



AUDIT CIVICO
Friuli Venezia Giulia



Con gli occhi del cittadino

RAPPORTO REGIONALE 2007/2010

In collaborazione con MOVI

INDICE

Introduzione	Pag. 3
La diffusione dell’Audit civico	Pag. 3
L’Audit civico in Friuli Venezia Giulia	Pag. 3
La struttura del rapporto.	Pag. 5
Le ragioni dell’Audit civico	Pag. 7
La centralità del punto di vista dei cittadini.	Pag. 7
La trasparenza del servizio sanitario	Pag. 8
Un contrappeso ai rischi di frammentazione	Pag. 9
Il valore costituzionale della valutazione civica	Pag. 10
Impianto metodologico	Pag. 11
Le quattro domande dell’Audit civico	Pag. 11
Riferimenti teorici e metodologici	Pag. 12
La struttura di valutazione dell’Audit civico	Pag. 13
Gli strumenti di rilevazione	Pag. 16
La componente locale	Pag. 17
Il ciclo operativo dell’Audit civico	Pag. 19
Il comportamento dei Fattori.	Pag. 23
Introduzione.	Pag. 23
Accesso alle prestazioni sanitarie	Pag. 25
Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	Pag. 29
Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti	Pag. 32
Informazione e comunicazione	Pag. 36
Comfort	Pag. 40
Sicurezza dei pazienti	Pag. 43
Sicurezza delle strutture e degli impianti	Pag. 46
Malattie croniche e oncologia	Pag. 49
Gestione del dolore	Pag. 51
Prevenzione	Pag. 53
Attuazione e funzionamento degli Istituti di partecipazione	Pag. 56
Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda	Pag. 59
Valutazioni finali.	Pag. 61
Punti di forza	Pag. 61
Aree critiche	Pag. 62
Miglioramenti in corso d’opera	Pag. 64
Considerazioni finali	Pag. 65

Introduzione

La diffusione dell'Audit civico

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

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

Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo, il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 12 aziende sanitarie. A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie, e il numero delle aziende coinvolte finora è aumentato costantemente. Dal 2004 in poi, in base a specifiche convenzioni con le Agenzie Sanitarie e gli Assessorati alla Salute delle Regioni, sono stati avviati alcuni cicli regionali, ovvero **programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia**.

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

Il totale delle aziende coinvolte, nel corso degli anni, nell'Audit civico è pari a **175 aziende sanitarie**. Si può dire quindi che l'Audit civico si è insediato ormai stabilmente nel sistema sanitario italiano, confermando la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle aziende sanitarie che ha, come protagonisti, i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

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

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

L'Audit civico in Friuli Venezia Giulia

Nel 2006 la Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato il "*Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008*" (DGR 2843 del 24.11.2006). Tra gli obiettivi indicati

come prioritari, è prevista “la diffusione sistematica dello strumento dell’*Audit* Civico quale strumento di valutazione dell’applicazione della Carta Europea dei diritti del malato. Obiettivo del Servizio sanitario Regionale è che tutte le strutture regionali siano valutate, in accordo con le associazioni dei cittadini, secondo la metodologia dell’*Audit* Civico.”

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

Il percorso realizzato con il primo ciclo

Nel 2007 è stato formalizzato un accordo di collaborazione tra l’Agenzia Regionale della Sanità e Cittadinanzattiva sia regionale che nazionale per l’adozione ed il coordinamento del programma regionale. Si è costituito un gruppo regionale di coordinamento composto dai rappresentanti di Cittadinanzattiva FVG, Movimento di Volontariato (MoVI) del FVG e Agenzia Regionale della Sanità, allargato, per la gestione e valutazione delle diverse fasi del programma, ai referenti aziendali nominati dai rispettivi Direttori Generali, ai referenti delle associazioni di volontariato e dei gruppi locali. La struttura organizzativa così individuata è qui di seguito descritta.

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

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

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

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

Successivamente si sono costituite le equipe locali che hanno individuato i loro referenti (per la parte aziendale nominato dall’azienda mentre i cittadini hanno liberamente scelto il loro). Le equipe come primo passo hanno definito il Piano Locale, documento in cui hanno indicato

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

Il rapporto conclusivo del primo ciclo di applicazione è stato curato dal gruppo tecnico regionale ed è stato diffuso nei primi mesi del 2009.

Il secondo ciclo applicativo.

Il secondo ciclo applicativo è stato realizzato nel 2009 sulla base della nuova struttura di valutazione aggiornata e validata nell'ambito dell'accordo con il Ministero.

E' stato quindi emesso un bando regionale di reclutamento per consentire a tutti i cittadini interessati di partecipare al progetto che ha avuto 40 adesioni. Le équipes locali sono state integrate con le nuove disponibilità ed hanno partecipato a due incontri di aggiornamento e formazione svolti nel mese di luglio del 2009. Le operazioni sul campo si sono svolte negli ultimi mesi del 2009 ed ha riguardato le seguenti strutture:

- Ass 1 Triestina: 4 poliambulatori; 4 distretti.
- Ass 2 Isontina: 1 ospedale, 1 distretto, 2 poliambulatori, 1 CSM, 1 Sert.
- Ass 3 Alto Friuli: 1 ospedale, 1 distretto, 3 poliambulatori, 2 CSM.
- Ass 4 Medio Friuli: 1 ospedale, 2 distretti, 2 poliambulatori, 2 CSM.
- Ass 5 Bassa Friulana: 2 ospedali, 2 CSM.
- Ass 6 Friuli Occidentale: 3 ospedali, 4 distretti, 7 poliambulatori, 5 CSM, 3 Sert.
- Ao S. Maria degli Angeli – Pordenone
- Casa di cura San Giorgio – Pordenone
- Ao Universitaria Ospedali Riuniti – Trieste
- Ao Universitaria S. Maria della Misericordia - Udine
- Irccs Burlo Garofolo - Trieste
- Irccs Centro riferimento oncologico Aviano (Pordenone)

La restituzione dei dati alla sede nazionale è avvenuta nei primi mesi del 2010. Le tavole di benchmarking sono state restituite alle équipes locali nel mese di giugno. La ristrutturazione degli assetti istituzionali regionali avvenuta nel 2010 ha comportato uno slittamento della presentazione del presente rapporto.

La struttura del rapporto.

Il rapporto è stato articolato in quattro parti¹. La prima è dedicata alla ripresa e alla attualizzazione delle ragioni fondative dell'Audit civico: nel 2001 la progettazione e la prima applicazione sperimentale, era stata dettata dalla volontà di dare una risposta a tre domande: l'effettiva centralità del punto di vista del cittadino nelle politiche sanitarie, sulla possibilità di rendere trasparente l'azione delle aziende sanitarie e sulla possibilità di bilanciare con contrappesi appropriati il processo – allora gli inizi di federalizzazione. L'attualità delle questioni infatti è evidente e merita un supplemento di riflessione.

¹ Il Presente rapporto è stato redatto da Alessio Terzi, responsabile del progetto, Michela Liberti, responsabile del coordinamento operativo nazionale, Giorgio Volpe e Alberto Trevisan del gruppo tecnico regionale.

La seconda descrive la metodologia dell’Audit civico.

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

Nella quarta parte si propongono le valutazioni finali in ordine a:

- i punti di forza e le aree critiche ed altri processi in corso;
- le modificazioni intervenute nel corso del programma, dopo il primo ciclo applicativo;
- lo sviluppo della partecipazione civica come risorsa.

Il rapporto comprende anche come allegato le tavole analitiche di benchmarking.

Le ragioni dell'Audit civico

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

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

La centralità del punto di vista dei cittadini.

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

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

Per fare fronte a questo problema gli strumenti classici della *customer satisfaction* sono stati ampiamente riformati², negli stessi anni di sviluppo dell'Audit civico, una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi esiti³, ma questo non è sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini anche con tecniche innovative ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate⁴. **La necessità di coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini nella**

² Un esempio particolarmente rilevante è il programma sviluppato dall'agenzia sanitaria del Veneto in collaborazione con il Picker Institute. http://www.arssveneto.it/html_pages/qualita.php?idm=58-

³ Cfr. Cinotti R., Cipolla C. – *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. – Franco Angeli, Milano 2003

⁴ Cfr. Altieri L. (a cura di) – *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità* – Franco Angeli, Milano 2002,

definizione, nella valutazione e nella attuazione delle politiche pubbliche resta un problema aperto e di crescente attualità⁵

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

La trasparenza del servizio sanitario

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

⁵ Cfr. Moro G. "Cittadini e pubblica amministrazione", in Borgonovi E., Rusconi G. (a cura), *La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse*, Franco Angeli, Milano 2008, pp. 42- e anche Bobbio L: (a cura di) – *A più voci* – Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica – Edizioni scientifiche italiane – Roma 2004

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

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

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

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

Un contrappeso ai rischi di frammentazione

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

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

Ci riferisce, soprattutto, alla crescente opera di costruzione e di condivisione di standard, criteri interpretativi, norme operative realizzata per funzioni sofisticate, come il governo dei rischi, o per questioni di grande rilievo, come la medicina del dolore. Le rilevazioni realizzate con l'Audit civico nel 2009 confermano che tali indicazioni sono sempre più frequentemente raccolte nelle realtà locali e tendono a divenire un **patrimonio comune di tutto il servizio sanitario**. La stessa inedita prassi del commissariamento e dei piani regionali di rientro potrebbe contribuire alla costruzione dei contrappesi.

L'adozione di un sistema unificato di indicatori generato dalla attività di tutela dei diritti e il legame con il benchmarking sono stati, due fattori fondamentali per la progettazione dell'Audit civico. Fin dall'inizio si è pensato che rendere comparabili le performance aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte di diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi tutto il territorio nazionale potesse essere anche una proposta di difesa dell'universalità del servizio sanitario pubblico. L'ampia diffusione della metodologia potrebbe dipendere in buona misura dal fatto che queste caratteristiche sono state accolte con favore.

Il valore costituzionale della valutazione civica

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

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

Impianto metodologico

Le quattro domande dell’Audit civico

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

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

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

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

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

La trattazione della **terza domanda** – vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella gestione delle politiche aziendali – è meno immediata. L’occasione dell’Audit civico, comunque, permette di fare un punto

sull'attuazione di alcune disposizioni legislative che intendono favorire la partecipazione dei cittadini, sulla volontà di cercare nuove modalità di confronto con le comunità locali e, infine, sulla capacità di dare uno spessore strategico ai rapporti cittadino/azienda.

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

Riferimenti teorici e metodologici

L'Audit civico integra (o tenta di integrare) diversi approcci metodologici: l'analisi e la valutazione civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità⁶.

L'**analisi civica** è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita⁷. Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari che permettono ai cittadini di rappresentare in forma strutturata il proprio punto di vista e di partecipare quindi come soggetti autonomi ai processi di valutazione.

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

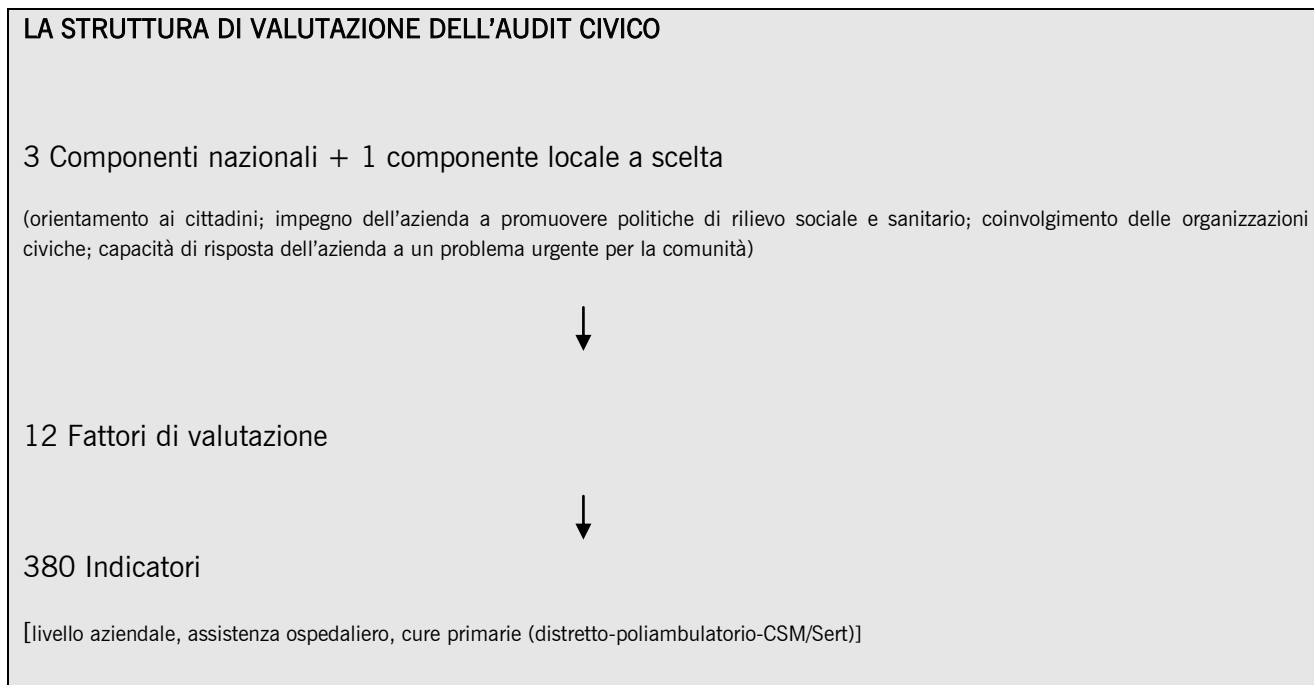
Le **procedure della qualità** hanno messo a disposizione due contributi. In primo luogo, hanno fornito una chiave per interpretare l'attività ordinaria di interlocuzione fra il Tribunale per i diritti del malato e le direzioni aziendali, e per definire le modeste correzioni necessarie per favorire una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

⁶ Per una trattazione più completa degli aspetti metodologici si rimanda a Lamanna A., Terzi A. "La valutazione civica della qualità e delle sicurezze nelle strutture sanitarie (i programmi "Audit civico" e "Ospedale sicuro")" in G. Banchieri (a cura di) *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana* – Italpromo, Eoma 2005.

⁷ G. Moro "Manuale di cittadinanza attiva", Carocci editore, Roma, 1998.

La struttura di valutazione dell'Audit civico

La struttura di valutazione dell'Audit civico può essere così rappresentata:



Le componenti

Le **componenti** sono state definite in corrispondenza alle quattro “domande dell’Audit civico”, illustrate in precedenza.

Le componenti strutturate a livello nazionale sono tre:

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

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

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

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

I fattori di valutazione

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

Orientamento al cittadino:

1. accesso alle prestazioni sanitarie;
2. tutela dei diritti e miglioramento della qualità;
3. personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenti e alle loro famiglie;
4. informazione logistica e sanitarie, comunicazione ed educazione;
5. comfort – prestazioni alberghiere.

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

6. sicurezza dei pazienti;
7. sicurezza delle strutture e degli impianti;
8. malattie croniche e oncologia;
9. gestione del dolore;
10. Prevenzione

Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

11. Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti;
12. Altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.

Gli indicatori

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

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

I livelli di applicazione

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

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

- L1 l’ambito aziendale (l’azienda sanitaria nel suo complesso);

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

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

Distribuzione dei fattori nei livelli di applicazione

I COMPONENTE					
“Orientamento verso i cittadini”					
Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c
1.1 - Accesso alle prestazioni sanitarie	X	X	X	X	X
1.2 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	X	X	X	X	X
1.3 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie	=	X	X	X	X
1.4 - Informazione e comunicazione	=	X	X	X	X
1.5 - Comfort – prestazioni alberghiere	=	X	X	X	X

II COMPONENTE					
“Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”					
Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c
2.6 - Sicurezza dei pazienti	X	X	=	=	=
2.7 - Sicurezza delle strutture e degli impianti	X	X	X	X	X
2.8 - Malattie croniche e oncologia	X	=	=	=	=
2.9 - Gestione del dolore	X	X	=	=	=
2.10 - Prevenzione	X		X	X	X

III COMPONENTE

“Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”

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

Gli strumenti di rilevazione

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

Per il L1- livello azienda sanitaria:

L1Q: Questionario per direzione generale e la direzione sanitaria aziendale

L1GM: Griglia di osservazione (per le liste d’attesa)

Per il L2- livello assistenza ospedaliera:

L2Q: Questionario per la direzione sanitaria di presidio ospedaliero

L2GMA: Griglia di osservazione modulo A (per l’osservazione delle parti comuni del presidio ospedaliero)

L2GMB: Griglia di osservazione modulo B (per l’osservazione delle U.O. di degenza del presidio ospedaliero)

Per il L3a- livello distretto:

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

L3GMA: Griglia di osservazione Cure primarie modulo A (per la sede di distretto)

Per il L3b- livello poliambulatorio:

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

L3GMB: Griglia di osservazione Cure primarie modulo B (per il poliambulatorio)

Per il L3c- livello CSM/Ser.T:

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

L3GMC: Griglia di osservazione Cure primarie modulo C (per il Ser.T. e il CSM)

La componente locale

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

Ciascun Gruppo di Audit Civico può selezionare un particolare problema significativo dal punto di vista dei cittadini e vedere se e in che misura c'è stata una risposta da parte dell'azienda sanitaria.

Attraverso questa componente, l'Audit civico acquisisce così una dimensione "locale" e si fa portatore di un contributo conoscitivo "mirato", legato al contesto di ciascuna azienda in cui esso è realizzato.

La scelta del problema

Ai fini di una corretta impostazione di questa parte dell'Audit, è necessario delimitare l'area dei problemi che possono essere affrontati. E' evidente, infatti, che, date le caratteristiche generali dell'Audit civico, non tutti i problemi possono essere trattati in maniera idonea in tale sede. L'esperienza, però, del Tribunale per i diritti del malato maturata in questi anni e quella delle altre organizzazioni non profit che operano in campo sanitario, ha messo in evidenza come nell'ambito dell'assistenza sanitaria **esistano questioni dove è indispensabile che il punto di vista degli utenti sia integrato con quelli più tradizionali dell'amministrazione e degli operatori sanitari**.

Per la scelta del problema, quindi, si possono percorrere due strade.

La **prima strada**, più complessa, consiste nell'aprire una vera e propria "fase istruttoria", esaminando rapporti e documenti prodotti dall'URP, da organizzazioni di cittadini e da sindacati e cercando di individuare un problema che abbia caratteristiche quali: una rilevante dimensione quantitativa; una tendenza a ripresentarsi come tale periodicamente; un particolare impatto sui cittadini; una dimensione concreta affrontabile nel medio/breve periodo; un diffuso consenso circa la sua reale presenza.

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

L'elenco delle possibili proposte e l'incontro di Audit Civico

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

Il confronto in questa sede potrebbe essere facilitato dalla redazione di un **elenco delle possibili soluzioni** da discutere pubblicamente, al fine di superare la fase precedente di “immobilità” e di delineare quantomeno, secondo lo spirito dell’Audit Civico, un percorso attraverso il quale giungere nel medio periodo a una soluzione soddisfacente del problema in discussione.

Per la stesura dell’elenco delle possibili soluzioni si suggerisce di procedere con le seguenti operazioni:

- selezionare le cause aggredibili;
- individuare le soluzioni possibili.
- selezionare le soluzioni migliori sulla base dei criteri di
 - pertinenza (maggiore o minore utilità rispetto alla risoluzione del problema);
 - efficacia (rapporto tra i possibili risultati e gli obiettivi di partenza);
 - efficienza (risorse umane ed economiche necessarie per la messa in atto dei provvedimenti);
 - impatto (possibili effetti di miglioramento della qualità, grado di consenso della soluzione);
 - ostacoli e fattori di facilitazione (comportamenti dei diversi soggetti a favore o contro i provvedimenti da prendere);
 - fattori legislativi, economici, strutturali, ecc.

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

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

Il ciclo operativo dell'Audit civico

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

Operazioni preliminari

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

1: adesione al programma Audit civico - la firma condivisa della lettera d'intenti e nomina dei responsabili di parte aziendale e civica.

Per aderire al programma Audit civico è necessario formalizzare la *partnership* tra la Direzione Generale e il Responsabile locale del Tribunale per i diritti del Malato, attraverso la firma di una lettera d'intenti da entrambe le parti.

Le parti (aziendale e civica) procederanno, poi, a nominare i rispettivi responsabili che avranno il compito di guidare la realizzazione del programma di Audit civico.

2: la formazione dei responsabili.

I responsabili di parte aziendale e civica partecipano **al corso di formazione interregionale** sull'Audit civico, nel quale vengono presentati l'impianto metodologico, gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati, il ciclo delle operazioni da svolgere e le procedure di partecipazione. La partecipazione al corso di formazione è una condizione vincolante per potere accedere al programma di Audit civico

La preparazione (progettazione operativa).

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

3: costituzione e formazione dell'équipe operativa

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

4: Il progetto locale di Audit civico

Il Progetto locale di Audit civico comprende: la definizione precisa del campo di applicazione (e cioè delle strutture che saranno sottoposte ad analisi) e del progetto operativo.

Le definizioni del **campo di applicazione** deve rispondere alle seguenti regole:

- la **consistenza** dell'insieme delle strutture coinvolte, di norma, dovrebbe essere compresa fra un quarto e un terzo della consistenza dell'intera aziende;
- l'**analisi del livello della direzione aziendale e del livello della assistenza ospedaliera è sempre obbligatoria**;
- l'**analisi delle cure primarie** comprende obbligatoriamente almeno una sede di distretto mentre è possibile concentrare l'attenzione sui poliambulatori, escludendo le strutture semiresidenziali o al contrario studiare queste ultime escludendo i poliambulatori;
- in alternativa alla indicazione precedente, **è facoltà della équipe concentrare l'analisi su un solo distretto** purché esso abbia una consistenza dell'ordine indicato e comprenda al suo interno almeno un ospedale e tutte le strutture di cure primarie indicate nel capitolo precedente (sede di distretto, poliambulatorio, struttura semiresidenziali);
- nelle strutture ospedaliere con meno di 16 unità operative l'analisi è estesa all'intero universo (con la sola esclusione delle aree critiche), oltre tale soglia l'équipe può proporre un'ipotesi circa la parzializzazione del numero di unità da sottoporre ad osservazione.

La proposta del campo di applicazione redatta secondo le regole precedenti e accompagnata da una motivazione sintetica delle scelte deve essere obbligatoriamente trasmessa alla direzione nazionale del progetto per l'approvazione.

N.B. Per le aziende sanitarie locali di maggiori dimensioni, soprattutto se raggiunte per accorpamento delle asl precedenti, la consistenza può scendere al di sotto di un quarto della consistenza totale ma deve essere garantita e motivata la significatività del campo di applicazione proposto. Una buona soluzione potrebbe essere quella di svolgere l'Audit in due distretti situati precedentemente in aziende differenti articolando l'équipe operativa in due sottogruppi.

Il **progetto operativo** riguarda la programmazione del lavoro e quindi comprende:

- l'elenco dettagliato delle **strutture coinvolte** con gli orari di aperture, i nominativi dei responsabili da intervistare e l'indicazione degli operatori incaricati dell'accoglienza dei gruppi di osservazione;
- la designazione nominativa delle **persone responsabili** delle specifiche operazioni di raccolta dei dati (somministrazione dei questionari e osservazione delle unità operative);
- il **calendario** delle operazioni di raccolta dei dati;
- la definizione del modalità di **monitoraggio dell'effettiva attuazione del progetto**.

Il piano locale così definito viene consegnato alla direzione generale che lo accoglie , preferibilmente con un atto deliberativo e notificato, per quanto di competenza, alle strutture coinvolte.

L'esecuzione

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

5: la raccolta dei dati.

I dati necessari per l'Audit civico sono raccolti, sia attraverso **l'osservazione diretta** delle strutture designate sia attraverso **l'intervista** alla direzione aziendale e ai responsabili dei servizi osservati.

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

Gli auditors lavorano **obbligatoriamente** in gruppi costituiti da 2-3 cittadini per la somministrazione dei questionari ai responsabili e da almeno due cittadini (preferibilmente accompagnati da un operatore dell'èquipe) per l'osservazione diretta. Le date e gli orari dello svolgimento delle interviste e delle osservazioni sono concordate preventivamente a cura del responsabile aziendale dell'èquipe locale.

Per garantire un efficace e corretto svolgimento delle interviste, i questionari sono inviati preventivamente, allo scopo di consentire agli interessati la raccolta delle informazioni e della documentazione richiesta. Le risposte vengono date nel corso dell'incontro con i cittadini incaricati che hanno la facoltà di avanzare obiezioni motivate e di chiedere ulteriori dimostrazioni della correttezza della risposta ricevuta.

6: la restituzione dei dati su supporto informatico

I dati raccolti su supporto cartaceo i dati del monitoraggio, sono trascritti, **a cura dell'èquipe**, sul supporto informatico che sarà trasmesso dalla sede nazionale di Cittadinanzattiva accompagnato dalle istruzioni per la compilazione e la restituzione.

Le azioni finali.

Le azioni finali comprendono cinque operazioni:

7. elaborazione e restituzione delle basi dati e del benchmarking alle èquipe locali;.
8. elaborazione dei rapporti locali;
9. elaborazione del rapporto nazionale o regionale;
10. pubblicazione degli esiti dell'Audit civico;
11. la verifica degli esiti.

9: elaborazione del rapporto nazionale o regionale.

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

10: pubblicazione degli esiti dell'Audit civico

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

11: la verifica degli esiti.

E' consigliabile realizzare, a circa un anno di distanza dalla conclusione, verificare quali sono stati gli effettivi esiti ed in particolare lo stato di attuazione del piano di eliminazione delle non conformità e del piano delle azioni correttive. Conviene prendere in considerazione, a questo proposito, l'opportunità di realizzare un nuovo ciclo di Audit civico, come hanno già fatto, negli anni scorsi, circa 50 aziende.

Il comportamento dei Fattori.

Introduzione.

La banca dati consente una descrizione estremamente analitica del comportamento dei fattori. E' opportuno, però, per una migliore comprensione dei risultati proporre una visione d'insieme, rinviando per i dettagli alle tavole di benchmarking allegata e ai quadri riepilogativi di dettaglio messi a disposizione delle singole aziende.

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

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

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

Il secondo descrittore riguarda il **comportamento del Fattore nei diversi livelli di applicazione**, disaggrega l'IAS medio nei diversi livelli di applicazione (direzioni aziendali, assistenza ospedaliera, distretti, poliambulatori e strutture semiresidenziali). Vengono utilizzati a questo scopo i valori dell'IAS medio del singolo livello, calcolato come media aritmetica degli indici rilevati nelle Aziende partecipanti. Come si è visto nella illustrazione della struttura di valutazione, a seconda della natura dei fattori alcuni livelli possono essere esclusi dall'analisi (ad esempio non ha senso, dal punto di vista dei cittadini, rilevare il comfort delle direzioni e aziendali. In alcuni casi ⁸, il Fattore viene rilevato soltanto in un livello e quindi il descrittore viene omesso in quanto coincidente con il precedente. La disaggregazione per livelli permette di evidenziare la diversa capacità di adeguamento agli standard preso in considerazione dall'Audit civico. E' un'informazione utile, soprattutto per l'elaborazione dei piani di miglioramento, da utilizzare però con estrema cautela e comunque non sufficiente per sostenere una comparazione generale fra il valore dei diversi livelli.

⁸ Fattori 2.8 "Malattie croniche e oncologia", 3.11 "Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione" e 3.12 "Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda".

Il terzo descrittore è dato dalla **comparazione con altre realtà regionali** (Lazio, Piemonte, Trentino e, solo per le cure primarie Abruzzo) che hanno realizzato un ciclo integrale di Audit civico nel 2009. Vengono confrontati i valori degli IAS riscontrati nei diversi livelli.

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

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

1. Accesso alle prestazioni sanitarie

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

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

1.1 Comportamento generale del fattore

Il grado generale di adeguamento agli standard è discreto⁹, lo scarto fra le diverse situazioni è alquanto contenuto, con l'eccezione di una sola azienda, nella quale l'assenza di ospedali fa aumentare il peso dei distretti che, come si vede nella fig. 2 presentano indici mediamente peggiori.. Gli indici tengono conto sia della accessibilità fisica (assenza di barriere architettoniche, parcheggi, etc.) sia della accessibilità organizzativa (numero di agende conferite ai Cup, possibilità di prenotazione telefonica, etc.) ma non delle liste di attesa.

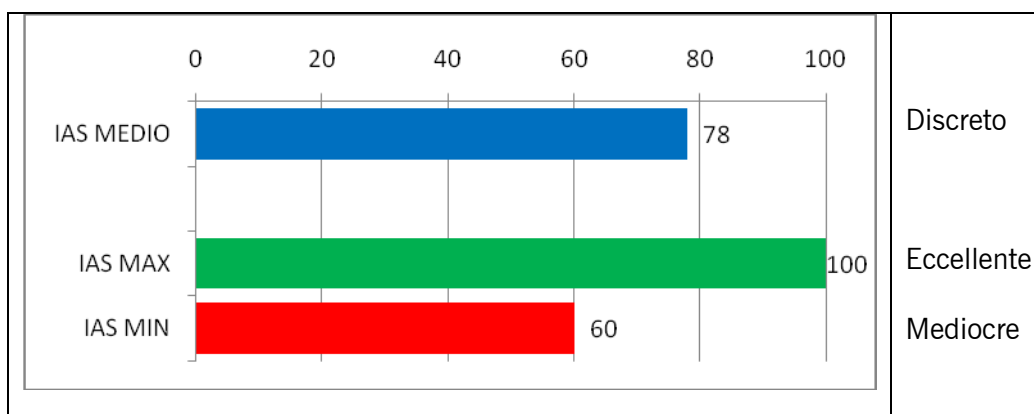


Fig. 1
Accesso alle prestazioni
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

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

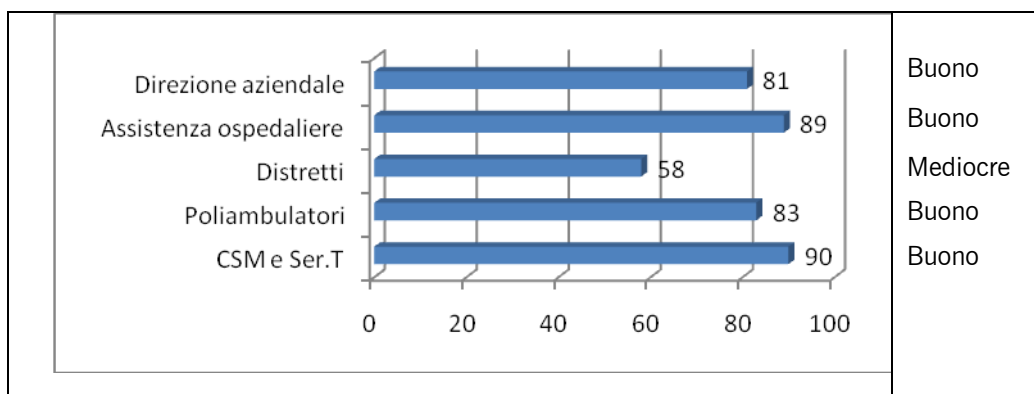


Fig. 2
Accesso alle prestazioni
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione.
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

⁹ In questo e nei prossimi paragrafi la scala dei giudizi utilizzata è quella indicata nel precedente paragrafo introduttivo

Fanno eccezione, come si è già detto i distretti, dove l'indice si abbassa fino a valori mediocri a causa, soprattutto, degli indicatori relativi all'attività dei medici di famiglia, in particolare per quanto riguarda i collegamenti (solo il 30% è collegato con i Cup e quindi con il sistema informatico delle aziende) e degli orari di apertura (solo il 4% dei medici di medicina generale e dei pediatri garantisce orari di apertura degli studi oltre le 20 ore settimanali).

1.2. Confronto con le altre regioni.

Se si considerano i valori degli IAS nelle cinque applicazioni regionali realizzate nel 2009, non si notano scarti rilevanti nei valori medi generali (per l'Abruzzo dove è stato rilevato soltanto il livello delle cure primarie il valore medio non viene riportato in quanto non significativo).

L'indice medio del Friuli Venezia Giulia è inferiore soltanto a quello del Trentino (che però di giova del vantaggio di avere un'unica azienda sanitaria) e si rileva una situazione di eccellenza per l'accesso ai CSM e ai SerT.

Tab. 1 Accesso alle prestazioni	Valori degli IAS per livello di applicazione nelle applicazioni regionali				
	Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione aziendale	84	90	81	69	/
Assistenza ospedaliera	84	93	89	83	/
Cure Primarie Distretti	55	66	58	64	52
Cure Primarie Poliambulatori	85	88	83	79	66
Cure Primarie CSM e Ser.T.	72	81	90	84	80
MEDIA ¹⁰	76	83	80	76	non significativo

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

1.3. Standard condivisi e indicatori critici.

Su 45 indicatori utilizzati per la valutazione del fattore, 18 presentano un valore medio superiore a 90, come si può vedere nella tabella successiva. Questo dato e la relativa omogeneità fra le diverse aziende testimonia il discreto successo delle politiche regionali realizzate in questo ambito.

Da sottolineare il fatto che nei poliambulatori il numero di agende conferite al Cup si approssima al totale (e tutto sommato è rilevante anche negli ospedali con il 76%).

Fra i punti di forza si possono annoverare anche l'accessibilità dell'ADI e le modalità di accoglienza nei CSM e nei SerT.

¹⁰ Il valore medio generale dell'IAS fattori è calcolato giustamente come media ponderata di tutti gli indicatori considerati e non coincide, generalmente, con la media aritmetica dei valori degli IAS dei singoli livelli.

E' ancora incompleta invece la rimozione delle barriere architettoniche.

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

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
Presenza di Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)	100
Presenza di punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi	91
Presenza di Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione	91
Assistenza ospedaliera	
Presenza di procedura scritta del triage al Pronto Soccorso	100
Presenza di possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale	100
Presenza di sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file	94
Assenza di barriere architettoniche per l'accesso nei seguenti locali: CUP, dialisi, pronto soccorso, poliambulatorio (aggregazione rilevante di poliambulatori), palestra di riabilitazione, URP, laboratorio analisi, radiologia, sede direzione aziendale (se presente nel complesso dell'ospedale).	91
Presenza di punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)	91
Livello Cure Primarie - Distretti	
Presenza di Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	100
Risposta della guardia medica entro 5 minuti alle chiamate telefoniche	99
Presenza di sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file	92
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio (standard 100%)	97
Assenza di Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio	97
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta (standard 100%)	100
Presenza di prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)	100
Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale	100
Presenza di linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio	94
Presenza di strutture diurne collegate	92

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

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

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

Livello Cure Primarie - Distretti	Indice di Adeguatezza agli Standard
Numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero totale di pediatri	30
Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale (standard 100%)	29
Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri (standard 100%)	20
Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria (standard 100%)	4
Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale (standard 100%)	4
Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo sul numero totale dei medici di medicina generale (standard 100%)	36

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

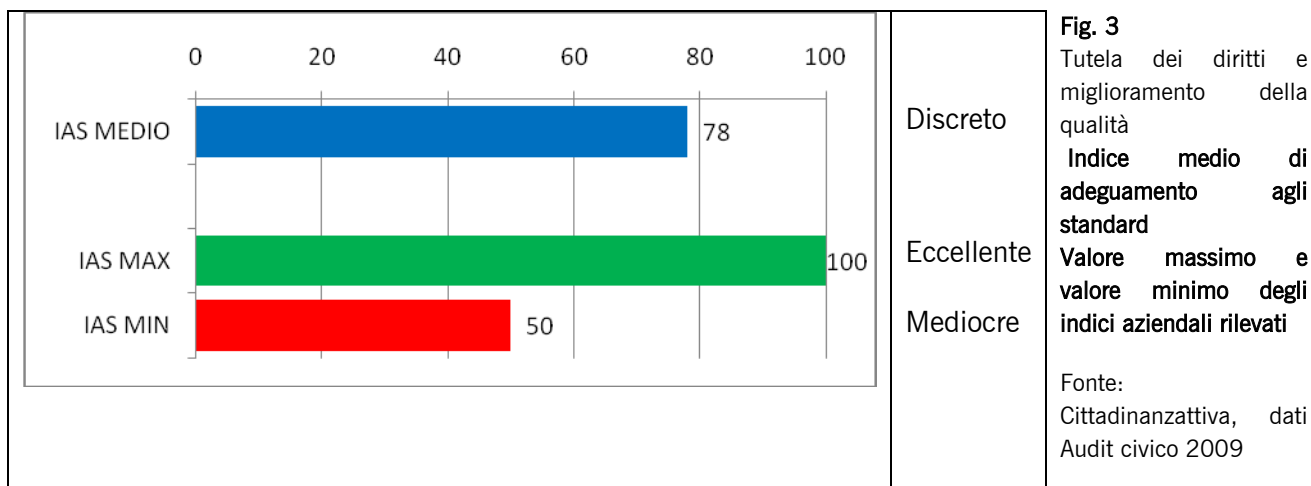
2. Tutela dei diritti e miglioramento della qualità

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

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

2.1. Comportamento generale del fattore

Il valore medio del fattore è appena discreto mentre lo scarto fra la situazione migliore e quella peggiore è molto elevato si va dall’adeguamento totale agli standard fino ad una situazione mediocre.



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

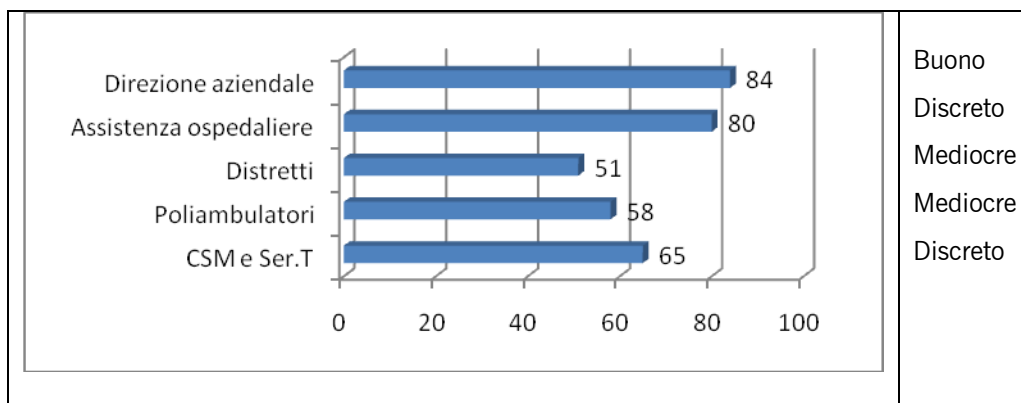


Fig. 4

Tutela dei diritti e miglioramento della qualità

Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione.

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Buono
Discreto
Mediocre
Mediocre
Discreto

2.2. Confronto con le altre regioni.

In questo caso si rilevano scarti importante fra le diverse realtà regionali. Il Trentino presenta valori decisamente elevati, discreto comunque il comportamento del Friuli Venezia Giulia con indici alquanto superiori a quelli del Piemonte e del Lazio.

Tab. 4 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	Valori degli IAS per livello di applicazione nelle applicazioni regionali Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione aziendale	77	99	82	67	/
Assistenza ospedaliera	70	86	80	73	/
Cure Primarie Distretti	45	99	51	45	24
Cure Primarie Poliambulatori	53	89	58	41	25
Cure Primarie CSM e Ser.T.	51	73	65	41	41
MEDIA	63	89	77	61	non significativo

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

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

2.3. Standard condivisi e indicatori critici.

Fra i 30 indicatori presi in considerazione, 7 presentano un valore medio superiore a 90. Nel livello aziendale si nota una attenzione rilevante al trattamento dei reclami e la presenza di Uffici per la qualità percepita in quasi tutte le azienda e quindi una buona attenzione, almeno sul piano formale, ai rapporti con il pubblico.

Una considerazione analoga vale per l'assistenza ospedaliera, nella quale l'attività di segnalazione e di reclamo dei cittadini sembra essere discretamente favorita.

Da rimarcare anche la collaborazione con il settore no profit presente in tutti i CSM e in tutto i SerT:

Impressiona favorevolmente anche la diffusione (78% delle aziende) di commissioni per l'aggiornamento degli standard e dei fattori di qualità delle Carte dei servizi. E' rilevante anche

il fatto che inane 60% degli ospedali indagati siano state realizzate esperienze di certificazione volontaria.

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

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
Presenza di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP: - analisi dei reclami per esito; - adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami	98
Presenza di procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale	92
Presenza di Ufficio qualità a livello aziendale	92
Assistenza ospedaliera	
Presenza di schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	100
Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare commenti, suggerimenti e reclami	91
Presenza di punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	91
Livello Cure Primarie - CSM e SerT:	
(Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio.	100

Il livello delle politiche della qualità e della tutela si abbassa decisamente passando alle strutture territoriali, dove le indagini di customer satisfaction sono poco praticate ed anche il sostegno alla attività di reclamo e di segnalazione è meno marcato che negli ospedali.

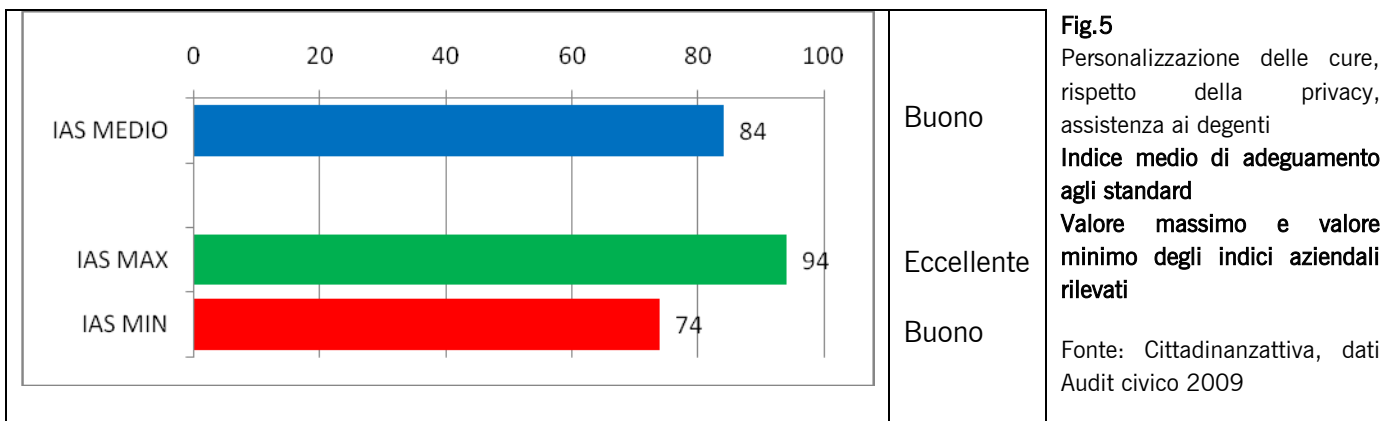
3. Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti

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

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

3.1. Comportamento generale.

Il valore medio è buono mentre la variabilità fra situazione migliore e situazione peggiore è contenuto e anche l’azienda peggiore presenta un indice decisamente discreto. Da rilevare, comunque, che nessuna azienda consegue completamente tutti gli standard.



Disaggregando l’indice nei diversi livelli di applicazione si nota un buon valore dell’assistenza, decisamente superiore a quello della media nazionale che si attesta, invece su indici appenda discreti.-

Nel caso dei distretti gli indicatori sono soltanto due, che riguardano l’assistenza psicologica e quella telefonica ai pazienti in ADI che purtroppo non sono ancora completamente diffuse. Il buon esito dei poliambulatori dipende soprattutto da uno scrupoloso rispetto delle norme sulla privacy. Nei Ser.T e i CSM il valore è quasi buono ma risulta carente (in più del 40% dei casi), il coinvolgimento dei parenti nei progetti terapeutici

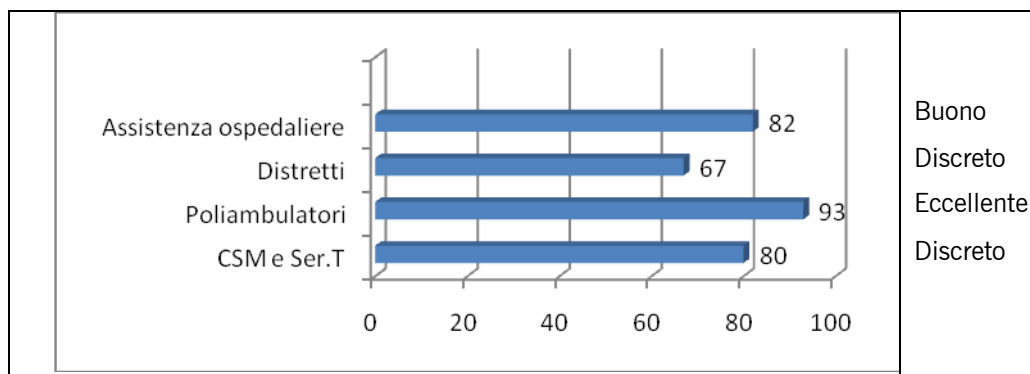


Fig. 6
Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione.
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

3.2. Confronto con le altre regioni.

Le situazioni regionali sono alquanto diversificate, il Friuli Venezia Giulia si affianca al Trentino nelle posizioni più elevate, soprattutto grazie alla leadership già segnalata nell'assistenza ospedaliera..

Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti	Valori degli IAS per livello di applicazione nelle applicazioni regionali				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Assistenza ospedaliera	73	79	82	65	/
Cure Primarie Distretti	81	93	67	51	27
Cure Primarie Poliambulatori	93	96	93	88	91
Cure Primarie CSM e Ser.T.	88	86	80	78	77
MEDIA	76	85	84	70	non significativo

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

3.3. Standard condivisi e indicatori critici.

E' da rilevare il fatto su 54 indicatori presi in considerazione in ben 14 casi lo standard di riferimento sia completamente conseguito in tutte le realtà visitate.

Nel caso della assistenza ospedaliera il rispetto della assistenza ospedaliera sembrano totalmente rispettate le norme sulla privacy, viene posta la necessaria attenzione alle procedure di dimissione e risulta essere discretamente favorita l'assistenza da parte di parenti ai bambini e alle persone non autosufficienti.

Per quanto riguarda il territorio è appena discreta la situazione dei distretti mentre risulta eccellente quella dei poliambulatori anche se si deve registrare una diffusione ancora carente dei divisori.

Da controllare con più attenzione i CSM e i SerT e colpisce il fatto che sia stata constatato, seppure in un numero limitato di casi, l'accesso alle cartelle cliniche dei pazienti da parte di personale non autorizzato.

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

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Possibilità di scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera	100
(L2) Assenza di Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L2) Assenza di Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
(L2) Assenza di casi di Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L2) Presenza di Procedura per assicurare il rispetto della privacy	100
(L2) Presenza di Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune	100
(L2) Presenza di Procedura per l'attivazione delle dimissioni protette	100
(L2) Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i pazienti in terapia intensiva neonatale	100
(L2) Presenza di Procedura per l'attivazione delle dimissioni programmate	100
(L2) Presenza di Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con accesso alla mensa (standard: 100% delle UO)	100
(L2) Presenza di Procedura per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili nelle Unità operative di: chirurgia, medicina generale, geriatria, lungodegenza	97
(L2) Presenza di Unità Operative di degenza che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo TUTTI i pazienti non autosufficienti	93
(L2) Presenza di Unità Operative di degenza in cui è possibile ricevere telefonate (in camere non a pagamento)	93
(L2) Presenza di Unità Operative di degenza di oncologia e/o diabetologia con procedure per favorire l'inserimento del caregiver nella gestione della malattia da parte della famiglia del paziente	92
(L2) Presenza di Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con posto letto/poltrona letto	91
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(L3b) Assenza di casi di Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L3b) Assenza di casi di Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L3b) Assenza di casi di Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
(L3b) Presenza di Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc.) con orari personalizzati per limitare i tempi d'attesa	95
(L3b) Assenza di Cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione	95
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(L3c) Assenza di casi di Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L3c) Assenza di Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	90
(L3c) Assenza di casi di Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	90

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Gli indicatori critici sono tre: gli orari di distribuzione della cena, la possibilità di assistere senza limiti di orario i parenti in rianimazione e l'assenza di un regolamento per le badanti in metà degli ospedali.

Per quanto riguarda i primi due, si tratta di temi controversi sui quali sembra giunto il momento di aprire una riflessione congiunta che permetta di identificare norme comportamentali e organizzative che tengano conto delle diverse. Non si comprende invece l'inerzia nel regolamentare la presenza delle badanti.

Da notare, rispetto alla precedente valutazione, un discreto miglioramento degli orari di visita.

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

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Distribuzione della cena ai pazienti dopo le 19.00	14
(L2) Possibilità di Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione	17
(L2) Presenza di Regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento	50

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

4. Informazione e comunicazione

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

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

4.1. Comportamento generale.

Il valore medio dell’IAS è decisamente discreto. Nessuna azienda garantisce la completa attuazione degli standard proposti. Lo scarto fra la situazione migliore e quella peggiore è alquanto elevato e segnala l’esistenza di difformità non trascurabili fra le diverse situazioni aziendali.

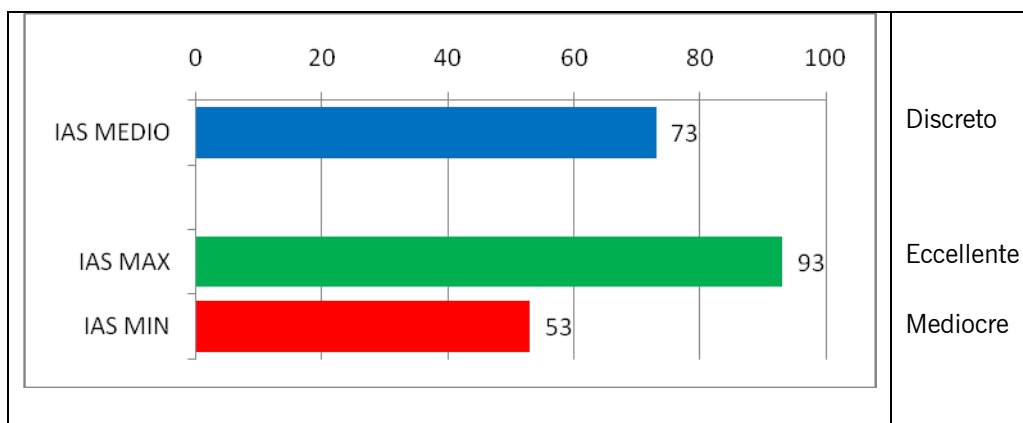


Fig. 7
Informazione e comunicazione
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Considerando i valori degli IAS distinti per livello di applicazione si nota una situazione migliore negli ospedali (che pure sono stati esaminati analiticamente con 27 indicatori). La diffusione delle cartelle cliniche informatizzate è molto bassa (14%). Ed è assente la trasmissione via internet dei risultati delle analisi. Buona o decisamente discreta la gestione del consenso informato.

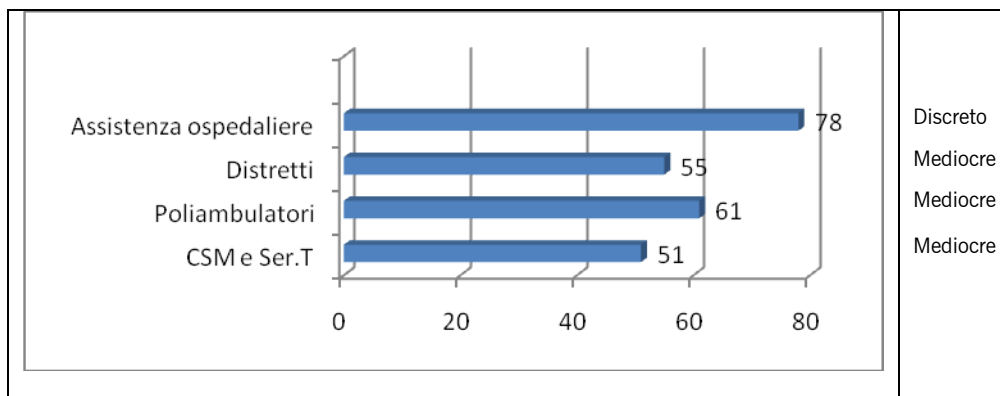


Fig. 8
Informazione e comunicazione
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

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

4.2. Confronto con le altre regioni.

Il livello di adeguamento agli standard di informazione e comunicazione dell'assistenza ospedaliera Friuli Venezia Giulia è decisamente superiore a quello delle altre regioni, non altrettanto si può dire per il sistema della cure primarie.

Tab. 9 Informazione e comunicazione	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali				
	Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Assistenza ospedaliera	69	66	78	59	/
Cure Primarie Distretti	66	69	55	41	37
Cure Primarie Poliambulatori	59	72	61	47	47
Cure Primarie CSM e Ser.T.	55	76	51	41	50
MEDIA	65	70	73	56	non illo significativo

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

4.3. Standard condivisi e indicatori critici.

La quantità di standard uniformemente praticati in ambito ospedaliero (11 su 27), è decisamente superiore alla media nazionale e quella della altre regioni.

E' garantita la consegna a domicilio dei referti e delle cartelle cliniche. La segnaletica e l'informazione logistica al pubblico è decisamente buona.

-

E' certamente una buona notizia il fatto che, nel 98% delle Unità operative viene rilasciata una scheda di dimissioni completa delle informazioni essenziali e bisognerebbe porsi l'obiettivo di eliminare anche le residue carenze. Come si è già accennato, non è trascurabile a anche l'attenzione al consenso informato ma esiste ancora un gap del 20-30% rispetto agli standard considerati-

E' discreta la diffusione di numeri telefonici dedicati alle informazioni e all'orientamento nei CSM e nei Ser.T. (72%) e vale la pena di rilevare il sensibile aumento, rispetto alla precedente rilevazione, delle iniziative di formazione rivolte sia agli operatori volontari che aiu gestori di discoteche.

In più del 90% dei poliambulatori esiste un prospetto aggiornato dei servizi presenti.

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

Assistenza ospedaliera	Indice di adeguamento agli Standard
(L2) Consegna a domicilio referti di esami diagnostici	100
(L2) Presenza di Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria	100
(L2) Consegna a domicilio cartella clinica	100
(L2) Presenza di Unità Operative che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate: -diagnosi; -procedure e terapie effettuate; -terapia prescritta; -prescrizioni su comportamenti/precauzioni (standard: 100% delle UO)	98
(L2) Presenza di Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria	97
(L2) Presenza di Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico	92
(L2) Cartelle cliniche consegnate entro 30 gg. dalle richieste nel marzo dell’anno precedente	91
(L2) Presenza di Cartellonistica esterna entrata principale	91
(L2) Presenza di Servizio informazioni per il pubblico presso l’ingresso principale	91
(L2) Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti	91
(L2) Presenza di Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano	91
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(L3b) Prospetto riassuntivo aggiornato nell’atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti	91

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009riscontra

L’elenco degli indicatori critici è decisamente esteso. Negli ospedali ed anche nei poliambulatori, si riscontrano ritardi nella adozione di strumenti informatici per la gestione delle cartelle cliniche e la comunicazione con i cittadini.

Decisamente preoccupante la situazione dei distretti, dove 10 indicatori su 18 restano su valori critici. Il deficit riguarda l’informazione di base (scelta e revoca dei professionisti, accesso a protesi ausili, esenzioni per patologia ed invalidità) e proprio per questo sembra grave e strana in una regione in cui, come si è visto finora, l’attenzione verso gli utenti è decisamente superiore alla media. Si tratta infatti di informazioni che non sono soggette a frequenti variazioni e che quindi dovrebbero essere messe facilmente a disposizione, sia con semplici opuscoli, sia con persone dedicate all’informazione (assenti invece in metà delle realtà visitate).

Anche nei CSM e nei SerT 4 indicatori su 10 si attestano su valori critici. In due casi (cartelli stradali e comunicazione dei nominativi degli operatori) si può pensare a problemi di tutela della privacy degli uni e degli altri. Non si comprende però la renitenza a dare informazioni sui diritti e sui doveri dei pazienti e a favorire il raccordo con i medici di medicina generale.

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

Assistenza ospedaliera	Indice di adeguamento agli Standard
(L2) Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet	0
(L2) Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata (standard: 100% delle UO)	14
(L2) Consegna di Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)	43
Livello Cure Primarie - Distretti	
(L3a) Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	45
(L3a) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede di distretto di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	42
(L3a) Presenza di Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata	50
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale	50
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta	50
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità	45
(L3a) Presenza di Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto	45
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione di ausili	40
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta	50
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale	50
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(L3b) Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet	10
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(L3c) Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con i nomi degli operatori	45
(L3c) Presenza di procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti	20
(L3c) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti	20
(L3c) Presenza di Cartellonistica stradale in prossimità della struttura	37

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

5. Comfort

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

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

5.1. Comportamento generale.

Il valore medio è decisamente discreto. Lo scarto fra valore massimo – che si approssima al conseguimento completo di tutti gli standard – e valore minimo è molto rilevante e segnala la presenza di alcune situazioni che richiederebbero interventi.

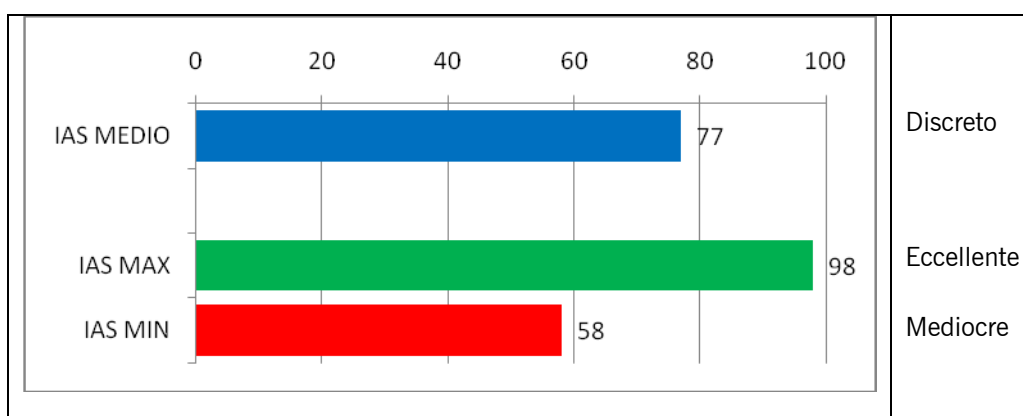


Fig. 9 Comfort.
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

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

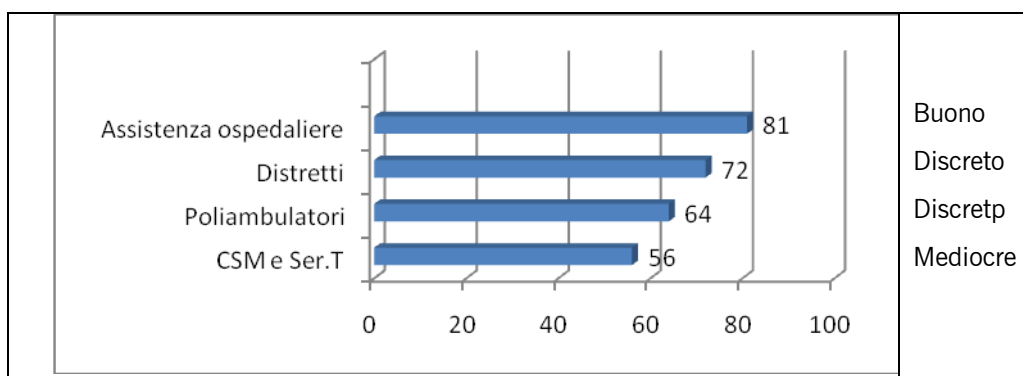


Fig. 10 Comfort
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

5.2. Confronto con le altre regioni.

Anche in questo caso, nel livello della assistenza ospedaliera, il Friuli Venezia Giulia presenta una situazione marcatamente migliore di quella delle altre regioni.

Tab. 12 Comfort	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Assistenza ospedaliera	69	68	81	61	/
Cure Primarie Distretti	73	80	72	61	58
Cure Primarie Poliambulatori	64	72	64	54	60
Cure Primarie CSM e Ser.T.	58	72	56	52	43
MEDIA	68	71	77	60	non significativo

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

5-3. Standard condivisi e indicatori critici

La quantità di standard condivisi è, tutto sommato, discreta (20 su 63) con una situazione particolarmente favorevole negli ospedali. Deve essere rimarcata però il livello mediocre dei CSM e SerT, a causa della ricorrente presenza di segni di fatiscenza.

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

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Presenza di Spazio di attesa con posti a sedere nel Pronto Soccorso	100
(L2) Presenza di Bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso	100
(L2) Presenza di Telefono pubblico nel Pronto Soccorso	100
(L2) Presenza di Parcheggio interno con posti riservati a disabili	100
(L2) Presenza di Posti a sedere nell'atrio dell'ospedale	100
(L2) Unità Operative con posti letto dotati di: sedia, comodino, armadietto (standard: 100% delle UO)	97
(L2) Unità Operative che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere)	97
(L2) Presenza di Elementi decorativi nell'atrio principale (quadri, piante)	97
(L2) Presenza di Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso (presenza al piano)	97
(L2) Presenza di Parcheggio interno per il pubblico	95
(L2) Presenza Bagni del Pronto Soccorso dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori porta rifiuti; appendiabito.	94
(L2) Presenza di Bagni degli ambulatori dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito	94
(L2) Unità operative con stanze di degenza con più di 4 posti letto	92
(L2) Unità Operative con lavapadelle a ciclo di disinfezione (standard: 100% delle UO)	92
(L2) Presenza di Sportello Bancomat (o sportello bancario)	91
(L2) Unità Operative con gabinetti dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito	91
Livello cure primarie distretti	
(L3a) Presenza di Bagno per il pubblico nella sede di distretto	100
(L3a) Presenza di Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili	100
(L3a) Presenza di Spazio d'attesa nella sede di distretto	100
Livello cure primarie CSM e Ser.T:	
(L3c) Presenza di Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)	97

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il miglioramento è confermato dall'estensione tutto sommato contenuta degli indicatori critici (9 su 63) e dalla loro natura. Da rimarcare comunque la carenza di bagni per disabili nei poliambulatori e nei CSM e SerT (anche se in queste strutture il valore supera di poco la soglia critica). Colpisce anche l'assenza in quasi tutti i CSM e i SerT dei distributori di alimenti e bevande.

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

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Unità Operative in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata(standard: 100% delle UO)	48
(L2) Numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria	42
Livello cure primarie distretti	
(L3a) Presenza di Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)	20
(L3a) Presenza di Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto	40
Livello cure primarie poliambulatorio	
(L3b) Presenza di Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)	43
(L3b) Presenza di Parcheggio taxi in prossimità della sede del poliambulatorio	39
(L3b) Presenza di Ambulatori dotati di bagni per disabili in prossimità del locale	47
Livello cure primarie CSM e Ser.T:	
(L3c) Presenza di Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)	10
(L3c) Presenza di Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)	2

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

6. Sicurezza dei pazienti

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

6.1.. Comportamento generale.

L'indice generale sfiora l'eccellenza, quattro aziende hanno avuto un IAS di almeno 95 ed anche le "peggiori sono quasi buone". E' bene ricordare però che, in questo ambito, una qualsiasi inosservanza può avere conseguenze di grande rilievo.

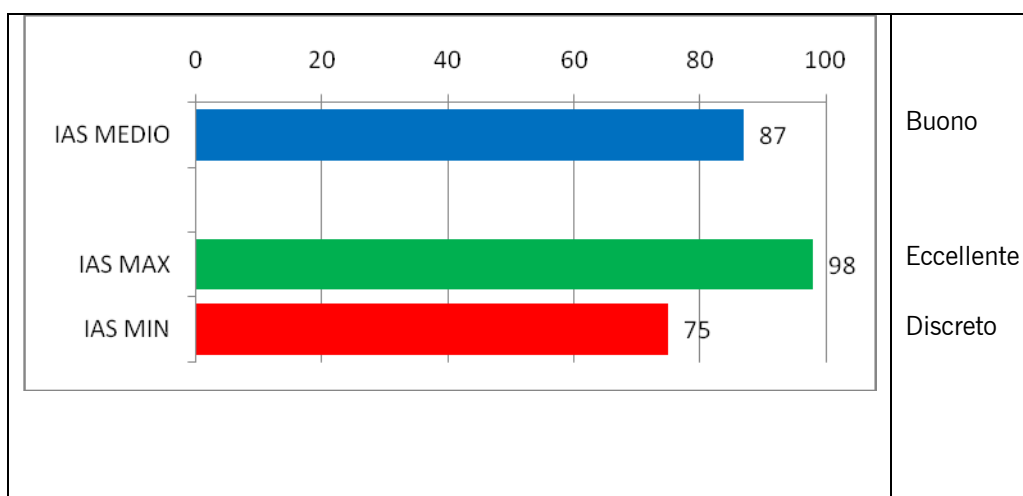


Fig. 11
Sicurezza dei pazienti
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il valore dell'Indice di adeguamento è buono in entrambi i livelli considerati. Lo scarto fra le direzioni aziendali e l'assistenza ospedaliera è decisamente contenuto e testimonia una buona capacità di tradurre adempimenti e programmi generali in azioni concrete.

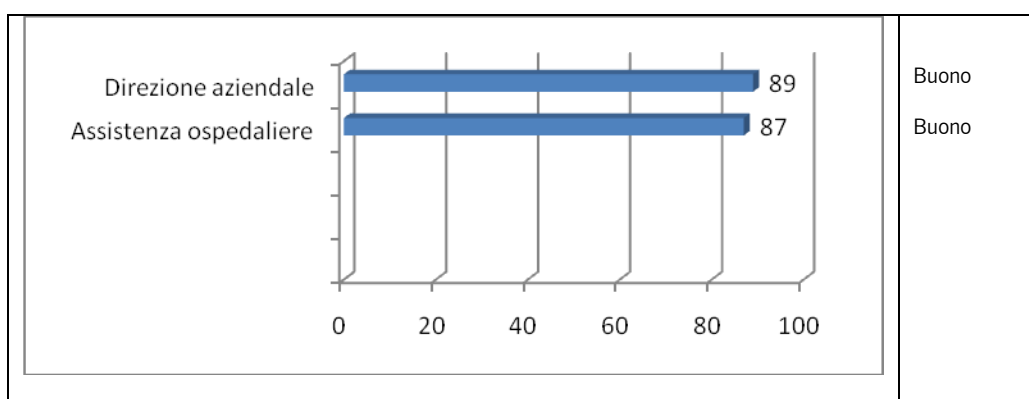


Fig. 12
Sicurezza dei pazienti
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

6.2. Confronto con le altre regioni.

Il Friuli Venezia Giulia si colloca sullo stesso livello del Piemonte e un poco al disotto del Trentino

Tab. 15 Sicurezza dei pazienti	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali			
	Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione aziendale	93	100	89	87
Assistenza ospedaliera	87	93	87	80
MEDIA	88	94	87	81

6.3. Standard condivisi e indicatori critici

La quantità di standard conseguiti in tutte le realtà è considerevole: 4 su 6 sono completamente attuati in tutte le direzioni aziendali e 10 su 24 sono completamente attuati in tutti gli ospedali..

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

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli standard
(L1) Presenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere	100
(L1) Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari	100
(L1) Presenza del Comitato per il buon uso del sangue	100
(L1) Presenza di Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico	100
Assistenza ospedaliera	
(L2) Utilizzo di materassi o letti appositi per prevenire le ulcere da decubito nelle U.O. di medicina generale e/o di lungodegenza e/o di geriatria (standard 100% delle U.O.)	100
(L2) Presenza di Procedure scritte per il lavaggio delle mani	100
(L2) Presenza di Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio	100
(L2) Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici	100
(L2) Presenza di Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	100
(L2) D Presenza di documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio	100
(L2) Presenza di Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	100
(L2) Presenza di Protocollo per il posizionamento di cateteri intravascolari centrali	100
(L2) Presenza di Linee guida scritte per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito	100
(L2) Presenza di Protocollo per il cateterismo urinario	100
(L2) Presenza di Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	97
(L2) Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza	91
(L2) Presenza di Procedura scritta per il consenso informato nella quale è prevista la richiesta a ciascun paziente o al proprio rappresentante legale di ripetere ciò che gli è stato detto nel corso della raccolta del consenso informato	91

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

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

Si segnalano anche la implementazione ancora incompleta di alcune raccomandazioni ministeriali e il ritardo, nel 21% delle situazioni nella adozione di procedure scritte tese a garantire che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori. Da rilevare anche l'assenza nel 9% delle unità operative di defibrillatori e carrelli per l'emergenza.

7. Sicurezza delle strutture e degli impianti.

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

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

7.1. Comportamento generale.

Anche per questo fattore l'indice medio è elevato e si approssima alla soglia dell'eccellenza. Quattro aziende conseguono completamente gli standard proposti ma esiste anche una (e una sola) situazione in cui l'indice è appena discreto. Come per la sicurezza dei pazienti la valutazione complessivamente positiva deve essere attenuata dalla considerazione che nei sistemi di sicurezza non dovrebbe essere accettata alcuna eccezione.

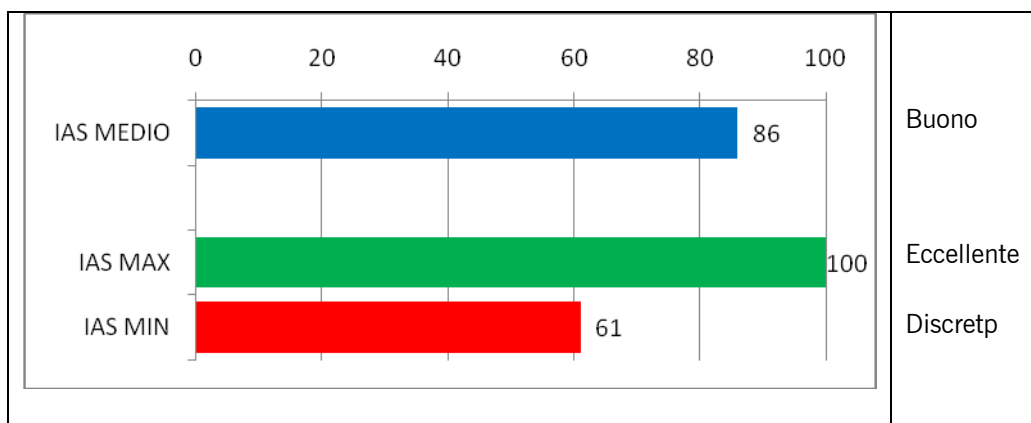


Fig. 13
Sicurezza delle strutture e degli impianti.
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La disaggregazione per fattori per livello propone situazioni di eccellenza nei livelli delle direzioni aziendali e dell'assistenza ospedaliera e uno stato discreto delle strutture territoriali

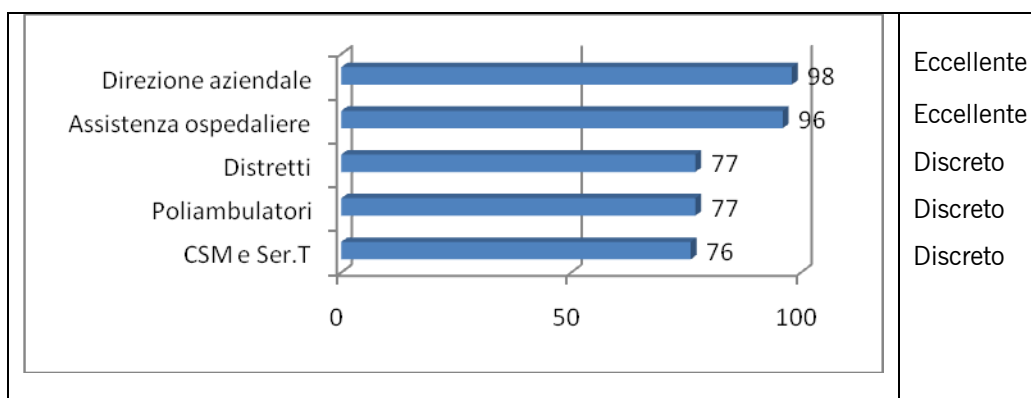


Fig. 14
Sicurezza delle strutture e degli impianti.
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione
Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

7.2. Confronto con le altre regioni.

Il Friuli Venezia Giulia si colloca su livelli paragonabili a quelli del Piemonte e del Trentino con una maggiore debolezza nelle strutture territoriali.

Tab. 17 Sicurezza delle strutture e degli impianti.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione generale	99	100	98	98	/
Assistenza ospedaliera	96	99	96	86	/
Cure Primarie Distretti	95	100	77	88	57
Cure Primarie Poliambulatori	95	95	77	74	55
Cure Primarie CSM e Ser.T.	78	83	76	68	38
MEDIA	93	94	91	87	non significativo

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

7.3. Standard condivisi e indicatori critici

L'esistenza di una buona organizzazione generale della sicurezza è testimoniata anche dal fatto che in tutte le direzioni aziendali 3 standard su 4 sono completamente conseguiti in tutte le realtà e che in tutti gli ospedali sono completamente rispettati 4 standard su 7. Meno brillante, come si è già visto, la situazione del territorio.

Tab.18 - Sicurezza delle strutture e degli impianti – **Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009** -

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)	100
(L1) Presenza di Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini	100
(L1) Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi due anni rivolti a operatori sanitari o ad altre figure professionali dell'azienda	100
(L1) Presenza del Servizio di ingegneria clinica	91
Assistenza ospedaliera	
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori (standard: 100% delle UO)	100
(L2) Presenza di Accesso dedicato ai mezzi di trasporto diretti al Pronto Soccorso	100
(L2) Presenza di Procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Pronto Soccorso	100
(L2) Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni	100
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga (standard: 100% delle UO)	97
Livello cure primarie distretti	
(L3a) Presenza di Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto	95
Livello cure primarie poliambulatori	
(L3b) Presenza di Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio	97
Livello cure primarie CSM e Ser.T.	
(L3c) Presenza di Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del servizio	92

Nessun indicatore scende sotto la soglia critica ma è doveroso segnalare che nel 15% delle Unità operative visitate manca ancora la piantina del Piano di evacuazione.

8. Malattie croniche e oncologia

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

8.1. Comportamento generale.

L'indice medio di adeguamento agli standard è decisamente buono ed è inferiore soltanto agli IAS dei fattori dedicati alla sicurezza. 5 aziende rispettano tutti gli standard proposti, è stata riscontrata una sola situazione di mediocrità, dovuta in larga parte alla scarsa operatività della struttura interessata in questo settore.

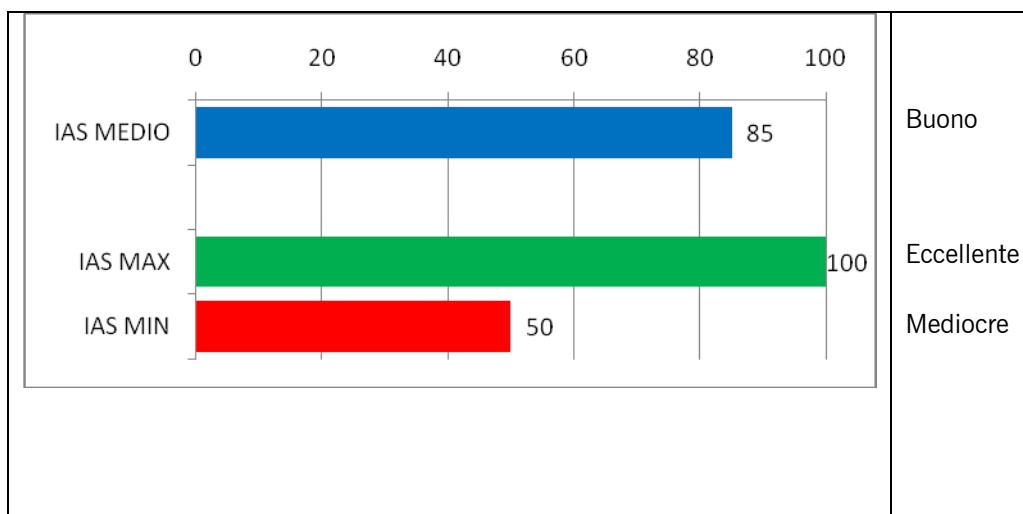


Fig. 15
Malattie croniche e oncologia..
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

8.2. Confronto con le altre regioni.

Il Friuli Venezia Giulia si colloca poco sotto il Piemonte, mentre il Trentino raggiunge livelli di eccellenza.

Tab. 19 Malattie croniche e oncologia.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione aziendale	87	92	85	72

8.3. Standard condivisi e indicatori critici

Tutte le aziende dispongono di percorsi organizzati per la gestione delle malattie croniche ad alta prevalenza, di procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento di protesi ed ausili e

di trasporti al domicilio dei pazienti dializzati e cioè si è dotata di strutture e di servizi. Elevata anche la diffusione dei servizi chemioterapici e dei programmi di autogestione per i malati cronici.

Tab.20 - Malattie croniche e oncologia – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza del Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati	100
(L1) Presenza di Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)	100
(L1) Presenza di Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi	
(L1) Presenza del Servizio di cure chemioterapiche	92
(L1) Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche	92

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Resta invece sotto la soglia critica la disponibilità della dialisi domiciliare. In un terzo delle aziende, inoltre non esistono procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia.

Incompleto (60%) ma apprezzabile rispetto alla media nazionale il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di protesi, presidi ed ausili.

9. Gestione del dolore.

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

9.1. Comportamento generale.

L'indice medio supera la soglia dell'eccellenza. 7 aziende raggiungono completamente tutti gli standard proposti e nel peggiore dei casi viene quasi raggiunta la soglia della bontà.

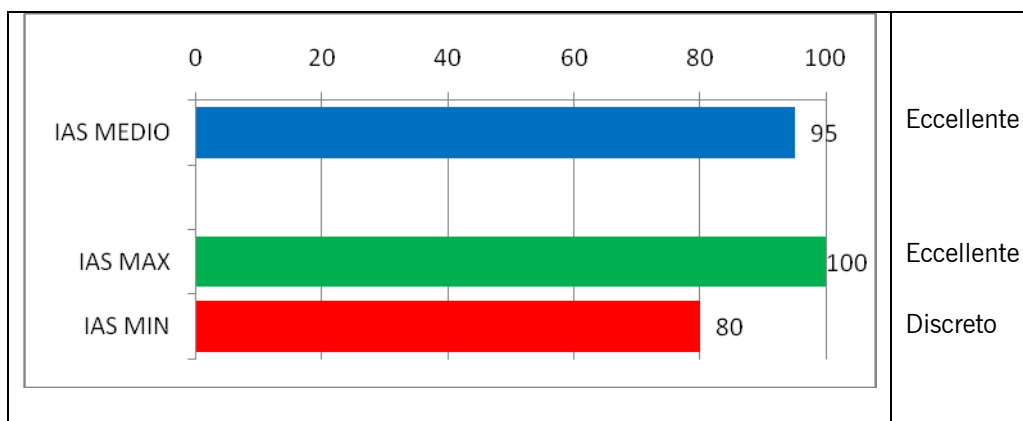


Fig. 17
Gestione del dolore.
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Non esistono sostanziali differenze fra i livelli delle direzioni generali e della assistenza ospedaliera.

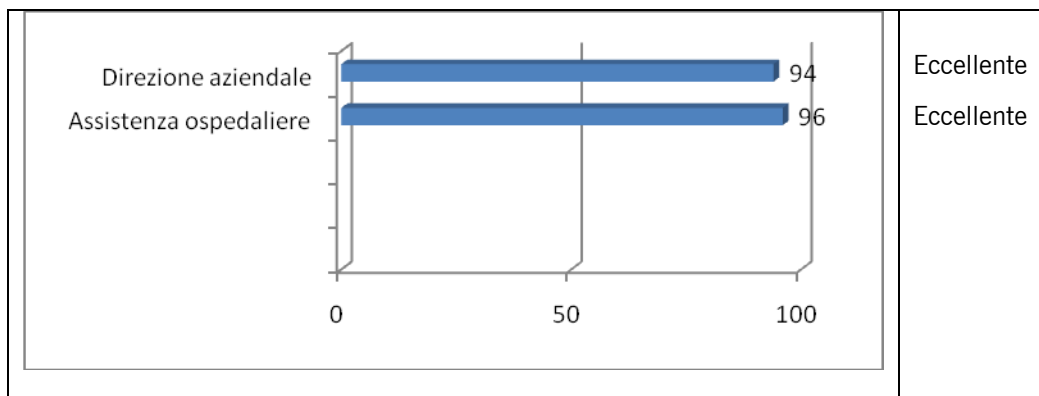


Fig. 18
Gestione del dolore..
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione
Fonte-Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

9.2. Variabilità territoriale.

Il Friuli Venezia Giulia condivide con il Trentino un livello di eccellenza..

Tab. 21 Gestione del dolore.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione generale	81	100	94	64
Assistenza ospedaliera	86	95	96	64
MEDIA	84	96	95	65

9.3. Standard condivisi e indicatori critici.

Come era logico attendersi, il numero degli standard completamente conseguiti (o almeno condivisi) in tutte le realtà è molto elevato e solo quattro indicatori non raggiungono questo livello.

Una situazione di eccellenza così generalizzata è certamente merito dei dirigenti e degli operatori ma è possibile soltanto in presenza di una forte guida regionale.

Tab.22 – Gestione del dolore – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009 -

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari	100
((L1) Presenza di Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)	100
((L1) Presenza di Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)	100
(L1) Presenza di Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatorial	100
(L1) Presenza di Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale	100
(L1) Presenza di Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice	100
(L1) Presenza di Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio	90
(L1) Presenza di Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni	90
Assistenza ospedaliera	
(L2) Presenza di Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore	100
(L2) Valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati	100
(L2) Presenza di Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore svolte negli ultimi 2 anni	100
((L2) Presenza di Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario negli ultimi 2 anni	100
(L2) Esistenza di Linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti sulla terapia del dolore nelle seguenti situazioni: dolore post-operatorio; parto senza dolore; controllo dolore in patologie oncologiche, controllo dolore in malattie cronico-degenerative	100
(L2) Disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio)	97
(L2) Disponibilità del parto indolore	94

10. Prevenzione

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

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

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

10.1. Comportamento generale.

L’indice medio è buono, è stata registrata una sola situazione di mediocrità con mancato rispetto del divieto di fumo..

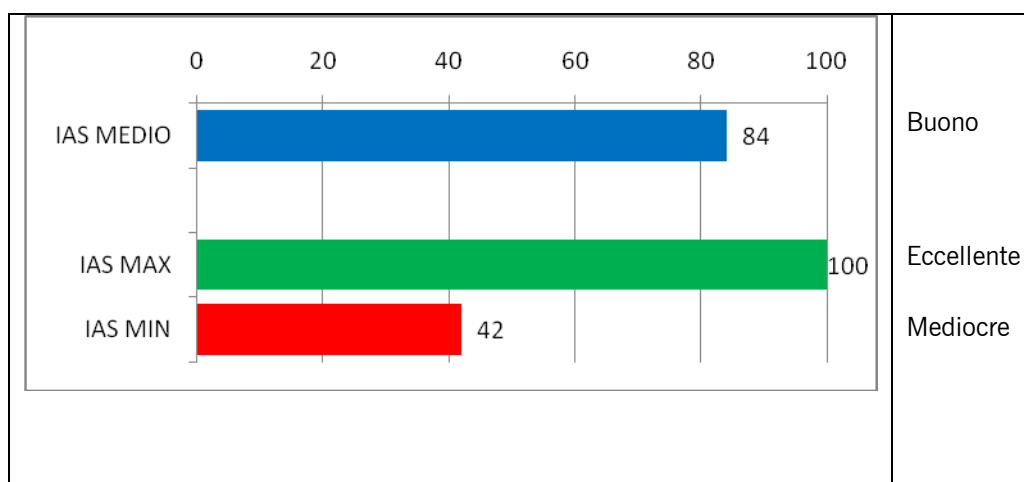


Fig. 19
Prevenzione.
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

In questo caso la disaggregazione per livelli ha poco significato. I valori relativi all’assistenza ospedaliera e ai poliambulatori sono legati esclusivamente alla verifica del rispetto del divieto di fumo. Nei CSM/Ser.T. è stato applicato soltanto un indicatore relativo alla distribuzione di materiale informativo. Nei distretti insieme al rispetto del divieto di fumo è stata controllata l’invio ai medici di famiglie e ai pediatri di materiali sulla prevenzione da mettere a disposizione negli studi ed è significativo il completo conseguimento di tutti gli standard.

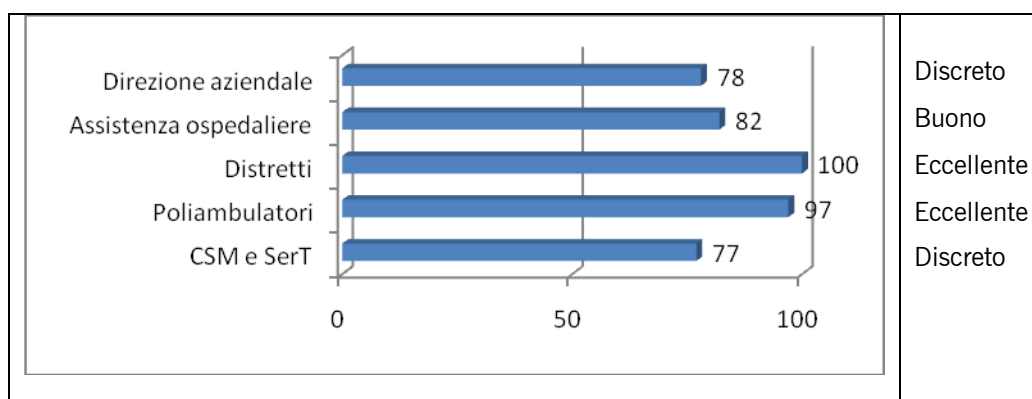


Fig. 20
Prevenzione..
Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione

Fonte -
Cittadinanzattiva, dati
Audit civico 2009

10.2. Confronto con le altre regioni.

L'indice medio corrisponde, con variazioni di scarso rilievo a quelli del Piemonte e del Trentino ma i comportamenti nei diversi livelli sono alquanto diversificati.

Tab. 23 Prevenzione.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali				
	Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione generale	77	89	78	58	/
Assistenza ospedaliera	86	/	82	71	/
Cure Primarie Distretti	92	95	100	79	67
Cure Primarie Poliambulatori	91	89	97	65	66
Cure Primarie CSM e Ser.T.	71	43	77	49	43
MEDIA	79	83	81	68	non significativo

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

10.3. Standard condivisi e indicatori critici

L'attività generale di prevenzione delle direzioni generali e nei distretti sembra bene sviluppata ed è elevato il numero degli indicatori condivisi o completamente conseguiti.

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

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di MMG, medici di continuità assistenziale, operatori 118, e personale dei mezzi di soccorso	100
(L1) Presenza di Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche	100
(L1) Presenza di Programma di formazione specifica per i medici di medicina generale sulla prevenzione in relazione ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, obesità, ecc)	100
(L1) Presenza di Programma organizzato di screening mammografico	100
(L1) Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio	100
(L1) Presenza di Programma organizzato di screening con il pap test	100
(L1) Presenza di Programma volto all'integrazione dell'assistenza diabetologica (tra medicina generale, centro anti diabete, distretto, altre strutture) con le seguenti attività previste: costruzione di percorsi assistenziali in accordo tra i Centri di diabetologia e i medici di medicina generale; coinvolgimento eventuale dei distretti sanitari; formazione degli operatori sanitari coinvolti nei percorsi assistenziali; registro/database delle persone con diabete; richiamo attivo delle persone con diabete nell'ottica del case management; programma di educazione terapeutica delle persone con diabete; monitoraggio dell'assistenza al diabete attraverso indicatori specifici	97
(L1) Presenza di Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi: counselling; farmaci sostitutivi; altri farmaci; altri trattamenti.	94
(L1) Presenza di Programma per la promozione dell'allattamento al seno con le seguenti attività: informazioni alle donne incinte o alle partorienti: opuscoli, lettere; formazione delle ostetriche e delle puericultrici dei punti nascita o	93

dei servizi territoriali; tutoraggio delle neomamme per aiutarle nell'attaccamento al seno; tutoraggio delle mamme con visite a casa nei primi mesi di vita del neonato; monitoraggio su frequenza e durata dell'allattamento al seno	
Cure Primarie Distretti	
(L3a) Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	100
L3a) Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	100
Cure Primarie Poliambulatori	
(L1) (L3b) Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio	100

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Gli indicatori critici riguardano l'assenza di stroke unit negli ospedali che fanno capo alle Asl e il mancato rispetto del divieto di fumo in varie strutture.

11. Attuazione e funzionamento degli Istituti di partecipazione

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

11.1. Comportamento generale.

Il valore generale dell'IAS è appena discreto mediocre, solo 2 aziende si attestano su valori buoni mentre quattro condividono il punteggio peggiore.

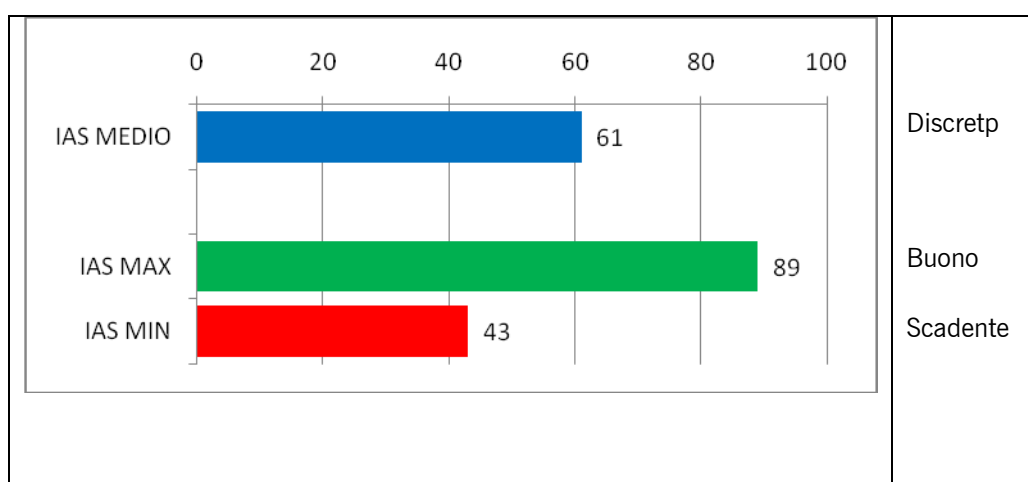


Fig. 21
Istituti di partecipazione.
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati
Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

11.2. Confronto con le altre regioni.

Se si esclude l'azienda di Trento, anche nelle altre regioni i valori sono appena discreti (Piemonte) o mediocri (Lazio).

Tab. 25 Istituti di partecipazione.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione generale	64	89	61	50

Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

11.3. Standard condivisi e indicatori critici

L'istituto di partecipazione più diffuso è il Comitato etico, presente nel 90 % delle aziende che richiedono alle organizzazioni dei cittadini di designare un componente..

Abbastanza frequenti è la stipula di protocolli di intesa con le organizzazioni civiche (83% e la presenza delle Commissioni miste conciliative.

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

Tab.26 - Istituti di partecipazione – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Comitati consultivi misti	33
(L1) Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità	16
(L1) Presenze di Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico)	42
(L1) Coinvolgimento diretto dei cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi	50

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

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

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

12.1. Comportamento generale.

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

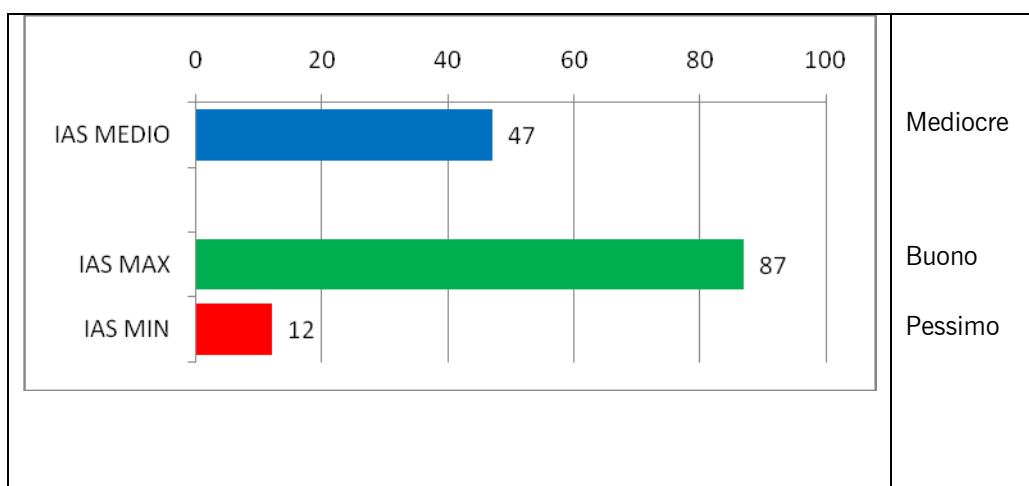


Fig. 22
Altre forme di partecipazione.
Indice medio di adeguamento agli standard
Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati

Fonte -
Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

12.2. Confronto con le altre regioni.

In questo caso il Friuli Venezia Giulia si distacca dalle altre regioni del nord e si avvicina ai valori del Lazio.

Tab. 27 Altre forme di partecipazione.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione generale	61	84	47	40

12.3. Standard condivisi e indicatori critici

Non esistono standard condivisi, la prassi più diffusa (75% delle realtà) è il coinvolgimento dei cittadini in commissioni di studio e gruppi di lavoro.

Resta nella fascia critica metà degli indicatori utilizzati, quelli relativi alle forme più intense di interlocuzione, come la possibilità, per gli utenti di partecipare al controllo della qualità

delle forniture o di partecipare alla determinazione degli ordini del giorno degli organismi aziendali. Bisogna però ammettere che la percentuale di aziende che conegue standard così impegnativi non è trascurabile.

Completamente assente invece la predisposizione e la presentazione pubblica dei bilanci sociali.

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

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture	40
(L1) Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica	0
(L1) Consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio, ecc.	33
(L1) Piano di comunicazione e richieste formali alle organizzazioni dei cittadini/cittadini da parte dell'azienda di partecipare a commissioni di studio/gruppi di lavoro per la progettazione degli aspetti del Piano di Comunicazione inerenti la comunicazione e l'informazione rivolte ai cittadini	40

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Valutazioni finali.

L'analisi degli Indici di adeguamento agli standard conseguiti nei diversi fattori e nei diversi livelli può aiutare a cogliere la situazione del servizio sanitario del Friuli Venezia Giulia in alcuni aspetti essenziali, come le aree di eccellenza e quelle di mediocrità o la propensione al miglioramento.

Sulla base di queste considerazioni è possibile proporre alcune considerazioni conclusive.

Punti di forza.

Le eccellenze ...

Si possono convenzionalmente considerare come situazioni di eccellenza quelle in cui il valore dell'Indice di adeguamento agli standard è superiore a 90. Esse sono, in tutto, sei e precisamente:

- La personalizzazione, il rispetto della privacy e l'assistenza nei Poliambulatori (IAS = 93);
- L'attività delle direzioni aziendali nell'ambito della sicurezza delle strutture e degli impianti (IAS = 98);
- La sicurezza strutture e impianti nel livello della assistenza ospedaliera (IAS = 96);
- La gestione del dolore considerata sia nel livello delle direzioni aziendali (IAS = 94) sia in quello della assistenza ospedaliera (IAS = 96);
- L'attività di prevenzione nei distretti che consegue completamente tutti gli standard considerati e raggiunge, quindi un IAS pari a 100.

... o comunque dove si è primi.

Una seconda informazione importante, per l'individuazione dei punti di forza è la comparazione con le altre situazioni regionali in cui, nel corso del 2009, sono stati realizzati cicli coordinati di Audit civico (Lazio; Piemonte, Trentino e, limitatamente alle cure primarie Abruzzo). Le situazioni di "primato" sono di nuovo sei:

- L'accesso ai CSM e ai SerT (IAS = 90);
- La personalizzazione, il rispetto della privacy e l'assistenza nel livello della assistenza ospedaliera (IAS = 82);
- L'informazione, la comunicazione e la documentazione sanitaria nel livello della assistenza ospedaliera (IAS = 78);
- Il comfort dell'assistenza ospedaliera (IAS = 81) che supera di oltre dieci punti quello della regione migliore immediatamente successiva;
- La gestione del dolore, in questo caso limitatamente alla assistenza ospedaliera che ottiene, come si è già visto, un indice estremamente lusinghiero (IAS = 96);
- di nuovo l'attività di prevenzione nei distretti con un IAS pari a 100.

Sottolineature.

L'analisi di queste situazioni di primato e/o eccellenza, mette in evidenza alcuni indiscutibili meriti del servizio sanitario del Friuli Venezia Giulia che devono essere ascritti sia alla cultura e alla sensibilità dei professionisti sia alle attività di direzione.

Un primo merito riguarda l'attenzione alla concreta centralità del paziente, con la personalizzazione dei trattamenti, il rispetto della confidenzialità, il conseguimento di standard elevati di comfort e (e forse soprattutto) l'adozione di misure per prevenire e limitare il dolore.

Può essere considerata una ulteriore riprova, a questo proposito, la gestione del consenso informato, che spiega, in misura rilevante il valore decisamente superiore alla media dell'IAS nel livello della assistenza ospedaliera. Restano ancora importanti miglioramenti da realizzare ma è confortante constatare la buona qualità (almeno sul piano formale) dei moduli e delle procedure adottate.

Merita anche di essere segnalata l'attività, anch'essa del tutto rara a questi livelli, dei distretti a sostegno delle politiche di prevenzione.

Sembra importante rilevare che le situazioni di primato e di eccellenza si concentrano nell'area della assistenza ospedaliera e che sono state sostenute da una consistente e competente guida regionale che si è sostanziata nella produzione di linee guida, nella offerta di informazione e formazione e nel costante monitoraggio delle attività.

Aree critiche.

Situazioni di mediocrità.

Si considerano mediocri i valori degli Indici di adeguamento agli standard uguali o inferiori a 60, che risultano essere, ancora una volta, sei:

- La tutela diritti e il miglioramento della qualità considerati sia nell'ambito dei Distretti (IAS = 51) che in quello dei poliambulatori (IAS = 58);
- L'informazione, la comunicazione e la documentazione sanitaria, di nuovo nell'ambito dei Distretti (IAS = 55.) accompagnati, in questi caso dai CSM e dai SerT con un IAS pari a 51;
- Il comfort nei CSM e nei SerT (IAS = 56);
- Gli Istituti di partecipazione non codificati istituzionalmente che conseguono il valore di IAS peggior in assoluto (47).

Non si rilevano, nella "parte bassa delle classifiche" situazioni in cui il Friuli Venezia Giulia consegue indici peggiori di quelli di tutte le altre regioni considerate.

Sembra giusto rimarcare, però, che il confronto con le regioni forti (Trentino e Piemonte) fa emergere situazioni di ritardo, nei distretti e nei CSM e SerT (in ordine alla personalizzazione,

alla informazione, al comfort e alla sicurezza delle strutture) e (e forse soprattutto) nell'ambito delle malattie croniche e dell'oncologia.

Difformità ancora troppo accentuate:

Come rilevano ormai tutti gli osservatori, una caratteristica ricorrente del sistema sanitario italiano è la cosiddetta distribuzione a “macchia di leopardo” e cioè il fatto ricorrente che le situazioni di eccellenza si mescolano con altre di totale inadeguatezza. Ciò crea una sistematica incertezza per i cittadini che, normalmente, non dispongono delle informazioni necessarie per discernere e corrono il rischio di incorrere in violazioni dei diritti del tutto arbitrarie senza possibilità di difesa.

A onore del vero , gli scarti fra le diverse situazioni rilevate in Friuli Venezia Giulia sono decisamente contenuti rispetto a quelli di altre regioni e rispetto alla media nazionale ma il problema permane.

Se si esclude il fattore “Altri istituti di partecipazione”, infatti, gli indici aziendali non scendono mai al di sotto della mediocrità ma se disaggregano gli indici nel livello delle singole strutture si possono incontrare alcune situazioni scadenti.

In generale, solo in quattro fattori (personalizzazione, sicurezza dei pazienti, sicurezza delle strutture e degli impianti e gestione del dolore) lo scarto fra le aziende è effettivamente contenuto (dell'ordine dei venti punti) e le aziende “peggiori” raggiungono indici di adeguamento decisamente discreti. Una situazione analoga può essere riscontrata nell'ambito dell'accesso e delle malattie croniche e oncologiche. In entrambi i fattori, infatti è presente una azienda anomala¹¹ con indici particolarmente basso mentre tutte le altre sono sostanzialmente allineate.

Negli altri casi, lo scarto fra i livelli di adeguamento supera il 40% del campo totale di variabilità e le situazioni peggiori sono decisamente mediocri. Del tutto anomalo, come si è già rilevato, il comportamento del fattore delle politiche “volontarie” della partecipazione dove l'indice varia da un valore pessimo ad un quasi eccellente) e le aziende si distribuiscono in tutto il campo di variabilità.

La questione dei distretti .i

Il VI Rapporto nazionale dell'Audit civico ha sottolineato con forza una situazione generalmente insoddisfacente dei distretti, in particolare nel campo dell'informazione al pubblico, rilevando una sensibile contraddizione fra la realtà e le opzioni di principio che assegnano ai distretti un ruolo strategico nelle politiche dell'accesso e, più in generale dello sviluppo del territorio.

¹¹ L'anomalia, nel caso dell'accesso è dovuta al fatto che l'azienda non opera nel campo della assistenza ospedaliera e quindi riflette la debolezza generale del territorio. Nel caso delle malattie croniche e oncologiche lo scarso valore dell'indice dipende da I fatto che l'azienda ha una attività del tutto marginale di rispertonel settore.

Nel Friuli Venezia Giulia i valori assoluti sono superiori alla media nazionale ma lo scarto resta rilevante e preoccupante . Come si è già visto, inoltre, si constatano sensibili ritardi rispetto alle regioni forti.

Fa eccezione l'attività di prevenzione che rispetta tutti gli standard proposti e potrebbe essere utile analizzare le ragioni di questo successo per progettare le azioni correttive necessarie negli altri ambiti.

La questione dei CSM e SerT.

I punti di debolezza, in questo ambito, riguardano essenzialmente i fattori e gli indicatori in cui pesano in misura rilevante gli aspetti strutturali (comfort e sicurezza delle strutture) e la gestione tecnica della informazione.

Anche questo dato è conforme, sia pure su livelli più elevati, alle rilevazioni fatte in ambito nazionale. E' legittimo quindi riproporre lo stesso interrogativo e cioè che il necessario primato degli aspetti relazionali, dovuto alla peculiarità del settore, faciliti, in qualche modo, la disattenzione verso gli aspetti dell'assistenza più connessi con la dimensione tecnica.

Miglioramenti in corso d'opera

Fra il primo e il secondo ciclo di applicazione sono intervenute importanti modificazioni della struttura di valutazione dovute sia ad una ordinaria necessità di aggiornamento sia alla revisione generale richiesta dal Ministero.

Queste variazioni rendono impossibile una puntuale e completa comparazione fra i dati del primo e secondo ciclo applicativo. Ciononostante il confronto fra i valori degli indicatori presenti in entrambe le strutture e di alcune tavole di benchmarking fa emergere che fra i due cicli sono intervenute azioni correttive di una qualche rilevanza che meritano di essere segnalate, a prescindere dal fatto che esse debbano essere considerate un effetto diretto dell'Audit civico o conseguenze di azioni che le aziende avrebbero comunque messo in atto,

In generale si può constatare un sensibile miglioramento del valore di circa 30 indicatori considerati. Più precisamente si possono registrare specifici miglioramenti in sei ambiti rilevanti:

- sono state superate due situazioni aziendali particolarmente critiche relative all'accesso ai CSM e SerT, da una parte, e alla gestione della sicurezza dei pazienti;
- sono stati ampliati gli orari di visita in vari ospedali;
- è sensibilmente aumentata la reperibilità h24 degli operatori nei CSM e nei SerT;
- sono migliorati i servizi di consulenza e assistenza psicologica alle famiglie interessate da malati oncologici e/o impegnate in programmi di Assistenza domiciliare integrata;
- è aumentata la disponibilità di informazioni agli utenti sulle possibilità di libera scelta del luogo di cura.

Considerazioni finali

L'analisi dei punti di forza e delle aree critiche fa emergere un sistema sanitario certamente buono, in molti ambiti allineato ai migliori standard europei e comunque sorretto da una buona organizzazione generale.

Le eccellenze lusinghiere registrate nell'ambito della personalizzazione delle cure e della gestione del dolore testimoniano una non trascurabile capacità di mantenere i bisogni del malato al centro dell'attenzione.

ie

Se, invece del malato, si prende in considerazione il cittadino la valutazione è quasi opposta, come dimostrano i bassi indici dei fattori relativi alla partecipazione.

Sembro possibile affermare, quindi, che il servizio sanitario del Friuli Venezia Giulia riesce a garantire la centralità del cittadino quando questo si presenta nelle veste del malato e quindi *oggetto* delle attività di cura e di assistenza ma stenta a riconoscere e a valorizzare l'esistenza dei *soggetti attivi* capaci di raccogliere autonomamente informazioni, di esercitare attività di tutela, di contribuire alla progettazione e alla attuazione dei programmi personalizzati di trattamento, di produrre valutazioni significative e controllabili, etc..

Questa affermazione potrebbe apparire accademica e, tutto sommato, marginale e ininfluenza sui processi concreti di cura e assistenza ma in realtà mette in evidenza un problema cruciale, rilevato e discusso anche nell'ambito del rapporto sullo stato di attuazione della Carta Europea dei diritti del malato, presentato a Bruxelles il 10 aprile 2011.

La domanda di assistenza sanitaria, causata dalla crescita quasi esponenziale della quantità di popolazione anziana e dalle capacità di cura delle malattie croniche, cresce costantemente ed in misura superiore alle disponibilità economiche degli stati (peraltro duramente provate dalla crisi economica). Mantenere l'universalità dei servizi sanitari, in questo contesto, è una sfida che richiede un profondo rinnovamento del rapporto dei cittadini che assumono sempre di più il ruolo di detentori di risorse a livello individuale (adozione di stili di vita coerenti, capacità di interagire positivamente con i servizi e di partecipare come care givers alla cura dei non autosufficienti, ecc.), a livello comunitario (organizzazione della sussidiarietà, centri di ascolto e tutela, monitoraggio) e di organizzazione generale (valutazione civica delle strutture e dei dirigenti, politiche della trasparenza e della legalità, prevenzione degli sprechi, e altro ancora).

Insistere in atteggiamenti di autoreferenzialità, in questa situazione, non è soltanto una violazione delle norme sulla partecipazione stabiliti dalle leggi ma mette a rischio la possibilità di garantire l'universalità e la sostenibilità del sistema.