso opposto 0. La media ponderale dei valori raggiunti dai grappoli di indicatori nelle caselle è il valore dello IAS, e la differenza fra il valore dell'IAS e 100 misura lo scarto fra le situazioni constatate e il pieno adeguamento di tutti gli standard.

⁸ Le fonti utilizzate per il riconoscimento degli standard sono state le raccomandazioni delle istituzioni internazionali, le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte dei servizi, la Carte dei diritti del malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.

Il comportamento dei Fattori

La banca dati consentirebbe una descrizione estremamente analitica del comportamento dei Fattori. È sembrato più opportuno, però, proporre un'illustrazione più sintetica per fornire un supporto alla lettura dei dati rilevati con il progetto pilota dell'Audit civico nell'area della salute mentale.

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

Per ogni Fattore viene presentato il **livello medio di adeguamento agli standard** considerati dall'Audit civico - misurato dall'Indice generale di adeguamento (IAS) calcolato come media aritmetica degli indici rilevati nelle Aziende Sanitarie che hanno partecipato al ciclo nazionale e ai cicli regionali - con la relativa classificazione secondo le categorie utilizzate (vedi sotto).

Segue la tabella contenente l'elenco dei singoli indicatori rilevati e ordinati in modo decrescente in base al relativo valore medio.

Per dare una prima sommaria idea della variabilità presente nel sistema, l'indice medio di adeguamento del Fattore viene presentato accompagnandolo con il valore massimo e il valore minimo registrati nell'universo dei CSM valutati.

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

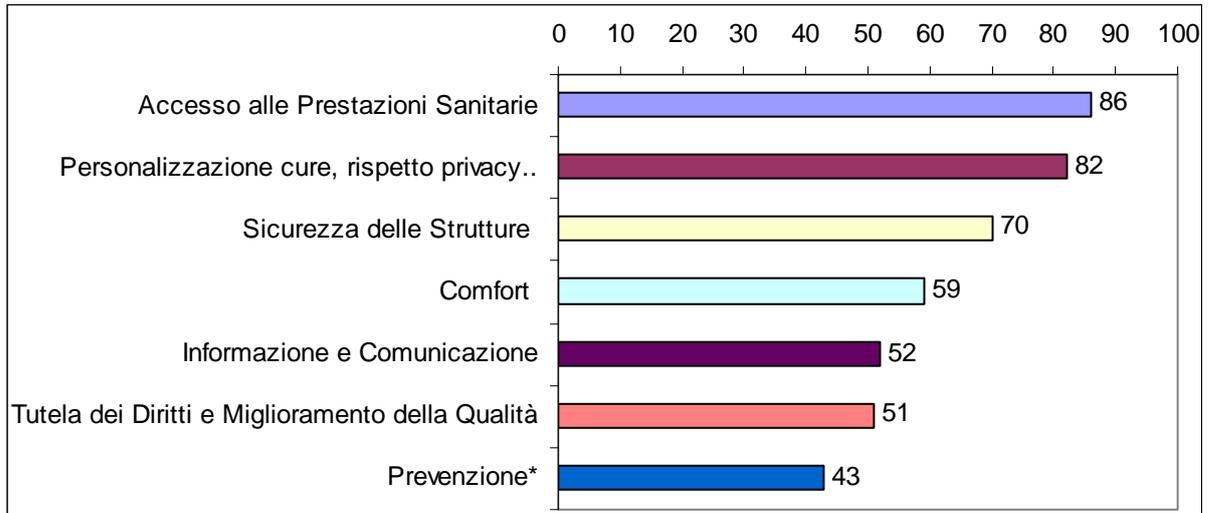
Eccellente	91-100
Buono	81-90
Discreto	61-80
Mediocre	41-60
Scadente	21- 40
Pessimo	fino a 20

Il calcolo dell'IAS, in base al quale sono ripartite le strutture nelle varie classi, è riferito ai CSM.

Infine viene presentato il **comportamento del Fattore nelle diverse realtà territoriali**. Questo descrittore ha lo scopo evidente di osservare se la collocazione del CSM in un determinato territorio possa essere collegata con il livello di attuazione degli standard. La composizione dell'universo è alquanto sbilanciata, ma è possibile comunque mettere a disposizione l'informazione della distribuzione dei CSM per classi di adeguamento agli standard e per ripartizione geografica. Sulla base del valore medio dell'IAS raggiunto nel Fattore, i CSM sono stati collocati nelle classi di adeguamento illustrate in precedenza, distintamente per le classiche ripartizioni geografiche:

- Nord: 50 CSM ripartiti tra Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto
- Centro: 27 CSM ripartiti tra Lazio e Marche
- Sud e Isole: 22 CSM ripartiti tra Abruzzo, Sicilia, Sardegna.

Fig. 1 Valori medi degli IAS dei Fattori



**Nei CSM la prevenzione è stata rilevata con un solo indicatore, relativo alla distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico.*

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Come risulta chiaro dalla Figura, nessun Fattore raggiunge l'eccellenza.

C'è un gruppo di Fattori (4 su 7) che presentano in IAS medio mediocre. La prevenzione ha il valore più basso, ma bisogna tenere presente che è stato rilevato solo un indicatore (Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura). Critici sono anche la tutela dei diritti e il miglioramento della qualità e l'informazione e la comunicazione.

Il Comfort si attesta su un valore medio dell'IAS ancora nella mediocrità.

L'accesso alle prestazioni e la personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenti sono buoni, ma, presentano IAS medi comunque ancora bassi, data la crucialità dei temi e la delicatezza dell'ambito (rispettivamente 86 e 82).

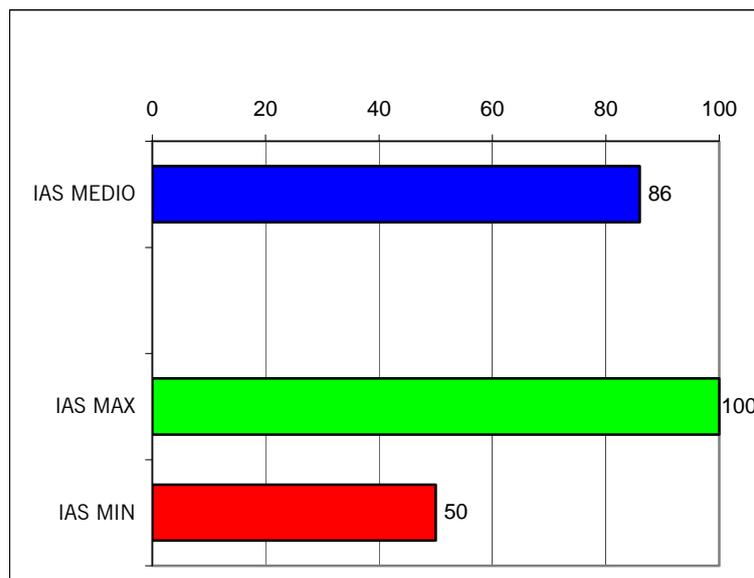
I^a Componente: Orientamento verso i cittadini**FATTORE 1.1 - ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

Giudizio 2009: BUONO (IAS medio 86)

Tab. 5

Indicatori valutati: 10	IAS medio
Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta	100
Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale	99
Strutture diurne collegate	95
Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)	93
Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura	93
Strutture residenziali collegate	89
Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio	79
Barriere architettoniche nella struttura	79
Numero giorni di apertura settimanale	71
Numero ore al giorno di apertura del servizio	57

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 2 Accesso alle Prestazioni Sanitarie - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

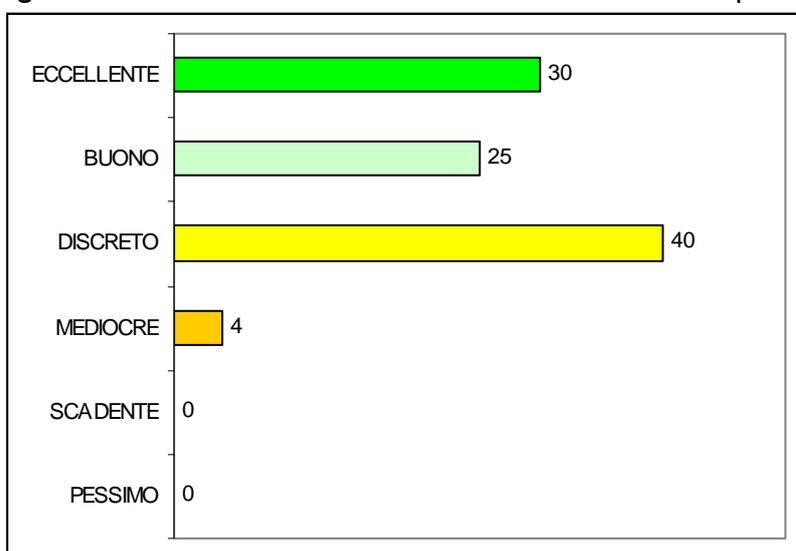
Come si evince dalla tabella e dal grafico soprastanti, l'Accesso alle prestazioni nei 99 CSM valutati è complessivamente buono, sebbene il valore medio derivi da situazioni molto distanti: 19 CSM hanno preso 100 e un CSM ha preso 50.

Osservando il dettaglio degli indicatori rilevati, emerge che la metà di essi supera l'IAS medio di 90 (o lo sfiora): possono essere dunque considerati standard acquisiti la possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta, la differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il

colloquio iniziale, la presenza di strutture diurne collegate, la prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.), la fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura, si approssima ad essere uno standard anche la presenza di strutture residenziali.

L'unico indicatore che appare nettamente come un punto dolente è il numero di ore al giorno di apertura del servizio, che per la struttura di valutazione dell'Audit civico deve essere almeno pari a 12: l'indice raggiunto da questo indicatore, pur non essendo inferiore alla soglia convenzionalmente considerata di criticità nell'Audit civico, è mediocre (57), confermando la generalizzata problematica che le strutture territoriali non costituiscono un punto di riferimento costante per le persone con sofferenza mentale.

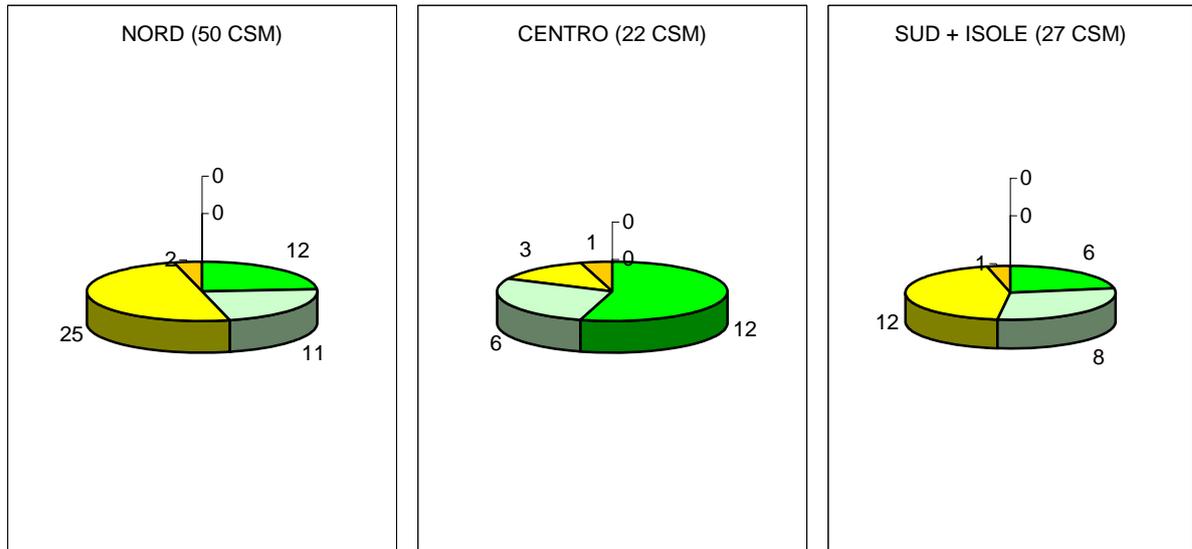
Fig. 3 Accesso alle Prestazioni Sanitarie - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard



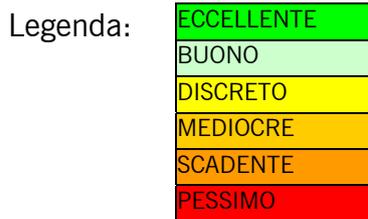
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Osservando nel dettaglio come si distribuiscono i 99 CSM valutati, emerge come, sebbene l'assenza di CSM nelle classi pessima e scadente sia confortante, ci sono comunque 4 CSM mediocri dal punto di vista dell'accessibilità, e la quota maggiore occupa la classe discreta, in cui confluiscono le strutture con un valore dell'IAS comunque lontano dalla piena soddisfazione degli standard, e quindi inaccettabile (tra 61 e 80), soprattutto considerando che nell'area della salute mentale l'accessibilità ai servizi acquista una rilevanza ancor maggiore e delicata.

Fig. 4 Accesso alle Prestazioni Sanitarie - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009



Per il Fattore Accesso il Centro presenta una situazione buona, con la metà dei CSM eccellenti; il Nord e il Sud mostrano una distribuzione simile, sbilanciata sulla classe discreta.

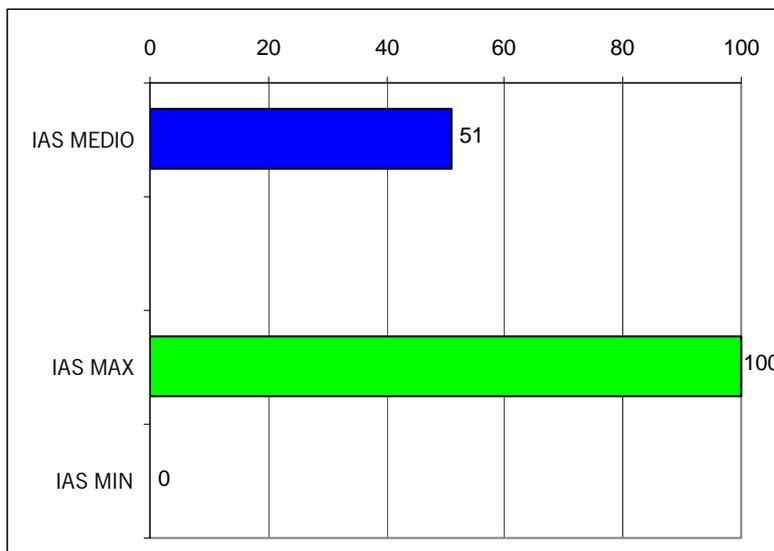
FATTORE 1.2 - TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Giudizio 2009: MEDIOCRE (IAS medio 51)

Tab. 6

Indicatori valutati: 6	IAS medio
Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio	85
Disponibilità all'ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami	60
Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini	53
Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti	47
Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini	45
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio: utilizzo di personale addestrato; domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza, medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine	17

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 5 Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il Fattore in esame ha un profilo preoccupante: sebbene siano presenti strutture che soddisfano tutti gli standard, sono soltanto 5 su 99; tre CSM hanno avuto un IAS pari a 0 e mediamente il Fattore è mediocre.

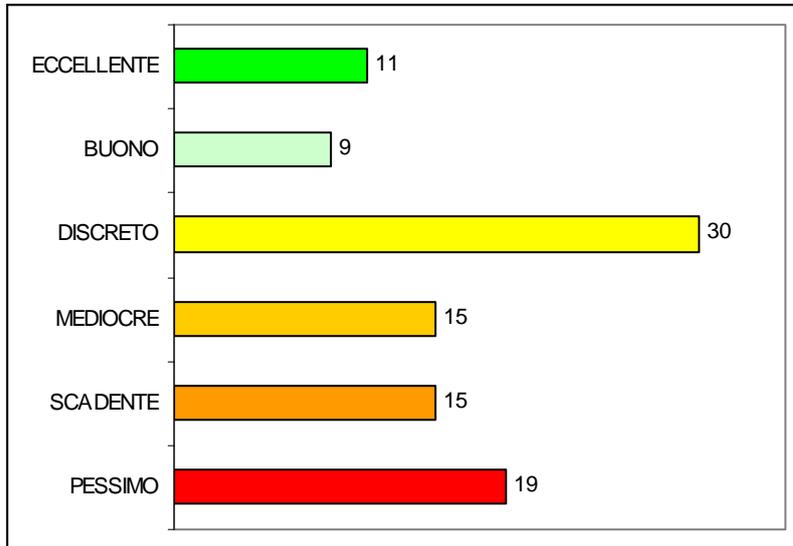
Inoltre non compare nessun indicatore, tra quelli rilevati, che abbia un IAS medio uguale o superiore a 90, e che quindi possa essere considerato uno standard acquisito.

Il dettaglio degli indicatori rivela in generale una scarsa attenzione verso i bisogni e "l'ascolto" degli utenti, in merito sia all'informazione sulla possibilità di effettuare segnalazioni e reclami, che al fornire gli strumenti per esprimere le proprie osservazioni.

Quasi assente la volontà di rilevare in modo sistematico la soddisfazione degli utenti e dei familiari.

L'unico indicatore che si attesta su un livello buono è il Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio.

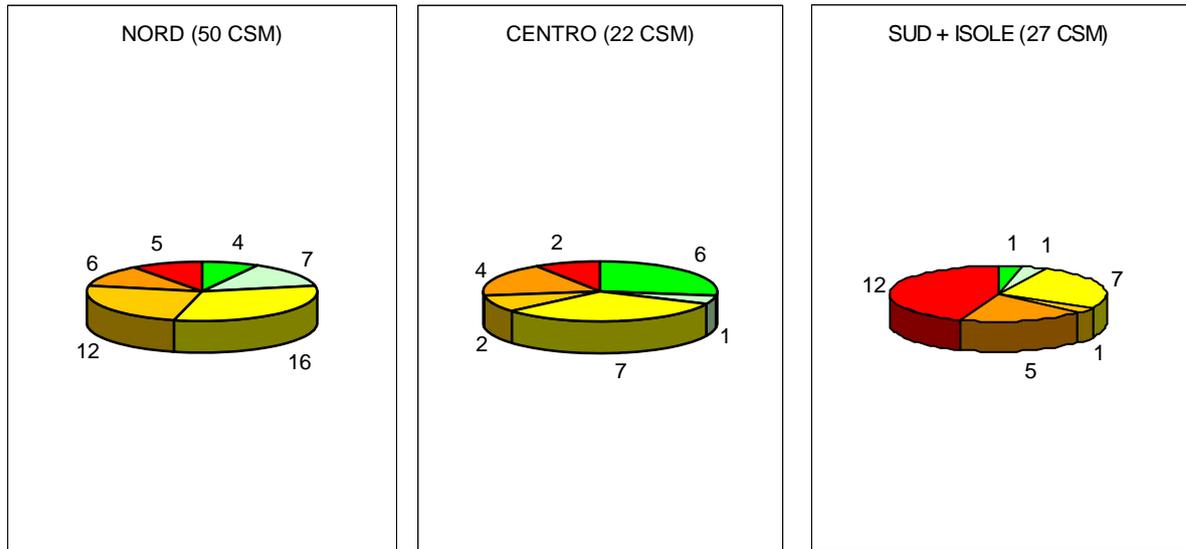
Fig. 6 Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard



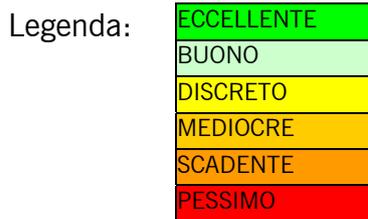
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Per quanto concerne poi la ripartizione dei CSM nelle fasce di adeguamento, emerge un quadro in cui la classe discreta è quella più "popolosa", seguita dai CSM pessimi (ben 19) e poi dalle classi scadente e mediocre (15 ciascuna).

Fig. 7 Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009



Nell'ambito delle considerazioni fatte sopra, può essere interessante osservare la distribuzione dei CSM per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche: spicca l'elevata concentrazione di CSM pessimi al Sud (44%). Il Nord e il Centro presentano una distribuzione piuttosto analoga, ma al Centro si nota in proporzione una quota leggermente maggiore di strutture eccellenti.

FATTORE 1.3 PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI E ALLE LORO FAMIGLIE

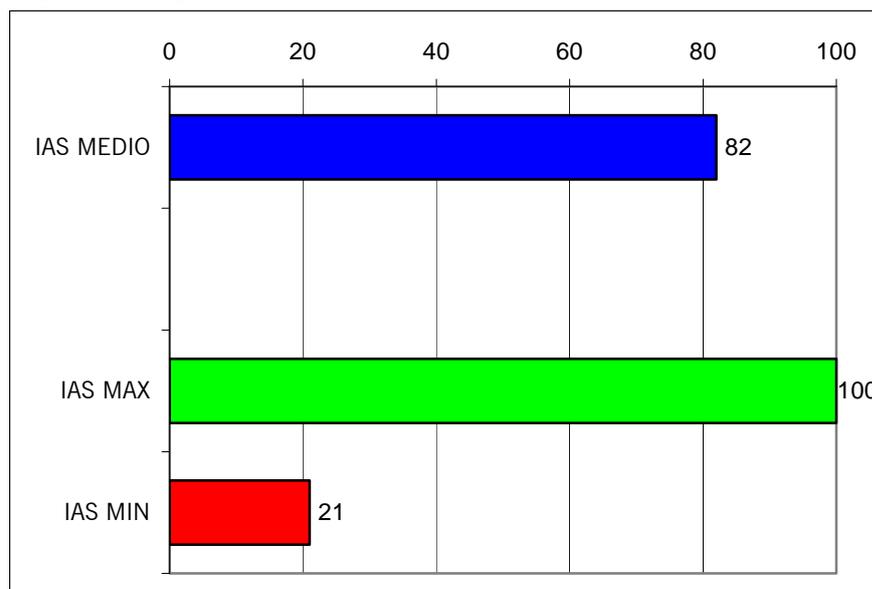
Giudizio 2009 = BUONO (IAS medio 82)

Tab. 7

Indicatori valutati: 8	IAS medio
Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	98
Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	98
Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata	92
Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)	86
Luogo visibile per le informazioni	76
Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	66
Servizio di mediazione culturale	44

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 8 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La rilevanza del Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti” nell’ambito dei Centri di Salute Mentale è evidente, soprattutto considerando i tipi di indicatori attraverso cui viene valutato. L’attenzione alla *persona* con sofferenza psichica - nei vari aspetti di rispetto della privacy, di cura nell’accoglienza, costanza nell’assistenza, di coinvolgimento, ecc. – può fare la differenza.

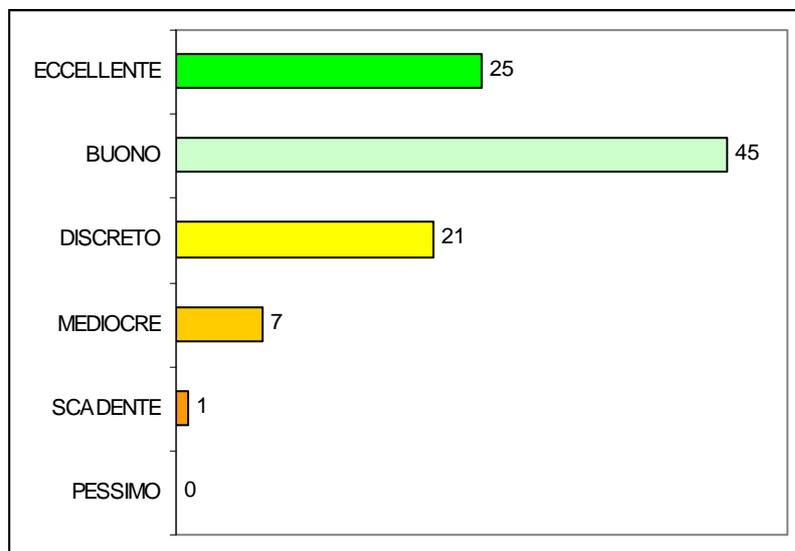
Il Fattore in esame mostra un valore medio appena buono, con un sensibile scarto tra il valore massimo e quello minimo. Prendendo in considerazione però il numero di CSM che si sono attestati su tali estremi, si nota che soltanto una struttura presenta il valore minimo (21), mentre sono ben 17 i CSM che hanno raggiunto il pieno adeguamento agli standard.

Il comportamento medio degli indicatori rivela che, a dispetto dell'eccellenza della maggior parte degli 8 indicatori rilevati, 3 sono responsabili dell'abbassamento del valore medio: spicca come criticità diffusa l'assenza di un servizio di mediazione culturale, carenza che non ha bisogno di commenti.

Gli altri due indicatori con un IAS medio decisamente lontano da un livello accettabile sono la Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico -quando utile e previo consenso del paziente- (66), e un Luogo visibile per le informazioni (76).

Una nota positiva: può dirsi pressoché acquisito il rispetto della privacy, declinato qui come assenza di violazioni rispetto alle informazioni mediche e alle cartelle dei pazienti.

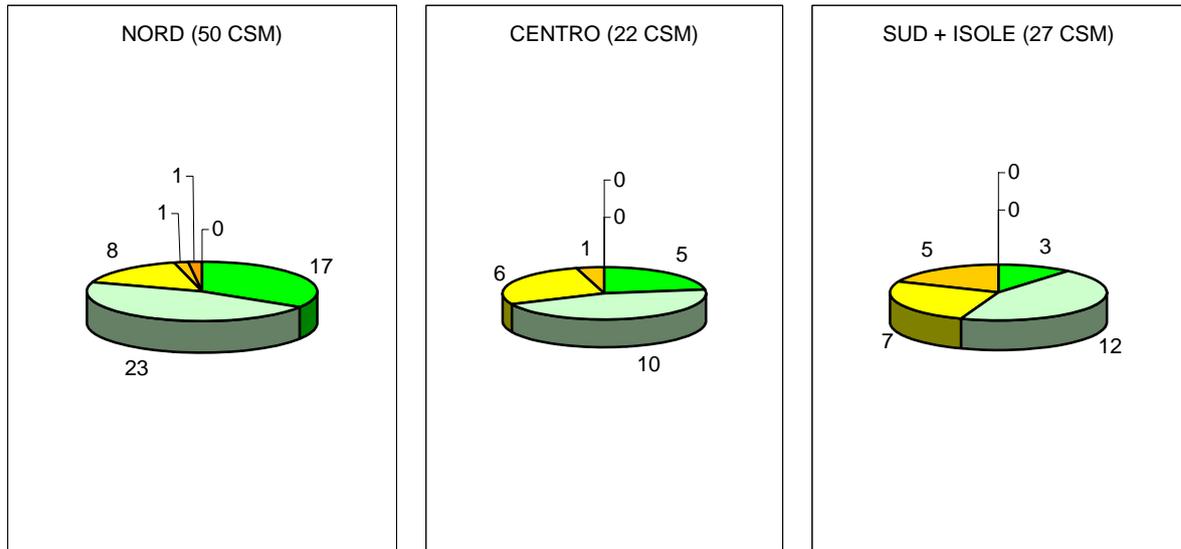
Fig. 9 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard



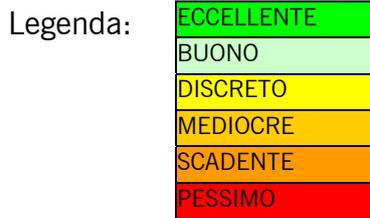
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La distribuzione delle strutture per adeguamento agli standard vede la maggior quota ricadere nella classe "buono", seguita dalla fascia di strutture eccellenti, che costituiscono il 25% del totale. Non è irrilevante, comunque, la presenza di 8 CSM mediocri o scadenti, in cui dunque, il cittadino con sofferenza mentale, può trovarsi a fronteggiare una scarsa attenzione verso gli aspetti menzionati.

Fig. 10 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009



FATTORE 1.4 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

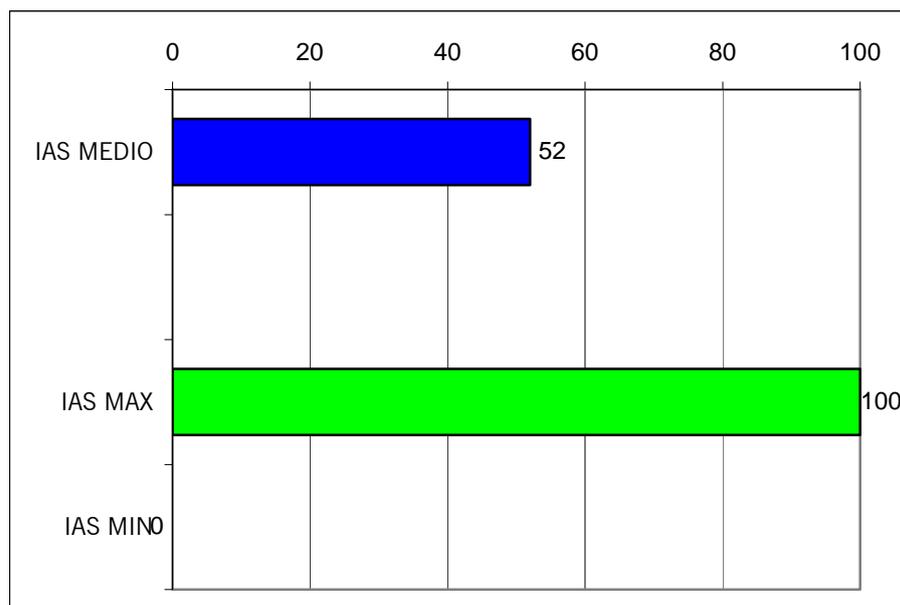
Giudizio 2009 = MEDIOCRE (IAS medio 52)

Tab. 8

Indicatori valutati: 8	IAS medio
Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	90
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	88
Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori	48
Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti	46
Cartellonistica stradale in prossimità della struttura	40
Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti	38
Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti	32
Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con i nomi degli operatori	31

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 11 Informazione e Comunicazione - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L'informazione e la comunicazione rappresentano un'altra dimensione chiave nella qualità dei Centri di Salute Mentale.

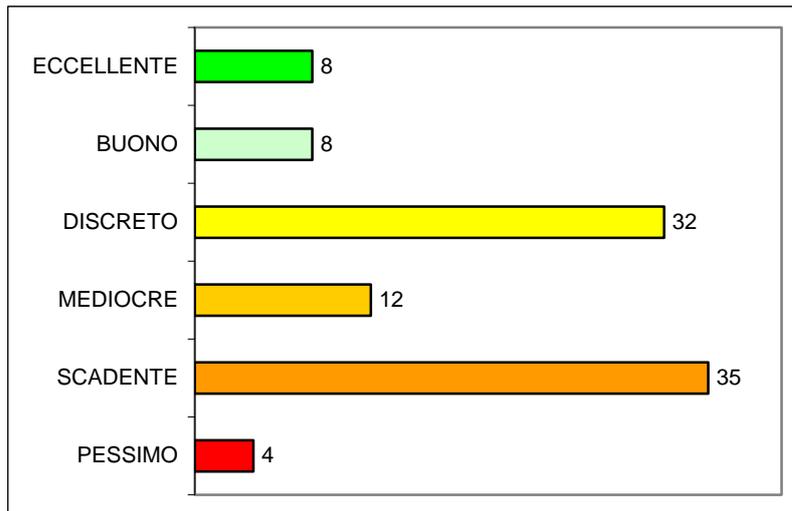
Tale Fattore si presenta critico, con un valore medio appena superiore a 50, ed uno scarto notevole tra il valore massimo, 100, raggiunto da 7 CSM, e quello minimo 0, totalizzato da un servizio.

L'osservazione dei valori medi dei singoli indicatori rivela la presenza di un solo indicatore che possa essere considerato uno standard acquisito, raggiungendo la soglia di 90, quello relativo alla presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla.

L'esistenza di un numero telefonico dedicato alle informazioni e all'orientamento raggiunge il valore di 88, che può essere considerato un valore comunque insufficiente, data la basilarietà del servizio richiesto.

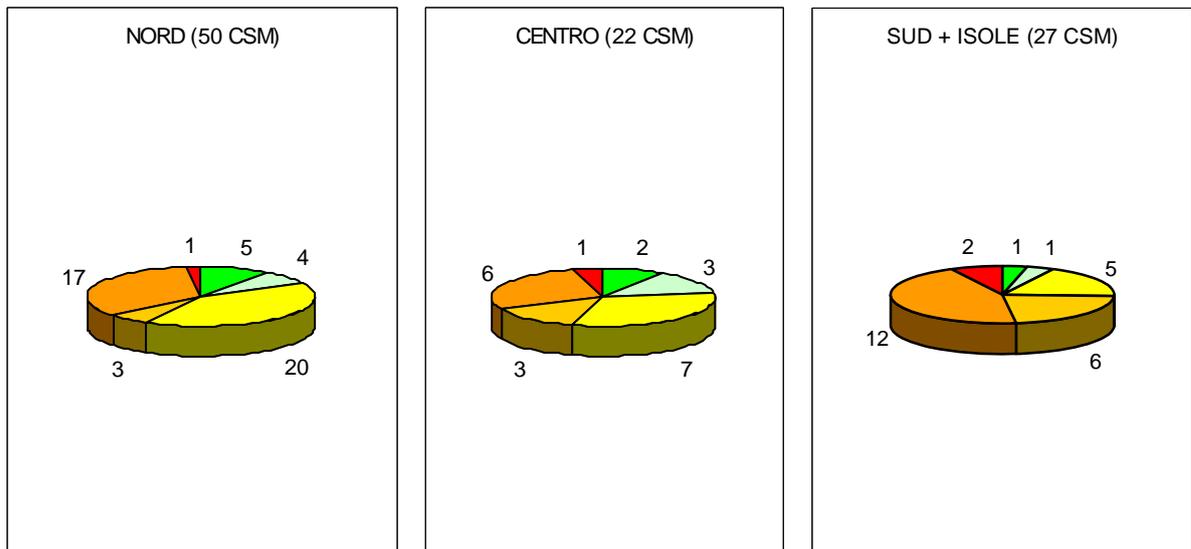
Tutti gli altri indicatori rilevati per questo Fattore, relativi alla cartellonistica, alla presenza di opuscoli informativi di vario tipo, sono scadenti o mediocri.

Fig. 12 Informazione e Comunicazione - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 13 Informazione e Comunicazione - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Legenda:

ECCELLENTE
BUONO
DISCRETO
MEDIOCRE
SCADENTE
PESSIMO

Nella distribuzione delle strutture per ripartizione geografica, si notano particolari carenze al Sud, dove le strutture al massimo mediocri costituiscono addirittura il 74%. Non sono comunque rosee le situazioni di Centro e Nord, ripartizioni nelle quali tali percentuali si attestano rispettivamente su 45% e 42%.

FATTORE 1.5 – COMFORT

Giudizio 2009 = MEDIOCRE (IAS medio 59)

Tab. 9

Indicatori valutati: 9 (+ 8 segni di degrado)	IAS medio
Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)	98
Spazi d'attesa nella sede della struttura	96
Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili	78
Bagni della sede della struttura dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito	69
Gabinetti della sede della struttura dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito	67
Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)	62
Parcheggio taxi in prossimità della struttura	46
Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)	43
Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)	14

Rilevamento di segni di degrado:

Rilevamento nella sede della struttura di segni di fatiscenza alle pareti	In 22 CSM su 99
Rilevamento nella sede della struttura di vetri rotti	no
Rilevamento nella sede della struttura di finestre che non si chiudono	In 10 CSM su 99
Rilevamento nella sede della struttura della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	In 3 CSM su 99
Rilevamento nella sede della struttura di rifiuti o altro materiale abbandonato	In 2 CSM su 99
Rilevamento nella sede della struttura di soffitti e/o muri con ragnatele	In 3 CSM su 99
Rilevamento nella sede della struttura di rubinetti rotti	In 4 CSM su 99
Rilevamento nella sede della struttura di servizi igienici fuori uso	In 5 CSM su 99

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L'inadeguatezza del Comfort delle strutture valutate emerge dall'IAS medio di 59 (mediocre). Un solo CSM ha raggiunto il pieno adeguamento agli standard (IAS 100) e uno ha avuto il valore minimo (5). Il profilo del Fattore in esame diviene più chiaro osservando l'andamento dei singoli indicatori rilevati.

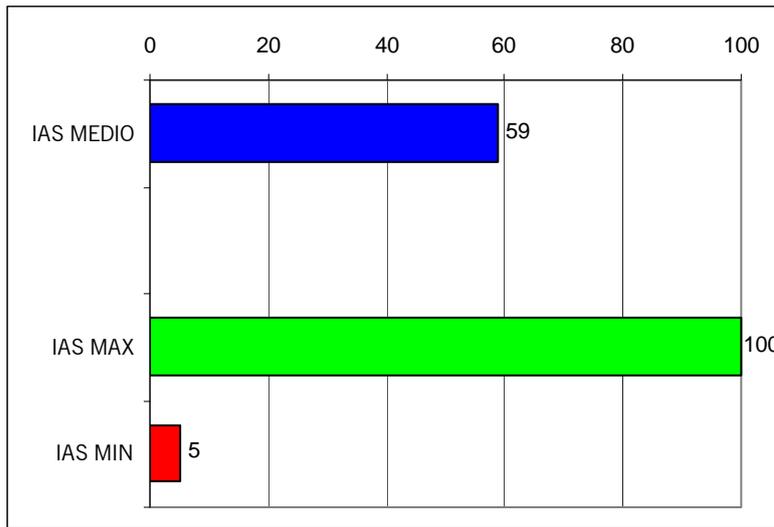
Soltanto due indicatori, che riguardano peraltro servizi elementari per una struttura sanitaria (bagno per il pubblico e spazio d'attesa), ricadono nella fascia di eccellenza (rispettivamente 98 e 96). Considerando però gli indicatori relativi alla completezza della dotazione e del comfort di questi locali, essa appare deficitaria: bagni e gabinetti sono solo discretamente forniti degli accessori e degli elementi necessari (69 e 67), così come gli spazi d'attesa mancano quasi sempre di distributori di acqua (14) e anche, meno spesso, di distributori di bevande e alimenti (43).

Spiccano per gravità l'indicatore relativo ai bagni adatti ai disabili, ancora assenti in buona parte delle strutture (62), e il rilevamento in alcuni CSM dei segni di degrado previsti nella Griglia di osservazione: i segni di fatiscenza sono stati individuati nel 22% dei CSM. Occorre sottolineare che la presenza di eventi indicatori di scarsa

manutenzione, faticenza e trascuratezza prevede una particolare penalizzazione nel calcolo degli Indici di adeguamento agli standard.

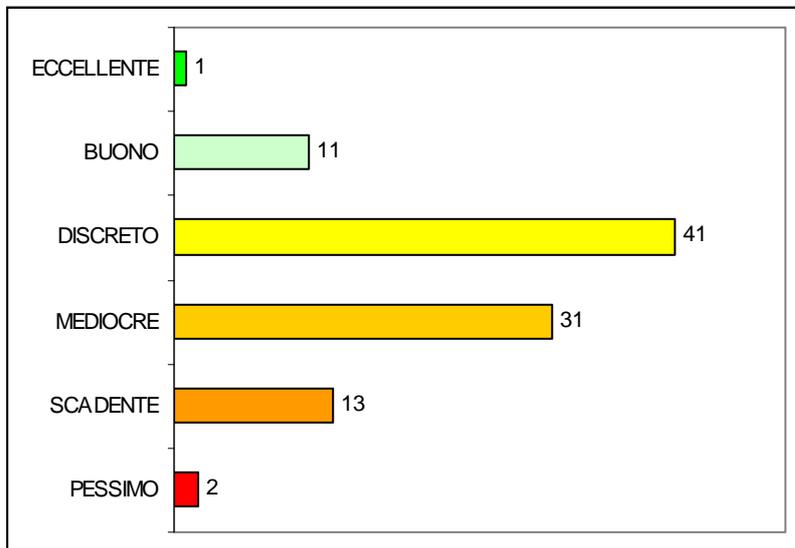
L'immagine che l'Audit civico ha restituito è quella di Centri - che dovrebbero essere luoghi in cui le persone con sofferenza mentale possono trascorrere molte ore durante il giorno - spesso obsoleti e non curati.

Fig. 14 Comfort - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM



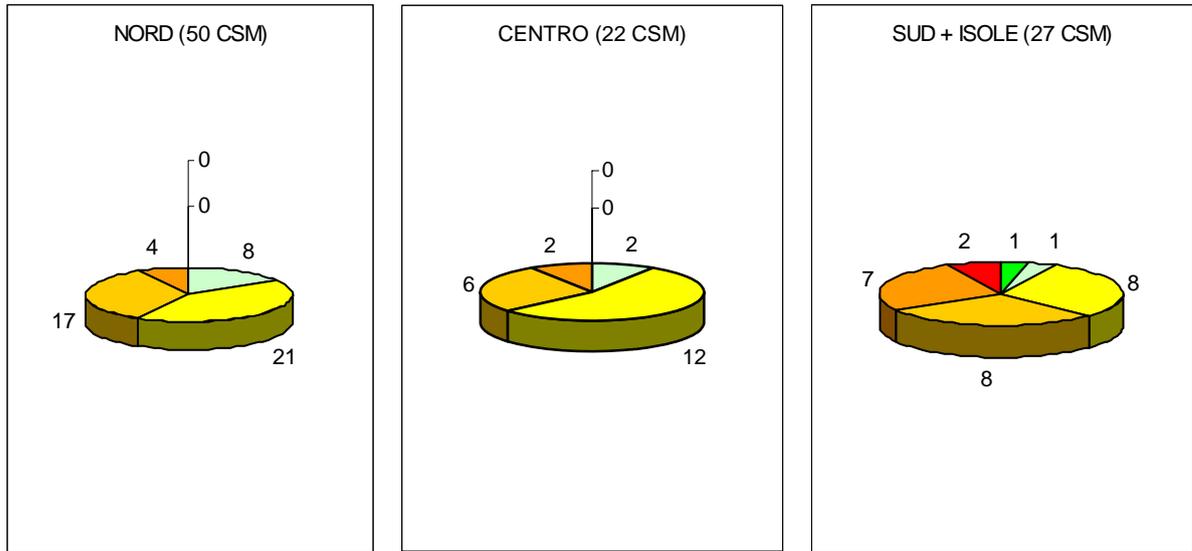
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 15 Comfort - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 16 Comfort - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Legenda:

ECCELLENTE
BUONO
DISCRETO
MEDIOCRE
SCADENTE
PESSIMO

IIª COMPONENTE: IMPEGNO DELL'AZIENDA NEL PROMUOVERE ALCUNE POLITICHE DI PARTICOLARE RILIEVO SOCIALE E SANITARIO

FATTORE 2.7 - SICUREZZA DELLE STRUTTURE

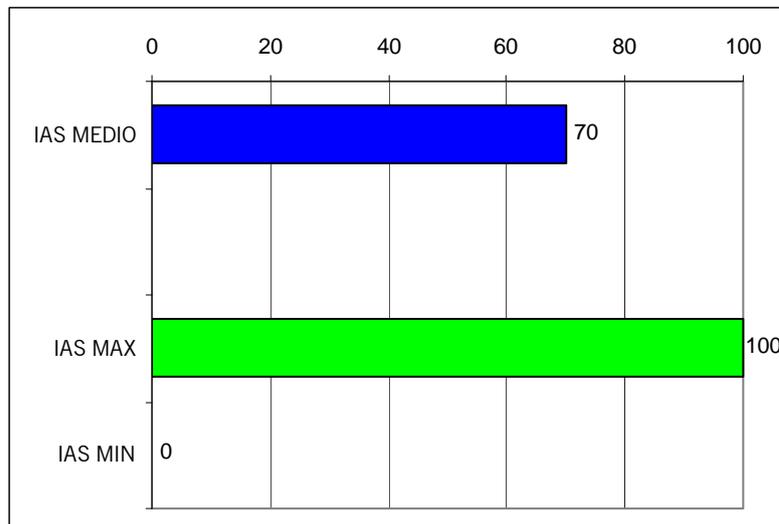
Giudizio 2009 = DISCRETO (IAS medio 70)

Tab. 10

Indicatori valutati: 3	IAS medio
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del CSM	89
Segnaletica per le vie di fuga nella sede del CSM	72
Piantina di piano di evacuazione nella sede del CSM	49

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

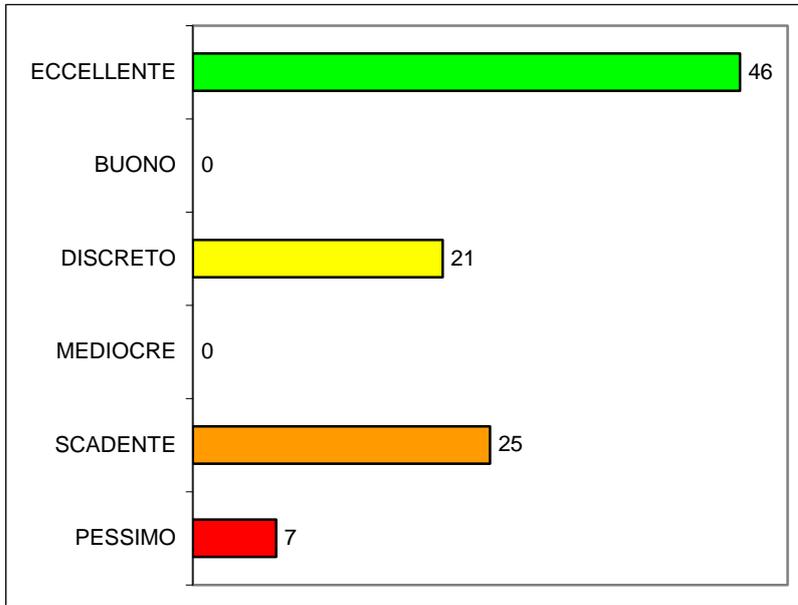
Fig. 17 Sicurezza delle Strutture - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

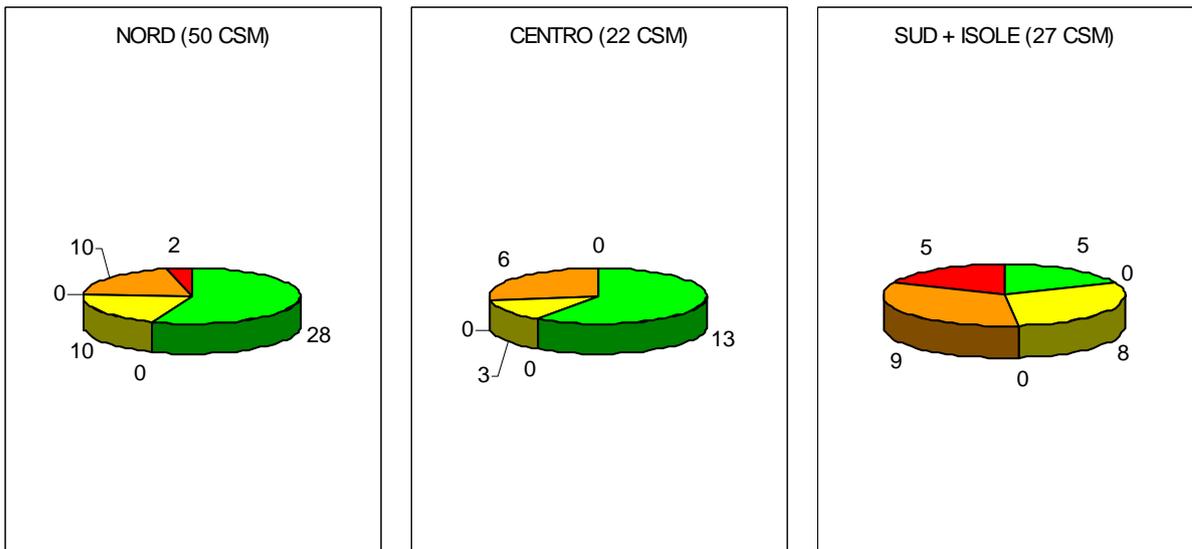
La sicurezza strutturale, che presenta un IAS medio discreto (70), viene osservata attraverso i tre indicatori descritti in tabella, tra i quali spicca la criticità dell'indicatore relativo alla piantina di evacuazione (49), e anche la presenza della segnaletica per le vie di fuga presenta un valore solo discreto (72). È bene considerare che solo 46 CSM su 99 hanno raggiunto il pieno adeguamento (100) e 7 CSM hanno avuto un IAS pari a 0, ma sommati a quelli con IAS scadente, forniscono il dato del 32% di CSM al massimo scadenti.

Fig. 18 Sicurezza delle Strutture - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fig. 19 Sicurezza delle Strutture - Distribuzione dei CSM per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Come emerge chiaramente dalla figura soprastante, i CSM valutati al Nord e al Centro si comportano in modo analogo rispetto a tali indicatori, mentre al Sud il quadro è ben più sbilanciato verso le classi scadenti e pessime.

Legenda:



FATTORE 2.10 – PREVENZIONE

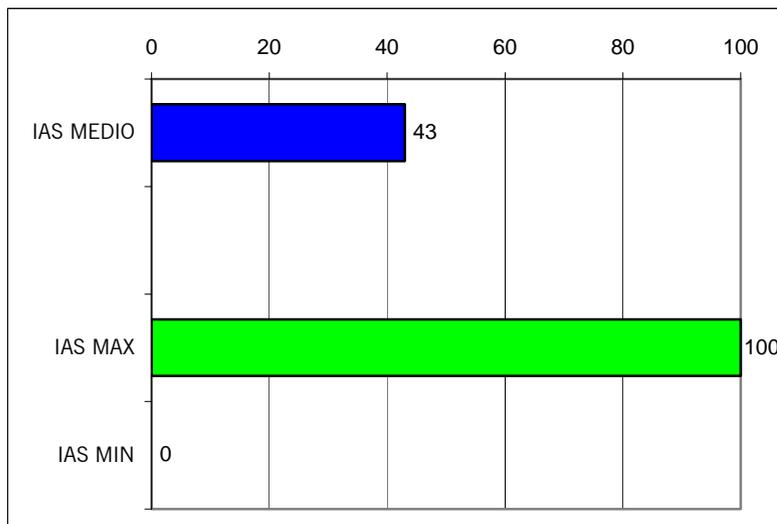
Giudizio 2009 = MEDIOCRE (IAS medio 43)

Tab. 11

Indicatori valutati: 1	IAS medio
Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura	43

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

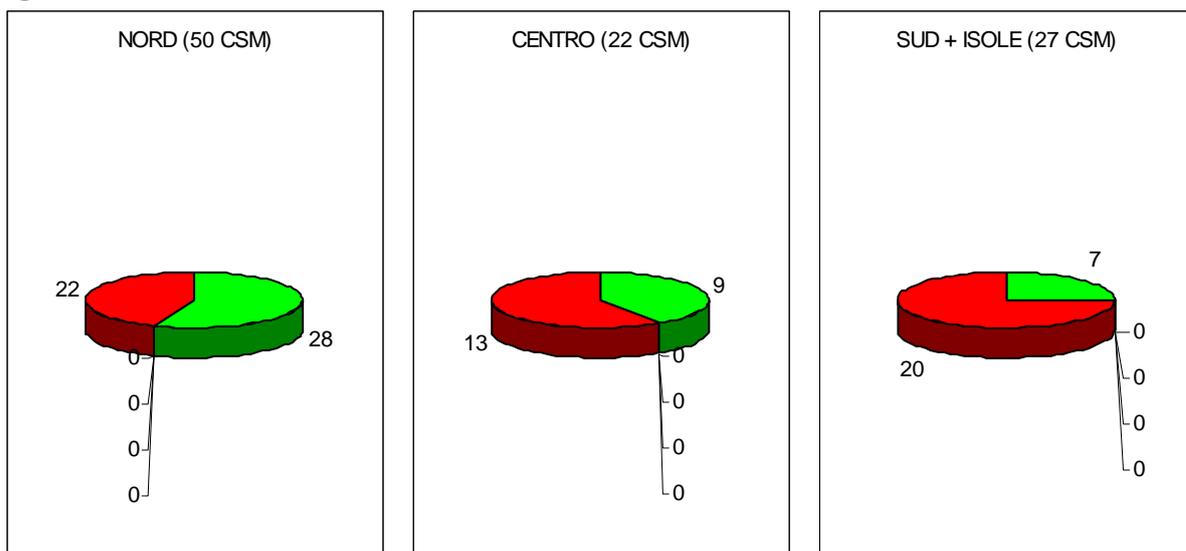
Fig. 20 Prevenzione - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo rilevati sui CSM



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Come si è evidenziato, il Fattore in esame, per i CSM, è costituito dal solo indicatore, che ha raggiunto un IAS medio mediocre (43): 55 CSM su 99 non distribuiscono materiale informativo sulla prevenzione rivolto al pubblico. Tale attenzione all'aspetto informativo è decisamente più presente al Nord.

Fig. 21



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Legenda:

ECCELLENTE
BUONO
DISCRETO
MEDIOCRE
SCADENTE
PESSIMO

CAPITOLO SECONDO

Audit civico nell'area della Salute Mentale: analisi dei dati

Il presente capitolo riporta i risultati di questo primo progetto pilota di Audit civico nell'area della Salute Mentale.

A questa prima valutazione hanno preso parte 6 Aziende Sanitarie, che hanno osservato ciascuna:

- il Dipartimento di Salute Mentale
- il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura⁹
- il Centro di Salute Mentale.

I risultati sono presentati seguendo la struttura di valutazione (vedi nota metodologica). Verrà quindi esposto il comportamento di ciascun Fattore di valutazione nei livelli di applicazione nei quali è stato rilevato, riportandone l'Indice medio di adeguamento agli Standard (IAS), calcolato come media aritmetica degli indici rilevati nelle Aziende Sanitarie che hanno partecipato, con la relativa classificazione secondo le categorie utilizzate:

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

Sono poi presentate le tabelle contenenti l'elenco dei singoli indicatori rilevati e ordinati in modo decrescente in base al relativo valore medio degli IAS raggiunti, che sono stati calcolati nel seguente modo: quando lo standard è pienamente conseguito, all'indicatore viene attribuito valore 100, zero nel caso opposto, mentre i gradi intermedi indicano un raggiungimento parziale dello standard.

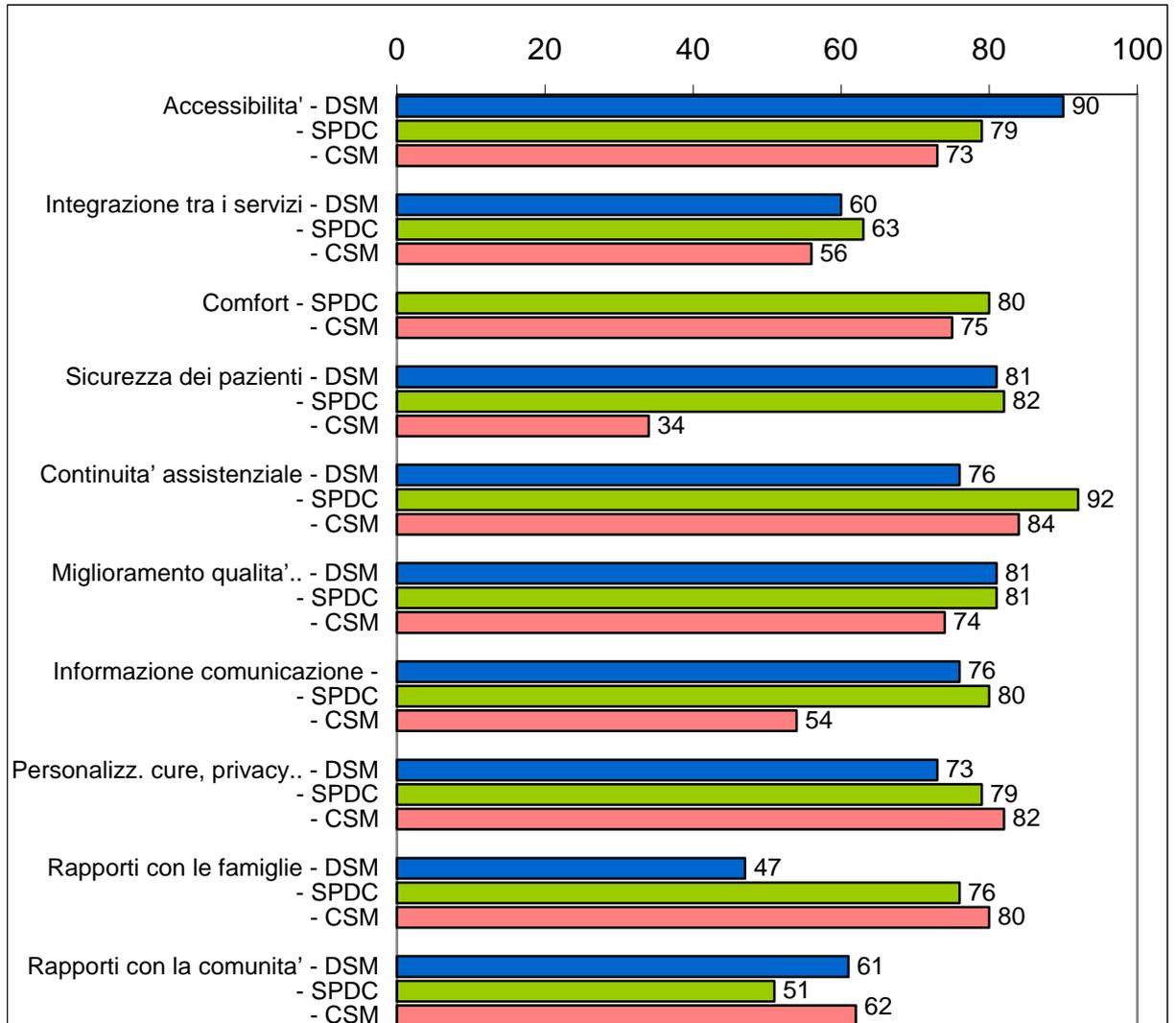
In alcuni casi, per motivi legati principalmente al tipo di organizzazione dei servizi locali, le équipes hanno richiesto di essere esonerate dal rispondere ad alcune domande (considerate quindi "non pertinenti"): in tali casi il valore medio dell'IAS dell'indicatore è calcolato come media sul totale delle strutture che hanno effettivamente risposto alla domanda in questione.

L'ultimo descrittore che viene fornito per ognuno del Fattore e per ogni livello di applicazione, attraverso un grafico, è l'istogramma che illustra il livello di adeguamento agli standard delle strutture.

⁹ Solo in un caso un'azienda sanitaria non è riuscita ad osservare l'SPDC, pertanto gli SPDC valutati sono 5.

Il grafico di seguito riassume la situazione complessiva dell'Audit civico nella Salute Mentale.

Fig. 22 valori medi degli IAS dei Fattori



Il comportamento dei Fattori

Fattore 1 – Accessibilità

Il Fattore “Accessibilità” viene rilevato nei tre livelli oggetto di valutazione: Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Centro di Salute Mentale (CSM). L'Accessibilità è intesa sia in senso fisico (barriere architettoniche nella struttura), che organizzativo del servizio (numero di ore di apertura del CSM).

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
5	13	22

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

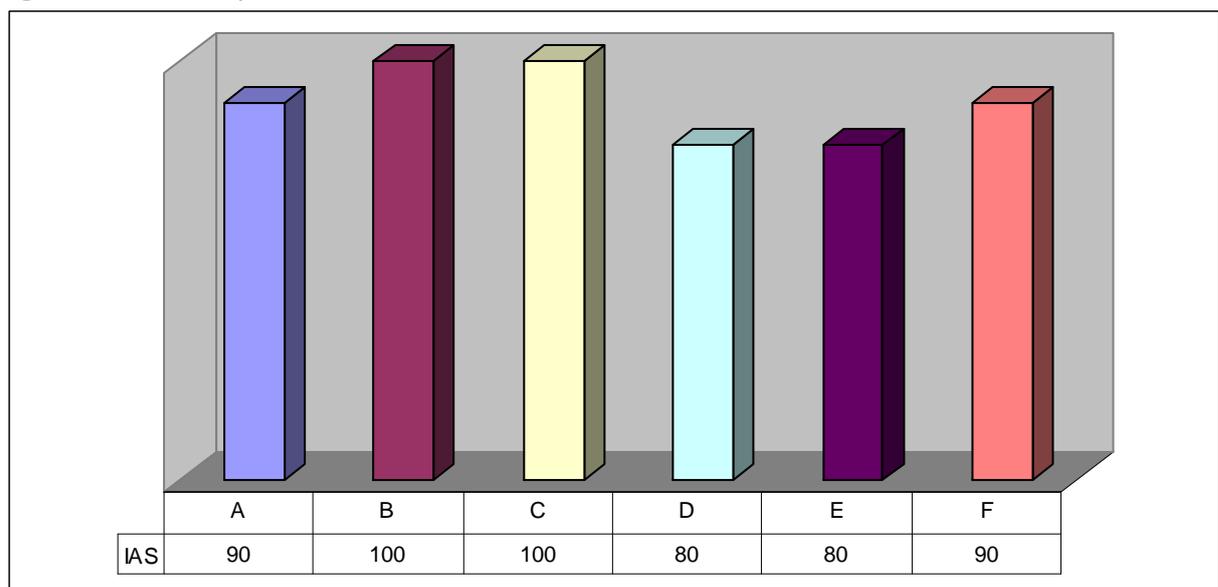
Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 90)

Tab. 12

Indicatori valutati: 5	IAS medio
Linee guida per l'accoglienza degli utenti nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale	100
Linee-guida circa i criteri di presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza nel Dipartimento di Salute Mentale	100
Linee-guida circa le modalità con cui assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno	100
Collegamento formalizzato tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Emergenza-Urgenza	83
Protocolli di intesa tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Pronto Soccorso, con presenza di triage per le sindromi psichiatriche	67

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 23 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo al Fattore accessibilità (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS medio raggiunto dal Fattore Accessibilità nel livello del Dipartimento di Salute Mentale è buono. Come si può vedere dagli indicatori osservati, la presenza di linee guida per l'accoglienza degli utenti nei diversi servizi presenti nei DSM è uno standard rispettato ovunque, così come sono presenti in tutti i DSM linee guida per la presa in carico degli utenti in rapporto alla gravità e all'urgenza.

Tuttavia, nonostante la totalità dei DSM abbia redatto delle linee guida per assicurare interventi di emergenza, non tutti sono collegati con il Dipartimento di emergenza; inoltre, elemento importante, solo la metà dei DSM osservati ha protocolli d'intesa con il Pronto Soccorso, con la presenza del triage per le sindromi psichiatriche (altri due DSM hanno soltanto i Protocolli d'intesa): bisogna osservare che è proprio la presenza di questi ultimi due aspetti a rendere il servizio efficace e tempestivo.

Come si evince chiaramente dalla Figura, due aziende su sei soddisfano completamente gli standard presenti nel Fattore, mentre le restanti quattro si attestano sul discreto (2) e sul buono (2). Lo scarto è dovuto, come si è detto sopra, alla gestione delle emergenze.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 1 – Accessibilità)

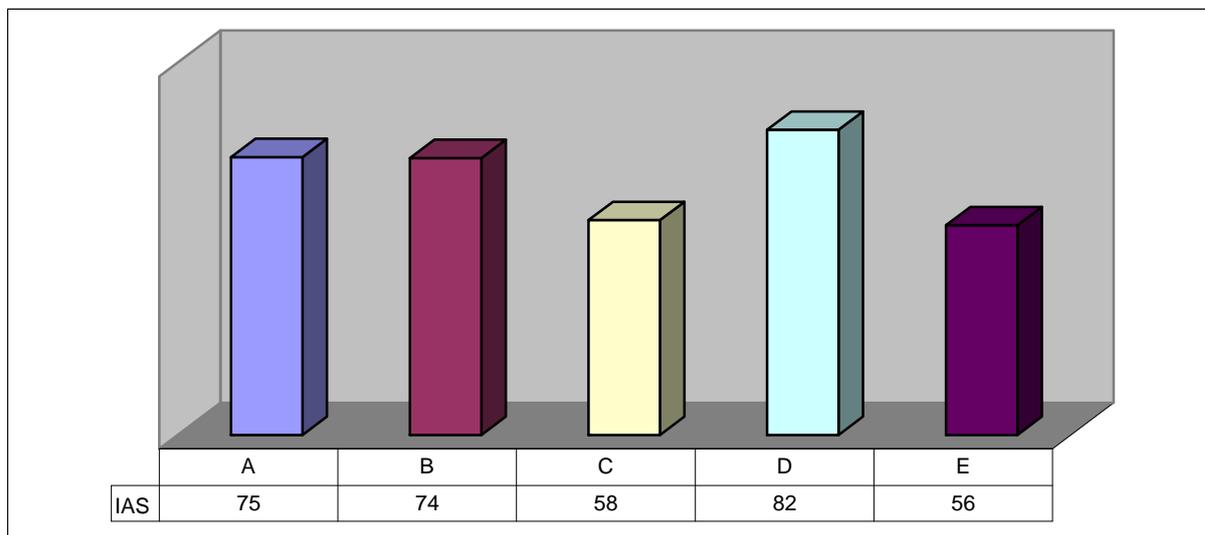
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 69)

Tab. 13

Indicatori valutati: 13	IAS medio
Ufficio relazione con il pubblico nell'ospedale	100
Locale dedicato all'accoglienza utenti, segreteria, informazioni	100
Collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza	100
Parcheggio interno o in prossimità del Presidio dove si trova l'SPDC	100
Posti riservati ai disabili all'esterno del Presidio dove si trova l'SPDC	100
Linee di mezzi che si recano presso il Presidio	86
Procedure o linee-guida scritte per l'accoglimento degli utenti	80
barriere architettoniche nella struttura	77
Protocolli d'intesa con il pronto soccorso, che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche	74
Day Hospital nell'SPDC	60
Parcheggio taxi in prossimità del Presidio dove si trova l'SPDC	20
Numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni feriali	0
Numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni festivi	0

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 24 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo al Fattore Accessibilità (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

L'Accessibilità nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) raggiunge un IAS discreto.

Gli indicatori che rilevano l'accoglienza (ufficio relazione con il pubblico, locale dedicato all'accoglienza, Procedure o linee-guida scritte per l'accoglimento degli utenti) sono

presenti in tutti, o quasi, gli SPDC osservati. Al contrario, gli indicatori che valutano come vengono affrontate le emergenze hanno una diffusione meno omogenea: il collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza è presente ovunque, ma lo stesso non si può dire per i protocolli d'intesa con il Pronto soccorso che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche, standard presente solo in 3 SPDC.

Le barriere architettoniche sono ancora parzialmente presenti in 3 strutture su 5, cosicché l'indicatore raggiunge un IAS medio di 77.

Gli indicatori più critici sono quelli che rilevano il numero di ore di apertura ai visitatori degli SPDC, nei giorni feriali e festivi, che raggiungono un IAS pari a 0: questo vuole dire che il numero di ore di apertura è inferiore alle 4 ore giornaliere.

Centro di Salute Mentale – CSM (del Fattore 1 – Accessibilità)

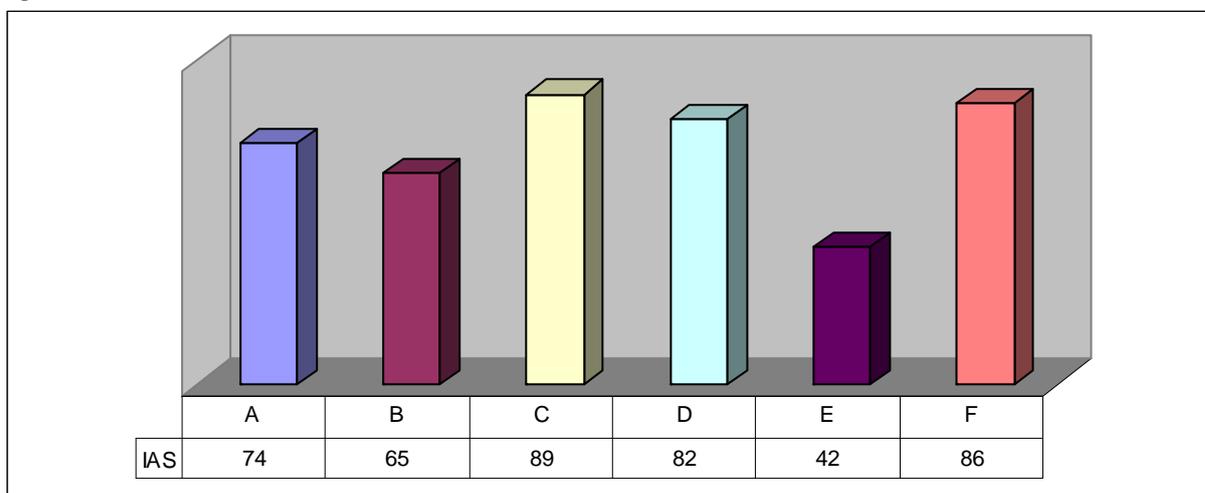
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 73)

Tab. 14

Indicatori valutati: 22	IAS medio
Collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza	100
Prenotazioni telefoniche (colloqui iniziali, visite, prestazioni specialistiche)	100
Strutture residenziali collegate al CSM	100
Strutture diurne collegate al CSM	100
Parcheggio interno o in prossimità del CSM	100
Procedure o linee-guida scritte per l'accogliimento degli utenti	83
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità di valutazione iniziale della domanda dell'utente e dei familiari	83
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i criteri della presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza	83
Colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta	83
Numero adeguato di autovetture ben funzionanti per le visite domiciliari e l'eventuale trasporto di utenti	83
Targa visibile esterna al CSM	83
Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, con persona dedicata	83
Barriere architettoniche nella struttura	72
Protocolli di intesa con il pronto soccorso, che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche	68
Numero ore al giorno di apertura del CSM	67
Numero giorni di apertura settimanale del CSM	83
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità con cui assicurare interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno	67
Linee di mezzi pubblici che si recano presso il CSM	60
Posti riservati ai disabili all'esterno del CSM	50
Operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi	33
Cartellonistica stradale presente in prossimità della struttura	33
Parcheggio taxi in prossimità del CSM	17

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 25 Profilo del Centro di Salute Mentale relativo all'Accessibilità (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS medio raggiunto dal Fattore accessibilità nel Centro di Salute Mentale (CSM) è discreto.

Tutti i CSM osservati sono collegati con le strutture residenziali e quelle diurne, e questo dato è coerente con quello dell'Audit civico complessivo, dove sono stati osservati 99 CSM ed in cui il valore raggiunto dall'IAS è 95 per le strutture diurne e 89 per quelle residenziali.

La presenza di barriere architettoniche resta rilevante e interessa 4 strutture su 6 con un IAS medio dell'indicatore pari a 72 che conferma il dato dell'Audit civico complessivo con un IAS pari a 79.

Un altro indicatore critico, constatato anche nei dati dell'Audit civico complessivo, è il numero di ore di apertura giornaliera dei CSM, che, secondo gli standard condivisi, deve essere almeno pari a 12 ore, e che qui viene soddisfatto da 4 CSM su 6 raggiungendo un IAS pari a 67.

È positivo il comportamento degli indicatori che permettono di valutare la prima accoglienza degli utenti:

- luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, con persona dedicata (IAS medio 83, presente in 5 CSM su 6)
- procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità di valutazione iniziale della domanda dell'utente e dei familiari (IAS medio 83, presente in 5 CSM su 6)
- procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i criteri della presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza (IAS medio 83, presente in 5 CSM su 6)
- colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta (IAS medio 83, presente in 5 CSM su 6)

Problematico, invece, il comportamento degli indicatori che rilevano la gestione delle emergenze. Il collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza è presente in tutti i CSM, ma sono carenti:

- i Protocolli di intesa con il pronto soccorso, che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche (IAS medio 68, in 2 CSM è completamente soddisfatto, in altri 2 CSM parzialmente soddisfatto, nei restanti 2 è assente)
- le Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità con cui assicurare interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno (IAS medio 67, presente in 4 CSM su 6)
- soprattutto la presenza di operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi (IAS medio 33, presente in 2 CSM su 6).

OSSERVAZIONI SUL FATTORE ACCESSIBILITÀ

L'Accessibilità valutata dal punto di vista dell'accoglienza e della presa in carico è stata valutata nei tre livelli (Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale), applicando per ciascuno indicatori pertinenti al contesto e alle funzioni specifiche del servizio. I risultati sono stati soddisfacenti:

- tutti i DSM hanno linee guida per l'accoglienza degli utenti e la presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza
- in tutti gli SPDC c'è un locale dedicato all'accoglienza utenti, e in tutti gli SPDC, tranne uno, ci sono procedure per l'accoglimento degli utenti
- in tutti i CSM c'è un luogo dedicato all'accoglienza degli utenti; in tutti i CSM tranne uno (sempre lo stesso), ci sono linee-guida per la valutazione iniziale della domanda, per la presa in carico in base alla gravità e all'urgenza, e la possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta.

Anche la gestione delle emergenze è stata valutata nei tre livelli (Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale), sia per valutare le specificità dei diversi servizi, sia per verificare che i diversi gradi di competenza e responsabilità vengano soddisfatti.

In questo caso i risultati raggiunti sono critici:

- tutti i DSM hanno delle linee-guida circa le modalità con cui assicurare gli **interventi di emergenza/urgenza** 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno; se però si osserva lo stesso indicatore **nei CSM**, il valore dell'IAS si abbassa passando a 67: ciò indica che l'indicatore è rispettato solo in 4 CSM su 6; sembra importante approfondire il tema per comprendere le ragioni di questo scarto tra il DSM e il CSM, e indagare dove avviene lo scollamento
- il collegamento formalizzato con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza si presenta come uno standard acquisito in tutti i livelli e in tutti i servizi, ma il **collegamento formalizzato con il Pronto Soccorso con la presenza di un triage per le sindromi psichiatriche**, è uno standard soddisfatto soltanto in circa la metà dei servizi osservati.

Fattore 2 – Integrazione tra i servizi

Il Fattore “Integrazione tra i servizi” viene osservato in tutti i livelli oggetto di valutazione. Il numero degli indicatori varia sulla base delle funzioni e dei ruoli svolti da ciascun servizio: il Dipartimento di Salute Mentale rispetto a questo Fattore svolge un ruolo fondamentale. Pertanto sono stati individuati 22 indicatori. Nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura questa è una funzione residuale, mentre nel Centro di Salute Mentale acquista un ruolo di rilievo.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
22	3	10

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

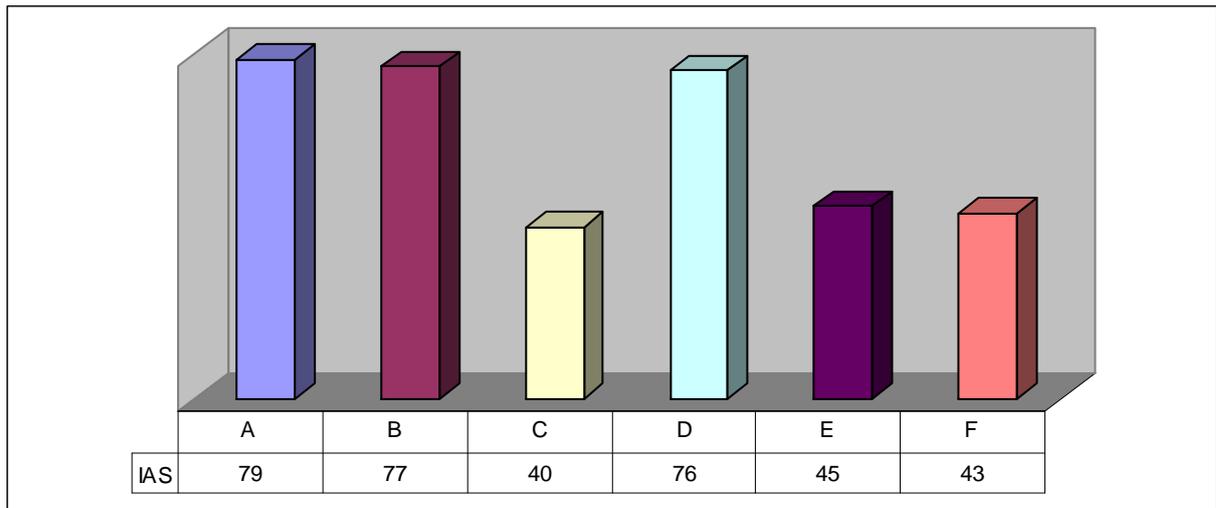
Giudizio 2010: MEDIOCRE (IAS medio 60)

Tab. 15

Indicatori valutati: 22	IAS medio
Procedure scritte per redigere piani concordati relativi ai singoli pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante	100
L'organico del Dipartimento di salute Mentale è composto anche da assistenti sociali con esperienza specifica nella salute mentale	100
Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale	100
Procedure scritte per garantire la continuità assistenziale dopo le dimissioni dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, con visita da parte dei servizi comunitari, per i pazienti residenti nel territorio del Dipartimento di Salute Mentale, entro una settimana dalla dimissione	83
Procedure scritte di collaborazione con i SER.T., con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolistici	80
Procedure scritte relative all'integrazione tra attività di ricovero, residenziali, di day hospital, di centro diurno, ambulatoriali, domiciliari con incontri periodici tra rappresentanti delle varie componenti organizzative per promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenza	75
Pratiche scritte di collaborazione con gli enti locali	67
Procedure scritte di collaborazione con i medici generali, nelle quali è previsto che il servizio comunichi la presa in carico e il piano di trattamento degli assistiti	67
Formazione e consulenza da parte del servizio ai medici di medicina generale	67
Elenco delle agenzie esistenti nella “comunità sociale” a disposizione degli operatori	67
Procedure scritte di collaborazione con le case di cura accreditate e le altre strutture psichiatriche private del territorio del DSM o a cui il DSM invia i suoi pazienti, con redazione concordata dei Piani terapeutico-riabilitativi e pianificazione congiunta delle dimissioni del paziente	58
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)	50
Pratiche scritte di collaborazione con le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM	50
Procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza ai portatori di handicap	50
Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale	44
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura	40
Procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza agli anziani	40
Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile	33
Pratiche scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio	0
Procedure scritte di collaborazione con i distretti scolastici	0
Procedure scritte di collaborazione con la medicina scolastica	0
Procedure scritte di collaborazione con il servizio materno-infantile e con i consultori	0

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 26 Profilo del Dipartimento di Salute Mentale relativo all'integrazione tra i servizi (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS medio raggiunto dal Fattore "Integrazione tra i servizi" nel Dipartimento di Salute Mentale è mediocre.

Esistono prassi consolidate in tutti i DSM, come la presenza di procedure scritte per redigere piani concordati tra strutture riabilitative e servizio inviante relativi ai singoli pazienti, e come la presenza di assistenti sociali con esperienza nella salute mentale inseriti nell'organico del DSM.

Sono anche presenti in quasi tutti i DSM, tranne in uno, le procedure scritte relative all'integrazione tra attività di ricovero, residenziali, di day hospital, di centro diurno, ambulatoriali, domiciliari con incontri periodici tra i rappresentanti delle varie componenti organizzative per promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenza.

La pratica di redigere procedure scritte per garantire la continuità assistenziale dopo le dimissioni dall'SPDC, con visita da parte dei servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione, è assente solo in un DSM. Così come solo un DSM non ha procedure scritte di collaborazione con i Ser.T., con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con i nuclei alcolologici.

Inadeguato, invece, l'indicatore relativo alle procedure scritte di collaborazione con il Servizio di Salute Mentale per adulti e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, presente solo in due DSM, cosa che merita una considerazione particolare. È universalmente riconosciuto, infatti, il valore di prevenzione e continuità delle cure che il collegamento tra i due servizi assume.

Le buone pratiche diminuiscono fino a sparire quando si passa dall'integrazione tra i servizi in ambito sanitario a quella in ambito socio-sanitario. Sono assenti in tutti i DSM osservati procedure scritte di collaborazione con i distretti scolastici, con la medicina scolastica, col servizio materno infantile e con i consultori. Solo in due DSM sono adottate procedure di collaborazione con i servizi di assistenza ai disabili e agli anziani.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 2 – Integrazione tra i servizi)

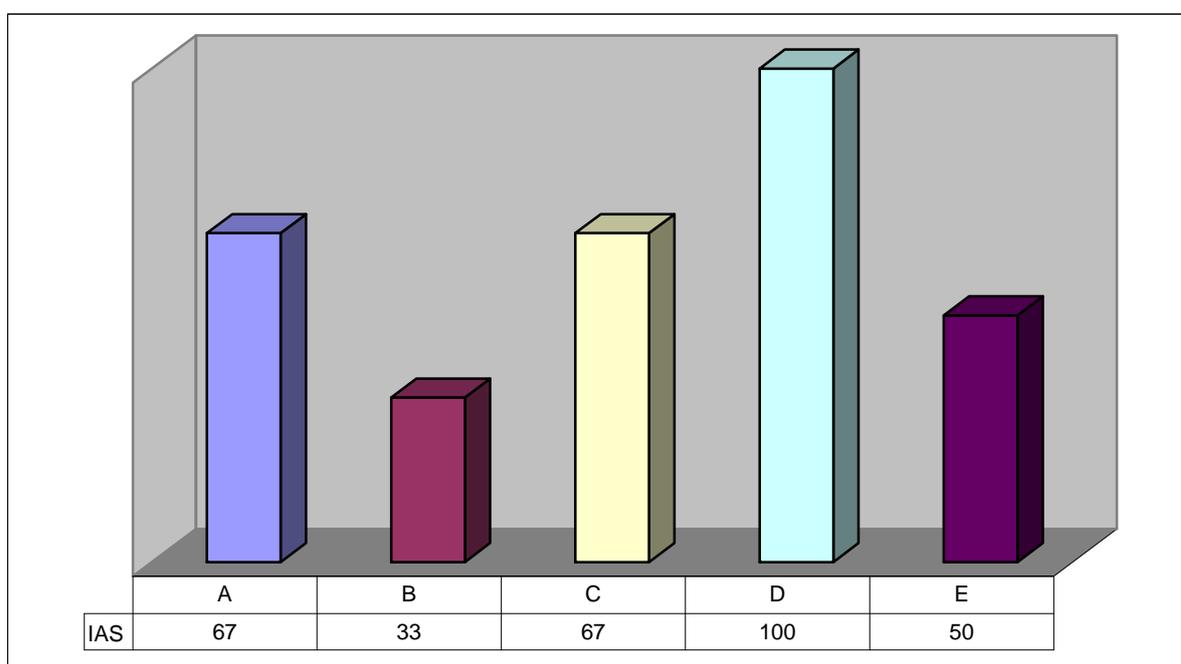
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 63)

Tab. 16

Indicatori valutati: 3	IAS medio
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)	80
Procedure scritte di collaborazione con i SER.T., con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolici	75
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura	25

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 27 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo all'integrazione tra i servizi (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

L'IAS medio raggiunto dal Fattore integrazione tra i servizi nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura è discreto, ma, considerando le caratteristiche specifiche del servizio, il numero di indicatori impiegato è molto ridotto.

Tutti gli SPDC, tranne uno, collaborano con le forze dell'ordine. Per contro, la collaborazione con la magistratura è praticata in un solo DSM.

Centro di Salute Mentale – CSM (del Fattore 2 – Integrazione tra i servizi)

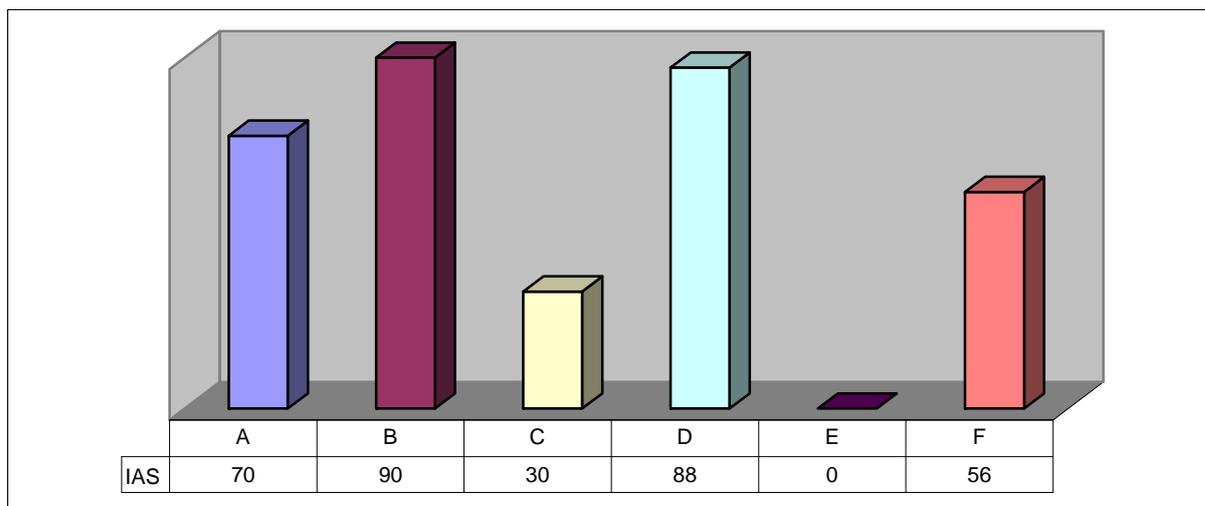
Giudizio 2010: MEDIOCRE (IAS medio 56)

Tab. 17

Indicatori valutati: 10	IAS medio
Pratiche scritte di collaborazione con gli enti locali	83
Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale	83
Procedure scritte di collaborazione con i SER.T., con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolistici	80
Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale	67
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)	50
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura	50
Pratiche scritte di collaborazione con le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM	50
Elenco delle agenzie esistenti nella "comunità sociale" a disposizione degli operatori	50
Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile	33
Pratiche scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio	0

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 28 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo all'integrazione tra i servizi (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS medio raggiunto dal Fattore integrazione tra i servizi nel Centro di Salute Mentale è mediocre. Sono buoni soltanto gli indicatori relativi al rapporto con gli enti locali, con la comunità locale e alla collaborazione con i Ser.T., le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolistici (presenti in tutti i CSM, tranne in uno). Su valori decisamente bassi, invece:

- le pratiche di collaborazione con le forze dell'ordine, la magistratura e le strutture penitenziarie che sono presenti solo nella metà dei CSM osservati
- la collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale, che è presente in 4 CSM su 6
- soprattutto la collaborazione con il servizio di neuropsichiatria infantile, presente solo in 2 CSM su 6.

Del tutto assenti le procedure scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio.

I CSM osservati hanno un comportamento molto diversificato: insieme ad una situazione dove nessuno standard è rispettato, è presente una realtà dove tutti gli standard, tranne uno, sono conseguiti.

OSSERVAZIONI AL FATTORE “INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI”

Il Fattore integrazione tra i servizi aveva l'obiettivo di valutare l'integrazione tra i servizi presenti nel Dipartimento di salute mentale, e tra questi e l'esterno.

I livelli più coinvolti da questo Fattore sono il Dipartimento di Salute Mentale e il Centro di Salute Mentale, mentre per il Servizio Diagnosi e Cura questo è un Fattore residuale.

In generale l'integrazione è buona o discreta quando riguarda il raccordo fra i servizi sanitari. Alcuni standard appaiono acquisiti, come la presenza, nei DSM, di procedure scritte per redigere piani concordati relativi ai pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante o la presenza, nei DSM stessi, di assistenti sociali con esperienza nella salute mentale. Sono presenti in quasi tutti i DSM anche le procedure scritte relative all'integrazione tra le attività presenti nel Dipartimento con incontri periodici tra i rappresentanti delle varie componenti organizzative, per promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenziale.

Completamente diversa la situazione del rapporto con gli altri servizi. Le pratiche di collaborazione con le forze dell'ordine e la magistratura **sono presenti solo nella metà dei servizi, in tutti e tre i livelli. Sono assenti in tutti i Dipartimenti osservati** procedure scritte di collaborazione con i distretti scolastici, la medicina scolastica, il servizio materno infantile e con i consultori **e solo due dispongono di procedure di collaborazione con i servizi di assistenza ai disabili e agli anziani.**

Deve essere sottolineato, infine, il fatto che solo in due DSM e solo in due CSM esistono **procedure scritte di collaborazione con il servizio di neuropsichiatria infantile**, in aperta contraddizione con il generale riconoscimento del valore di prevenzione ed efficacia delle cure che questo collegamento potrebbe garantire.

Fattore 3 – Comfort

Il Fattore “Comfort” è stato valutato solo nei livelli del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e del Centro di Salute Mentale: si è deciso di escludere il livello del Dipartimento di Salute Mentale in quanto è un luogo di gestione e non di erogazione di servizi.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
-	24 + 14 segni di degrado	17 + 8 segni di degrado

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC

Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 80)

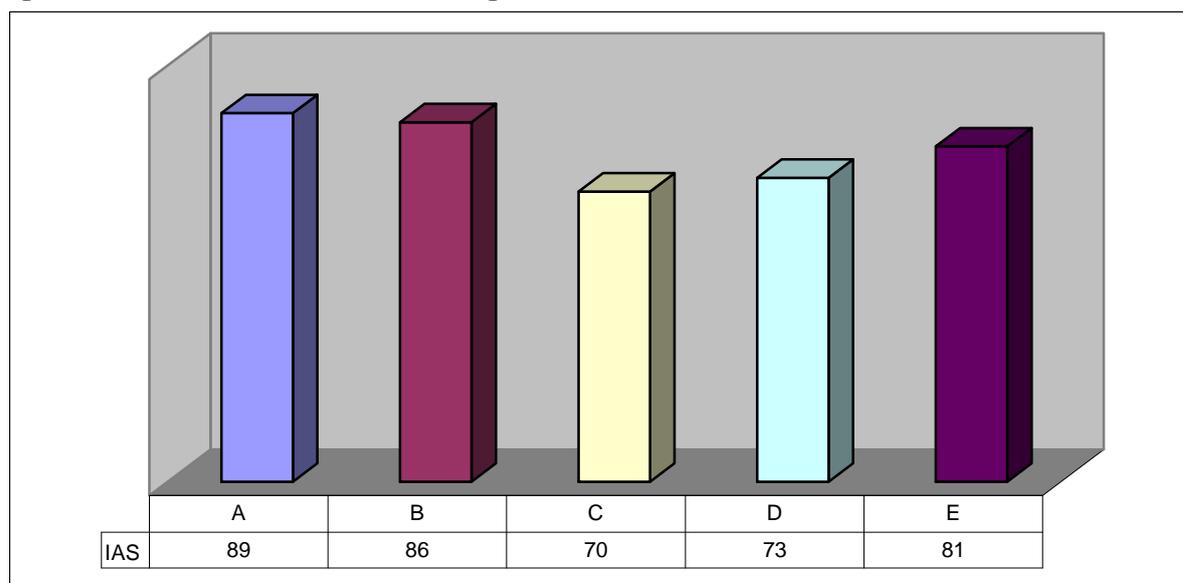
Tab. 18

Indicatori valutati: 24 + 10 segni di degrado	IAS medio
Stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi	100
Possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno	100
Possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno	100
Ambiente per i pasti nell'SPDC	100
Ambiente per le attività di interazione sociale e di relax nell'SPDC	100
Stanze di degenza con meno di 4 posti letti	100
Possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata	100
Fornitura di accessori completi ai degenti per la consumazione dei pasti	100
Segnaletica per le vie di fuga nell'Unità Operativa di degenza dell'SPDC	100
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nell'Unità Operativa di degenza dell'SPDC	100
Luci di emergenza nell'Unità Operativa di degenza dell'SPDC	100
Parrucchiere e barbiere nell'Ospedale	80
Ambiente per le attività riabilitative di gruppo, psicoterapia o psicoeducazione in gruppo nell'SPDC	80
Spazio verde di facile accesso per gli utenti	80
Unità Operativa SPDC con posti letto dotati di: -sedia -comodino -armadietto.	80
Piantina del piano di evacuazione nell'Unità Operativa di degenza dell'SPDC	80
Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze: -giornali, riviste -oggetti per l'igiene personale - alimenti semplici (arance, biscotti).	73
Unità Operativa SPDC con gabinetti dotati di: -tavoletta -scopino -campanello d'allarme -possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero -carta igienica -appendiabito.	68
Unità Operativa SPDC con bagni per disabili	60
Unità Operativa SPDC con bagni per i degenti nelle stanze di degenza	60
Unità Operativa SPDC con bagni dotati di: -specchio -mensola -dispensatore di sapone -dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda -contenitori portarifiuti -appendiabito.	55
L'SPDC non contiene più di 15 posti letto	40

Realizzazione di un progetto nell'SPDC per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: - la distribuzione degli spazi - i colori delle pareti - gli arredi impiegati.	33
Accesso alla cucina da parte di pazienti/ospiti	20
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di vetri rotti	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di stanze di degenza prive di finestre	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di stanze con finestre che non si chiudono	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rubinetti rotti	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di servizi igienici fuori uso	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di assenza di acqua calda	NO
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti	In 1 SPDC su 5

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 29 Profilo del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura relativo al Comfort (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

Gli SPDC osservati si attestano tutti tra la parte superiore della fascia discreta e la fascia buona.

Alcune dotazioni di comfort sono presenti in tutti i reparti:

- stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi
- possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno
- possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno
- ambiente per i pasti
- ambiente per le attività di interazione sociale e di relax
- stanze di degenza con meno di 4 posti letti
- possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata.

Sono presenti in tutti gli SPDC anche alcune dotazioni di sicurezza:

- segnaletica per le vie di fuga
- segnaletica per l'individuazione degli estintori
- luci di emergenza.

I bagni sono ancora uno standard parzialmente raggiunto: solo tre SPDC hanno il bagno per disabili e i bagni per i degenti nelle stanze di degenza, mentre gli altri due ne sono sprovvisti. Lo stato delle dotazioni dei servizi igienici è appena discreto (IAS pari a 68).

I progetti per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero sono decisamente in ritardo e ben tre reparti superano i 15 posti letto.

Solo in un SPDC sono stati rilevati segni di fatiscenza alle pareti.

Centro di Salute Mentale – CSM (del Fattore 3 – Comfort)

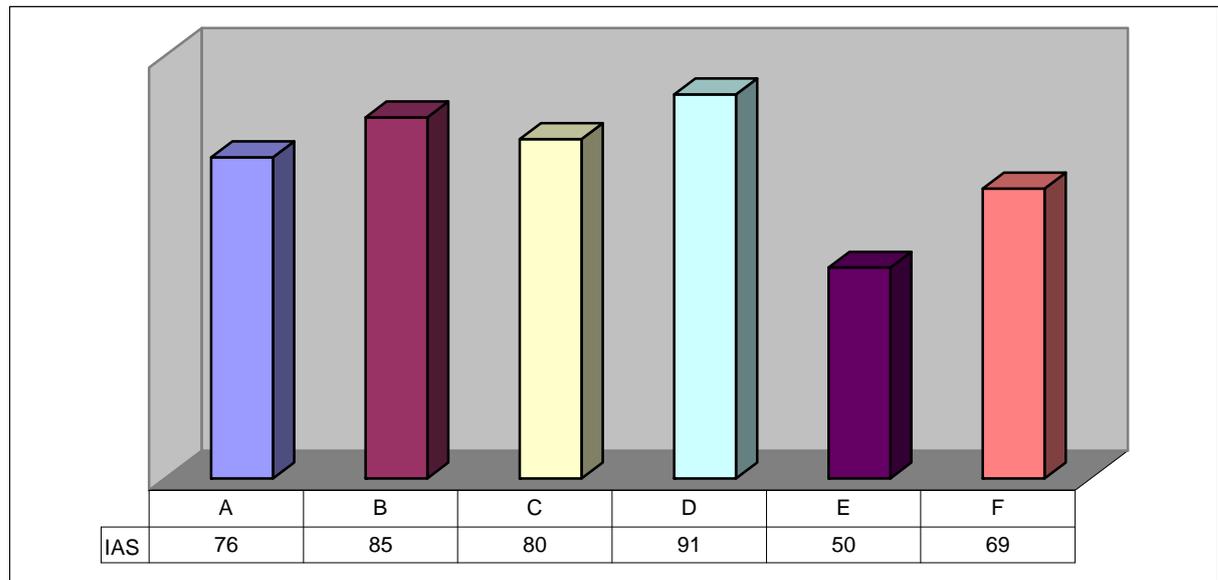
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 75)

Tab. 19

Indicatori valutati: 17 + 8 segni di degrado	IAS medio
Possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno	100
Bagni per il pubblico nel CSM	100
Segnaletica per le vie di fuga nella sede del CSM	100
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del CSM	100
Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze: - giornali, riviste - oggetti per l'igiene personale - alimenti semplici (arance, biscotti).	87
Possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno	83
Spazi d'attesa nella sede del CSM	83
Bagno per disabili nella sede del CSM	83
Luci di emergenza nella sede del CSM	83
Realizzazione di un progetto nel CSM per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: - la distribuzione degli spazi - i colori delle pareti - gli arredi impiegati.	80
Ufficio postale nelle vicinanze	80
Sportello bancario nelle vicinanze	80
I bagni del CSM sono dotati di: -specchio -dispensatore di sapone (rilevare presenza e funzionalità) -dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda (rilevare presenza e funzionalità) -contenitori portarifiuti -appendiabito.	80
I gabinetti del CSM sono dotati di: -tavoletta -scopino -campanello d'allarme -possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero -carta igienica -appendiabito.	80
Piantina del piano di evacuazione nella sede del CSM	50
Distributori di alimenti/bevande negli spazi d'attesa del CSM	33
Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa del CSM	0
Rilevamento nel CSM di vetri rotti	NO
Rilevamento nel CSM di finestre che non si chiudono	NO
Rilevamento nel CSM della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	NO
Rilevamento nel CSM di rifiuti o altro materiale abbandonato	NO
Rilevamento nel CSM di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	NO
Rilevamento nel CSM di rubinetti rotti	NO
Rilevamento nel CSM di servizi igienici fuori uso	NO
Rilevamento nel CSM di segni di fatiscenza alle pareti	in 1 CSM su 6

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 30 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo al comfort (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS raggiunto dal Fattore Comfort nel livello del Centro di Salute Mentale è discreto. Gli standard che misurano la sicurezza delle strutture sono quasi tutti rispettati:

- segnaletica per le vie di fuga
- segnaletica per l'individuazione degli estintori
- luci di emergenza (assenti in un solo CSM).

Fa eccezione la piantina del piano di evacuazione (assente in metà dei CSM).

Buono il valore degli indicatori che permettono di misurare quanto il CSM è inserito nel tessuto urbano:

- possibilità per gli utenti di acquistare in sede o nelle vicinanze: giornali, riviste, oggetti per l'igiene personale, alimenti semplici (frutta, biscotti) (IAS medio 87, indicatore soddisfatto completamente in 4 CSM e parzialmente in uno)
- ufficio postale nelle vicinanze (IAS medio 80, presente in 4 CSM)
- sportello bancario nelle vicinanze (IAS medio 80, presente in 4 CSM).

La dotazione negli spazi d'attesa di distributori di alimenti/bevande e di acqua è invece molto bassa:

- distributori di alimenti/bevande negli spazi d'attesa (IAS medio 33, presente in 2 CSM su 6)
- distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa (IAS medio 0, assente in tutti i CSM).

Questo dato è confermato anche dall'Audit civico complessivo, nel quale i valori dell'IAS raggiunti da questi indicatori sono dello stesso ordine.

OSSERVAZIONI AL FATTORE COMFORT

È significativa la presenza di alcune dotazioni di comfort in tutti gli SPDC:

- stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi
- possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno
- possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno
- ambiente per i pasti
- ambiente per le attività di interazione sociale e di relax
- stanze di degenza con meno di 4 posti letti
- possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata.

Per quanto riguarda i CSM, sono buoni l'inserimento nel tessuto urbano e l'avanzamento dei progetti rivolti alla eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero.

Buono il rispetto degli standard che misurano la sicurezza delle strutture, che sono quasi tutti rispettati sia negli SPDC che nei CSM:

- segnaletica per le vie di fuga
- segnaletica per l'individuazione degli estintori
- luci di emergenza

con l'eccezione della presenza della **piantina del piano di evacuazione**.

I dati rilevati testimoniano che la situazione della realtà che hanno partecipato a questa sperimentazione è decisamente superiore alla media registrata dall'Audit civico complessivo, nel quale l'adeguamento agli standard del comfort dei CSM risulta mediocre. Anche gli indici degli SPDC sono elevati e confrontabili con quelli della fascia alta dell'assistenza ospedaliera.

Fattore 4 – Sicurezza dei pazienti

Il Fattore “Sicurezza dei pazienti” è stato valutato in tutti e tre i livelli oggetto di osservazione: Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
7	11	6

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

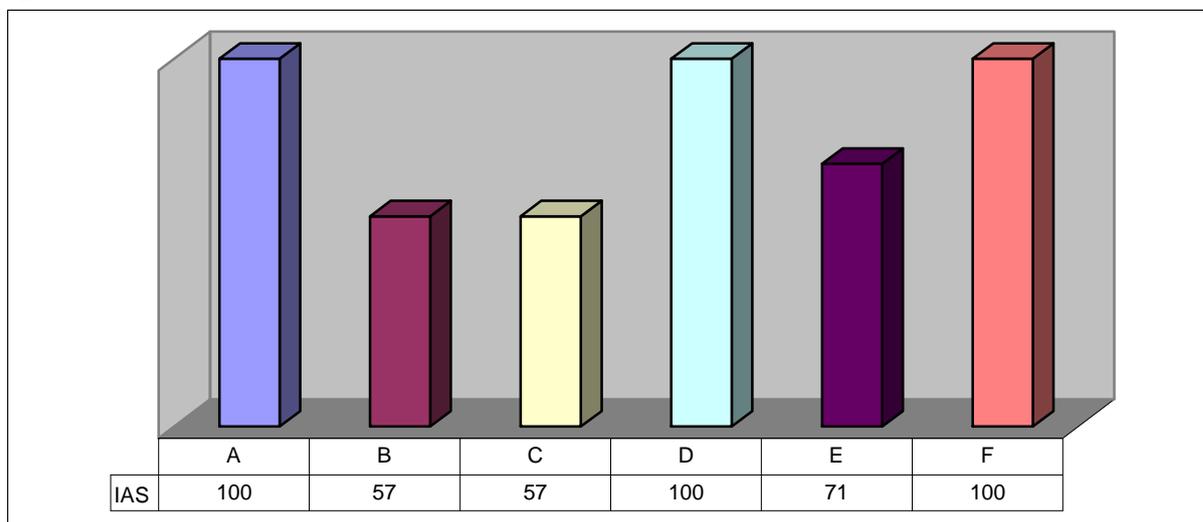
Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 81)

Tab. 20

Indicatori valutati: 7	IAS medio
Programma di gestione dei rischi del Dipartimento di Salute Mentale	100
Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)	100
Identificazione e monitoraggio da parte del Dipartimento di Salute Mentale degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità	83
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi	80
Programma per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e di azioni preventive	80
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi	60
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso	40

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 31 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo alla Sicurezza dei pazienti (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS raggiunto dal Fattore Sicurezza dei pazienti nei Dipartimenti di Salute Mentale è buono.

Osservando gli indicatori che costituiscono questo Fattore si può notare che il programma di gestione dei rischi e il documento di valutazione dei rischi sono presenti in tutti i DSM.

Per valutare come viene affrontato l'intero percorso della crisi degli utenti sono stati utilizzati tre indicatori:

- procedure per la prevenzione della crisi (IAS medio 60, presente in 3 DSM)
- procedure per la gestione della crisi (IAS medio 80, presente in 4 DSM)
- procedure per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso (IAS medio 40, presente in 2 DSM).

La prevenzione della crisi è affrontata attraverso un percorso formalizzato solo dalla metà dei DSM, a dimostrazione del fatto che la fase di prevenzione è ancora poco curata. La gestione della crisi con procedure scritte, invece, è svolta da quasi tutti i DSM. L'aspetto più critico è la gestione delle comunicazioni dopo il verificarsi di un evento avverso, che solo in 2 casi è sostenuta da procedure formalizzate.

La comparazione tra i DSM porta ad individuare due gruppi ben distinti: un primo gruppo raggiunge il valore massimo dell'IAS con la soddisfazione di tutti gli standard, mentre il secondo gruppo si posiziona su un livello mediocre. Lo scarto è dovuto, come si è detto, all'assenza nei DSM con un IAS più basso di procedure per la prevenzione della crisi e per la comunicazione al paziente e/o ai familiari di un evento avverso.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 4 – Sicurezza dei pazienti)

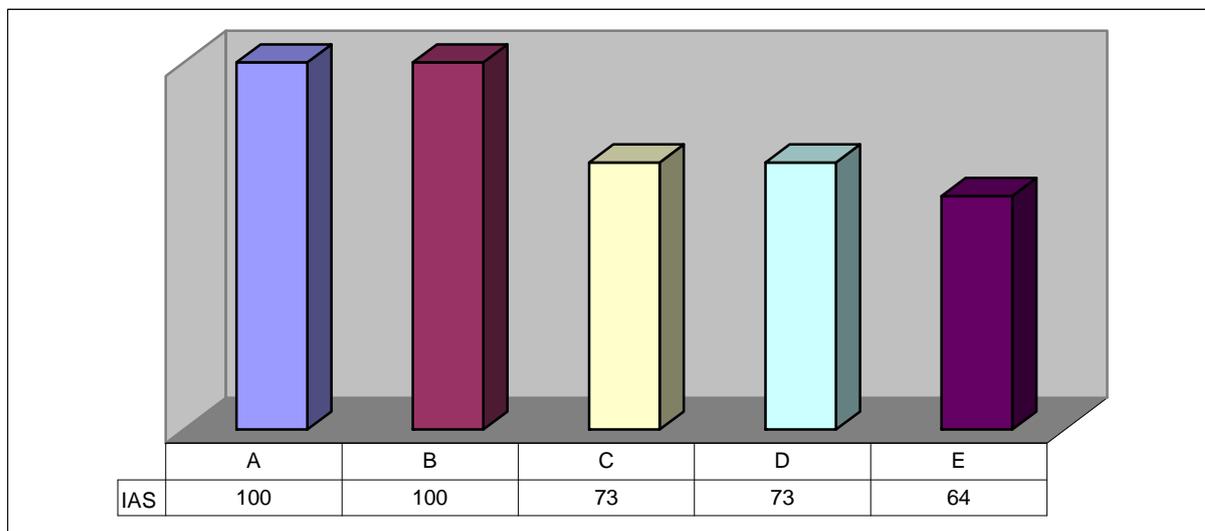
Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 82)

Tab. 21

Indicatori valutati: 11	IAS medio
Programma di gestione dei rischi nell'SPDC	100
Procedura scritta per il lavaggio delle mani	100
Identificazione e monitoraggio da parte dell'SPDC degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità	100
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	80
Procedure e linee-guida scritte per il monitoraggio delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	80
Procedure e linee-guida scritte per la segnalazione tempestiva delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	80
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	80
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi	75
Procedura scritta per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive	75
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi	50
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso	50

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 32 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo alla Sicurezza dei pazienti



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

L'IAS raggiunto dal Fattore Sicurezza dei pazienti nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura è buono.

Il Fattore sicurezza dei pazienti negli SPDC prende in considerazione due aspetti: uno legato alla gestione generale del rischio ospedaliero, l'altro rivolto alla peculiarità del servizio psichiatrico.

Gli indicatori legati all'attività ospedaliera raggiungono livelli soddisfacenti. In particolare

- procedure scritte per il lavaggio delle mani (IAS medio 100, presente in tutti gli SPDC)
- procedure per la prevenzione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario (IAS medio 80, presente in 4 SPDC su 5)
- procedure per il monitoraggio delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario (IAS medio 80, presente in 4 SPDC su 5)
- procedure per la segnalazione tempestiva delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario (IAS medio 80, presente in 4 SPDC su 5)
- procedure per la gestione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario (IAS medio 80, presente in 4 SPDC su 5).

Al contrario, gli standard strettamente legati alle peculiarità del servizio offerto dall'SPDC sono critici:

- solo due realtà dispongono di procedure per la prevenzione delle crisi
- solo tre dispongono delle procedure per la gestione delle crisi
- solo tre di quelle per la comunicazione con i pazienti e/o con i familiari
- solo tre delle procedure per l'identificazione di pazienti a rischio di suicidio.

Centro di Salute Mentale – CSM (del Fattore 4- Sicurezza dei pazienti)

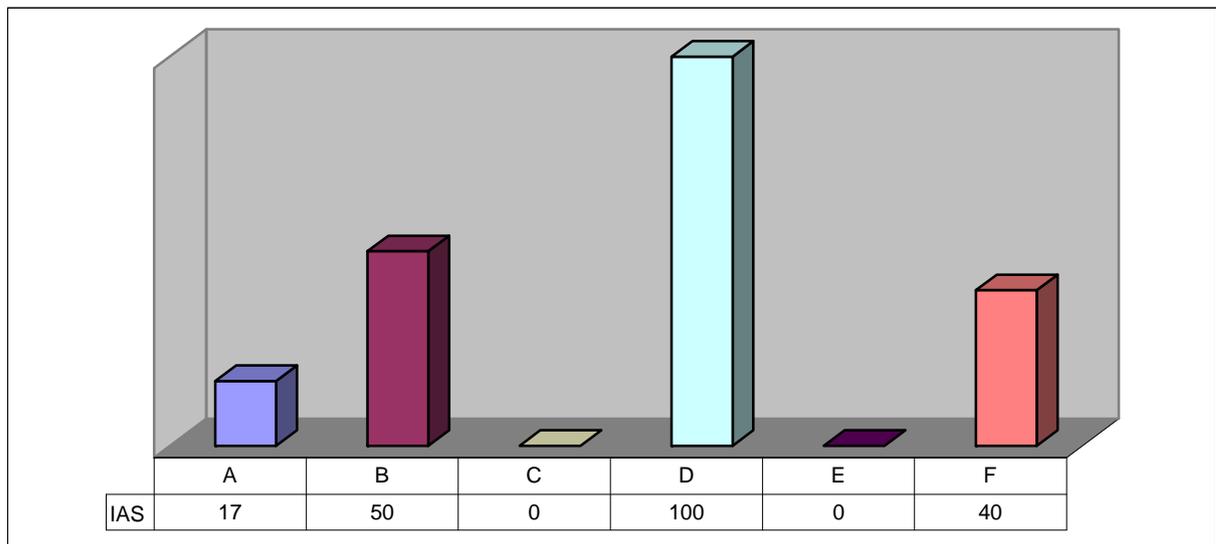
Giudizio 2010: SCADENTE (IAS medio 34)

Tab. 22

Indicatori valutati: 6	IAS medio
Programma di gestione dei rischi nel CSM	50
Procedure scritte per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive	40
Identificazione e monitoraggio da parte del CSM degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità	33
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi	20
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso	20
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi	0

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 33 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo alla Sicurezza dei pazienti



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

La situazione peggiora ulteriormente nel livello dei CSM, dove la prevenzione delle crisi è una procedura inesistente in tutti i servizi che hanno risposto, le procedure per la gestione delle crisi sono presenti in un solo CSM e quelle per la comunicazione, con modalità strutturata, con i pazienti e/o con i familiari solo in un altro centro. Leggermente migliore l'attenzione verso la prevenzione del suicidio documentata in due Centri. Il Piano generale per la gestione dei rischi è presente solo in metà delle realtà.

La situazione delle strutture è molto diversificata: una sola azienda raggiunge il massimo, due si attestano sul mediocre, una sullo scadente e ben due CSM non rispettano neanche uno standard.

OSSERVAZIONI FATTORE SICUREZZA DEI PAZIENTI

La sicurezza dei pazienti è un fattore che può essere analizzato in modo trasversale, confrontando le valutazioni dei diversi livelli.

Nel DSM il tema è affrontato con buona attenzione, mentre passando **all'SPDC la sicurezza assume un connotato più ospedaliero**, tipico di pazienti ricoverati in un'unità operativa, e si riduce sensibilmente il connotato specifico; **nei CSM** il tema sembra completamente **trascurato**.

È rilevante il confronto fra i tre indicatori utilizzati per valutare come viene affrontato l'intero percorso della crisi degli utenti:

- **procedure per la prevenzione della crisi**
- **procedure per la gestione della crisi**
- **procedure per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso.**

Le prime sono state adottate da tre DSM, da solo due SPDC e sono assenti nei CSM. Per le seconde il livello di attenzione sale di una unità in tutti i livelli. Le procedure per la comunicazione della crisi sono più trascurate e sono presenti solo in due DSM, in due SPDC e in un solo CSM.

Il risultato complessivo è decisamente mediocre e mette in evidenza, di nuovo, uno scarto fra il Dipartimento e i livelli operativi.

Fattore 5 – Continuità assistenziale

Il Fattore “Continuità assistenziale” è stato osservato in tutti e tre i livelli oggetto di valutazione Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
16	14	24

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 76)

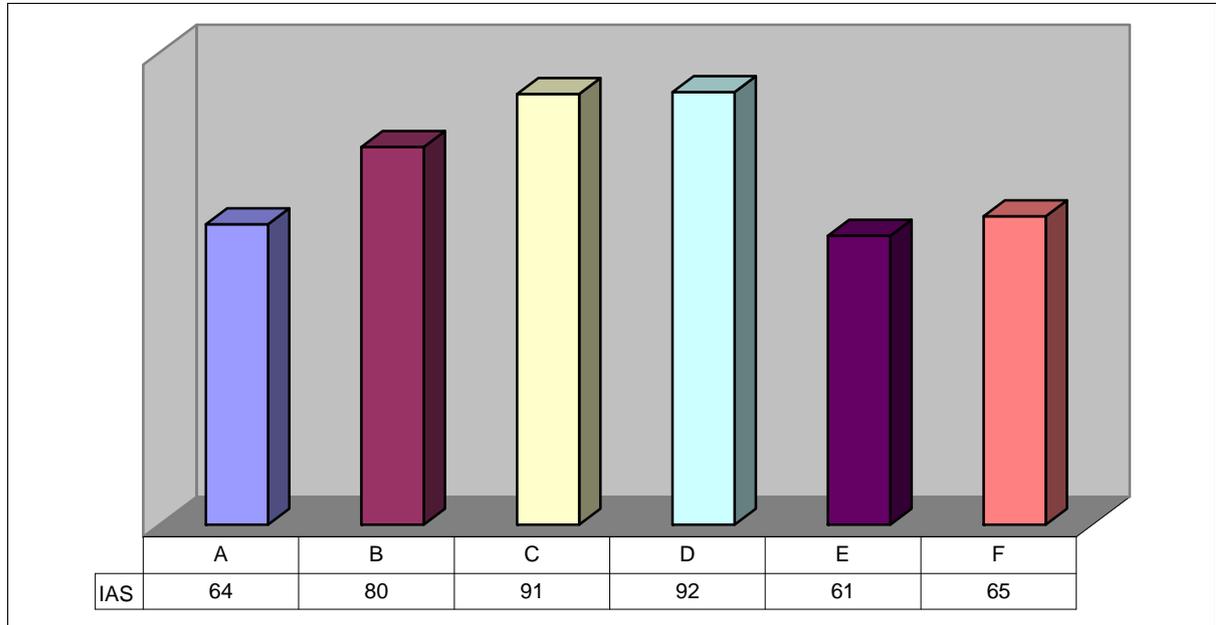
Tab. 23

Indicatori valutati: 16	IAS medio
Procedura scritta per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nell'SPDC	100
Procedura scritta secondo la quale l'SPDC e il CSM devono concordare un piano congiunto di dimissioni del paziente	100
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro	100
Attività previste per l'inserimento lavorativo: - rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo; - uso di borse di formazione lavoro; - visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto; - rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori; - iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio.	92
Agevolazione da parte del DSM per la nascita e per il funzionamento di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo dei pazienti	83
Procedure o linee-guida scritte per la promozione in tutte le componenti organizzative del DSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)	83
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe	83
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci	80
Procedura scritta secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero	75
Procedura scritta secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissioni inviata dall'SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione	75
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: - psicoeducazione dell'utente e dei familiari - schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali - formazione di tutto il personale - consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali - facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.	72
Procedure o linee-guida scritte per la nomina di un operatore di riferimento per gli utenti in carico	67
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione iniziale	67
Programma di promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi di educazione alla salute e di medicina preventiva	60
Procedure o linee-guida scritte per la comunicazione agli utenti del loro operatore di riferimento	50

Procedura scritta secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione	25
---	----

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 34 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo alla Continuità assistenziale (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Il Fattore Continuità assistenziale ha raggiunto nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale un livello discreto di IAS, pari a 76.

Gli indicatori relativi all'integrazione operativa tra servizi presentano comportamenti alquanto differenziati. Sono presenti in tutti i DSM:

- la procedura per informare il CSM del ricovero di un paziente nell'SPDC
- la procedura secondo la quale l'SPDC e il CSM devono concordare un piano congiunto di dimissioni del paziente.

Solo tre DSM hanno adottato:

- la procedura secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero
- la procedura secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissioni inviata dall'SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione.

Solo un DSM dispone della procedura secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC devono essere visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione.

Omogeneamente elevata invece la sensibilità rispetto al tema dell'inserimento lavorativo. In tutti i DSM sono presenti Linee-guida per la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro. Molto alto (pari a 92) anche l'Indice di adeguamento delle attività previste per l'inserimento lavorativo. Sono quindi pratiche comuni:

- i rapporti di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo

- l'uso di borse di formazione lavoro
- le visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto
- i rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori
- le iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio.

Tutti i DSM, tranne uno, prevedono agevolazioni da parte del DSM per la nascita e il funzionamento di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo dei pazienti.

Meno omogeneo l'intervento per la gestione degli effetti collaterali degli psicofarmaci. Le procedure o linee-guida scritte per l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti stessi sono presenti in 4 DSM. Incompleto anche l'accordo sulle attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci:

- psicoeducazione dell'utente e dei familiari
- schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali
- formazione di tutto il personale
- consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali
- facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.

L'IAS dell'indicatore infatti è soltanto 72 e un Dipartimento non svolge alcuna attività.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del fattore 5 – Continuità assistenziale)

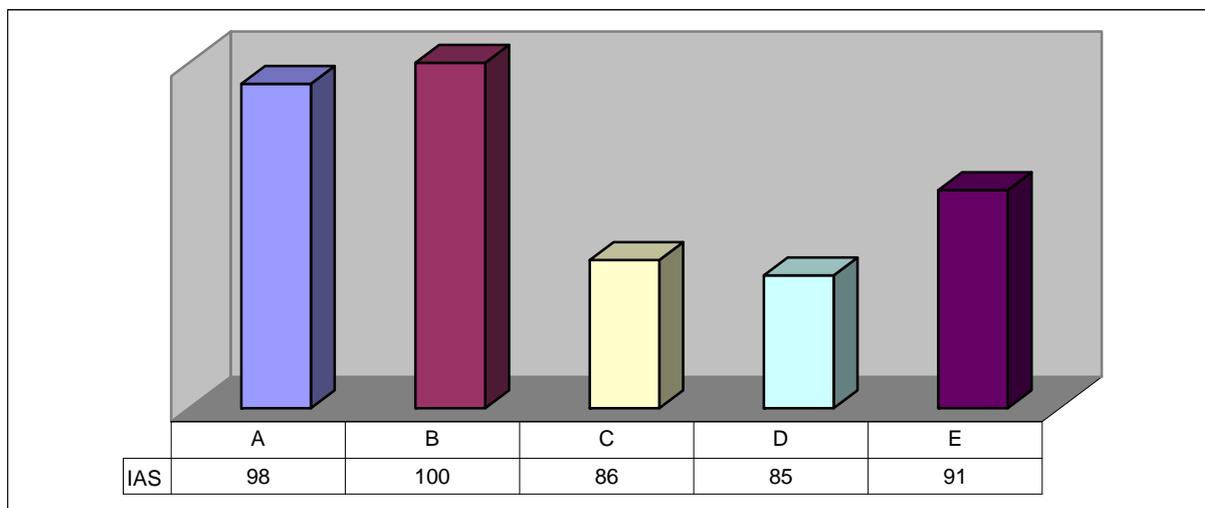
Giudizio 2010: ECCELLENTE (IAS medio 92)

Tab. 24

Indicatori valutati: 14	IAS medio
Pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nell'SPDC	100
Pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero	100
Pratica secondo la quale l'SPDC e il CSM concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente	100
Pratica secondo la quale l'SPDC invia al CSM la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione	100
Pratica secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC, residenti nel territorio del DSM, sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione	100
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento	100
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella revisione dei piani di trattamento	100
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci	100
Procedure scritte per quanto riguarda la decisione di ricorrere a contenzioni farmacologiche o cliniche	100
Procedure scritte per la gestione del TSO	100
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: - psicoeducazione dell'utente e dei familiari; - schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali; - formazione di tutto il personale; - consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali; - facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.	90
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe	75
Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti ricoverati	60
Comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro operatore di riferimento	60

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 35 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo alla Continuità assistenziale (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

La continuità assistenziale ha raggiunto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura valutati un livello eccellente dell'IAS medio, pari a 92.

Gli indicatori relativi ai rapporti di continuità assistenziale fra CSM e SPDC hanno un comportamento molto buono; infatti in tutti i servizi valutati sono presenti:

- pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente nell'SPDC
- pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero
- pratica secondo la quale l'SPDC e il CSM concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente
- pratica secondo la quale l'SPDC invia al CSM la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione
- pratica secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione.

Inoltre in tutti gli SPDC:

- viene praticato il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari, sia nella formulazione che nella revisione del piano di trattamento
- sono state predisposte procedure per l'identificazione e il trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci, e vengono svolte attività di prevenzione di tali effetti
- esistono procedure scritte per la gestione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.

A proposito dell'ultimo indicatore è necessario precisare che esso non è sufficiente per valutare la tematica dei TSO, riguardo l'uso appropriato del trattamento stesso o eventuali abusi.

Centro di Salute mentale - CSM (del fattore 5 – Continuità assistenziale)

Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 84)

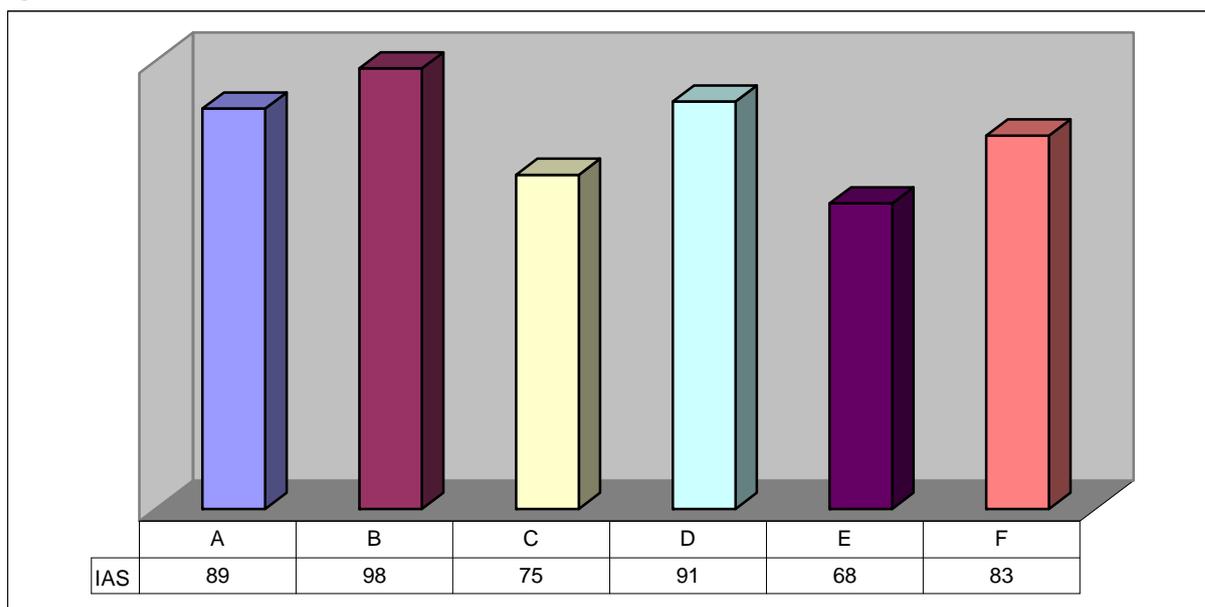
Tab. 25

Indicatori valutati: 24	IAS medio
Pratica secondo la quale il CSM e l'SPDC concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente	100
Pratica secondo la quale il CSM riceve dall'SPDC la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione	100
Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti in carico	100
Comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro operatore di riferimento	100
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento	100
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella revisione dei piani di trattamento	100
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe	100
Promozione in tutte le componenti organizzative del CSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)	100
Riunioni regolari di tutto il servizio o meglio di rappresentanti delle diverse (micro) équipe per discutere gli invii ricevuti, i trasferimenti e le prese in carico	100
Riunioni periodiche tra gli operatori di diversa qualificazione professionale delle (micro) équipe per discutere i problemi dei singoli pazienti in carico	100
Incontri periodici con l'équipe multidisciplinare per valutare l'andamento del percorso terapeutico	100
Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura	100
Pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nell'SPDC	83
Pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero	83
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci	80
Redazione di piani concordati per i pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante, nei quali sono contenuti: - la durata prevista e gli obiettivi concordati dell'intervento - le eventuali visite degli operatori del servizio inviante - la suddivisione dei compiti per l'inserimento dell'utente nella parte finale dell'intervento riabilitativo	79
Pratica secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC, residenti nel territorio del DSM, sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione	75
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro	75
Procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio all'abbandono da parte dei pazienti gravi	60
Procedure o linee-guida scritte per la durata di presa in carico degli utenti e per la decisione di concludere il trattamento o di passare dal trattamento attivo ad una fase di sorveglianza, con contatti distanziati nel tempo di verifica del mantenimento dei progressi	60
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: - psicoeducazione dell'utente e dei familiari - schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali - formazione di tutto il personale - consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali - facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie	56
Procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti	50

Attività previste per l'inserimento lavorativo: - rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo - uso di borse di formazione lavoro - visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto - rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori - iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio	50
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione iniziale	40

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 36 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo alla Continuità assistenziale (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nei CSM sono stati applicati gli stessi indicatori utilizzati negli SPDC, per valutare la continuità tra i due servizi anche al fine di verificare la concordanza delle risposte. Il livello medio di adeguamento agli standard è risultato di nuovo elevato, ma minore che nel caso precedente, e soprattutto non completamente corrispondente. Precisamente:

- un CSM dichiara l'assenza di una pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente nell'SPDC
- un CSM dichiara l'assenza della pratica che prevede la visita dei pazienti ricoverati dall'SPDC da parte di un operatore del CSM durante il ricovero
- un CSM dichiara l'assenza della pratica che prevede che i pazienti dimessi dall'SPDC siano visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione.

Restano invece generalmente attuate le pratiche che prevedono la stesura di un piano congiunto di dimissioni del paziente e la ricezione, da parte del CSM, della lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione dal SPDC.

Il fatto che le risposte non siano concordi merita un approfondimento da parte del DSM, per capire dove si crea lo scollamento.

In tutti i CSM, comunque, sono garantiti due standard fondamentali e cioè:

- la nomina di un operatore di riferimento stabile per gli utenti in carico e la comunicazione del nominativo anche ai familiari
- il coinvolgimento degli utenti e dei familiari nella formulazione e revisione dei piani di trattamento.

Diverso invece l'atteggiamento nei confronti degli utenti che abbandonano il servizio o hanno comportamenti irregolari. Un gruppo di tre CSM ha predisposto:

- procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti
- procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio all'abbandono da parte dei pazienti gravi

e di questo gruppo, due CSM hanno anche adottato procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione.

Negli altri Centri queste procedure – che, in un certo senso, misurano il grado di “attivismo” del servizio nel contrastare l'abbandono o il rifiuto delle cure degli utenti – sono del tutto assenti.

Non soddisfacente (al contrario di quanto avviene nei DSM) il comportamento degli indicatori che misurano la promozione dell'inserimento lavorativo. Solo tre CSM hanno adottato linee-guida scritte a tale proposito, e l'indice di realizzazione delle attività previste per l'inserimento lavorativo si ferma a 50, contro il valore di 92 rilevato nei Dipartimenti, per le stesse tipologie di intervento.

Molto buono, invece, il livello di integrazione tra le componenti del CSM. Sono completamente soddisfatti, con IAS pari a 100, i seguenti standard:

- presenza di procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe
- presenza di promozione in tutte le componenti organizzative del CSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)
- presenza di riunioni regolari di tutto il servizio o meglio di rappresentanti delle diverse (micro) équipe per discutere gli invii ricevuti, i trasferimenti e le prese in carico
- presenza di riunioni periodiche tra gli operatori di diversa qualificazione professionale delle (micro) équipe per discutere i problemi dei singoli pazienti in carico
- presenza di incontri periodici con l'équipe multidisciplinare per valutare l'andamento del percorso terapeutico.

OSSERVAZIONI SUL FATTORE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le risposte ottenute nei diversi livelli per gli stessi indicatori non sono sempre coerenti e questo è un problema da prendere in seria considerazione, soprattutto quando il tema è la continuità assistenziale. In particolare sono state controllate le risposte ottenute dai DSM, dagli SPDC e dai CSM in ordine all'esistenza delle procedure di raccordo fra gli ultimi due servizi e le risposte date dai DSM e dai CSM in ordine all'inserimento lavorativo.

Per quanto riguarda l'integrazione tra l'SPDC e il CSM, si è rilevato che:

- la procedura per informare il CSM del ricovero di un paziente nell'SPDC esiste in tutti i DSM e in tutti gli SPDC ma manca in uno dei CSM
- la procedura secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero esiste in tutti i DSM e in tutti gli SPDC ma manca in uno dei CSM
- la procedura secondo la quale l'SPDC e il CSM devono concordare un piano congiunto di dimissioni del paziente esiste in tutti i livelli
- la procedura secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissioni inviata dall'SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione esiste nei CSM e negli SPDC ma manca in un CSM
- la procedura secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC devono essere visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione è presente in tutti gli SPDC ma manca in un DSM e in un CSM.

È da sottolineare anche che in nessuna realtà tutti gli standard sono completamente rispettati in tutti i livelli. In tutte le situazioni indagate esiste almeno una contraddizione che evidenzia una, almeno potenziale, incertezza nell'organizzazione. Questo dato merita un approfondimento da parte del DSM in quanto organo che coordina e contiene gli altri, per indagare dove si crei lo scollamento.

In ordine all'**inserimento lavorativo** si è già avuto modo di segnalare che gli indici di adeguamento agli standard diminuiscono sensibilmente passando dal livello del Dipartimento a quello del **Centro di Salute Mentale**. Le linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro sono state adottate da tutti i DSM ma soltanto da tre CSM. Le attività previste per l'inserimento lavorativo e cioè:

- i rapporti di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo
- l'uso di borse di formazione lavoro
- le visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto
- i rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori

sono generalmente poste in essere nei Dipartimenti e molto meno nei Centri. Questo scarto merita un approfondimento per comprendere in quale misura esso sia dovuto alle oggettive difficoltà che insorgono nel passaggio dal livello della decisione generale alla attuazione operativa, a problemi di comunicazione fra i diversi livelli, o ancora ad altre cause.

Fattore 6 – Miglioramento della qualità e formazione del personale

Il Fattore “Miglioramento della qualità e formazione del personale” è stato valutato in tutti e tre i livelli di osservazione: Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
5	5	5

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

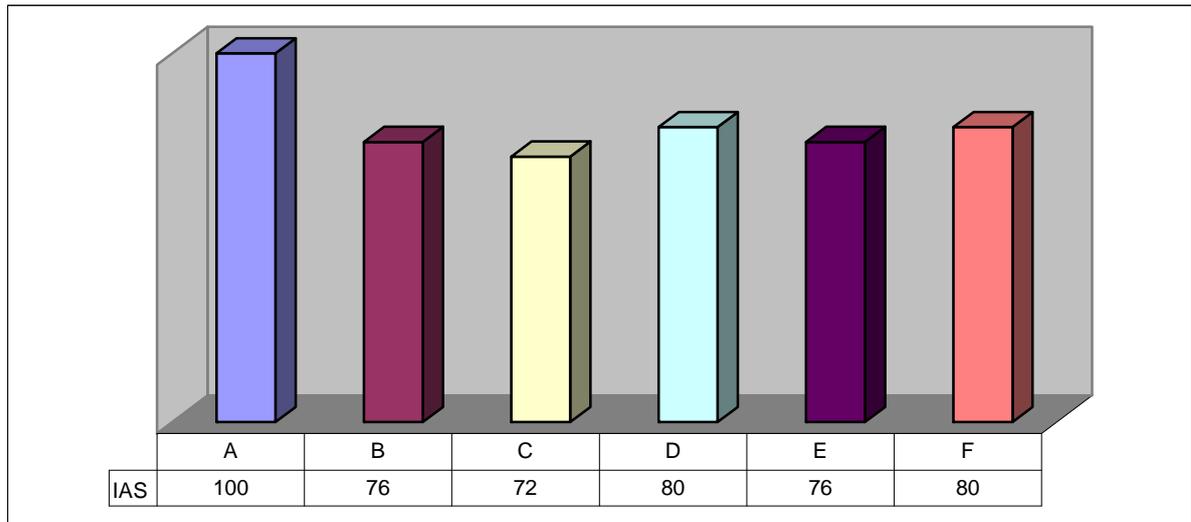
Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 81)

Tab. 26

Indicatori valutati: 5	IAS medio
Procedure scritte per la gestione dei reclami	100
Programma di formazione specifica per il personale: - criteri per la presa in carico; - riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; - conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; - formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; - riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; - riconoscimento del rischio di suicidio; - prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; - abilità di comunicazione di base; - umanizzazione delle cure; - abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; - diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; - aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche.	97
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze	83
Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti dal territorio del DSM negli ultimi due anni	67
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: - utilizzo di personale addestrato - domande su tutti i seguenti argomenti (5) - disponibilità e cortesia del personale - facilità di accesso - senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni - soddisfazione sulle informazioni ricevute - l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni - risultati resi pubblici - azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione	57

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 37 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo al miglioramento della qualità e formazione professionale (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Gli indicatori critici riguardano le indagini sui bisogni (assenti in un terzo delle realtà) e sulla soddisfazione degli utenti, assenti anch'esse in due realtà e praticate in modo incompleto in altre due.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 6 – Miglioramento della qualità e formazione del personale)

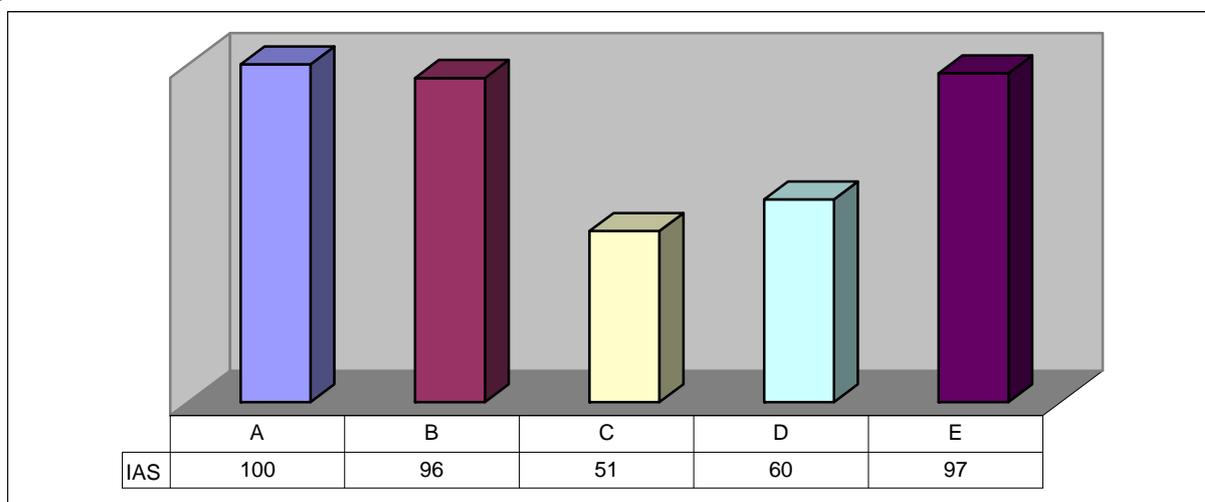
Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 81)

Tab. 27

Indicatori valutati: 5	IAS medio
Procedure scritte per la gestione dei reclami	100
Programma di formazione specifica per il personale: - criteri per la presa in carico; - riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; - conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; - formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; - riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; - riconoscimento del rischio di suicidio; - prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; - abilità di comunicazione di base; - umanizzazione delle cure; - abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; - diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; - aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche.	96
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze	80
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: - utilizzo di personale addestrato - domande su tutti i seguenti argomenti (5): - disponibilità e cortesia del personale - facilità di accesso - senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni - soddisfazione sulle informazioni ricevute - l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni - risultati resi pubblici - azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione	68
Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti dell'SPDC negli ultimi due anni	60

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 38 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo al Miglioramento della qualità e formazione professionale (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

Anche in questo livello gli indicatori con valori inferiori sono quelli relativi alle indagini sui bisogni e sulla soddisfazione degli utenti. Gli SPDC indagati si dividono nettamente in due gruppi: uno eccellente e uno del tutto mediocre.

Centro di Salute Mentale - CSM (del Fattore 6 – Miglioramento della qualità e formazione del personale)

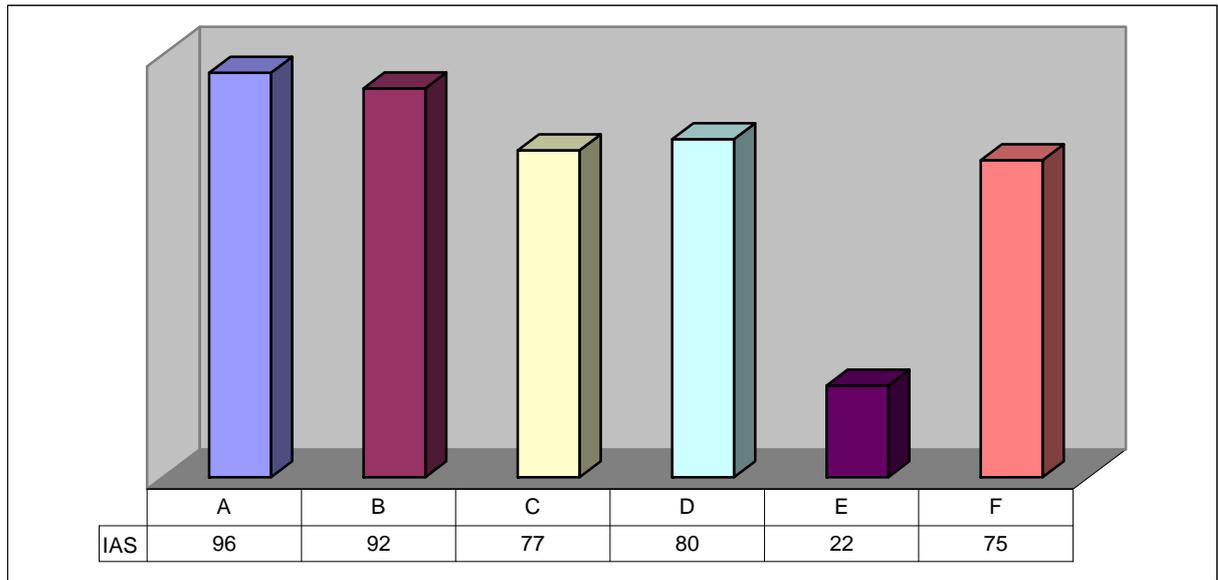
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 74)

Tab. 28

Indicatori valutati: 5	IAS medio
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze	100
Programma di formazione specifica per il personale: - criteri per la presa in carico - riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica - conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM - formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica - riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici - riconoscimento del rischio di suicidio - prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi - abilità di comunicazione di base - umanizzazione delle cure - abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari - diritti dei pazienti ed esperienze di tutela - aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche	90
Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti dal territorio del CSM negli ultimi due anni	83
Procedure scritte per la gestione dei reclami	83
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: - utilizzo di personale addestrato - domande su tutti i seguenti argomenti (5) - disponibilità e cortesia del personale - facilità di accesso - senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni - soddisfazione sulle informazioni ricevute - l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni - risultati resi pubblici - azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione	27

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 39 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo al Miglioramento della qualità e formazione professionale



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Aumenta l'attenzione verso i bisogni, dal momento che solo un Centro non ha realizzato un'indagine a tale proposito, ma diminuisce sensibilmente la pratica delle indagini sulla soddisfazione degli utenti. Un Centro scende a valori del tutto scadenti in quanto trascura completamente ogni tipo di indagine e non si è dotato nemmeno della procedura per la gestione dei reclami.

OSSERVAZIONI AL FATTORE MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Fattore miglioramento della qualità e formazione professionale viene valutato nei tre livelli (Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale), con gli stessi indicatori.

L'IAS medio raggiunto da ciascun livello è omogeneo ed è pari a:

- 81 nel Dipartimento di Salute Mentale
- 81 nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- 74 nel Centro di Salute Mentale.

L'indicatore sul programma di formazione del personale raggiunge sempre valori eccellenti, ma mai 100, e sembra interessante proporre alle équipes un approfondimento per verificare quali, fra i temi proposti, sono stati esclusi dalla formazione.

La presenza di Procedure scritte per la gestione dei reclami è uno standard completamente acquisito nei DSM e negli SPDC, meno nei CSM.

Gli indicatori più critici, come si è visto, sono:

- la realizzazione di **indagini sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari**, con valori mediocre nei DSM, appena discreto negli SPDC e scadente nei CSM
- la realizzazione di un'**indagine circa i bisogni emergenti** praticata normalmente soltanto nel livello dei CSM, meno nei DSM e alquanto trascurata negli SPDC.

Fattore 7 – Informazione e comunicazione

Il Fattore “Informazione e comunicazione” è stato valutato in tutti e tre i livelli oggetto della valutazione: Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e il Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
7	23	17

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

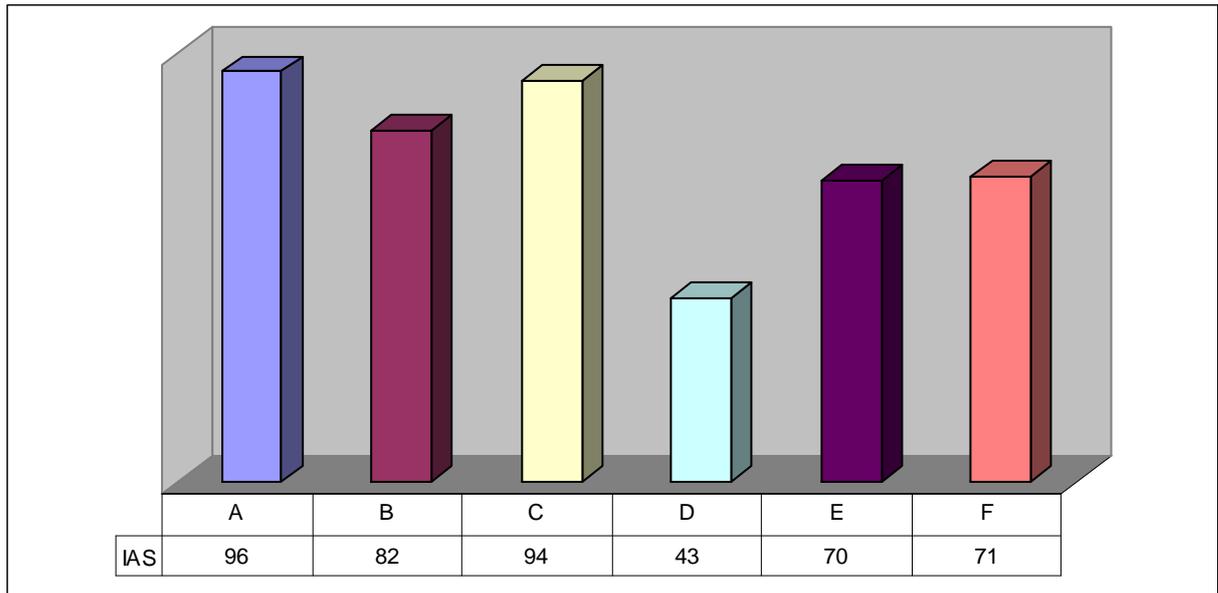
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 76)

Tab. 29

Indicatori valutati: 7	IAS medio
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica	100
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto	100
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	83
Carta dei servizi	83
Svolgimento della Conferenza di servizio	60
Carta dei servizi con le seguenti informazioni: - la missione del DSM, le categorie di utenti prioritari, le principali attività svolte - le componenti organizzative che ne fanno parte, i responsabili, gli orari, le modalità di accesso, le prestazioni e i servizi forniti e l'impegno a rispettarli - i tempi medi di attesa - i ticket e gli altri costi a carico dell'utente - i rapporti di collaborazione e i protocolli d'intesa con i servizi sanitari sociali - la descrizione fisica delle varie componenti organizzative, con eventuale pianta delle zone e informazioni su come arrivarvi con i vari mezzi di trasporto - i diritti e doveri degli utenti e dei familiari - l'orario delle visite - l'impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato dei familiari e degli utenti e a favorire il funzionamento di comitati misti tra servizio e rappresentanti degli utenti - le modalità di rilevazione del gradimento degli utenti e dei loro familiari - le modalità con cui vengono raccolti e analizzati i reclami e i suggerimenti degli utenti e dei loro familiari, impegno alle risposte e tempi di risposta - la tutela e la riservatezza dei dati - le modalità per ottenere copia della documentazione clinica - la tutela della privacy	52
Carta dei servizi in formato di opuscolo	50

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 40 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo all'informazione e comunicazione (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Il Fattore informazione e comunicazione nel livello del DSM è valutato con un numero ridotto di indicatori.

Le procedure per la tenuta della cartella clinica sono presenti in tutti i DSM, così come quelle per la richiesta del consenso informato.

L'indicatore relativo alla Carta dei servizi è molto articolato perché si è voluta verificare la presenza delle informazioni essenziali che servono al cittadino per orientarsi al meglio nel suo rapporto con i servizi. Si è appurato che due DSM non hanno la Carta dei servizi, in uno essa contiene circa la metà delle informazioni richieste dallo standard, in un altro DSM si sale a due terzi. Nei restanti due Dipartimenti nella Carta è presente circa il 90% delle informazioni.

Infine solo la metà dei DSM ha una Carta dei servizi in formato di opuscolo da distribuire ai cittadini.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 7 – Informazione e comunicazione)

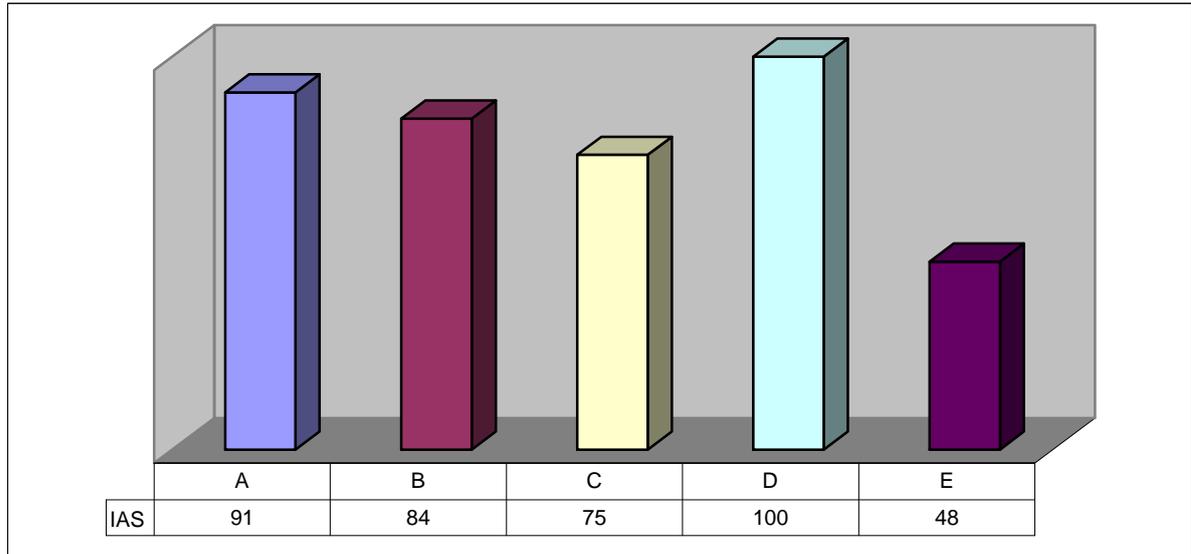
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 80)

Tab. 30

Indicatori valutati: 23	IAS medio
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica	100
Lettera di dimissioni in cui sono presenti almeno: - condizioni dell'utente alla dimissione - principali interventi effettuati - raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up	100
Invio tempestivo della lettera di dimissioni al medico curante	100
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto	100
Consensi informati documentati nelle cartelle cliniche di ricovero o ambulatoriali	100
Cartello con indicati gli orari della giornata dell'SPDC	100
Cartello con indicato l'orario di ricevimento del personale dell'SPDC	100
Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria	100
Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	100
Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale	80
Opuscoli informativi sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente (mediante appositi distributori, dati al momento dell'accettazione, ecc.)	80
Opuscoli informativi circa i diritti dei pazienti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	80
Documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami	80
Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	80
Cartella integrata	75
Servizio informazioni per il pubblico (adetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.) presso l'ingresso principale	75
Cartello con i nominativi dei medici dell'SPDC	60
Cartello con le qualifiche dei medici dell'SPDC	60
Cartello con il nome del coordinatore infermieristico dell'SPDC	60
Carta dei diritti in versione di opuscolo	60
Ascensori con indicazioni circa le U.O./servizi presenti al piano	50
Cartella clinica informatizzata	40
Opuscoli informativi circa le responsabilità dei pazienti (mediante appositi distributori)	40

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 41 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo all'Informazione e comunicazione (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

Gli indicatori utili per valutare il tipo di informazioni che ricevono gli utenti nel momento delle dimissioni dall'SPDC e la comunicazione instaurata col medico curante sono molto buoni. In particolare:

- la lettera di dimissioni in cui sono precisate le condizioni dell'utente alla dimissione, i principali interventi effettuati, le raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up sono in uso in tutti i servizi (IAS medio 100)
- le procedure e/o gli strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale sono assenti solo in un servizio
- tutti gli SPDC inviano tempestivamente la lettera di dimissioni al medico curante.

Meno soddisfacente l'informazione logistica, soprattutto dei cartelli con le informazioni essenziali sull'organizzazione del reparto e la presenza di opuscoli sulla responsabilità dei pazienti.

Centro di Salute Mentale - CSM (del Fattore 7 – Informazione e comunicazione)

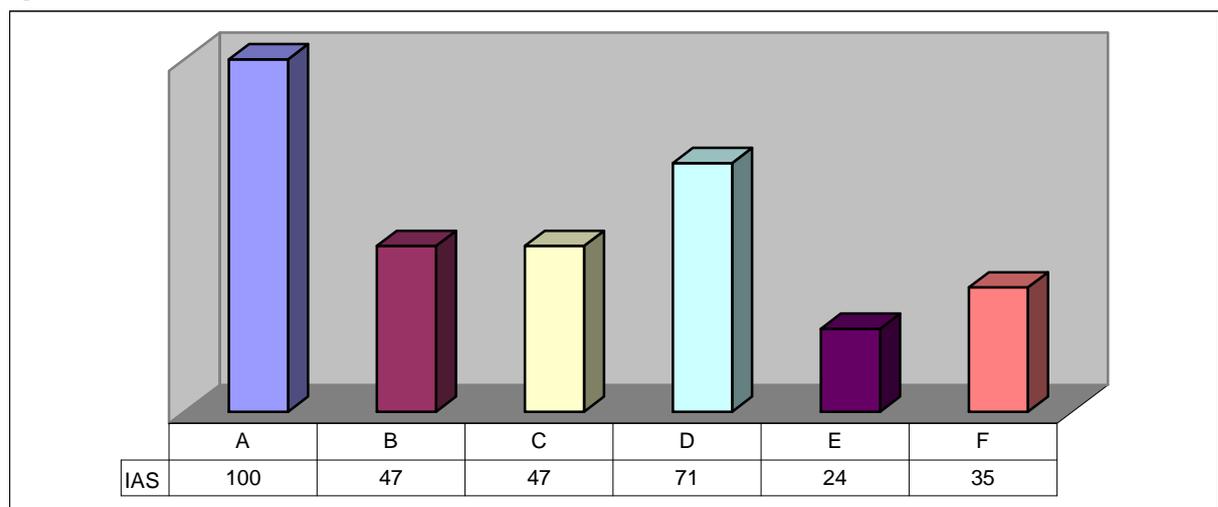
Giudizio 2010: MEDIOCRE (IAS medio 54)

Tab. 31

Indicatori valutati: 17	IAS medio
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto	100
Sito web aziendale con informazioni relative agli orari del CSM e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	100
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	83
Sito web aziendale con informazioni relative agli orari del CSM e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	83
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica	67
Il servizio prende in carico un paziente ed invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell'utente e i trattamenti iniziati e ne sollecita la collaborazione	50
Opuscoli informativi circa i diritti dei pazienti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	50
Opuscoli informativi o avvisi rivolti al pubblico sulla prevenzione delle malattie e/o educazione alla salute (mediante appositi distributori)	50
Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	50
Cartello aggiornato con i nominativi e le qualifiche degli operatori del Servizio	50
Luogo visibile e dedicato alle informazioni nella struttura	50
Procedura scritta per favorire il raccordo tra gli operatori del CSM e il medico di fiducia del paziente	33
Opuscoli informativi sui servizi offerti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	33
Opuscoli informativi con i nomi degli operatori (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	33
Documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami	33
Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	33
Carta dei servizi in versione di opuscolo	17

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 42 Profilo del Centri di Salute Mentale relativo all'Informazione e comunicazione (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Il Fattore Informazione e comunicazione nei Centri di salute mentale raggiunge un IAS mediocre.

Questo valore deriva dal cattivo comportamento di alcuni indicatori:

- solo nella metà dei CSM osservati il servizio prende in carico un paziente, invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell'utente e i trattamenti iniziati e ne sollecita la collaborazione
- la procedura scritta per favorire il raccordo tra gli operatori del CSM e il medico di fiducia del paziente è presente solo in 2 CSM su 6
- gli opuscoli informativi sull'organizzazione del servizio, sui diritti e sulle responsabilità, sono presenti solo in 2 CSM su 6.

OSSERVAZIONI SUL FATTORE INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il Fattore Informazione e comunicazione raggiunge nei livelli del DSM e dell'SPDC un valore dell'IAS discreto (IAS medio 76 nel DSM e 80 nell'SPDC), mentre nel CSM scende a mediocre (IAS medio 54).

Gli indicatori più critici riguardano la **Carta dei servizi**, in due casi del tutto **assente**, in altri due **incompleta**. Essa è disponibile **in formato di opuscolo**, da distribuire ai cittadini:

- nella metà dei Dipartimenti
- nella metà degli SPDC
- solo in un Centro di salute mentale.

Quest'ultimo dato evidenzia, ancora una volta, uno scarto negativo tra la situazione del DSM e il livello operativo del territorio.

Come fatto positivo si registra che le procedure scritte per la richiesta del consenso informato sono presenti in tutti i servizi e i livelli: questo pertanto può essere considerato uno standard acquisito.

Fattore 8 – Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione

Il Fattore “Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione” è stato valutato in tutti e tre i livelli oggetto della valutazione: Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e il Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
10	17	10

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

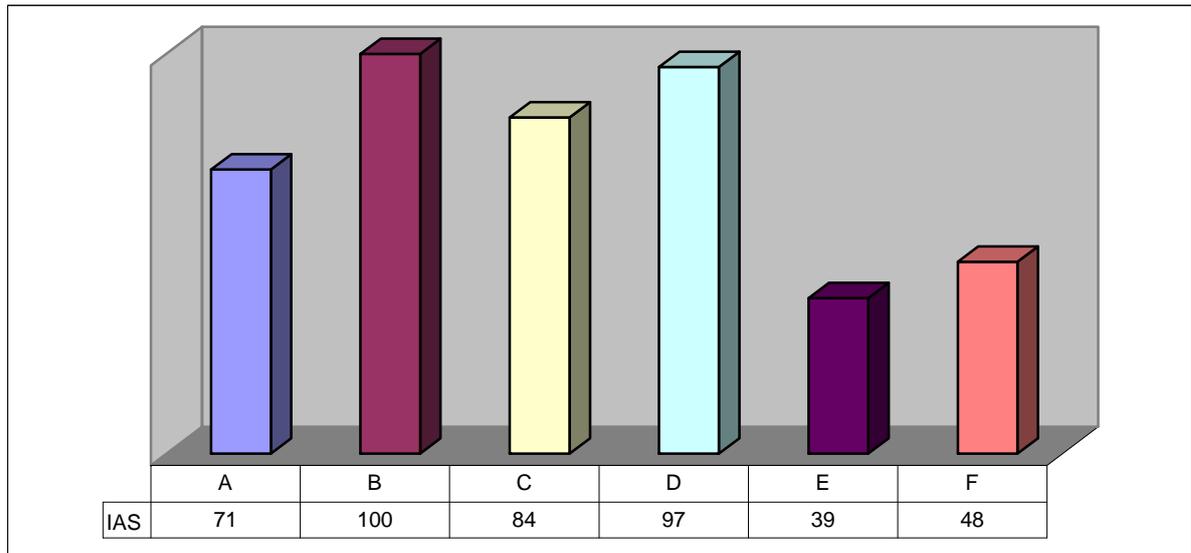
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 73)

Tab. 32

Indicatori valutati: 10	IAS medio
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente	80
Servizio d'interpretariato	67
Servizio di mediazione culturale	67
Procedure scritte per informare gli utenti sui seguenti aspetti: - modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti - diritti, in particolare diritti e responsabilità, rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure - doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti - modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento - gruppi di mutuo aiuto, servizi sociali e ricreativi utilizzabili.	60
Discussione da parte della Commissione mista conciliativa di alcuni reclami presentati dagli utenti del DSM e dai loro familiari	50
Riunione della Commissione mista consultiva negli ultimi 12 mesi per discutere i problemi del DSM ed esprimere pareri e suggerimenti sul modo di migliorare la funzionalità del servizio	47
Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita	25

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 43 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo alla personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Il Fattore Personalizzazione delle cure raggiunge nel livello del Dipartimento di Salute Mentale un livello discreto.

Il funzionamento delle commissioni miste è incompleto ma significativo. In metà dei dipartimenti la Commissione conciliativa si è riunita per discutere i reclami presentati dagli utenti del DSM e dai loro familiari. Anche la frequenza delle riunioni delle Commissioni consultive negli ultimi 12 mesi, per discutere i problemi del Dipartimento ed esprimere pareri e suggerimenti sul modo di migliorare la funzionalità del servizio, è stata, tutto sommato, discreta (IAS medio 47).

Per quanto riguarda l'attenzione rispetto agli utenti stranieri:

- il Servizio d'interpretariato è presente in 4 DSM su 6
- negli stessi Dipartimenti è presente anche il servizio di mediazione culturale
- solo un DSM ha adottato procedure scritte per tenere conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita.

Quest'ultimo indicatore testimonia la volontà di approfondire l'attività del servizio di mediazione culturale, superando il semplice (anche se importante) interpretariato.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 8 – Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione)

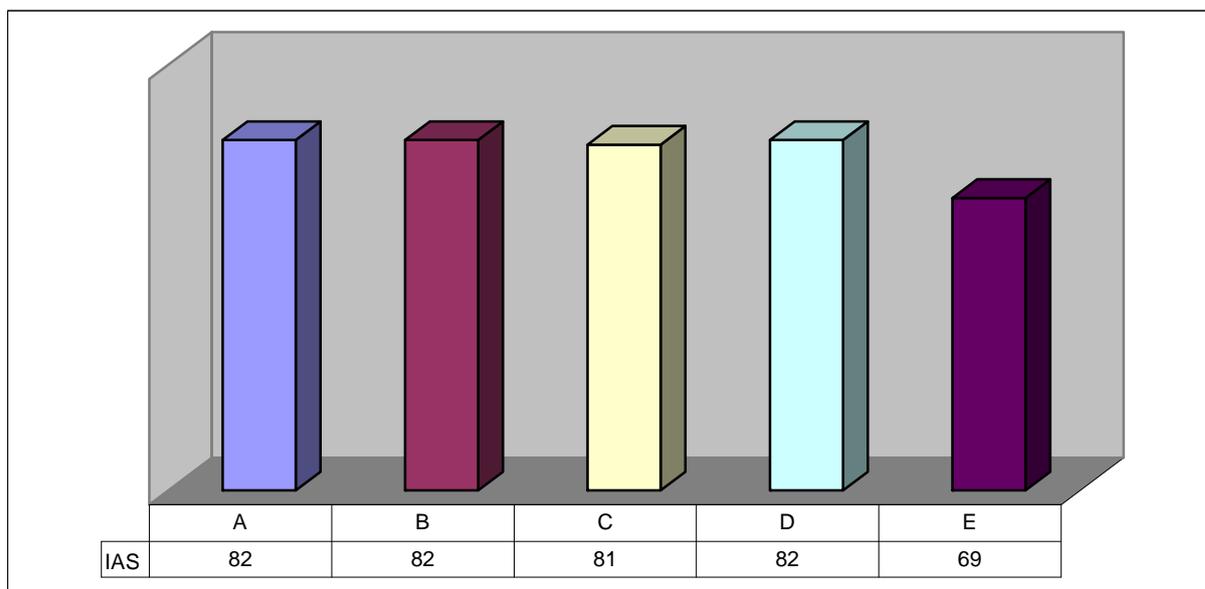
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 79)

Tab. 33

Indicatori valutati: 17	IAS medio
Assistenza spirituale a richiesta	100
Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera	100
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
Procedura per assicurare il rispetto della privacy	100
Possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza	100
Locali per colloqui e trattamenti individuali	100
Ingresso da parte dei visitatori dopo le ore 18:00	100
Comunicazione al paziente dei componenti dell'équipe di riferimento	100
Servizio d'interpretariato	80
Servizio di mediazione culturale	80
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente	75
Orario della distribuzione della colazione ai pazienti	60
Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente, con almeno due elementi identificatori	50
Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti	0
Orario della distribuzione della cena ai pazienti	0

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 44 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo alla Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

Alcuni indicatori del Fattore Personalizzazione nel livello dell'SPDC sono specifici dell'ospedale in quanto struttura di ricovero, e non dell'SPDC in quanto tale: l'orario dei

pasti, che, sia per il pranzo che per la cena, sono ancora serviti prima delle 12:00 e delle 19:00, mentre la colazione in 3 casi viene servita dopo le 7.

Gli standard relativi al rispetto della privacy si possono considerare completamente acquisiti. Buono anche il comportamento di altri indicatori volti a valutare in quale misura l'organizzazione del servizio tenga conto degli utenti non solo come pazienti, con elementi di umanizzazione, come:

- la possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza (IAS medio 100)
- la disponibilità di locali per colloqui e trattamenti individuali (IAS medio 100)
- la comunicazione al paziente dei componenti dell'équipe di riferimento (IAS medio 100)
- l'ingresso da parte dei visitatori dopo le ore 18:00 (IAS medio 100).

Centro di Salute Mentale - CSM (del Fattore 8 – Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione)

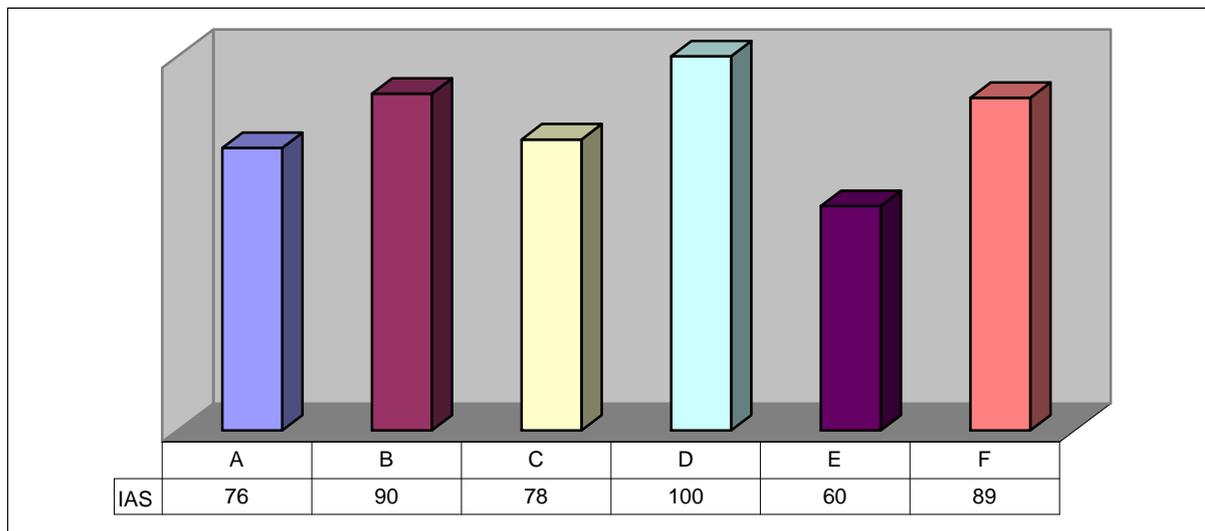
Giudizio 2010: BUONO (IAS medio 82)

Tab. 34

Indicatori valutati: 10	IAS medio
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
Possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza	100
Locali per colloqui e trattamenti individuali	100
Procedure scritte per informare gli utenti sui seguenti aspetti: - modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti - diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure - doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti - modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento - gruppi di mutuo aiuto, servizi sociali e ricreativi utilizzabili	97
Servizio d'interpretariato	83
Servizio di mediazione culturale	83
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente	50
Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita	17

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 45 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo alla Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Anche in questo caso si possono considerare acquisiti gli standard relativi al rispetto della riservatezza.

Per quanto riguarda l'attenzione verso gli utenti stranieri, 5 CSM su 6 dispongono sia del servizio d'interpretariato che del servizio di mediazione culturale e, di nuovo, un CSM si impegna anche con procedure scritte volte a tenere conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita.

OSSERVAZIONI DEL FATTORE PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, PRIVACY E UMANIZZAZIONE

Il Fattore Personalizzazione evidenzia che sia gli SPDC sia i CSM mettono in atto azioni volte a tutelare la privacy e a favorire la personalizzazione del servizio, come mettere a disposizione locali per incontrare privatamente pazienti, o permettere le visite dopo le ore 18:00. Del tutto scadenti gli **orari della distribuzione dei pasti**, quando dipendono dall'organizzazione generale dell'ospedale.

Incompleto il funzionamento delle **commissioni miste conciliative e consultive**, operative solo nella metà delle realtà.

Resta a livello di buona prassi, attuata in una sola realtà, un'**attenzione agli stranieri** capace di superare i livelli tradizionali del servizio per aprirsi ad una conoscenza maggiore dei bisogni e delle specifiche esigenze delle minoranze etniche. Deve comunque essere registrata positivamente la diffusione dei servizi di interpretariato e di mediazione culturale.

Fattore 9 – Rapporti con le famiglie

Il Fattore “Rapporti con le famiglie” è stato valutato in tutti e tre i livelli oggetto della valutazione: Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e il Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
7	5	5

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

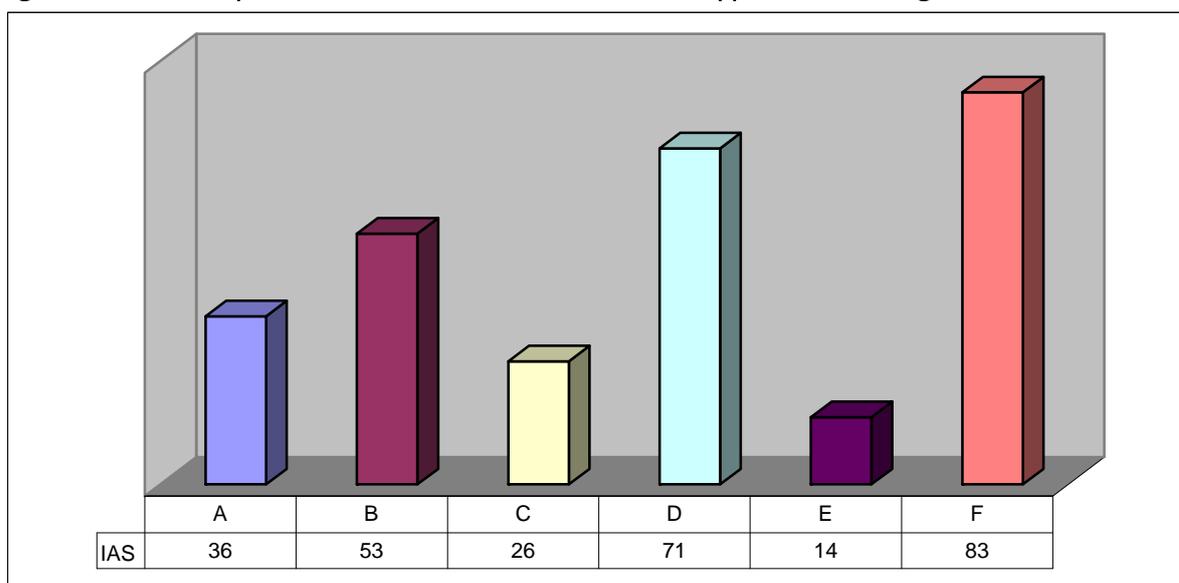
Giudizio 2010: MEDIOCRE (IAS medio 47)

Tab. 35

Indicatori valutati: 7	IAS medio
Il DSM favorisce la costituzione di associazioni o gruppi di mutuo-aiuto di familiari	100
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - i loro diritti - le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti - le modalità per contattare i curanti o i referenti - l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto - servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare - doveri e impegni verso il servizio.	67
Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari	40
Gruppi di mutuo-aiuto e/o associazioni di familiari attivi	33
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	33
Procedure scritte per formare i familiari a riconoscere i segni precoci di crisi e a favorire l'adesione al trattamento farmacologico	25
Procedure scritte relative ai rapporti con le associazioni di familiari	17

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 46 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo ai Rapporti con le famiglie (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Il Fattore Rapporti con le famiglie nel livello del DSM raggiunge un IAS mediocre, giustificato dai seguenti indicatori critici:

- i programmi di psicoeducazione per i familiari sono presenti in 2 DSM su 6
- formazione dei familiari al riconoscimento dei segni precoci di crisi, presente in un solo DSM
- presenza di gruppi di mutuo-aiuto e/o associazioni di familiari, presente in 2 DSM su 6
- procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente), presente in 2 DSM su 6.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del fattore 9 – Rapporti con le famiglie)

Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 76)

Tab. 36

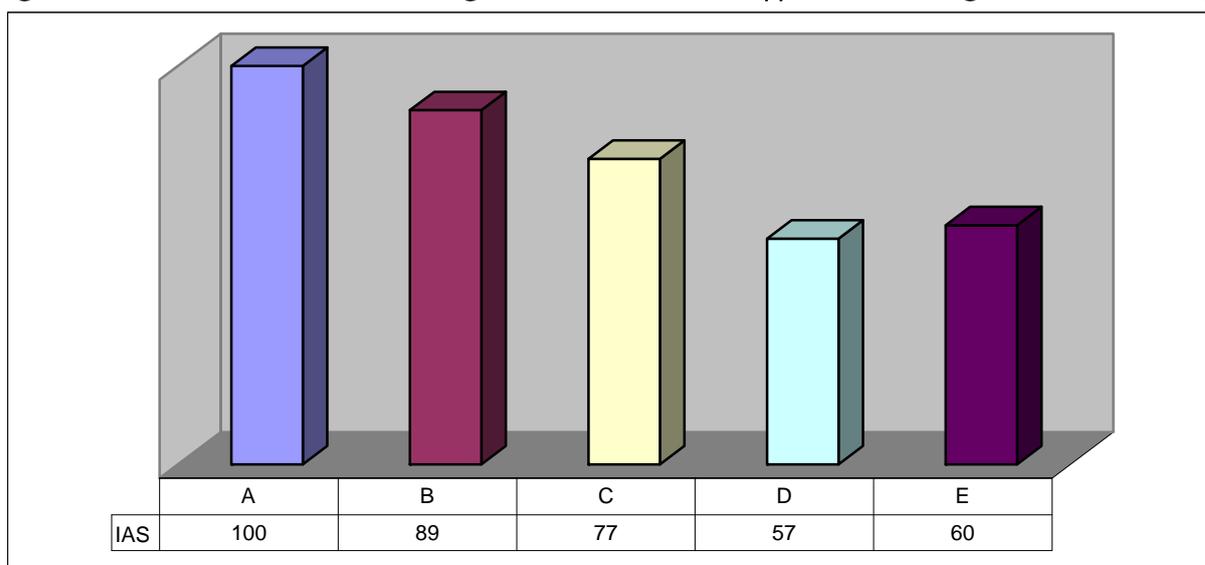
Indicatori valutati: 5	IAS medio
Possibilità per i familiari di incontrare facilmente l'operatore di riferimento o un altro operatore per discutere la natura dei disturbi dell'utente e il trattamento	100
Formazione ai familiari sia per riconoscere i segni precoci di crisi sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico	100
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - i loro diritti - le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti - le modalità per contattare i curanti o i referenti - l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto - servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare - doveri e impegni verso il servizio	87
Svolgimento di programmi di psicoeducazione per familiari	50
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	40

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura i rapporti con le famiglie migliorano, rispetto al Dipartimento di Salute Mentale, e l'IAS medio raggiunto da questo Fattore è discreto. In tutti gli SPDC i familiari hanno la possibilità di incontrare facilmente l'operatore di riferimento e possono accedere a una formazione, sia per riconoscere i segni precoci di crisi, sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico.

Lo svolgimento di programmi di psicoeducazione per i familiari, invece, avviene in 2 SPDC su 5.

Fig. 47 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo ai Rapporti con le famiglie (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

Centro di Salute mentale – CSM (del fattore 9 – Rapporti con le famiglie)

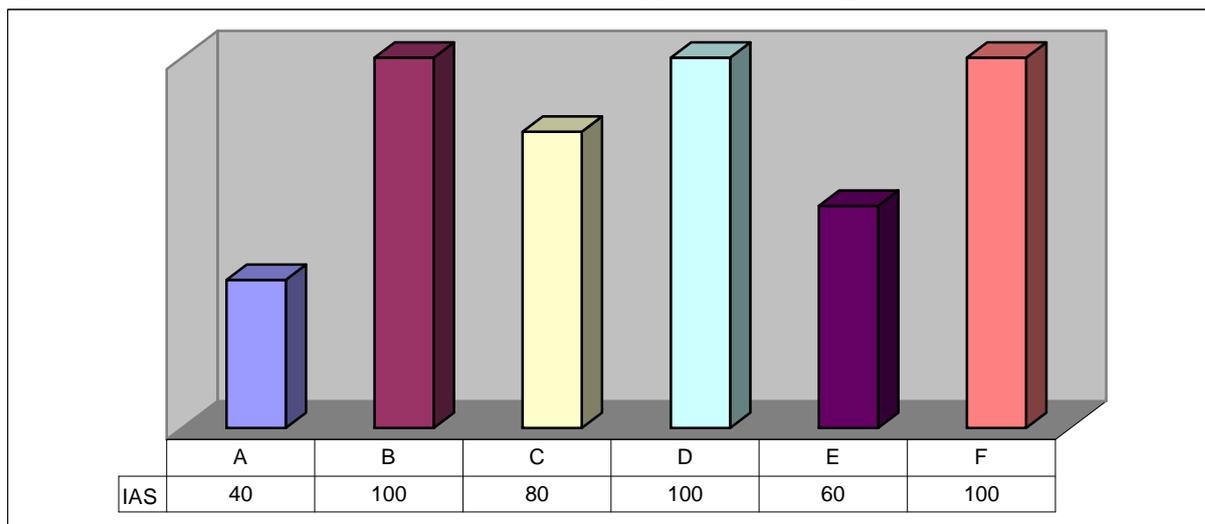
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 80)

Tab. 37

Indicatori valutati: 5	IAS medio
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - i loro diritti - le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti - le modalità per contattare i curanti o i referenti - l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto - servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare - doveri e impegni verso il servizio	100
Formazione ai familiari sia per riconoscere i segni precoci di crisi sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico	100
Modalità definite per la comunicazione tra i familiari e gli operatori di riferimento	83
Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari	67
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	50

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 48 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo ai Rapporti con le famiglie (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

L'IAS raggiunto dal Fattore Rapporti con le famiglie nei Centri di Salute Mentale è discreto, ma tendente al buono. Due forme di sostegno ai familiari sono presenti in tutti i Centri:

- le procedure scritte per informare i familiari sui loro diritti, sulle modalità per ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti, sulle modalità per contattare i curanti o i referenti, sull'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto, sui servizi sociali e ricreativi che i pazienti
- la formazione sia per riconoscere i segni precoci di crisi, sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico.

Stranamente in metà dei casi mancano le procedure scritte per il coinvolgimento dei familiari stessi nel progetto terapeutico, mentre i programmi di psicoeducazione sono svolti in 4 CSM su 6.

OSSERVAZIONI AL FATTORE RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

Il Fattore Rapporti con le famiglie è stato osservato nei tre livelli oggetto di valutazione (DSM, SPDC, CSM), con indicatori molto simili che permettono riflessioni trasversali.

Tre indicatori presentano un comportamento particolare:

- le procedure scritte per informare i familiari sui loro diritti, sulle modalità per ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti, sulle modalità per contattare i curanti o i referenti, sull'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto, sui servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare
- la formazione sia per riconoscere i segni precoci di crisi, sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico
- la procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente).

Questa volta, infatti, il passaggio dal DSM all'SPDC, e infine al CSM, produce un aumento del valore dell'indicatore. Questa particolarità potrebbe trovare una spiegazione nella libera iniziativa intrapresa da alcuni servizi, che si mobilitano, anche in assenza di direttive, per migliorare la qualità dei rapporti con i familiari e con gli utenti.

Fattore 10 – Rapporti con la comunità

Il Fattore “Rapporti con la comunità” è stato valutato in tutti e tre i livelli oggetto della valutazione: il Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e il Centro di Salute Mentale.

dipartimento di salute mentale (DSM)	servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)	centro di salute mentale (CSM)
7	5	9

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

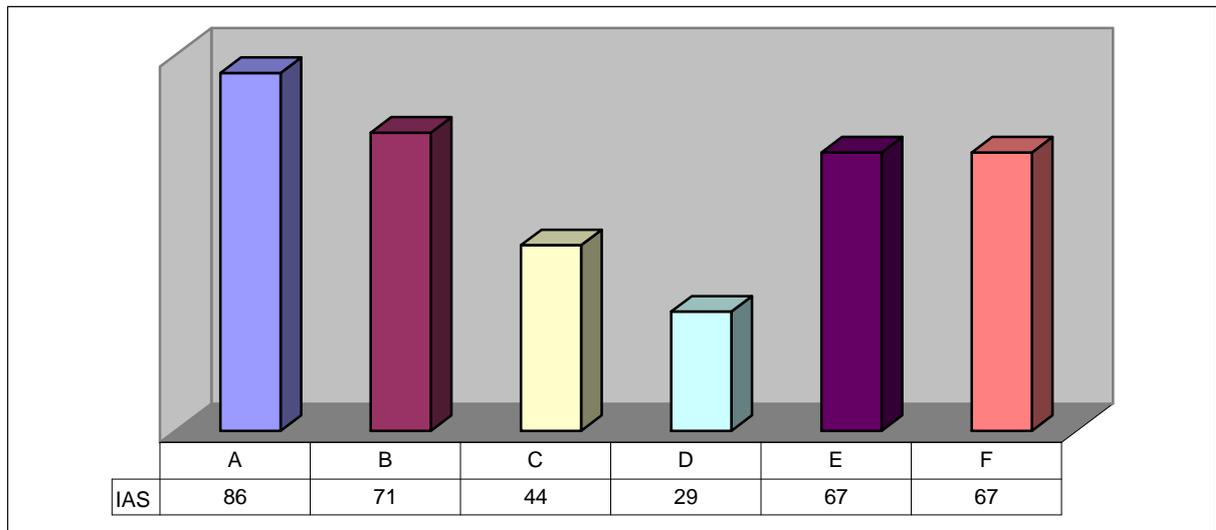
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 61)

Tab. 38

Indicatori valutati: 7	IAS medio
Incoraggiamento da parte del DSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale	100
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi	83
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati	67
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, nel quale sono previste le seguenti attività: - distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio - organizzazione, da parte del DSM, negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi esterne al DSM - organizzazione di conferenze ed eventi pubblici	67
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari	50
Attività da parte del DSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accertare le possibilità di inserimento degli utenti	50
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari	17

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 49 Profilo dei Dipartimenti di Salute Mentale relativo ai Rapporti con la comunità (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Il Fattore Rapporti con la comunità nei Dipartimenti di Salute Mentale raggiunge un IAS medio discreto.

Gli indicatori più significativi sono:

- programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi, presente in tutti i DSM tranne uno
- programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, con la distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio, l'organizzazione, da parte del DSM, negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi esterne al DSM, l'organizzazione di conferenze ed eventi pubblici, in questo caso lo standard è soddisfatto in 2 DSM, parzialmente in 3 DSM, assente nell'ultimo.

Un dato negativo è il mancato coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari, con l'eccezione di un solo dipartimento.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – SPDC (del Fattore 10 – Rapporti con la comunità)

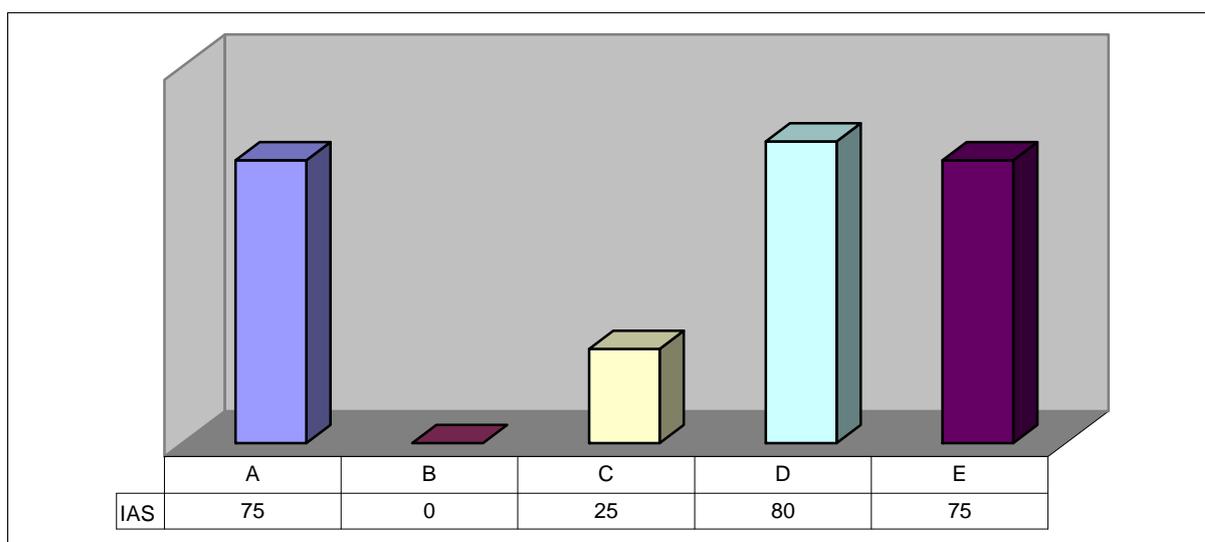
Giudizio 2010: MEDIOCRE (IAS medio 51)

Tab. 39

Indicatori valutati: 5	IAS medio
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati	80
Incoraggiamento da parte dell'SPDC dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale	67
Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit	60
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari	33
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari	20

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 50 Profilo dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura relativo ai Rapporti con la comunità (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Nota: L'azienda F non ha valutato l'SPDC

Nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura il Fattore Rapporti con la comunità raggiunge un IAS mediocre.

Questo risultato può essere giustificato osservando alcuni indicatori che assumono valori critici:

- collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit, presente nella metà dei DSM
- coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari, presente in un solo SPDC.

Centro di Salute Mentale - CSM (del Fattore 10 – Rapporti con la comunità)

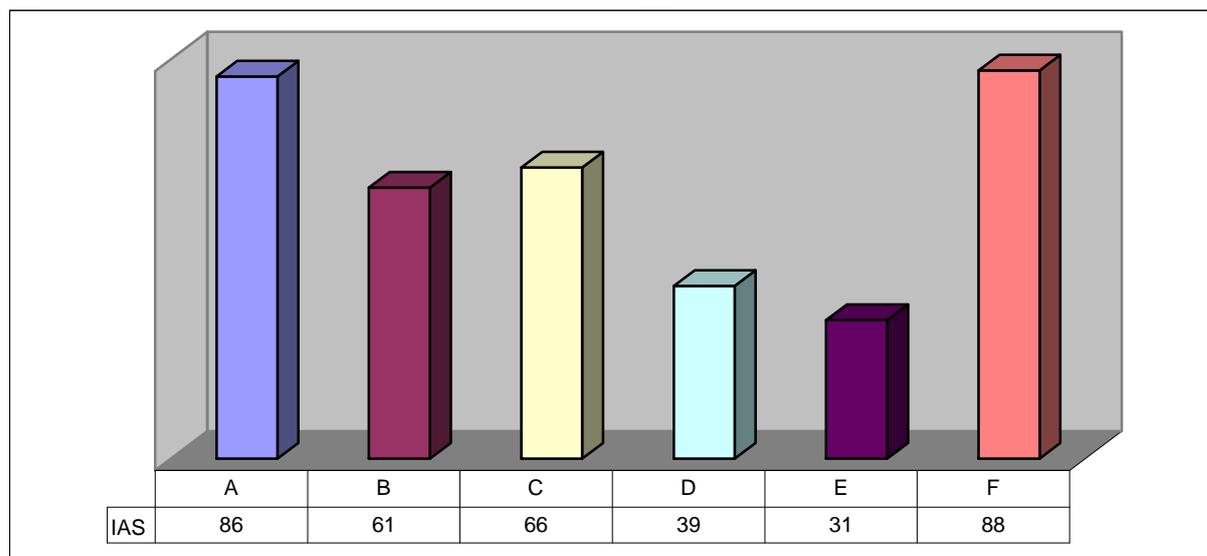
Giudizio 2010: DISCRETO (IAS medio 62)

Tab. 40

Indicatori valutati: 9	IAS medio
Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit	100
Incoraggiamento da parte del CSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale	83
Iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi	67
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, nel quale sono previste le seguenti attività: - distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio - iniziative nelle scuole - organizzazione di momenti culturali e/o ricreativi organizzati con gli utenti e aperti al pubblico - organizzazione di conferenze ed eventi pubblici.	67
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati	60
Attività svolte in collaborazione con il volontariato: - animazione - accompagnamento dei pazienti - visite domiciliari - altro.	58
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari	40
Attività da parte del CSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accertare le possibilità di inserimento degli utenti	40
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari	33

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Fig. 51 Profilo dei Centri di Salute Mentale relativo ai Rapporti con la comunità (valori indicizzati)



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico Salute Mentale 2010

Infine nel livello dei Centri di Salute Mentale il Fattore Rapporti con la comunità raggiunge un IAS discreto.

Questo risultato si motiva con i seguenti indicatori:

- tutti i CSM collaborano con organizzazioni di volontariato e organismi non profit
- iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi, sono svolte in 4 CSM su 6
- programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, con la distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio, l'organizzazione negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi, l'organizzazione di conferenze ed eventi pubblici, svolto da 4 CSM su 6
- coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari, presente nella metà dei CSM.

OSSERVAZIONI AL FATTORE RAPPORTI CON LA COMUNITÀ

Nel Fattore Rapporti con la comunità abbiamo individuato alcuni indicatori che sono presenti in tutti e tre i livelli (DSM, SPDC, CSM) e che permettono riflessioni trasversali.

L'indicatore sulla presenza di iniziative rivolte ad **affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati**, è stato osservato nei tre livelli con risultati che mettono in evidenza un'incompleta attuazione dello standard richiesto, che è soddisfatto solo in 4 DSM su 6, in 4 SPDC su 5 e nella metà dei CSM.

Per valutare la lotta allo stigma sono stati presi in considerazione in particolare due indicatori:

- iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi
- programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, con la distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio, l'organizzazione negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi, l'organizzazione di conferenze ed eventi pubblici.

I valori registrati nei DSM e nei CSM sono molto simili, e permettono di concludere che la **sensibilizzazione** della popolazione **sui temi della salute mentale** è ancora incompleta e richiede maggiore continuità e maggiore impulso.

CAPITOLO TERZO

L'indagine sui Centri di salute mentale del Trentino

Finalità, oggetto e strumenti

Nell'ambito delle applicazioni dell'Audit civico, le équipes locali sono invitate ad integrare l'indagine strutturata a livello nazionale, con l'approfondimento di un argomento di interesse locale. Nella provincia autonoma di Trento, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e Cittadinanzattiva hanno rivolto l'attenzione ai Centri di Salute Mentale (CSM), frequentati dall'1,4% della popolazione residente. La decisione ha fatto seguito alla proclamazione della Carta dei principi della salute mentale, avvenuta nel mese di giugno del 2009, che si proponeva la finalità di verificare la qualità dei servizi e il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori, di identificare le aree di debolezza e di forza dell'assistenza fornita, per proporre ai referenti istituzionali provinciali interventi mirati sui problemi emersi.

L'indagine è stata svolta presso tutti i Centri di salute mentale del Trentino ripartiti nelle cinque Unità operative di psichiatria presenti nell'azienda:

- U.O.P. n. 1 con i CSM di Cavalese, Cles, Malè, Mezzocorona
- U.O.P. n. 2 con il CSM di Trento
- U.O.P. n. 3 con i CSM di Borgo Valsugana, Pergine Valsugana e Primiero
- U.O.P. n. 4 con il CSM di Rovereto
- U.O.P. n. 5 Arco e Tione di Trento.

Sono stati intervistati complessivamente:

- 321 Utenti che si sono rivolti almeno per una prestazione ai CSM nell'anno 2008, pari al 4,5% dei 7107 utenti dichiarati a livello provinciale
- 115 Operatori pari al 62% dell'organico di 186 a livello provinciale, dai quali sono stati esclusi quelli che operano negli SPDC e nelle strutture residenziali collegate, i rispondenti ai dati anagrafici sono stati 92 (41 IP, 21 Dirigenti Medici, 15 Educatori, 9 Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, 5 Operatori Socio Sanitari, 1 Psicologo).

Sono stati utilizzati due questionari distinti che hanno permesso di rilevare le caratteristiche (sesso, età, stato civile, titolo di studio, luogo di residenza, qualifica lavorativa) e il livello di soddisfazione.

Per gli utenti sono stati presi in considerazione:

- la prima accoglienza, la qualità del servizio e del trattamento ricevuto
- la comunicazione e le informazioni ricevute dagli operatori
- la relazione con gli operatori
- le informazioni sul percorso terapeutico e i farmaci prescritti
- la situazione sociale personale.

Agli operatori sono stati chiesti i giudizi su:

- l'organizzazione del lavoro
- la formazione professionale

- la qualità del servizio offerto
- la sicurezza nell'ambiente e luogo di lavoro
- il rapporto di collaborazione e le relazioni interpersonali tra gli operatori
- la relazione con gli utenti e i familiari
- la collaborazione con gli altri servizi
- campagne informative, progetti e indagini sulla qualità dei servizi.

I questionari sono stati somministrati e sottoposti in forma anonima, come previsto dalla normativa sulla Privacy (Legge 196 del 2003).

La realizzazione dell'indagine ha permesso di colmare una lacuna, messa in evidenza dagli esiti generali dell'Audit civico, e cioè che in metà dei CSM delle provincia, da almeno tre anni non venivano realizzate valutazioni della qualità percepita. L'83% degli utenti che hanno risposto al questionario, in effetti ha confermato di non essere mai stato intervistato in precedenza sugli argomenti presi in considerazione.

Punti di forza

I punti di forza della rete dei centri di salute mentale sono sostanzialmente tre: l'insediamento nel territorio, la diffusione delle figure di riferimento e un discreto livello di consenso da parte degli utenti e degli operatori.

L'insediamento territoriale è capillare e garantisce una buona accessibilità anche nelle porzioni più disagiate del territorio, con un livello mediamente elevato di collaborazione con le istituzioni locali e con le organizzazioni di volontariato. Alla diffusione territoriale corrisponde anche una buona accessibilità organizzativa, nella maggioranza dei casi, infatti, l'avvio del progetto terapeutico ha avuto un tempo di attesa di *“non più di una settimana”*.

Il 92% degli utenti intervistati ha una figura di riferimento stabile all'interno del CSM, nella maggior parte dei casi si tratta di un medico, meno frequentemente dell'infermiere professionale, più raramente di altri operatori. Il 72% dispone anche di una figura di riferimento esterna, nella maggior parte dei casi è un familiare, in alternativa intervengono gli operatori del CSM, l'assistente sociale e altri professionisti. In questo campo è stata particolarmente significativa l'innovazione introdotta dal CSM di Trento, con il reclutamento e la formazione degli UFE (utenti e familiari esperti) che si affiancano ai malati e alle famiglie per garantire e facilitare l'attuazione dei piani terapeutici concordati. L'iniziativa è stata premiata più di una volta, ma soprattutto ha fatto emergere una nuova risorsa estremamente utile per la gestione di casi critici: l'apporto competente di persone che hanno già vissuto l'esperienza della malattia e che si mettono volontariamente a disposizione per sostenere il percorso di altri.

Per quanto riguarda il consenso al servizio, più dell'80% degli utenti intervistati ha confermato un buon miglioramento delle proprie condizioni di salute in seguito alla frequenza dei Centri, quindi ha ritenuto soddisfacenti i servizi ricevuti e consiglierebbe ad altre persone con problematiche analoghe di assumere il CSM come punto di riferimento

per un sostegno concreto. L'area di potenziale dissenso residua, resta comunque ampia e merita la massima attenzione.

Nel caso degli operatori si evidenzia un livello elevato di consenso nei confronti dell'organizzazione. L'88% ritiene buono il coinvolgimento nella programmazione delle attività dei Centri, e il 90% ritiene adeguate le forme utilizzate a tale proposito. Positivo anche il giudizio per l'aggiornamento professionale disponibile e per la collaborazione all'interno delle équipes multidisciplinari. Qualche nota critica per la comunicazione all'interno delle équipes stesse. Considerata del tutto efficace dal 42% degli intervistati, ma del tutto inefficace soltanto dal 2,6%.

Sembra legittimo, in sintesi, ritenere che i servizi per la salute mentale del Trentino possiedano buoni requisiti di saldezza e di affidabilità, probabilmente superiori alla media, e siano considerati un punto di riferimento credibile dalla popolazione.

La ricerca e l'analisi delle aree critiche comunque presenti, in questa situazione, assume una particolare rilevanza per due ordini di motivi. Il primo è che, nel caso della salute in generale e della salute mentale in particolare, gli scostamenti dalla "*perfezione*" (se così si può dire), segnalano l'esistenza di aree di rischio che devono comunque essere individuate, analizzate e poste sotto osservazione. Il secondo motivo riguarda il fatto che i problemi emergenti in una situazione complessivamente positiva non possono essere imputati, con ogni probabilità, a superficialità o impreparazione ma sono dovuti, piuttosto, a difficoltà di ordine generale che meritano quindi la massima attenzione.

Aree critiche

L'analisi dei dati ed il confronto fra le risposte dei cittadini e quelle degli operatori mette in evidenza quattro aree critiche: la gestione del farmaco, il problema delle urgenze, l'offerta di servizio, l'informazione e la comunicazione.

La gestione del farmaco

Un primo problema riguarda la qualità dell'informazione sul farmaco: il 27% degli intervistati non ritiene sufficienti le informazioni ricevute sulle sue modalità di azione, il 36% quelle relative agli effetti collaterali, il 54% quelle sulla durata presunta di assunzione. Riconoscendo che in quest'ultimo caso è particolarmente difficile formulare (e quindi comunicare) previsioni attendibili, si tratta di percentuali comunque molto alte a cui fanno riscontro alcuni comportamenti critici.

Il 21,5% dichiara di assumere farmaci contro il proprio parere, il 35% dichiara di averli abbandonati senza consultare il medico, adducendo come motivazioni nell'ordine: l'insorgere degli effetti collaterali, la non accettazione della malattia e la convinzione di non averne bisogno, l'intontimento, la paura della cura. Il 57% ha informato il medico sui problemi dovuti all'uso dei farmaci, l'88% di questi considera adeguata l'attenzione ricevuta.

Le risposte degli operatori confermano l'esistenza del problema. La maggior parte di essi considera comunque sufficiente l'informazione fornita, ma essa è considerata davvero buona solo:

- dal 46% per quanto riguarda la tipologia e le modalità di azione
- dal 40% per gli effetti collaterali
- dal 34% per la presunta durata d'assunzione
- dal 44% per i possibili farmaci in alternativa.

Il problema delle urgenze

La questione delle urgenze e della continuità delle cure è cruciale per la psichiatria ed è oggetto di un dibattito che, forse, dovrebbero giungere a conclusioni più determinate e condivise a tutela dei pazienti. L'indagine infatti ha rilevato che il numero di persone coinvolte nel problema è di tutto rilievo.

Partendo dalle urgenze durante l'orario di apertura del CSM, le richieste sono state "soddisfatte subito" per il 60% degli intervistati, mentre ben il 24% segnala ritardi. Il 16% non ha risposto, presumibilmente per mancanza di esperienza.

Per quanto riguarda le urgenze fuori dall'orario di apertura, il 38,6% dichiara di non aver ricevuto indicazioni su dove rivolgersi, il 47,3% conferma di averle ricevute e precisa dove: PS, Medico di Guardia. Le rilevazioni dell'Audit civico confermano un problema di raccordo con i medici di medicina generale, nel 30% dei centri non esistono procedure per favorire il raccordo tra essi e gli operatori del Servizio. Le risposte libere degli utenti hanno segnalato la necessità di trovare risposte adeguate alle richieste di emergenza durante la notte ed i giorni festivi, in particolare nei territori periferici, dove non è garantita la reperibilità dei medici psichiatri (prevista invece in alcuni ospedali per 24 ore su 24).

Il 39% degli intervistati (126 pazienti) ha avuto problemi di urgenza e più di un quinto di questi ha ritenuto non adeguata l'assistenza ricevuta presso il PS, la Guardia Medica, il Medico di Base e in Ospedale.

Il 31% ha subito almeno un trattamento sanitario obbligatorio nel corso della propria esperienza. Fra questi 49 persone hanno detto di aver subito costrizioni arbitrarie specificando quali (legature, elettroschok, accanimento terapeutico), la domanda non poneva limiti di tempo e quindi sono state registrate anche situazioni ormai lontane nel tempo. In alcuni casi sono state confermate costrizioni arbitrarie (legature), subite in tempi recenti.

L'offerta di servizio

Il 37,1% degli utenti intervistati ha avuto la necessità di ricorrere ad altri servizi per integrare l'assistenza. I 113 pazienti che si sono trovati in queste condizioni si sono rivolti nell'ordine a: cliniche private (29 persone), altri ospedali della provincia (altri SPDC, 21 persone), terapeuti privati (20 persone), altri ospedali (20 persone), altro (23 persone).

Si può ritenere che questo fenomeno sia sostanzialmente inevitabile. Le sue dimensioni, però sono cospicue e potrebbero mettere in discussione il significato effettivo del

consenso registrato in precedenza. L'onerosità di alcune soluzioni (per esempio il ricorso al privato) fa pensare che esse rispondano ad effettiva necessità. Si impone quindi un attento riesame dell'offerta dei servizi, al quale l'esame delle carenze rilevate dall'indagine può dare un contributo.

Un primo problema segnalato con forza, sia dagli utenti che dagli operatori, è la ricorrente assenza di psicologi nelle équipes multidisciplinari. Vale la pena di ricordare, a questo proposito, che uno solo degli operatori intervistati possedeva questa qualifica professionale.

Una seconda questione riguarda l'orario di apertura. Non sembra un caso che tutti gli intervistati (10% del totale), che si sono dichiarati insoddisfatti facciano riferimento ai centri aperti solo cinque giorni alla settimana anziché sei. In tre località importanti, inoltre, l'offerta di servizi è limitata dall'assenza di Centri diurni di riferimento. Il problema dell'accessibilità è cruciale, soprattutto nelle situazioni di urgenza e anche un quarto abbondante degli operatori considera non completamente adeguato l'orario di apertura.

Infine, potrebbero avere rilevanza problemi relativi al cambio del medico di riferimento, chiesto dal 17,5% degli intervistati ma concesso soltanto al 50%. Nel 37% dei casi il cambio è stato deciso unilateralmente dagli operatori e, metà delle volte, comunicato in ritardo. Sembra necessario un serio approfondimento della questione, in quanto i dati ci autorizzano a sospettare una carenza nello scambio informativo, nel rapporto fra medico e paziente. Il ricorso a terapeuti privati, per esempio, potrebbe anche essere l'esito del venire meno di un rapporto fiduciario.

Informazione e comunicazione

La questione della informazione e della comunicazione viene trattata per ultima sia perché più articolata sia perché ha un carattere riassuntivo, essendosi già presentata in forme diverse in tutti i punti precedenti.

Utilizzando anche i dati dell'Audit civico è possibile seguire, passo dopo passo, il percorso dell'utente. Oltre il 70% degli utenti prende autonomamente contatto con il Centro, e solo il 14% utilizza la mediazione di altri. All'ingresso nella struttura non è sempre garantita la presenza di materiale informativo, in particolare solo in un terzo circa dei casi è disponibile un opuscolo informativo circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti.

Per quanto riguarda il primo contatto, le informazioni sono state esaurienti, complete, chiare ed esposte con gentilezza secondo l'84% degli utenti intervistati. Il 10%, però, non si è sentito accolto (il 6% non ha risposto). L'82% degli operatori conferma che le risorse umane dedicate alla prima accoglienza sono sufficienti, ma il 10,5% dissente. Esiste quindi un'area contenuta ma non trascurabile di gap comunicativo. Altre difficoltà di comunicazione vengono segnalate nel passaggio di competenze tra la neuropsichiatria infantile e le Unità operative di psichiatria.

La successiva illustrazione del percorso terapeutico è valutata positivamente solo dal 74%, degli utenti intervistati. L'esistenza di un'area problematica di discrete dimensioni è confermata dagli operatori. L'informazione infatti è considerata decisamente buona solo da:

- il 56% degli intervistati per quanto riguarda il percorso terapeutico
- il 38%, per la durata della cura
- il 59% per le modalità di coinvolgimento dei familiari.

Il problema sembra riguardare la modalità "*tecnica*" di comunicazione, piuttosto che la disponibilità, che invece viene valutata positivamente dall'88% degli utenti.

Una ulteriore area di incertezza informativa emerge durante il percorso. Il 46% degli utenti intervistati dichiara di non avere tenuto incontri periodici di valutazione del piano terapeutico mentre una quota circa pari afferma il contrario. Solo in tre centri sono disponibili le procedure scritte per il coinvolgimento della famiglia (quando utile).

Il 95% degli operatori, però, conferma che:

- i Centri si avvalgono della collaborazione dei familiari nel percorso terapeutico dell'utente e sostengono che il coinvolgimento riguarda anche il percorso di cura condiviso, nella somministrazione dei farmaci e nella verifica del percorso
- sono previsti incontri tra medico, utente e familiare
- questi incontri si effettuano con una frequenza programmata in maniera condivisa e che sono ritenuti molto utili.

Considerando che tutti gli intervistati hanno risposto puntualmente ed in maniera attendibile alle domande, trovare le cause della carenza delle verifiche dei progetti terapeutici, potrebbe essere un buon modo per migliorare la comunicazione. Sembrano utili, a questo proposito, due piste di lavoro. La prima potrebbe essere la revisione concordata delle modalità di formulazione e di comunicazione dei piani terapeutici, con la messa in evidenza, per esempio, delle scadenze di verifica e delle decisioni che vengono prese in seguito agli esiti della verifica stessa. La seconda dovrebbe riguardare la sistematica raccolta del punto di vista degli utenti, con indagini simili a quella qui illustrata, mirate specificamente alla individuazione e alla definizione dei problemi di comunicazione.

Il problema dello stigma

Le difficoltà prioritarie segnalate degli utenti restano comunque l'isolamento, la compromissione delle relazioni interpersonali e del reinserimento sociale e lavorativo, causate dalla patologia. Si rileva inoltre un elevato senso di inferiorità e parecchie difficoltà di socializzazione, alcuni esprimono allo stato attuale le difficoltà nell'ambiente lavorativo dove non si sentono apprezzati per le loro capacità e i loro sforzi, ma piuttosto compatiti perché con "*quella malattia*", per questo si sentono inadeguati e poco considerati dai colleghi.

Anche secondo la maggioranza degli operatori le attività organizzate dai Centri sono sufficienti per rispondere ai bisogni degli utenti, ma non sono adeguate per il superamento dello stigma.

I vari Centri stanno adoperandosi per superare ed eliminare il pregiudizio, coinvolgendo il maggior numero di persone con cui vengono a contatto, rafforzando la collaborazione e la condivisione degli interventi tra i servizi disponibili, il volontariato e tutti i portatori di interesse presenti nel territorio provinciale.

È un'azione indispensabile, da proseguire senza sosta, ma destinata a dare frutti nel medio – lungo termine. Deve quindi essere accompagnata da programmi di empowerment dei malati, sia per quanto riguarda la capacità di gestire la propria malattia, sia rafforzando la loro posizione rispetto all'ambiente circostante, a partire, ovviamente dai servizi di salute mentale. Il risultato positivo dell'esperienza degli UFE (utenti e familiari esperti) è un precedente incoraggiante da proseguire e valorizzare.

Una considerazione conclusiva

Anche in una realtà impostata su robusti punti di forza, come quella dei servizi per la salute mentale della provincia di Trento si rilevano le tradizionali aree critiche, con dimensioni più contenute ma tutt'altro che trascurabili.

In larga parte esse fanno capo a situazioni di incertezza sia dell'organizzazione che della informazione e della comunicazione. La relazione finale di Cittadinanzattiva del Trentino contiene un elenco dettagliato di interventi concreti a tale proposito. Il miglioramento in questi campi è un processo difficile e laborioso che può avvenire soltanto se si dà la dovuta priorità a temi che, invece, sono spesso considerati di secondo ordine, intervenendo in tre direzioni.

La prima riguarda la precisazione dell'offerta dei servizi che deve necessariamente trovare la formalizzazione in una Carta dei servizi estesa a tutte le strutture e adeguatamente aggiornata e pubblicizzata. La seconda è una più attenta formalizzazione di alcune procedure (per esempio il coinvolgimento della famiglia) o documenti (per esempio il piano terapeutico) da considerare non come adempimento burocratico, ma come percorso di condivisione e diffusione delle migliori prassi a sostegno di operatori già seriamente impegnati dal rapporto con i pazienti. La terza è la sistematica verifica del funzionamento dei servizi in collaborazione con i cittadini come strumento per superare i rischi di autoreferenzialità, per favorire l'empowerment dei malati e delle famiglie e per valorizzare le risorse della cittadinanza attiva (anche nella lotta contro lo stigma), come è avvenuto con l'Audit civico.

Sarebbe opportuno effettuare in maniera condivisa il riscontro delle eventuali azioni migliorative dei servizi attivate dai CSM e associate a quelle proposte dall'Audit Civico, dopo che sia trascorso dalle nostre rilevazioni un lasso di tempo, da concordare insieme, per rendere più efficace la nostra indagine.

Sintesi dei dati

I risultati dall'Audit civico nella salute mentale ci permettono di fare alcune riflessioni rispetto a fattori considerati rilevanti dal punto di vista del cittadino.

Il fattore “**accessibilità**” valutato dal punto di vista dell’**accoglienza** e della **presa in carico del cittadino** è stato indagato nei tre livelli (Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale), applicando per ciascuno indicatori pertinenti al contesto e alle funzioni specifiche del servizio. I risultati sono stati soddisfacenti:

- tutti i DSM hanno linee guida per l'accoglienza degli utenti e la presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza
- in tutti gli SPDC c'è un locale dedicato all'accoglienza utenti, e in tutti tranne uno, ci sono procedure per l'accoglimento degli utenti
- in tutti i CSM c'è un luogo dedicato all'accoglienza degli utenti; in tutti i CSM tranne uno, ci sono linee-guida per la valutazione iniziale della domanda, per la presa in carico in base alla gravità e all'urgenza, e la possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta.

Anche la **gestione delle emergenze** è stata esaminata nei tre livelli (Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e Centro di Salute Mentale), sia per valutare le specificità dei diversi servizi, sia per verificare che i diversi gradi di competenza e responsabilità vengano soddisfatti.

In questo caso i risultati raggiunti sono critici:

- tutti i DSM hanno linee-guida circa le modalità con cui assicurare gli **interventi di emergenza/urgenza** 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno; se però si osserva lo stesso indicatore **nei CSM**, il valore dell'IAS si abbassa passando a 67: ciò indica che l'indicatore è rispettato solo in 4 CSM su 6; sembra importante approfondire il tema per comprendere le ragioni di questo scarto tra il DSM e il CSM, e indagare dove avviene lo scollamento
- il collegamento formalizzato con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza si presenta come uno standard acquisito in tutti i livelli e in tutti i servizi, ma il **collegamento formalizzato con il Pronto Soccorso con la presenza di un triage per le sindromi psichiatriche**, è uno standard soddisfatto soltanto in circa la metà dei servizi osservati.

Il fattore “**integrazione tra i servizi**” valuta l'integrazione tra i servizi presenti nel Dipartimento di salute mentale, e tra questi e il contesto esterno.

I livelli più coinvolti da questo Fattore sono il Dipartimento di Salute Mentale e il Centro di Salute Mentale, mentre per il Servizio Diagnosi e Cura questo è un Fattore residuale.

In generale l'integrazione è buona o discreta quando riguarda il raccordo fra i servizi sanitari. Alcuni standard appaiono acquisiti, come la presenza, nei DSM, di procedure scritte per redigere piani concordati relativi ai pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante o la presenza, nei DSM stessi, di assistenti sociali con esperienza nella salute mentale. Sono presenti in quasi tutti i DSM anche le procedure scritte relative all'integrazione tra le attività presenti nel Dipartimento con incontri periodici tra i

rappresentanti delle varie componenti organizzative, per promuovere l'integrazione e la continuità assistenziale.

Completamente diversa la situazione del rapporto con gli altri servizi. Le pratiche di collaborazione con le forze dell'ordine e la magistratura **sono presenti solo nella metà dei servizi, in tutti e tre i livelli.** Sono assenti in tutti i Dipartimenti osservati procedure scritte di collaborazione con i distretti scolastici, la medicina scolastica, il servizio materno infantile e con i consultori **e solo due dispongono di procedure di collaborazione con i servizi di assistenza ai disabili e agli anziani.**

Deve essere sottolineato, infine, il fatto che solo in due DSM e solo in due CSM esistono **procedure scritte di collaborazione con il servizio di neuropsichiatria infantile**, in aperta contraddizione con il generale riconoscimento del valore di prevenzione ed efficacia delle cure che questo collegamento potrebbe garantire.

La **"sicurezza dei pazienti"** è un fattore che può essere analizzato in modo trasversale, confrontando le valutazioni dei diversi livelli.

Nel DSM il tema è affrontato con buona attenzione, mentre passando **all'SPDC la sicurezza assume un connotato più ospedaliero**, tipico di pazienti ricoverati in un'unità operativa, e si riduce sensibilmente il connotato specifico; **nei CSM il tema sembra completamente trascurato.**

È rilevante il confronto fra i tre indicatori utilizzati per valutare come viene affrontato l'intero percorso della crisi degli utenti:

- **procedure per la prevenzione delle crisi;**
- **procedure per la gestione della crisi;**
- **procedure per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso.**

Le prime sono state adottate da tre DSM, da solo due SPDC e sono assenti nei CSM. Per le seconde il livello di attenzione sale di una unità in tutti i livelli. Le procedure per la comunicazione della crisi sono più trascurate e sono presenti solo in due DSM, in due SPDC e in un solo CSM.

Il risultato complessivo è decisamente mediocre e mette in evidenza, di nuovo, uno scarto fra il Dipartimento e i livelli operativi.

Per quanto riguarda il fattore **"continuità assistenziale"** le risposte ottenute nei diversi livelli per gli stessi indicatori non sono sempre coerenti e questo è un problema da prendere in seria considerazione, soprattutto quando il tema è così delicato. In particolare sono state controllate le risposte ottenute dai DSM, dagli SPDC e dai CSM in ordine all'esistenza delle procedure di raccordo fra gli ultimi due servizi e le risposte date dai DSM e dai CSM in ordine all'inserimento lavorativo.

Per quanto riguarda l'integrazione tra l'SPDC e il CSM, si è rilevato che:

- la procedura per informare il CSM del ricovero di un paziente nell'SPDC esiste in tutti i DSM e in tutti gli SPDC ma manca in uno dei CSM
- la procedura secondo la quale i pazienti ricoverati dall'SPDC devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero esiste in tutti i DSM e in tutti gli SPDC ma manca in uno dei CSM
- la procedura secondo la quale l'SPDC e il CSM devono concordare un piano congiunto di dimissioni del paziente esiste in tutti i livelli
- la procedura secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissioni inviata dall'SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione esiste e negli SPDC ma manca in un CSM
- la procedura secondo la quale i pazienti dimessi dall'SPDC devono essere visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione è presente in tutti gli SPDC ma manca in un DSM e in un CSM.

È da sottolineare anche che in nessuna realtà tutti gli standard sono completamente rispettati in tutti i livelli. In tutte le situazioni indagate esiste almeno una contraddizione che evidenzia una, almeno potenziale, incertezza nell'organizzazione. Questo dato merita un approfondimento da parte del DSM in quanto organo che coordina e contiene gli altri, per indagare dove si crei lo scollamento.

In ordine all'**inserimento lavorativo** si è già avuto modo di segnalare che gli indici di adeguamento agli standard diminuiscono sensibilmente passando dal livello del Dipartimento a quello del **Centro di Salute Mentale**. Le linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro sono state adottate da tutti i DSM ma soltanto da tre CSM. Le attività previste per l'inserimento lavorativo e cioè:

- i rapporti di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo
- l'uso di borse di formazione lavoro
- le visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto
- i rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori

sono generalmente poste in essere nei Dipartimenti e molto meno nei Centri. Questo scarto merita un approfondimento per comprendere in quale misura esso sia dovuto alle oggettive difficoltà che insorgono nel passaggio dal livello della decisione generale alla attuazione operativa, a problemi di comunicazione fra i diversi livelli, o ancora ad altre cause.

Un breve approfondimento lo merita il CSM, rispetto al fattore continuità assistenziale svolge un ruolo determinante rispetto all'efficacia del servizio erogato, infatti il numero di indicatori presenti è molto più numeroso rispetto agli altri livelli.

Nei CSM la nomina di un operatore di riferimento stabile per gli utenti in carico e la comunicazione del nominativo anche ai familiari è una pratica che abbiamo riscontrato ovunque. Così come il coinvolgimento degli utenti e dei familiari nella formulazione e revisione dei piani di trattamento.

Un altro gruppo interessante di indicatori osservati nei CSM è il seguente:

- procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti (IAS medio 50, presente nella metà dei CSM)
- procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio all'abbandono da parte dei pazienti gravi (IAS medio 60, presente nella metà dei CSM)
- procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione iniziale (IAS medio 40, presente in solo 2 CSM su 6).

Questi indicatori vengono soddisfatti sempre dagli stessi CSM, e misurano la cura delle persone con sofferenza mentale da parte del CSM, il grado di "attivismo" del servizio nel contrastare l'abbandono o il rifiuto delle cure degli utenti (anche potenziali): i CSM virtuosi rispetto a questi indicatori non attendono passivamente che la persona con disturbi mentali si rivolga a loro.

Vi è infine un altro gruppo di indicatori deputato a valutare l'integrazione tra le componenti del CSM, che presenta un risultato eccellente, dal momento che tutti gli indicatori sono completamente soddisfatti:

- procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe (IAS medio 100)
- promozione in tutte le componenti organizzative del CSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete) (IAS medio 100)
- Riunioni regolari di tutto il servizio o meglio di rappresentati delle diverse (micro) équipe per discutere gli invii ricevuti, i trasferimenti e le prese in carico (IAS medio 100)
- Riunioni periodiche tra gli operatori di diversa qualificazione professionale delle (micro) équipe per discutere i problemi dei singoli pazienti in carico (IAS MEDIO 100)
- Incontri periodici con l'équipe multidisciplinare per valutare l'andamento del percorso terapeutico (IAS medio 100).

Il fattore "**personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione**" evidenzia che sia gli SPDC sia i CSM mettono in atto azioni volte a tutelare la privacy e a favorire la personalizzazione del servizio, come mettere a disposizione locali per incontrare privatamente pazienti, o permettere le visite dopo le ore 18:00. Del tutto scadenti gli **orari della distribuzione dei pasti**, quando dipendono dall'organizzazione generale dell'ospedale.

Incompleto il funzionamento delle **commissioni miste conciliative e consultive**, operative solo nella metà delle realtà.

Resta a livello di buona prassi, attuata in una sola realtà, un'**attenzione agli stranieri** capace di superare i livelli tradizionali del servizio per aprirsi ad una conoscenza maggiore dei bisogni e delle specifiche esigenze delle minoranze etniche. Deve comunque essere registrata positivamente la diffusione dei servizi di interpretariato e di mediazione culturale.

Il fattore "**rapporti con le famiglie**" è stato osservato nei tre livelli oggetto di valutazione (DSM, SPDC, CSM), con indicatori molto simili che permettono riflessioni trasversali.

Tre indicatori presentano un comportamento particolare:

- le procedure scritte per informare i familiari sui loro diritti, sulle modalità per ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti, sulle modalità per contattare i curanti o i referenti, sull'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto, sui servizi sociali e ricreativi che i pazienti
- la formazione sia per riconoscere i segni precoci di crisi, sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico
- la procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente).

Questa volta, infatti, il passaggio dal DSM all'SPDC, e infine al CSM, produce un aumento del valore dell'indicatore. Questa particolarità potrebbe trovare una spiegazione nella libera iniziativa intrapresa da alcuni servizi, che si mobilitano, anche in assenza di direttive, per migliorare la qualità dei rapporti con i familiari e con gli utenti.

Nel fattore **“rapporti con la comunità”** abbiamo individuato alcuni indicatori che sono presenti in tutti e tre i livelli (DSM, SPDC, CSM) e che permettono riflessioni trasversali.

L'indicatore sulla presenza di iniziative rivolte ad **affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare** un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come **familiari surrogati**, è stato osservato nei tre livelli con risultati che mettono in evidenza un'incompleta attuazione dello standard richiesto, che è soddisfatto solo in 4 DSM su 6, in 4 SPDC su 5 e nella metà dei CSM.

Per valutare la lotta allo stigma sono stati presi in considerazione in particolare due indicatori:

- iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi;
- programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, con la distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio, l'organizzazione negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi, l'organizzazione di conferenze ed eventi pubblici.

I valori registrati nei DSM e nei CSM sono molto simili, e permettono di concludere che la **sensibilizzazione** della popolazione **sui temi della salute mentale** è ancora incompleta e richiede maggiore continuità e maggiore impulso.

Conclusioni

Affrontare le contraddizioni. Dalla fotografia emerge, in generale, una situazione discreta, nella quale, tuttavia, in nessuna realtà tutti gli standard sono completamente rispettati, con la presenza di contraddizioni tra Dipartimenti, Servizi e Centri che dovrebbero essere affrontate e risolte dalle aziende coinvolte. In particolare, i tre livelli indagati – DSM, SPDC e CSM - che non raggiungono quasi mai gli stessi indici, peggiorano nel passaggio dal livello della decisione - DSM - a quello della attuazione (in modo evidente questo avviene nel caso della **sicurezza** dei pazienti, ma anche nella **informazione e comunicazione** e nella **accessibilità** al servizio). Al contrario, una evidente contraddizione nel senso inverso va ridotta nell'area dei **rapporti con le famiglie**, che è migliore al livello di CSM rispetto al Dipartimento. È evidente che nei Centri le famiglie sono considerate delle risorse molto utili nella gestione del paziente, anche se non sono percepite come degli interlocutori quando si devono prendere delle decisioni.

Rafforzare l'integrazione con gli altri servizi. Il disturbo mentale ha una dimensione, oltre che sanitaria, sociale e antropologica. Questa complessità deve trovare una risposta in servizi integrati. Servizi sociali, assistenza agli anziani, distretti scolastici, neuropsichiatria infantile, consultori, ma anche magistratura, forze dell'ordine, strutture penitenziarie del territorio: ciascuno deve poter fare la propria parte e il DSM deve disegnare questa rete. Di grande importanza sono anche i rapporti con la comunità, oltre che con la famiglia, e con i datori di lavoro della zona; su tutto questo c'è ancora molto da fare.

Rimuovere gli ostacoli all'accesso soprattutto in caso di emergenza. Vanno rafforzate le misure per garantire interventi di emergenza-urgenza 24 ore su 24, ogni giorno dell'anno, anche nei CSM, in particolare va rafforzato e formalizzato sempre il collegamento con un Pronto Soccorso che sia dotato di un triage per le sindromi psichiatriche. Mancano operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in caso di crisi. Il numero di ore al giorno di apertura dei CSM e dei giorni alla settimana vanno incrementati e adeguati al bisogno reale della popolazione, per garantire **il diritto di accesso ai servizi in ogni momento**.

Eliminare il degrado nelle strutture. Questo necessità si rileva nell'Audit civico generale, condotto su 99 CSM: fatiscenza, scarsa manutenzione, trascuratezza. Il giudizio è mediocre e l'immagine che ci è stata restituita è quella di strutture obsolete o poco curate. L'inadeguatezza degli ambienti non è accettabile, poiché contribuisce allo stigma e non migliora l'accoglienza.

Più in generale, si deve puntare a:

- **valorizzare le buone pratiche.** Nell'ambito della salute mentale sono state realizzate in questi anni diverse esperienze di successo, che hanno visto impegnati operatori, dirigenti, organizzazioni civiche e associazioni di familiari, e che hanno prodotto risultati eccellenti sul piano della umanizzazione, della sostenibilità, oltre che della innovatività ed efficacia delle cure. Queste "risorse" vanno preservate e investite, attraverso la diffusione della conoscenza e dei

risultati raggiunti e la formazione dei professionisti disposti a riprodurre esperienze analoghe in altre realtà.

- **sanzionare chi viola palesemente i diritti umani.** Non è accettabile che le persone con sofferenze psichiche siano sottoposte a Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi anche nei casi in cui questi trattamenti non sono necessari: si tratta di un abuso che viola i diritti elementari della persona. In molti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si legano le persone, si tengono le porte chiuse a chiave, si fa un uso massiccio di psicofarmaci come unica risposta alla complessità della sofferenza e dei bisogni che le persone esprimono. La contenzione è sempre una violazione dei diritti umani in quanto azione lesiva della libertà e della dignità della persona.
- **sviluppare le reti del mutuo-aiuto e delle esperienze che ad esse si ispirano per rafforzare la sussidiarietà e l'empowerment di familiari e utenti.** Il mutuo aiuto è una realtà per diversi territori, ma stenta a decollare in molti altri. Si tratta di una risorsa vera e propria del sistema di assistenza, che nelle forme più evolute, diventa parte integrante dei servizi stessi e garanzia di qualità e di umanizzazione delle cure.
- **rafforzare i servizi nella dimensione territoriale per ridurre i ricoveri nei SPDC.** Rafforzare la dimensione territoriale vuol dire, nel campo dei disturbi mentali, rispettare la persona e i suoi bisogni, garantirne prevenzione e cura insieme all'integrazione nella società e nel mondo del lavoro. Un adeguato sviluppo di servizi territoriali ben integrati con la comunità e con altri servizi, come diverse esperienze consolidate ormai dimostrano, anche con dati a supporto, riduce le crisi e i ricoveri nelle strutture ospedaliere.
- **adottare la Carta europea dei diritti del malato nei servizi di salute mentale.** I 14 diritti del malato sanciti nella Carta Europea rappresentano in ogni area dell'assistenza sanitaria, compresa quella dei Servizi per la salute mentale, un punto di riferimento per operatori e professionisti sanitari, familiari e utenti, organizzazioni di tutela e associazioni: prevenzione, accesso, qualità e sicurezza delle cure, dolore inutile, informazione, consenso, libera scelta, fino a reclamo e risarcimento, sono tutti aspetti decisivi per garantire un'assistenza umana e di qualità.

Ringraziamenti

La realizzazione del Rapporto è stata possibile grazie alle sei équipes locali che hanno realizzato l'Audit civico nei Dipartimenti di Salute Mentale, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e nei Centri di Salute Mentale, rendendosi disponibili e fattivi fin da subito, ed impegnandosi per la riuscita anche nei casi di difficoltà esterne legate alla situazione locale. Il loro lavoro ha testimoniato l'esistenza di una cittadinanza attiva competente e capace di essere una reale forza di cambiamento. Di seguito ringraziamo singolarmente i referenti civici di Cittadinanzattiva con i referenti aziendali:

Dina Staiano con Angela Importa e Franco Della Pietra; Vincenzo Di Benedetto con Francesco Saverio Moschetta; Paolo Messina con Flavia Gherardi e Luisa Iamele; Anna Vittori con Marina Parodi e Giorgio Rebolini; Sandra Boscolo con Franco Marini e Adriana Del Borrello.

Un ringraziamento va anche ai referenti civici che si sono spesi con entusiasmo e impegno, curando le interlocuzioni ai vari livelli per porre le basi della realizzazione del Progetto Pilota nella loro realtà, ma che, a causa di impedimenti dovuti alle situazioni contingenti, a cambiamenti al vertice, e ad altri tipi di problemi non dipendenti dalla loro volontà, non hanno potuto portare a termine la valutazione. Ci auguriamo di poter replicare questo tipo di esperienza e poter collaborare con loro.

Si ringraziano i componenti del Tavolo di Lavoro sulla Salute Mentale che, con il loro proficuo contributo, manifestato anche a distanza, hanno fornito il fondamentale supporto tecnico ed esperienziale, ed aiutato nella validazione della struttura di valutazione: Gisella Trincas, Girolamo Digilio, Renzo De Stefani, Santo Rullo, Alessandro Lamanna, Luigi Attenasio, Gianfranco Palma, Sergio Astori, Maria Teresa Milani, Loredana Gibaldi, Walter Gallotta, Paola Giorgi, Alessandro De Santis, Roberto Tatarelli.

Un grazie particolare va ad Alessandro Lamanna, che ha supportato il lavoro di messa a punto della struttura di valutazione, a Francesca Moccia (Coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato), per l'attenta e costante supervisione del lavoro e a Meri Pederzoli (Coordinatore del Tribunale per i diritti del malato del Trentino), per il suo prezioso progetto locale nell'ambito della Quarta Componente dell'Audit civico, incentrato sulla valutazione della qualità dei Centri di Salute Mentale.

Ringraziamo per la supervisione Teresa Petrangolini (Segretario Generale Cittadinanzattiva), Annalisa Mandorino (Vice Segretario Cittadinanzattiva) e Giuseppe Scaramuzza (Vice presidente nazionale Cittadinanzattiva).

Un grazie particolare va a Vittorino Ferla (responsabile delle Relazioni Istituzionali), che ha curato con dedizione gli aspetti delle relazioni in vista della presentazione del Rapporto, ad Aurora Avenoso e Sandro Cossu (Ufficio Stampa), che hanno curato i rapporti con la stampa ed elaborato l'abstract, e a Nicoletta Cannata e Antonella Nalli (Ufficio Comunicazione), che hanno revisionato la redazione finale dei testi.

Ci teniamo a ringraziare sentitamente UNASAM tutta, e in particolar modo Gisella Trincas e Girolamo Digilio per la disponibilità accordata, per il supporto in varie fasi del Progetto, e per la collaborazione instaurata, che, ci auguriamo, continui consolidata da quest'esperienza.

Ringraziamo inoltre per il supporto nella ricerca di documenti e materiali e per il proficuo confronto Sabrina Nardi (Tribunale per i diritti del malato), Tonino Aceti (responsabile nazionale del CNAMC) e Valeria Fava (Pit Salute).

Un grazie particolare a Roberta Romano e Linda Cocciolo, che hanno supportato con dedizione nella cura dell'aspetto organizzativo.

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

Appendice 1

Al Progetto dell'Audit civico nell'area della salute mentale hanno partecipato i Dipartimenti di Salute Mentale di 6 Aziende Sanitarie: 4 ASL e 2 AO¹⁰:

AO BOLOGNINI- Seriate (BG)

LOMBARDIA

Referente civico: Paolo Messina

Referente aziendale: Flavia Gherardi

AO OSPEDALI RIUNITI - Bergamo

LOMBARDIA

Referente civico: Paolo Messina

Referente aziendale: Luisa Iamele

ASL 4 CHIAVARESE - Chiavari (GE)

LIGURIA

Referente civico: Anna Vittori

Referenti aziendali: Marina Parodi e Giorgio Rebolini

USSL 13 MIRANO - Dolo Mirano (VE)

VENETO

Referente civico: Sandra Boscolo

Referenti aziendali: Franco Marini e Adriana Del Borrello

ASL TERAMO

ABRUZZO

Referente civico: Vincenzo Di Benedetto

Referente aziendale: Francesco Saverio Moschetta (Direttore DSM)

ASL NA3 Sud - Castellammare di Stabia (NA)

CAMPANIA

Referente civico: Dina Staiano

Referente aziendale: Angela Improta

¹⁰ Per via del diverso assetto organizzativo del sistema sanitario regionale della Lombardia in merito ai Dipartimenti di Salute mentale, per questa Regione hanno partecipato due Aziende Ospedaliere: l'AO Bolognini di Seriate (Bergamo) e l'AO Ospedali Riuniti di Bergamo.

Appendice 2

Per ogni Fattore sono riportati gli indicatori utilizzati, divisi per livello di applicazione. Il numero totale di indicatori rilevati (esclusi gli "eventi sentinella") è 321.

FATTORE 1 – ACCESSIBILITA'

- L1 – DSM: 5 indicatori
- L2 – SPDC: 15 indicatori
- L3 – CSM: 22 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Linee guida per l'accoglienza degli utenti nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale
Linee-guida circa i criteri di presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza nel Dipartimento di Salute Mentale
Protocolli di intesa tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Pronto Soccorso, con presenza di triage per le sindromi psichiatriche
Collegamento formalizzato tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Emergenza-Urgenza
Linee-guida circa le modalità con cui assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Ufficio relazione con il pubblico nell'ospedale
Locale dedicato all'accoglienza utenti, segreteria, informazioni
Procedure o linee-guida scritte per l'accoglimento degli utenti
Procedure o linee-guida scritte per l'accoglimento degli utenti
Collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza
Day Hospital nel SPDC
Linee di mezzi che si recano presso il Presidio
Parcheggio interno o in prossimità del Presidio dove si trova il SPDC
Parcheggio taxi in prossimità del Presidio dove si trova il SPDC
Posti riservati ai disabili all'esterno del Presidio dove si trova il SPDC
Assenza di barriere architettoniche
Numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni feriali
Numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni festivi

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Numero ore al giorno di apertura del CSM
Numero giorni di apertura settimanale del CSM
Numero giorni di apertura settimanale del CSM
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità di valutazione iniziale della domanda dell'utente e dei familiari
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i criteri della presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza
Protocolli di intesa con il pronto soccorso, che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche
Collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità con cui assicurare interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno
Prenotazioni telefoniche (colloqui iniziali, visite, prestazioni specialistiche)
Colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta
Operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi
Numero adeguato di autovetture ben funzionanti per le visite domiciliari e l'eventuale trasporto di utenti
Strutture residenziali collegate al CSM
Strutture diurne collegate al CSM
Cartellonistica stradale presente in prossimità della struttura
Targa visibile esterna al CSM
Linee di mezzi pubblici che si recano presso il CSM
Parcheggio interno o in prossimità del CSM
Parcheggio taxi in prossimità del CSM
Posti riservati ai disabili all'esterno del CSM
Assenza di barriere architettoniche
Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, con persona dedicata

FATTORE 2 – INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI

L1 – DSM: 22 indicatori

L2 – SPDC: 3 indicatori

L3 – CSM: 10 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Procedure scritte relative all'integrazione tra attività di ricovero, residenziali, di day hospital, di centro diurno, ambulatoriali, domiciliari con incontri periodici tra rappresentanti delle varie componenti organizzative per promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenza
Procedure scritte per garantire la continuità assistenziale dopo le dimissioni dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, con visita da parte dei servizi comunitari, per i pazienti residenti nel territorio del Dipartimento di Salute Mentale, entro una settimana dalla dimissione
Procedure scritte per redigere piani concordati relativi ai singoli pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante
Procedure scritte di collaborazione con le case di cura accreditate e le altre strutture psichiatriche private del territorio del DSM o a cui il DSM invia i suoi pazienti, con redazione concordata dei Piani terapeutico-riabilitativi e pianificazione congiunta delle dimissioni del paziente
Pratiche scritte di collaborazione con gli enti locali
Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale
L'organico del Dipartimento di salute Mentale è composto anche da assistenti sociali con esperienza specifica nella salute mentale
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura
Pratiche scritte di collaborazione con le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM
Pratiche scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio
Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolici
Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile
Procedure scritte di collaborazione con i distretti scolastici
Procedure scritte di collaborazione con la medicina scolastica
Procedure scritte di collaborazione con il servizio materno-infantile e con i consultori
Procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza ai disabili
Procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza agli anziani
Procedure scritte di collaborazione con i medici generali, nelle quali è previsto che il servizio comunica la presa in carico e il piano di trattamento degli assistiti
Formazione e consulenza da parte del servizio ai medici di medicina generale
Elenco delle agenzie esistenti nella "comunità sociale" a disposizione degli operatori
Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura
Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolici

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Pratiche scritte di collaborazione con gli enti locali
Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura
Pratiche scritte di collaborazione con le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM
Pratiche scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio
Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolici
Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile
Elenco delle agenzie esistenti nella "comunità sociale" a disposizione degli operatori
Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale

FATTORE 3 – COMFORT

L2 – SPDC: 24 indicatori

L3 – CSM: 17 indicatori

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Realizzazione di un progetto nel SPDC per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: - la distribuzione degli spazi; - i colori delle pareti; - gli arredi impiegati.
Stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi
Possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno
Possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno
Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze: - giornali, riviste; - oggetti per l'igiene personale; - alimenti semplici (arance, biscotti).
Parrucchiere e barbiere nell'Ospedale
Accesso alla cucina da parte di pazienti/ospiti
Ambiente per i pasti nell'SPDC
Ambiente per le attività di interazione sociale e di relax nell'SPDC
Ambiente per le attività riabilitative di gruppo, psicoterapia o psicoeducazione in gruppo nell'SPDC
Spazio verde di facile accesso per gli utenti
Il SPDC non contiene più di 15 posti letto
Stanze di degenza contengono meno di 4 posti letti
Possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata
Fornitura di accessori completi ai degenti per la consumazione dei pasti
Unità Operativa SPDC con posti letto dotati di: - sedia -comodino -armadietto.
Unità Operativa SPDC con bagni per disabili
Unità Operativa SPDC con bagni per i degenti nelle stanze di degenza
Unità Operativa SPDC con bagni dotati di: -specchio -mensola -dispensatore di sapone -dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda -contenitori portarifiuti -appendiabito.
Unità Operativa SPDC con gabinetti dotati di: -tavoletta -scopino -campanello d'allarme -possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero -carta igienica -appendiabito.
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di vetri rotti
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di stanze di degenza prive di finestre [L2GO 18.3]

Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di stanze con finestre che non si chiudono
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rubinetti rotti
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di servizi igienici fuori uso
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di assenza di acqua calda
Segnaletica per le vie di fuga nell'Unità Operativa di degenza del SPDC
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nell'Unità Operativa di degenza del SPDC
Piantina del piano di evacuazione nell'Unità Operativa di degenza del SPDC
Luci di emergenza nell'Unità Operativa di degenza del SPDC

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Realizzazione di un progetto nel CSM per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: - la distribuzione degli spazi - i colori delle pareti - gli arredi impiegati.
Possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno
Possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno
Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze: - giornali, riviste - oggetti per l'igiene personale - alimenti semplici (arance, biscotti).
Ufficio postale nelle vicinanze
Sportello bancario nelle vicinanze
Spazi d'attesa nella sede del CSM
Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa del CSM
Distributori di alimenti/bevande negli spazi d'attesa del CSM
Bagno per disabili nella sede del CSM
Bagni per il pubblico nel CSM
I bagni del CSM sono dotati di: -specchio -dispensatore di sapone (rilevare presenza e funzionalità) -dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda (rilevare presenza e funzionalità) -contenitori portarifiuti -appendiabito.
I gabinetti del CSM sono dotati di: -tavoletta -scopino -campanello d'allarme -possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero -carta igienica -appendiabito.
Rilevamento nel CSM di segni di fatiscenza alle pareti
Rilevamento nel CSM di vetri rotti
Rilevamento nel CSM di finestre che non si chiudono
Rilevamento nel CSM della presenza di insetti, scarafaggi, ecc
Rilevamento nel CSM di rifiuti o altro materiale abbandonato
Rilevamento nel CSM di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
Rilevamento nel CSM di rubinetti rotti
Rilevamento nel CSM di servizi igienici fuori uso
Segnaletica per le vie di fuga nella sede del CSM
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del CSM
Piantina del piano di evacuazione nella sede del CSM
Luci di emergenza nella sede del CSM

FATTORE 4 – SICUREZZA DEI PAZIENTI

L1 – DSM: 7 indicatori

L2 – SPDC: 11 indicatori

L3 – CSM: 6 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Programma di gestione dei rischi del Dipartimento di Salute Mentale
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso
Identificazione e monitoraggio da parte del Dipartimento di Salute Mentale degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità
Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)
Programma per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e di azioni preventive

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Programma di gestione dei rischi nel SPDC
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario
Procedure e linee-guida scritte per il monitoraggio delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario
Procedure e linee-guida scritte per la segnalazione tempestiva delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario
Procedura scritta per il lavaggio delle mani
Identificazione e monitoraggio da parte del SPDC degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità
Procedura scritta per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Programma di gestione dei rischi nel CSM
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso
Identificazione e monitoraggio da parte del CSM degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità

Procedura scritta per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive

FATTORE 5 – CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L1 – DSM: 16 indicatori

L2 – SPDC: 14 indicatori

L3 – CSM: 24 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Procedura scritta per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC
Procedura scritta secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero
Procedura scritta secondo la quale il SPDC e il CSM devono concordare un piano congiunto di dimissioni del paziente
Procedura scritta secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissioni inviata dal SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione
Procedura scritta secondo la quale i pazienti dimessi dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione
Procedure o linee-guida scritte per la nomina di un operatore di riferimento per gli utenti in carico
Procedure o linee-guida scritte per la comunicazione agli utenti del loro operatore di riferimento
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione iniziale
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro
Attività previste per l'inserimento lavorativo: - rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo - uso di borse di formazione lavoro - visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto - rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori - iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio.
Agevolazione da parte del DSM alla nascita e al funzionamento di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo dei pazienti
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: - psicoeducazione dell'utente e dei familiari - schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali - formazione di tutto il personale - consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali - facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.
Procedure o linee-guida scritte per la promozione in tutte le componenti organizzative del DSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe
Programma di promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi di educazione alla salute e di medicina preventiva

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC
Pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero
Pratica secondo la quale il SPDC e il CSM concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente
Pratica secondo la quale il SPDC invia al CSM la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione
Pratica secondo la quale i pazienti dimessi dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione
Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti ricoverati
Comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro operatore di riferimento
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella revisione dei piani di trattamento
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: <ul style="list-style-type: none"> - psicoeducazione dell'utente e dei familiari - schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali - formazione di tutto il personale - consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali - facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe
Procedure scritte per quanto riguarda la decisione di ricorrere a contenzioni farmacologiche o cliniche
Procedure scritte per la gestione del TSO

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC
Pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero
Pratica secondo la quale il CSM e il SPDC concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente
Pratica secondo la quale il CSM riceve dal SPDC la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione
Pratica secondo la quale i pazienti dimessi dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione
Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti ricoverati
Comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro operatore di riferimento
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella revisione dei piani di trattamento
Redazione di piani concordati per i pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante, nei quali sono contenuti: - la durata prevista e gli obiettivi concordati dell'intervento - le eventuali visite degli operatori del servizio inviante - la suddivisione dei compiti per l'inserimento dell'utente nella parte finale dell'intervento riabilitativo.
Procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti
Procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio all'abbandono da parte dei pazienti gravi
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale gravi rifiuti la valutazione iniziale
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro
Attività previste per l'inserimento lavorativo: - rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo; - uso di borse di formazione lavoro - visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto - rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori - iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio.
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: - psicoeducazione dell'utente e dei familiari - schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali - formazione di tutto il personale - consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali - facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe
Promozione in tutte le componenti organizzative del CSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)
Riunioni regolari di tutto il servizio o meglio di rappresentati delle diverse (micro) équipe per discutere gli invii ricevuti, i trasferimenti e le prese in carico
Riunioni periodiche tra gli operatori di diversa qualificazione professionale delle (micro) équipe per discutere i problemi dei singoli pazienti in carico
Procedure o linee-guida scritte per la durata di presa in carico degli utenti e la decisione di concludere il trattamento o di passare dal trattamento attivo ad una fase di sorveglianza, con contatti distanziati nel tempo di verifica del mantenimento dei progressi
Incontri periodici con l'équipe multidisciplinare per valutare l'andamento del percorso terapeutico
Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura

FATTORE 6 – MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E FORMAZIONE DEL PERSONALE

L1 – DSM: 5 indicatori

L2 – SPDC: 5 indicatori

L3 – CSM: 5 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
<p>Programma di formazione specifica per il personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - criteri per la presa in carico; - riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; - conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; - formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; - riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; - riconoscimento del rischio di suicidio; - prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; - umanizzazione delle cure; - abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; - diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; - aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche.
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze
Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti dal territorio del DSM negli ultimi due anni
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari:
Utilizzo di personale addestrato
Domande su tutti i seguenti argomenti (5):
<ul style="list-style-type: none"> - disponibilità e cortesia del personale - facilità di accesso - senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni - soddisfazione sulle informazioni ricevute - l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni.
Risultati resi pubblici
Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione
Procedure scritte per la gestione dei reclami

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
<p>Programma di formazione specifica per il personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - criteri per la presa in carico; - riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; - conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; - formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica - riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici - riconoscimento del rischio di suicidio - prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi - umanizzazione delle cure - abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari - diritti dei pazienti ed esperienze di tutela - aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche.
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze
Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti del SPDC negli ultimi due anni

<p>Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: Utilizzo di personale addestrato Domande su tutti i seguenti argomenti (5): - disponibilità e cortesia del personale; - facilità di accesso; - senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni; - soddisfazione sulle informazioni ricevute; - l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni. Risultati resi pubblici Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione</p>
<p>Procedure scritte per la gestione dei reclami</p>

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
<p>Programma di formazione specifica per il personale: - criteri per la presa in carico; - riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; - conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; - formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; - riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; - riconoscimento del rischio di suicidio; - prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; - umanizzazione delle cure; - abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; - diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; - aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche.</p>
<p>Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze</p>
<p>Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti dal territorio del CSM negli ultimi due anni</p>
<p>Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: Utilizzo di personale addestrato Domande su tutti i seguenti argomenti (5): - disponibilità e cortesia del personale; - facilità di accesso; - senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni; - soddisfazione sulle informazioni ricevute; - l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni. Risultati resi pubblici Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione</p>
<p>Procedure scritte per la gestione dei reclami</p>

FATTORE 7 – INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L1 – DSM: 7 indicatori

L2 – SPDC: 23 indicatori

L3 – CSM: 18 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento
Carta dei servizi
Carta dei servizi con le seguenti informazioni: - la missione del DSM, le categorie di utenti prioritari, le principali attività svolte; - le componenti organizzative che ne fanno parte, i responsabili, gli orari, le modalità di accesso, le prestazioni e i servizi forniti e l'impegno a rispettarli; - i tempi medi di attesa; - i ticket e gli altri costi a carico dell'utente; - i rapporti di collaborazione e i protocolli d'intesa con i servizi sanitari sociali; - la descrizione fisica delle varie componenti organizzative, con eventuale pianta delle zone e informazioni su come arrivarvi con i vari mezzi di trasporto; - i diritti e doveri degli utenti e dei familiari; - l'orario delle visite; - l'impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato dei familiari e degli utenti e a favorire il funzionamento di comitati misti tra servizio e rappresentanti degli utenti; - la tutela della privacy.
Carta dei servizi in formato di opuscolo
Svolgimento della conferenza di servizio

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica
Cartella integrata
Cartella clinica informatizzata
Lettera di dimissioni in cui sono presenti almeno: - condizioni dell'utente alla dimissione; - principali interventi effettuati; - raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up.
Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale
Invio tempestivo della lettera di dimissioni al medico curante
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto
Consensi informati documentati nelle cartelle cliniche di ricovero o ambulatoriali
Cartello con i nominativi dei medici del SPDC
Cartello con le qualifiche dei medici del SPDC
Cartello con il nome del coordinatore infermieristico del SPDC
Cartello con indicati gli orari della giornata del SPDC
Cartello con indicato l'orario di ricevimento del personale del SPDC
Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria
Servizio informazioni per il pubblico (adetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.) presso l'ingresso principale
Opuscoli informativi sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente (mediante appositi distributori, dati al momento dell'accettazione, ecc.)
Opuscoli informativi circa i diritti dei pazienti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)
Opuscoli informativi circa le responsabilità dei pazienti (mediante appositi distributori)
Documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami
Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti
Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti
Carta dei diritti in versione di opuscolo
Ascensori con indicazioni circa le U.O./servizi presenti al piano

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento
Il servizio prende in carico un paziente, ed invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell'utente e i trattamenti iniziati e ne sollecita la collaborazione
Procedura scritta per favorire il raccordo tra gli operatori del CSM e il medico di fiducia del paziente
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto
Sito web aziendale con informazioni relative agli orari del CSM e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla
Sito web aziendale con informazioni relative agli orari del CSM e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla
Opuscoli informativi sui servizi offerti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)
Opuscoli informativi con i nomi degli operatori (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)

Opuscoli informativi circa i diritti dei pazienti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)
Opuscoli informativi o avvisi rivolti al pubblico sulla prevenzione delle malattie e/o educazione alla salute (mediante appositi distributori)
Documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami
Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti
Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti
Carta dei servizi in versione di opuscolo
Cartello aggiornato con i nominativi e le qualifiche degli operatori del Servizio
Luogo visibile e dedicato alle informazioni nella struttura

FATTORE 8 – PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, PRIVACY E UMANIZZAZIONE

L1 – DSM: 10 indicatori

L2 – SPDC: 17 indicatori

L3 – CSM: 10 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Discussione da parte della Commissione mista conciliativa di alcuni reclami presentati dagli utenti del DSM e dai loro familiari
Riunione della Commissione mista consultiva negli ultimi 12 mesi per discutere i problemi del DSM ed esprimere pareri e suggerimenti sul modo di migliorare la funzionalità del servizio
Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita
Servizio d'interpretariato
Servizio di mediazione culturale
Procedure scritte per informare gli utenti sui seguenti aspetti: - modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti; - diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure; - doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti; - modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento; - gruppi di mutuo aiuto, servizi sociali e ricreativi utilizzabili.
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Assistenza spirituale a richiesta
Servizio d'interpretariato
Servizio di mediazione culturale
Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera
Orario della distribuzione della colazione ai pazienti
Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti
Orario della distribuzione della cena ai pazienti
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno
Procedura per assicurare il rispetto della privacy
Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente, con almeno due elementi identificatori
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente
Possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza
Locali per colloqui e trattamenti individuali
Ingresso da parte dei visitatori dopo le ore 18:00
Comunicazione al paziente dei componenti dell'équipe di riferimento

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Procedure scritte per informare gli utenti sui seguenti aspetti: - modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti; - diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure; - doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti; - modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento; - gruppi di mutuo aiuto, servizi sociali e ricreativi utilizzabili.
Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita
Servizio d'interpretariato
Servizio di mediazione culturale
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente
Possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza
Locali per colloqui e trattamenti individuali

FATTORE 9 – RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

L1 – DSM: 7 indicatori

L2 – SPDC: 5 indicatori

L3 – CSM: 5 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - i loro diritti; - le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; - le modalità per contattare i curanti o i referenti; - l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; - servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; - doveri e impegni verso il servizio.
Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari
Procedure scritte per formare i familiari a riconoscere i segni precoci di crisi e a favorire l'adesione al trattamento farmacologico
Gruppi di mutuo-aiuto e/o associazioni di familiari attivi
Il DSM favorisce la costituzione di associazioni o gruppi di mutuo-aiuto di familiari
Procedure scritte relative ai rapporti con le associazioni di familiari
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - i loro diritti; - le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; - le modalità per contattare i curanti o i referenti; - l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; - servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; - doveri e impegni verso il servizio.
Possibilità per i familiari di incontrare facilmente l'operatore di riferimento o un altro operatore per discutere la natura dei disturbi dell'utente e il trattamento
Svolgimento di programmi di psicoeducazione per familiari
Formazione ai familiari sia per riconoscere i segni precoci di crisi sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)

Livello 3 – CSM

Indicatori valutati
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - i loro diritti; - le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; - le modalità per contattare i curanti o i referenti; - l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; - servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; - doveri e impegni verso il servizio.
Modalità definite per la comunicazione tra i familiari e gli operatori di riferimento
Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari
Formazione ai familiari sia per riconoscere i segni precoci di crisi sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)

FATTORE 10 – RAPPORTI CON LA COMUNITÀ

L1 – DSM: 7 indicatori

L2 – SPDC: 5 indicatori

L3 – CSM: 5 indicatori

Livello 1 – DSM

Indicatori valutati
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari
Incoraggiamento da parte del DSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale
Attività da parte del DSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accertare le possibilità di inserimento degli utenti
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, nel quale sono previste le seguenti attività: - distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio; - organizzazione, da parte del DSM, negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi esterne al DSM - organizzazione di conferenze ed eventi pubblici.

Livello 2 – SPDC

Indicatori valutati
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari
Incoraggiamento da parte del SPDC dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale
Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit

Livello 3 - CSM

Indicatori valutati
Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari
Attività svolte in collaborazione con il volontariato: - animazione - accompagnamento dei pazienti - visite domiciliari - altro.
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari
Incoraggiamento da parte del CSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale
Attività da parte del CSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accertare le possibilità di inserimento degli utenti
Iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, nel quale sono previste le seguenti attività: - distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio - iniziative nelle scuole - organizzazione di momenti culturali e/o ricreativi organizzati con gli utenti e aperti al pubblico - organizzazione di conferenze ed eventi pubblici.



TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO
COORDINAMENTO NAZIONALE
ASSOCIAZIONI MALATI CRONICI



PROCURATORI DEI CITTADINI



GIUSTIZIA PER I DIRITTI



SCUOLA DI CITTADINANZA ATTIVA



ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK



Cittadinanzattiva onlus

via Flaminia 53 - 00196 Roma

Tel. +39 06367181 Fax +39 0636718333

www.cittadinanzattiva.it