

## **IL PROGRAMMA DI AUDIT CIVICO IN SANITA' NEL LAZIO**

### **1. L'evoluzione dell'applicazione 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. Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 e dal 2003 è stata estesa a tutte le aziende la possibilità di aderirvi con un numero di aziende coinvolte aumentato costantemente negli anni.

Dal 2004 in poi sono stati avviati anche alcuni programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia con vere e proprie partnership con le Agenzie Sanitarie e gli Assessorati alla Salute delle Regioni aderenti.

Nel 2007, l'Audit civico è stato riconosciuto dal Ministero della Salute con la finalità di favorirne un utilizzo diffuso e sistematico nel sistema sanitario nazionale.

Nella Regione Lazio tale importante esperienza ha inizio fin dal 2001-2002.

In quella data parteciparono alcune aziende sanitarie e ospedaliere (Policlinico Tor Vergata, Asl Latina, ASL Viterbo, Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini, Policlinico Umberto I) attraverso l'adesione al ciclo di sperimentazione nazionale.

E' nel 2007-2008 che prende vita il primo ciclo regionale sperimentale con il coinvolgimento di sette aziende sanitarie locali: RMA, RMB, RMC, RMD, RME, RMG e ASL Rieti.

Il ciclo di Audit Civico 2009-2010, che presentiamo in questo rapporto<sup>1</sup>, può considerarsi, quello del consolidamento nella Regione di tale strumento di valutazione per l'impatto sulle realtà coinvolte ma anche per il grado di consapevolezza raggiunto da cittadini monitori, aziende, operatori e dirigenti.

Complessivamente vi hanno aderito venti aziende (per il dettaglio vedi tabella 1 pag. 6) che, ricoprendo la quasi totalità del territorio regionale, garantiscono un adeguato livello di rappresentatività oltre che di rilevanza, dei dati e delle informazioni raccolte.

A Livello regionale è stata istituita una cabina di regia composta<sup>2</sup> per il 50% dalla regione Lazio, con la partecipazione di un dirigente dell'Assessorato alla Sanità e di un funzionario dello stesso Assessorato e per l'altro 50% composta da dirigenti di Cittadinanzattiva Lazio.

L'esperienza di condivisione di due punti di vista diversi tra loro è stato l'elemento che ha fatto sì che il sistema di Audit civico funzionasse.

Ogni azienda ha nominato un referente aziendale per l'Audit civico e ogni gruppo di cittadini che si sono candidati hanno nominato un referente civico per l'Audit civico.

Questo sistema di partecipazione è stato uno dei punti fondamentali del consolidamento del sistema di valutazione civica.

---

<sup>1</sup> Il rapporto Audit civico Lazio 2009/10 è stato redatto da Francesca Diamanti, Giuseppe Scaramuzza e Simona Santicchia.

<sup>2</sup> Hanno partecipato alla cabina di regia per la Regione Lazio Valentino Mantini e Letizia Lorenzini, per Cittadinanzattiva Lazio Giuseppe Scaramuzza e Francesca Diamanti.

Il metodo di lavoro e di “governance” della cabina di regia potrà essere sviluppato nel corso dei prossimi cicli di Audit, quello che si rileva nella esperienza compiuta è l’emergere di una maggiore reciproca consapevolezza e conoscenza dei processi di erogazione dei servizi sanitari.

In molte realtà locali sono stati posti in essere strumenti di maggiore trasparenza e informazione nei confronti dei cittadini.

Solo a titolo esemplificativo si citano esperienze di tavoli permanenti di confronto e di rendicontazione dei risultati raggiunti e miglioramenti nell’erogazione di servizi.

In linea più generale, possiamo affermare che l’Audit civico abbia iniziato a produrre come “effetto domino” una più allargata esperienza di partecipazione e garanzia di trasparenza. Resta tuttavia ancora incerto l’impatto di tali interventi sulla reale trasformazione del sistema, associando al momento dell’ascolto e della partecipazione degli strumenti che impegnino concretamente le strutture alla risoluzione dei problemi evidenziati dai cittadini.

Ciò che occorre è una partecipazione che non sia unicamente la risposta ad una generica domanda di ascolto e di considerazione, ma che si incardini nei processi stessi di responsabilizzazione degli attori sulle scelte di governo del sistema.

Si propone, in altri termini, di considerare il cittadino quale attore fondamentale del sistema di assistenza sanitaria, e in questo senso non solo destinatario del servizio, ma in un certo senso corresponsabile delle scelte, tenuto conto dei vincoli di risorse e strutturali esistenti, particolarmente critici nella nostra regione.

L’idea è che il cittadino possa, attraverso un’azione organizzata e strutturata, condivisa e legittimata dai soggetti istituzionali, apportare nuovi elementi di valutazione e conoscenza, che possono contribuire a “mettere in tensione” il sistema verso il raggiungimento di obiettivi più elevati di risposta ai reali bisogni dei cittadini.

## **2. Il sistema sanitario regionale: aspetti economici, politici e sociali**

In questi ultimi anni per i malati, ma in generale per i cittadini del Lazio, ha sempre di più aleggiato una preoccupazione che paradossalmente, in questo sistema di relazioni a catena tra Regione – Aziende – Professionisti, il Cittadino rimanga l’anello debole e “dimenticato”. Esiste, in altri termini, una sorta di contraddizione tra le finalità istituzionali del sistema sanitario regionale e la direzione verso la quale possono spingere alcuni meccanismi interni al sistema stesso, inerenti i criteri di finanziamento, programmazione e valutazione delle performance dei singoli erogatori.

Nel Lazio le Istituzioni pubbliche, così come avviene nel resto del Paese, sono afflitte da un deficit di delegittimazione e di fiducia da parte del cittadino: questo rapporto risulta particolarmente a rischio dopo il verificarsi di episodi sintomatici di scarsa trasparenza della gestione finanziaria e amministrativa e l’accertamento dell’enorme extradeficit sanitario.

E’ evidente quindi come la ricerca di trasparenza rappresenti un passaggio indispensabile al fine di promuovere un adeguato grado di fiducia, credibilità e legittimazione sociale dell’Ente nella comunità di riferimento.

L’attenzione posta negli ultimi dieci - quindici anni alla sostenibilità economica del servizio sanitario ha comportato un’attenzione prioritaria e largamente diffusa alla riduzione delle inefficienze e dei cosiddetti “sprechi”, con politiche fortemente orientate alla razionalizzazione dell’offerta (es. chiusura e riconversione dei piccoli ospedali, riduzione dei posti letto, passaggio di prestazioni dal regime di ricovero a quello di day-hospital o

ambulatoriale), e molto meno, salvo casi di eccellenza, iniziative volte a conoscere e governare la domanda di assistenza e a garantire un innalzamento dei livelli di servizio erogati.

Oltre al piano di rientro siglato con il Governo, la Regione ha dovuto portare le aliquote di tassazione ai massimi livelli, oltre a dover imporre quote di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sulla diagnostica e sulla farmaceutica. In aggiunta a tali misure gravissime di natura strutturale, vi sono gli “effetti collaterali”, ovvero la diminuzione dell’offerta dei servizi sanitari pubblici e i “danni collaterali”, cioè le conseguenze negative che si sono avute, soprattutto nell’ultimo anno, sul “quotidiano” dei cittadini del Lazio, dalle infinite liste di attesa, al ricorso all’intramoenia per necessità e non per scelta, alle giornate trascorse nelle brevi osservazioni dei Grandi Ospedali nell’attesa di un posto letto nei reparti di degenza.

Il piano di rientro, e tutto ciò che esso ha comportato, ha posto tutti di fronte alla necessità di riconsiderare il paradigma di una efficiente e funzionale programmazione sanitaria.

Uno dei requisiti per una buona programmazione sanitaria consiste, a nostro avviso, in un sistema di programmazione economica che non si fondi esclusivamente sullo “storico” per una ripartizione delle risorse. Tale visione o metodo è inevitabilmente privo di un’adeguata valorizzazione dei bisogni, delle best practices, di una sostanziale modernizzazione del sistema sanitario nel suo insieme. Di ciò che in altri termini può dirsi: visione strategica capace di offrire soluzioni nuove. La ripartizione del Fondo sanitario regionale quindi deve passare da un sistema a “piè di lista” a un sistema di valutazione reale dei bisogni e delle risorse strategiche da mettere in campo per un’ adeguata possibilità di sviluppo sostenibile ed equo.

A pagare le conseguenze di un sistema di gestione del fondo basato prevalentemente su spesa storica è ad esempio la medicina del territorio e la prevenzione. Scarsissime, nonostante gli annunci degli ultimi quindici anni, sono le risorse destinate alle attività del territorio e alla prevenzione. A tale riguardo il presente rapporto offre spunti sui quali bisognerà lavorare come dimostrano i dati ad esempio contenuti nel secondo capitolo (sezione orientamento al cittadino- accesso alle prestazioni nelle cure primarie).

La vera emergenza nella nostra regione, è l’assistenza domiciliare, dove ad oggi è garantita in minima parte un’assistenza solo nei giorni feriali mentre nei giorni festivi e prefestivi l’unico “riparo” è l’ospedale.

Come se i malati di Alzheimer, malati di tumore, grandi anziani, malati neurologici, guarissero miracolosamente il venerdì sera e si riammalassero solo il lunedì mattina. Non esistono nei giorni festivi servizi domiciliari pubblici e nel caso di una banale emergenza, per esempio la necessità di applicare un catetere vescicale, le possibilità che si hanno sono due: andare al Pronto Soccorso chiamando un’ambulanza oppure ricorrere ad alternative onerose pagando la prestazione.

Strutturare un’assistenza domiciliare 7 giorni su 7 significa evitare non solo ricoveri impropri, ma sgravare le famiglie da un onere economico ed assistenziale pesantissimo, oltre che a fornire un’adeguata assistenza sanitaria.

Attualmente i principali attori dei servizi di “prossimità” sul territorio (il medico di famiglia, il pediatra, gli specialisti ambulatoriali, la guardia medica, i servizi di competenza delle ASL, i CAD, etc.), agiscono per compartimenti stagni e con obiettivi di categoria, provocando nel cittadino una percezione di frammentazione e di “disorganizzazione” dell’intero sistema sanitario.

Tutto ciò ha un impatto assai negativo sul sistema e finisce per gravare in maniera rilevante su alcune aree della assistenza, come quella oncologica, quella della tutela delle cronicità e del sostegno agli anziani che avrebbero giovamento, a parità di risorse, della messa in rete ed integrazione dell'esistente.

Altro esempio per quanto riguarda le attività di prevenzione è la crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze in larga misura prevenibili. Purtroppo in questi ultimi anni molti pazienti (reumatici, asmatici, neuropatici, ecc.) si sono scontrati con l'introduzione del budget per erogatore riferito ad un solo anno (D.G.R.n.143 del 22 marzo 2006). Abbiamo avuto purtroppo molti casi di pazienti lasciati, soprattutto negli ultimi mesi, senza terapie poiché il budget era esaurito per quell'anno in corso.

Rispetto a situazioni del genere, in un contesto aggravato da una seria crisi di fiducia da parte del cittadino riguardo la possibilità di trasparente ed efficace gestione delle risorse economiche nel settore della sanità, è di tutta evidenza che l'unico strutturale punto di ripartenza è proprio l'**alleanza** con il cittadino. Alleanza che, per essere credibile deve passare per **percorsi concreti**, soggetti a forme di controllo – partecipazione - misurazione e valutazione.

Per citare un esempio di radicale cambio di prospettiva che fa leva su quanto appena detto, citiamo l'esperienza della Carta Europea dei diritti del malato. Esperienza non lontana dalla nostra Regione proprio perché ha trovato contesti locali dove tradursi ed attuarsi.

Nel 2009 il Commissario Europeo alla Salute ha annunciato una iniziativa per l'adozione della Carta Europea dei Diritti del Malato, un documento redatto nel 2002 su iniziativa di *Active Citizenship Network/Cittadinanzattiva* in collaborazione con dodici organizzazioni civiche dei Paesi dell'Unione Europea. La Carta proclama i 14 diritti dei pazienti che, nel loro insieme, mirano a garantire un "alto livello di protezione della salute umana" (art. 35 della Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea) assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari presenti in Europa.

Si tratta dei diritti a misure preventive, all'accesso, all'informazione, al consenso, alla libera scelta, alla privacy e alla confidenzialità, al rispetto dei tempi dei pazienti, al rispetto di standard di qualità, alla sicurezza, all'innovazione, a evitare le sofferenze e il dolore non necessari, a un trattamento personalizzato, il diritto al reclamo e al risarcimento.

In attuazione della Carta in alcune aziende sanitarie del Lazio sono stati avviati progetti finalizzati a tradurre il rispetto della Carta in **azioni specifiche** e in indicatori misurabili e confrontabili, che possano essere utilizzati dalle singole strutture per responsabilizzare le strutture e gli operatori, oltre che per creare un rapporto di maggiore trasparenza e collaborazione nei confronti dei cittadini e della comunità, in una prospettiva di *accountability*.

La questione che dunque si intende porre all'attenzione del *policy maker* è in qualche misura anche lo stesso sistema di finanziamento e di "incentivi" economici per gli operatori: la proposta è che questi incentivi possano essere agganciati, a indicatori di tutela e di rispetto dei diritti del malato, oltre che agli attuali indicatori di produzione.

Porre il rispetto dei diritti fondamentali come doveri e responsabilità che tutti gli attori del sistema devono assumere (inclusi i cittadini), significa riequilibrare le logiche di azione degli stessi verso obiettivi di tutela e di qualità dell'assistenza, nella prospettiva del paziente.

Appare, quindi, sempre più irrinunciabile un ruolo attivo, responsabile e riconosciuto dei cittadini, chiamati a dare un contributo istituzionale alla valutazione, al miglioramento della qualità e, in ultima analisi, alla *governance* del sistema sanitario.

La sfida pertanto oggi è passare da progetti sperimentali di attuazione della Carta Europea alla **messa a regime** dei principi in essa contenuti:

- una più capillare adozione della Carta Europea
- messa in rete delle esperienze di applicazione della Carta Europea e valutazione condivisa dei risultati
- elaborazione di possibili contributi per l'aggiornamento della Carta Europea a partire proprio da una più diffusa implementazione nel nostro territorio.

L'esperienza dell'Audit civico nella nostra regione è la testimonianza che, la sfida del passaggio dalla sperimentazione progettuale all'adozione a pratica consolidata, non solo è possibile ma porta con sé il valore aggiunto della creazione di percorsi concreti dove l'alleanza con i cittadini smette di essere un concetto per diventare una pratica.

### **3. Le caratteristiche del programma Audit civico 2009/10**

La realizzazione dell'Audit civico nel programma regionale di quest'anno si colloca all'interno di un percorso più ampio, focalizzato sullo sviluppo della partecipazione civica ai processi di valutazione del sistema sanitario e della tutela del diritto alla salute. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso un sistema integrato di azioni che hanno riguardato il piano istituzionale regionale, quello aziendale e quello civico.

Se per il livello istituzionale sostanzialmente si è data continuità alla positiva esperienza precedente della cabina di regia (vedi pag. 1), per quanto riguarda quello aziendale e civico il nostro impegno è stato concentrato sulla cura del processo di adesione al programma attraverso il lancio di un bando pubblico aperto alla cittadinanza e contestualmente, assieme alla Regione su un lavoro capillare di promozione dell'iniziativa tra le direzioni aziendali.

Affinché cittadini e professionisti possano effettivamente lavorare insieme, un prerequisito è che entrambi posseggano gli strumenti per farlo e proprio in questa prospettiva, un altro filone d'azione ha riguardato la formazione.

La formazione dei partecipanti è avvenuta attraverso: un seminario sulla partecipazione civica dedicato ai cittadini che hanno scelto volontariamente d'impegnarsi nel programma e un ciclo di tre moduli formativi ad hoc. Attraverso questi moduli formativi i cittadini e i rappresentanti aziendali, organizzati in equipe miste, hanno acquisito quell'insieme di competenze tecniche relative all'utilizzo della metodologia dell'Audit sviluppando e praticando anche quelle capacità di confronto dialettico tra punti di vista diversi che hanno consentito loro di svolgere autonomamente una parte consistente e fondamentale del lavoro. Ogni equipe mista, infatti, è stata attivamente impegnata sul campo per la pianificazione e la realizzazione della raccolta dati, dell'inserimento su piattaforma informatica, dell'elaborazione del rapporto locale finale e del delicato e costante lavoro di interlocuzione e confronto con le aziende che in alcuni casi, in corso d'opera ha consentito anche di affrontare e risolvere alcune delle criticità che emergevano dal lavoro di monitoraggio.

Il lavoro delle equipe locali rappresenta il motore trainante dell'intero programma e l'attività di coordinamento a livello regionale ha costituito un ulteriore livello fondamentale di azione e impegno. Su questo punto è importante sottolineare che, mentre a livello istituzionale l'Audit civico ha raggiunto un buon accreditamento, per quanto riguarda la partecipazione delle aziende, in alcuni casi ci si è scontrati con un'adesione più formale che sostanziale e più in generale è emersa la necessità di continuare a lavorare per la costruzione di una cultura

condivisa della partecipazione civica come risorsa per l'intero sistema del management dei servizi sanitari.

Oltre l'apertura degli spazi di partecipazione a livello delle singole aziende, quest'anno, abbiamo scelto di valorizzare in modo particolare la condivisione a livello locale degli esiti dell'Audit civico con la cittadinanza e gli altri interlocutori istituzionali e non, come le varie associazioni e organizzazioni di cittadini che sono attivi nei vari territori. Attraverso la realizzazione di incontri pubblici locali, gli esiti dell'Audit stanno diventando patrimonio comune e accessibile a tutta la comunità, nonché punto di riferimento per lo sviluppo di un dibattito politico civico su quelle che sono le priorità d'intervento per i cittadini e quindi le domande da porre sul tavolo degli amministratori dei servizi sanitari.

#### 4. I partecipanti e il campo d'applicazione

Quest'anno, a differenza del precedente<sup>3</sup> ciclo di Audit civico, ha aderito al programma quasi la totalità delle strutture che costituiscono il sistema sanitario regionale laziale.

Più precisamente, come mostra la tabella che segue, la valutazione civica ha riguardato n.10 Aziende Sanitarie Locali, tra le quali sei<sup>4</sup> già protagoniste dello scorso ciclo, n.8 Aziende Ospedaliere (AO) e n.2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Complessivamente tra ASL, AO e IRCCS sono stati monitorati: n.29 ospedali, n.18 sedi di distretto, n.34 poliambulatori, n.18 Centri di Salute Mentale (CSM) e n.12 Servizi territoriali per le tossicodipendenze (SerT).

Quadro di sintesi strutture sanitarie monitorate Audit Civico Lazio 2009/10					
ASL/ AO/IRCCS	Ospedali	Distretti	Poliambulatori	CSM	SerT
ASL RM/B	1	1	3		
ASL RM/C	2	1	3	1	1
ASL RM/D	1	1	4		
ASL RM/E	1	4	4	8	3
ASL RM/F	2	2	2		1
ASL RM/G	2	1	2	2	1
ASL RM/H	1	3	5	2	1
ASL LATINA	5	2	4	2	2
ASL RIETI	1	1	1	1	1
ASL VITERBO	2	2	6	2	2
AO POLICLINICO TOR VERGATA	1				
AO SANT'ANDREA	1				
AO SAN CAMILLO	1				
IRCCS SPALLANZANI	1				
AO SAN FILIPPO NERI	1				
AO POLICLINICO UMBERTO I	1				
AO GEMELLI	1				
AO BAMBIN GESU'	1				
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	1				
IRCCS IFO	2				
<b>Totali</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>12</b>

Tabella n. 1 - Quadro di sintesi delle strutture sanitarie laziali monitorate attraverso l'Audit civico 2009/10.

<sup>3</sup> Il precedente ciclo di Audit civico si è svolto nell'anno 2007/2008 ed ha visto la partecipazione di sette aziende sanitarie locali. Per maggiori dettagli vedi il rapporto Audit civico Lazio 2007 "La valutazione delle attività delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini" a cura di Cittadinanzattiva Lazio onlus, F. Diamanti, G. Scaramuzza e S. Santicchia.

<sup>4</sup> Le ASL che parteciparono anche all'Audit civico 2007/8 sono: RM/B, RM/C, RM/D, RM/E, RM/G, RIETI.

Per la realizzazione del programma in ogni struttura ha operato un'equipe mista formata da cittadini e rappresentanti delle singole aziende, i risultati che saranno presentati nei capitoli successivi sono quindi il frutto dell'impegno di n.20 gruppi di lavoro che integrando competenze diverse hanno lavorato insieme per una valutazione dal punto di vista civico dei punti di forza e di debolezza delle singole strutture sanitarie. Il dettaglio delle strutture monitorate per ogni azienda è riportato nell'appendice A, mentre l'appendice B offre un quadro delle persone che materialmente hanno reso possibile la realizzazione del programma.

### LE TAVOLE DI BENCHMARKING: I NUMERI DELL'AUDIT CIVICO

#### 1. L'Audit civico una forma di valutazione civica: note metodologiche

L'Audit civico è una forma di valutazione civica promossa dai cittadini che consente di fornire un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie da un punto di vista civico attraverso un processo centrato sulla partnership tra cittadinanza attiva e le istituzioni di riferimento.

La peculiarità e la forza dell'Audit civico sta nella sua capacità di integrare i vantaggi di un impianto metodologico di valutazione che fa riferimento agli standard che dovrebbero caratterizzare l'erogazione dei servizi sanitari e il processo di accreditamento e valorizzazione sul piano delle politiche del punto di vista civico.

Il valore aggiunto dell'applicazione dell'Audit civico rispetto ad altre metodologie è che basandosi sulla centralità del "lavorare insieme" tra cittadini e rappresentanti delle aziende sanitarie", si connota come esperienza in grado di promuovere concretamente il processo di empowerment civico e organizzativo.

I risultati quantitativi prodotti dall'Audit civico, in termini di Indici di Adeguamento agli Standard (IAS), rappresentano uno strumento per mettere in evidenza quelli che sono i punti di forza e di debolezza del sistema sanitario osservato con lo scopo di fungere da base per porre all'attenzione della politica quelle che sono le priorità d'intervento da un punto di vista civico per il miglioramento del sistema dei servizi sanitari.

I principali temi della valutazione realizzata con l'Audit civico riguardano:

- l'orientamento al cittadino nell'organizzazione e nella gestione dei servizi;
- la priorità data alla prevenzione dei rischi, alla riduzione del dolore e al sostegno dei malati cronici ed oncologici;
- il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini nella definizione e nella valutazione delle politiche aziendali.

I dati e le informazioni sono rilevati sul campo da équipe miste di cittadini e operatori attraverso:

1. il monitoraggio delle strutture e dei servizi mediante l'uso di griglie d'osservazione;
2. la consultazione di atti e provvedimenti aziendali;
3. la somministrazione di questionari alla direzione aziendale e alle direzioni sanitarie relative alle strutture dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale.

#### 1.2 La struttura di valutazione<sup>5</sup> dell'Audit civico

La struttura di valutazione dell'Audit civico è un sistema articolato in 3 componenti standard a livello nazionale più un'eventuale quarta componente definita a livello delle singole regioni. Ogni **componente** rappresenta una macro area di valutazione, articolata in **fattori di valutazione** che a loro volta sono costituiti da gruppi di **indicatori**.

---

<sup>5</sup> La struttura di valutazione dell'Audit civico fa riferimento all'ultima versione aggiornata al 2008 sulla base dell'esperienza maturata nei cicli precedenti dal gruppo di lavoro dell'Audit civico di Cittadinanzattiva guidato da Alessandro La Manna in collaborazione con un gruppo tecnico. Tale aggiornamento è stato validato da un comitato paritetico nel quale era presente una rappresentanza del Ministero della Salute e la consulenza di Piera Poletti.

I fattori di valutazione sono definiti (in conformità con il DPCM del 19/5/95 sulla Carta dei servizi sanitari) come gli aspetti che caratterizzano il rapporto dei cittadini con i servizi<sup>6</sup> secondo lo schema seguente:

**Prima componente: Orientamento al cittadino:**

1. Accesso alle prestazioni;
2. Tutela dei diritti;
3. Personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenti e alle loro famiglie;
4. Informazione, logistica e sanitaria, comunicazione ed educazione;
5. Comfort – prestazioni alberghiere.

**Seconda componente: 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.

**Terza componente: Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:**

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

Gli indicatori che confluiscono nei differenti fattori consentono di rilevare fenomeni elementari significativi del modo di funzionare della realtà esaminata e della sua corrispondenza a norme, regole di buone prassi e di tutela dei diritti dei cittadini. Tutti gli indicatori che contribuiscono alla determinazione degli IAS sono associati ad uno **standard riconosciuto**<sup>7</sup>. Accanto a questo tipo di indicatori, l'Audit consente la rilevazione anche di indicatori che, pur non essendo associati a standard riconosciuti, risultano particolarmente utili per la formulazione dei giudizi.

La struttura di valutazione dell'Audit civico prevede **tre livelli di applicazione** che corrispondono ai differenti ambiti del Servizio Sanitario nei quali è fatta la rilevazione; i livelli considerati sono:

- Livello aziendale (L1).
- Livello dell'assistenza ospedaliera (L2).
- Livello delle cure primarie articolato in:
  - Livello assistenza sanitaria di base (distretti, medicina di famiglia, cure domiciliari - L3a).
  - Livello assistenza specialistica territoriale (poliambulatori – L3b).
  - Livello assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (CSM/Ser-T L3c).

Nelle tabelle che seguono è presentato il quadro sintetico della struttura dell'Audit civico per ogni componente articolato in fattori e indicatori rispetto ai differenti livelli di analisi.

---

<sup>6</sup> Ministero della sanità "Come definire e utilizzare gli standard di qualità". Quaderni della Carta dei servizi sanitari – 1996.

<sup>7</sup> Le fonti per il riconoscimento degli sono le raccomandazioni delle istituzioni internazionali, le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte dei Servizi, la Carta dei diritti del Malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.

<b>Prima componente: "Orientamento al cittadino – Articolazione in fattori e indicatori"</b>					
<b>Fattori</b>	<b>L1</b>	<b>L2</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>L3c</b>
1.1 Accesso alle prestazioni	5	10	14	6	10
1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	8	6	5	5	6
1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie	=	38	2	6	8
1.4 Informazione e comunicazione	=	27	18	9	9
1.5 Comfort – Prestazioni alberghiere	=	36 (+ 18 eventi particolari)	9 (+ 8 eventi particolari)	9 (+ 8 eventi particolari)	9 (+ 8 eventi particolari)

Tabella n. 2 – Articolazione in fattori e indicatori della componente "Orientamento al cittadino".

<b>Seconda componente: "Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"</b>					
<b>Fattori</b>	<b>L1</b>	<b>L2</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>L3c</b>
2.6 Sicurezza dei pazienti	6	24	=	=	=
2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti	4	7	3	3	3
2.8 Malattie croniche e oncologia	12	=	=	=	=
2.9 Gestione del dolore	13	8	=	=	=
2.10 Prevenzione	18	2 (+ 8 eventi particolari)	3 (+ 4 eventi particolari)	2 (+ 4 eventi particolari)	1 (+ 4 eventi particolari)

Tabella n. 3 - Articolazione in fattori ed indicatori della componente "Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario".

<b>Terza componente: "Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali"</b>					
<b>Fattori</b>	<b>L1</b>	<b>L2</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>L3c</b>
3.11 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti	9	=	=	=	=
3.12 Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda.	8	=	=	=	=

Tabella n. 4 – Articolazione in fattori ed indicatori della componente "Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali".

## 2. I risultati prodotti dall'Audit civico: indicazioni per la lettura

L'applicazione della struttura di valutazione dell'Audit civico consente di ottenere per ogni azienda osservata una matrice di dati in grado di fornire il quadro degli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS) conseguiti da quell'azienda sia per la singola componente sia relativamente ai fattori ed indicatori rilevati ai differenti livelli di osservazione (Livello aziendale, dell'assistenza ospedaliera, delle Cure primarie nelle sue varie articolazioni).

L'IAS è un valore medio compreso tra 0 e 100, che esprime in quale misura l'azienda, in relazione al fattore (Es. "Accesso alle prestazioni") e al livello considerato (Es. "Assistenza ospedaliera"), rispetta gli standard di riferimento.

A livello di ogni singola azienda considerata, questo tipo di valutazione consente di avere una sorta di “fotografia” relativamente alle strutture monitorate, in grado di mettere in evidenza gli aspetti di eccellenza e di non conformità relativamente agli standard, ossia quegli indicatori che ottengono un IAS pari a 0. A livello regionale invece, quelli che presenteremo dettagliatamente nelle prossime pagine sono i risultati di benchmarking, ossia il confronto degli IAS ottenuti dalle n. 20 aziende che hanno aderito al programma. Per ogni componente prevista dall’Audit civico quindi, sarà presentato, relativamente ad ogni livello di analisi, il confronto tra gli IAS ottenuti dalle varie aziende rispetto ai singoli fattori di valutazione. Questo tipo di analisi è particolarmente funzionale a mettere in evidenza le differenze di performance tra le aziende e complessivamente il grado di variabilità tra le stesse. Tale variabilità ha una ricaduta diretta sui cittadini che di fatto a seconda della loro ASL di appartenenza sperimentano una qualità diversa dello stesso servizio. Al fine di una lettura più articolata dei risultati in termini di “giudizi” del sistema sanitario laziale si è adottata la seguente tabella di equivalenza delle classi di punteggio IAS:

<b>GIUDIZIO</b>	<b>CLASSI DI PUNTEGGIO IAS</b>
OTTIMO	IAS 100-81
BUONO	IAS 80-61
DISCRETO	IAS 60-41
SCADENTE	IAS 40-21
PESSIMO	IAS 20-0
<b>PUNTI DI FORZA</b>	<b>IAS&gt;=80</b>
<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	<b>IAS&lt;=50</b>
<b>ECCELLENZA</b>	<b>IAS=100</b>

Tabella n. 5 – Tabella di equivalenza delle classi di punteggio IAS.

Chiaramente, nel confronto degli IAS e nella lettura in termini di “giudizi” è importante tener presente sia che i dati si riferiscono solo alle 111 strutture considerate (vedi tabella n.1 e appendice “A”), sia che si tratta di valori medi che risentono del peso dei differenti fattori e che pertanto, la loro lettura non può prescindere da una loro contestualizzazione sul piano locale. Questo tipo di analisi, come accennato nel capitolo precedente (vedi pag. 5) è stata approfondita dalle singole equipe ed è rintracciabile nei loro rispettivi rapporti locali finali.



***PRIMA COMPONENTE***

***INSERIRE FILE PDF PRIMA COMPONENTE***



### 3. Prima componente “Orientamento al cittadino”

La prima componente attraverso i suoi cinque fattori di valutazione ci fornisce delle indicazioni relativamente a quegli aspetti che in maniera più diretta testimoniano il grado effettivo di attenzione al cittadino da parte delle aziende nell’organizzazione dei servizi sanitari. La tabella n.6 riporta i valori IAS dei singoli fattori per i relativi livelli di analisi.

<b>Legenda:</b> <b>IAS:</b> L1=Livello aziendale L2=Livello assistenza ospedaliera L3a=Livello sedi di distretto L3b=Livello poliambulatorio L3c=Livello CSM/SerT	<b>Classi di punteggio</b>  IAS 100-81= OTTIMO <b>(IAS 100=ECCELLENZA)</b> <b>(IAS&gt;=81 PUNTI DI FORZA)</b> IAS 80-61=BUONO <b>(IAS&lt;=50 PUNTI DI DEBOLEZZA)</b> IAS 40-21=SCADENTE IAS 20-0=PESSIMO
---	--

<b>Prima componente: Orientamento al cittadino IAS MEDIO=65</b>					
<b>Fattori</b>	<b>L1</b>	<b>L2</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>L3c</b>
1.1 Accesso alle prestazioni	69	83	64	79	84
1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	67	73	45	41	41
1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie	=	65	51	88	78
1.4 Informazione e comunicazione	=	59	41	47	41
1.5 Comfort – Prestazioni alberghiere	=	61	61	54	52

Tabella n.6 – Prima componente “Orientamento al cittadino” - IAS dei fattori di valutazione.

Da una visione d’insieme della prima componente, considerando il confronto tra gli IAS medi dei fattori, come mostra il grafico che segue, si evince che mentre il fattore “accesso alle prestazioni” con un punteggio di 78 si conferma come il migliore aspetto che caratterizza l’orientamento al cittadino, il fattore “informazione e comunicazione”, con un punteggio di 56, rappresenta sicuramente l’ambito che necessita di una maggiore attenzione.

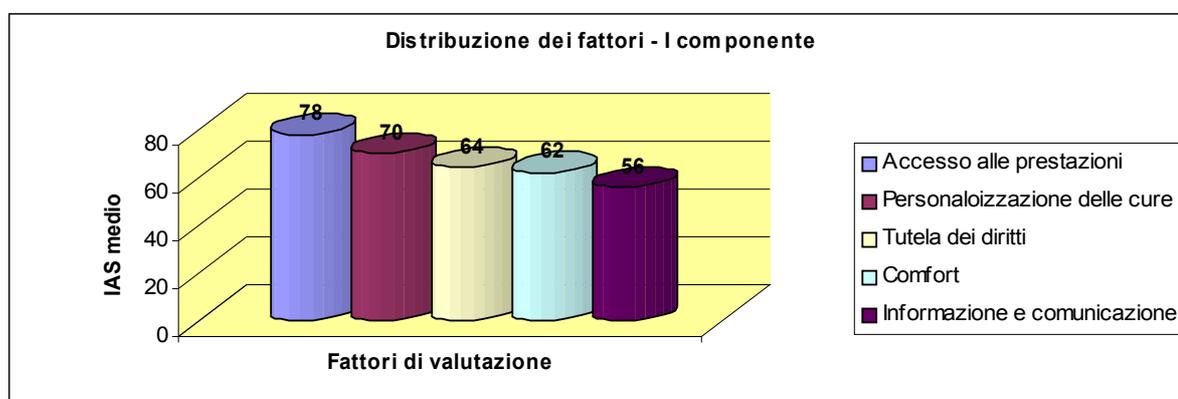


Fig.1: Distribuzione dei fattori della prima componente.

Le prossime pagine sono dedicate alla presentazione del confronto tra le venti aziende che hanno partecipato al programma rispetto all'andamento dei valori IAS di ogni fattore in relazione ai differenti livelli di analisi. Al fine di una corretta lettura dei dati è importante tener presente che ogni considerazione è circoscritta al campo effettivo di applicazione.

### 3.1 Fattore "Accesso alle prestazioni"

Il fattore "Accesso alle prestazioni" è rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit. Complessivamente, con un IAS medio pari a 78 ottiene un buon punteggio che, come si evince dalla tabella n. 6, rappresenta mediamente un punto di forza per il livello dell'assistenza ospedaliera (IAS=83) e il livello delle cure primarie relativamente ai CSM/SerT (IAS=84).

#### 3.1.1 Livello aziendale – Fattore "Accesso alle prestazioni"

**BUONO (IAS medio del fattore=69)**

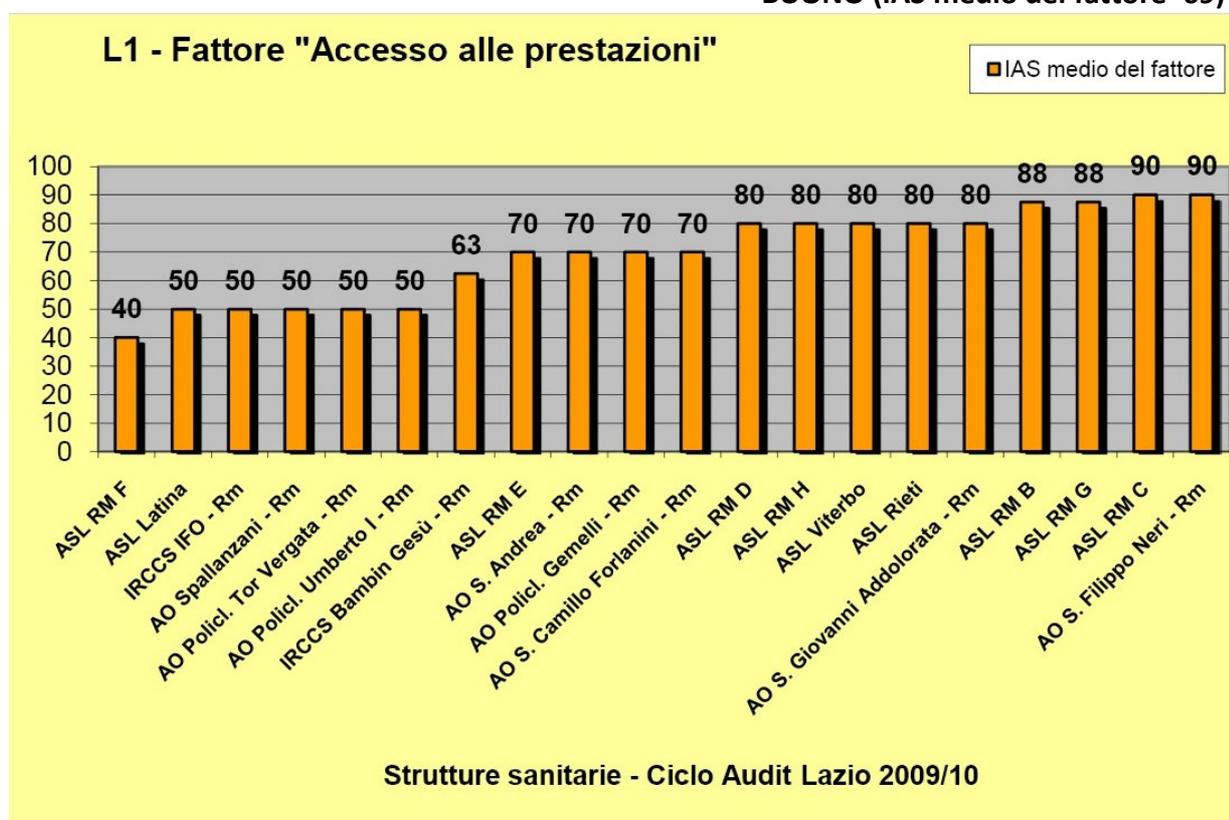


Fig. 2: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Accesso alle prestazioni" – Livello aziendale, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI" L1</b>
(L1) Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi
(L1) Numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico
(L1) Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione
(L1) Sito web aziendale con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate (aggiornate agli ultimi 30 gg.)
(L1) Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)

**Commento:**

Quello che colpisce è che seppur per n.9 casi su 20 l'accesso alle prestazioni a livello aziendale mediamente rappresenta un punto di forza, con IAS compresi tra 80 e 90, in nessun caso però è raggiunto pienamente lo standard (IAS=100). In n.6 casi su 20 la situazione invece è piuttosto critica, con IAS che variano da 50 a 40. Infine, sembra che per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni a livello aziendale, le ASL laziali siano mediamente più orientate al cittadino rispetto alle AO e agli IRCCS, ciò non stupisce in quanto, le ASL per la loro competenza territoriale sono chiamate ad un rapporto più stretto con il cittadino da un lato e dall'altro, anche se ancora molto c'è da fare, sicuramente la politica delle ASL in questi ultimi anni probabilmente inizia a riflettere quel cambiamento culturale che ha a che fare con il riconoscimento a livello internazionale della centralità della persona, del cittadino e del suo punto di vista rispetto alle questioni e ai servizi che lo riguardano e in primis il suo diritto alla salute.

**I punti di forza (IAS >= 81)**

- Tutte le aziende considerate hanno un Ufficio di Relazioni con il Pubblico e quindi rispettano lo standard (IAS=100);
- In n.19 casi su 20 è presente un sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione.

**I punti di debolezza (IAS <= 50)**

- In n. 18 casi su 20 il sito web aziendale non fornisce i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate (aggiornate agli ultimi 30 gg.) Solo la ASL RM C e l'AO San Filippo Neri presentano per quest'indicatore un IAS eccellente.

**3.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Accesso alle prestazioni”**

**OTTIMO (IAS medio del fattore=83)**



Fig. 3: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni” – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE PRESTAZIONI” L2</b>
(L2) Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano
(L2) Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP aziendale sul totale delle agende di prestazione disponibili nel presidio ospedaliero
(L2) Agenda dei Ricoveri programmati presso la Direzione Sanitaria o le Unità Operative, consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti
(L2) Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
(L2) Sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file
(L2) Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)
(L2) Procedura scritta del triage al Pronto Soccorso
(L2) Area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso
(L2) 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).
(L2) Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale

**Commento:**

I dati si riferiscono alle rilevazioni effettuate nei 29 ospedali monitorati. Sicuramente, l'accesso alle prestazioni a livello ospedaliero è il punto di forza del sistema, ben in 12 casi su 20 gli IAS hanno valori ottimi e sia l'AO San Camillo Forlanini, sia l'ospedale G. B. Grassi (ASL RM D) ottengono un IAS eccellente. I punteggi delle AO nella categoria dell' "ottimo" sono più frequenti rispetto a quelli delle ASL (n.8 AO e n.4 ASL).

**I punti di eccellenza (IAS=100)**

- In tutti i casi sono presenti sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file;
- In tutti i casi è presente una procedura scritta del triage al Pronto Soccorso;
- In tutti i casi è presente un'area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso.

**I punti da migliorare**

- Nonostante l'ottimo valore medio registrato per l'indicatore relativo all'assenza delle 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), in n.7 casi su 29 l'IAS medio, seppur molto alto non raggiunge pienamente lo standard;
- Dei n.29 ospedali monitorati 14 non posseggono una procedura scritta d'accoglienza per coloro che si ricoverano (IAS medio dell'indicatore=55);

- Su n.29 ospedali monitorati 12 non sono dotati di punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (IAS medio dell'indicatore=55).

### 3.1.3 Livello Cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Accesso alle prestazioni”

**BUONO (IAS medio del fattore=64)**

#### L3a - Fattore "Accesso alle prestazioni"



Fig.4: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

Il benchmarking dei risultati per i livelli di analisi relativi alle cure primarie, sono limitati alle sole ASL in quanto l'assistenza territoriale non è di pertinenza delle AO.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE PRESTAZIONI” L3a
(L3a) Numero di medici di medicina generale che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su totale medici medicina generale
(L3a) Numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero totale di pediatri
(L3a) Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale
(L3a) Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri
(L3a) Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale
(L3a) Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria
(L3a) Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo sul numero totale dei medici di medicina generale
(L3a) Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto
(L3a) Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)
(L3a) Tempi di risposta della guardia medica alle chiamate telefoniche
(L3a) Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto
(L3a) Barriere architettoniche nella sede di distretto
(L3a) Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede di distretto)
(L3a) Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file

**Commento:**

Limitatamente alle n. 18 sedi di distretto monitorate, mediamente l'accesso alle prestazioni ottiene un punteggio buono anche se, è evidente che c'è una certa variabilità tra le varie ASL. Di fatto solo per la ASL RM B l'accesso alle prestazioni a livello di sede di distretto rappresenta un punto di forza con un IAS pari ad 84 mentre per la ASL RM H il risultato medio ottenuto per le n.3 sedi di distretto monitorate è scadente.

**I punti di forza (IAS >= 81)**

- Ad eccezione della ASL RM H (IAS medio=67), in tutte le sedi di distretto considerate è rispettato lo standard (IAS=100) dell'accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI); complessivamente l'IAS medio dell'indicatore è pari a 97;
- Nella maggior parte delle sedi di distretto osservate il cittadino ha la possibilità di effettuare prenotazioni di visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (IAS medio dell'indicatore è pari a 93).

**I punti di debolezza (IAS <= 50)**

- Nella quasi totalità dei casi, ad eccezione della ASL RM F con IAS medio pari a 42, l'indicatore "Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale" ottiene un IAS pari a 0 in 5 ASL, mentre per 4 risulta non pertinente; l'IAS medio dell'indicatore è 7;
- Anche per quanto riguarda l'indicatore "Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri" l'IAS medio uguale a 7 è decisamente pessimo;
- In quasi tutti i casi è scarso il numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale, l'IAS medio dell'indicatore è pari a 24;
- Anche per quanto riguarda il numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria il risultato medio è scadente con IAS medio pari a 31.

**3.1.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore "Accesso alle prestazioni"**

**BUONO (IAS medio del fattore=79)**

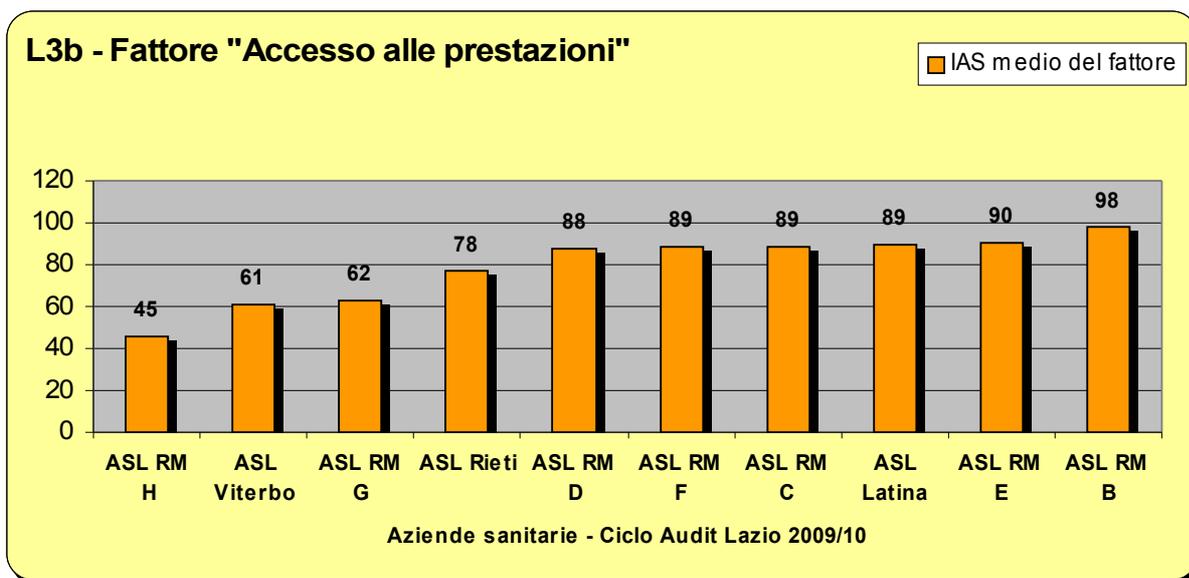


Fig.5: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Accesso alle prestazioni" – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE PRESTAZIONI” L3b
(L3b) Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio
(L3b) Linee di mezzi pubblici che si recano presso il poliambulatorio
(L3b) Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio
(L3b) Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio)
(L3b) Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file
(L3b) Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)

**Commento:**

Complessivamente l’accesso alle prestazioni per i n.34 poliambulatori osservati è mediamente buono e per n.6 ASL rappresenta decisamente un punto di forza con IAS medi che variano da 98 a 88.

**I punti di forza (IAS>=81)**

- Su n. 34 poliambulatori osservati ben 32 rispettano pienamente lo standard relativo alla possibilità per i cittadini di effettuare prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio); l’IAS medio dell’indicatore è pari a 96;
- In quasi tutti i casi l’indicatore “Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio” rappresenta un punto di forza con un IAS medio pari a 94.

**I punti da migliorare**

- La possibilità per il cittadino di accedere a punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) è mediamente ancora poco diffusa; l’IAS medio dell’indicatore è pari a 58.

**3.1.5 Livello cure primarie, CSM e SerT – Fattore “Accesso alle prestazioni”**

Nella metodologia dell’Audit civico i dati relativi alle rilevazioni effettuate nei CSM e nei SerT sono accorpati pertanto, anche nel grafico che segue sono presentati in forma aggregata. Complessivamente n8. ASL su 10 hanno osservato i CSM/SerT per un totale di n.30 strutture.

**OTTIMO (IAS medio del fattore=84)**



Fig.6: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Accesso alle prestazioni" – Livello cure primarie, CSM/SerT, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI" L3c</b>
(L3c) Numero ore al giorno di apertura del servizio
(L3c) Numero giorni di apertura settimanale
(L3c) Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)
(L3c) Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta
(L3c) Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale
(L3c) Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura
(L3c) Strutture residenziali (CSM) o comunità terapeutiche (Ser.T.) collegate
(L3c) Strutture diurne collegate
(L3c) Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
(L3c) Barriere architettoniche nella struttura

**Commento:**

Come mostra il grafico, l'accesso alle prestazioni per il livello dei CSM/SerT è mediamente un punto di forza del sistema sanitario regionale limitatamente agli elementi considerati.

**Il punto di eccellenza (IAS=100)**

- In tutte le strutture considerate è possibile ottenere un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta.

**Il punto da migliorare**

- Con un IAS medio di 53, l'indicatore relativo al numero di ore al giorno di apertura del servizio, suggerisce un maggior investimento per aumentare la possibilità concreta per il cittadino di accesso a questi servizi.

**3.2 Fattore "Tutela dei diritti"**

Il fattore "Tutela dei diritti" è rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit civico ed ottiene complessivamente un punteggio medio buono, pari a 64 con i risultati migliori a livello dell'assistenza ospedaliera (IAS=73) e peggiori a livello dell'assistenza territoriale (IAS poliambulatorio e IAS CSM/SerT sono pari a 41).

### 3.2.1 Livello aziendale – Fattore “Tutela dei diritti”

BUONO (IAS medio del fattore=67)

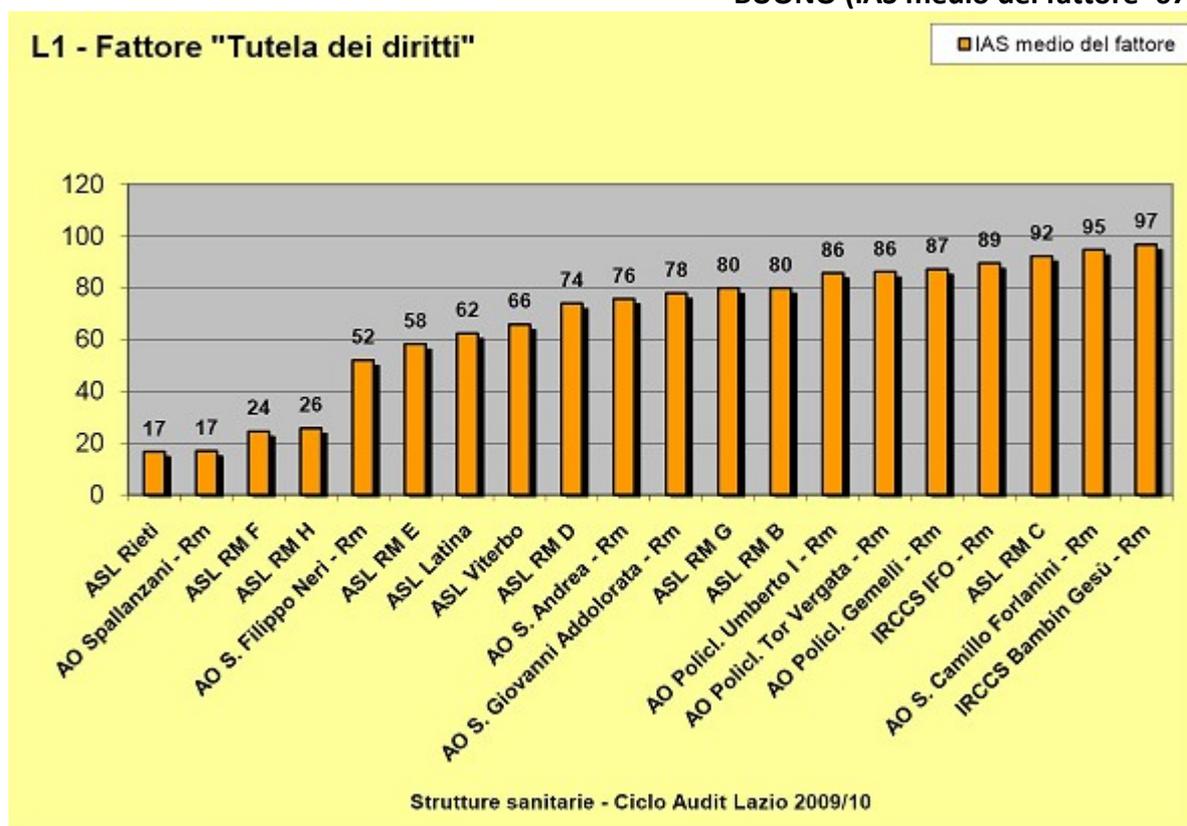


Fig.7: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti” – Livello aziendale, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI” L1
(L1) Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro 30 gg. dall'invio all'azienda, su totale reclami ricevuti nel mese di marzo dell'anno precedente
(L1) Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nell'anno precedente
(L1) Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP: - analisi dei reclami per esito; - adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami
(L1) Standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi aggiornati con il coinvolgimento di una commissione/gruppo di lavoro aziendale
(L1) Procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale
(L1) Ufficio qualità a livello aziendale
(L1) Funzione aziendale dedicata alla qualità percepita
(L1) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine aziendale sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità in seguito all'indagine di soddisfazione

**Commento:**

Nonostante il fattore ottenga mediamente un IAS buono, il grafico mostra una certa variabilità tra le situazioni considerate e in particolare una situazione di criticità per la ASL di Rieti e l'AO Spallanzani che ottengono un IAS pessimo e per le ASL RM F (IAS=24) e H (IAS=27) che registrano un IAS scadente.

**Il punto di forza (IAS>=81)**

- In 16 aziende su 20 è raggiunto lo standard (IAS=100) dell' Analisi periodica qualitativa dei reclami ricevuti dall'URP: analisi dei reclami per esito e adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami.

**Il punto di debolezza (IAS<=50)**

- Solo la metà delle aziende considerate è dotata di procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale.

**3.2.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Tutela dei diritti”**

**BUONO (IAS medio del fattore=73)**

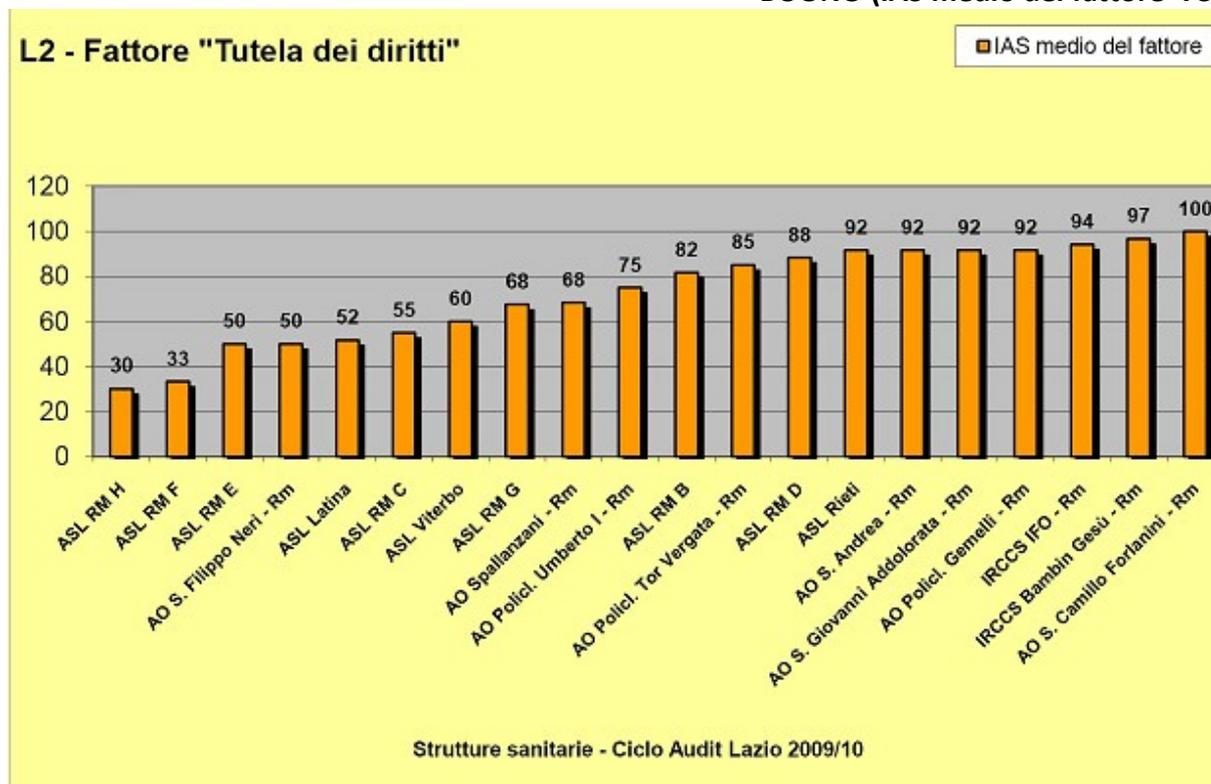


Fig.8: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti” – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

**ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI” L2**

(L2) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei familiari: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.

(L2) Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) che hanno coinvolto l'intero presidio

(L2) Locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini

(L2) 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

(L2) Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti

(L2) Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti

### Commento:

Per la maggior parte delle aziende considerate, la tutela dei diritti a livello di assistenza ospedaliera è decisamente un punto di forza e per l'AO San Camillo Forlanini un fattore di eccellenza. Le situazioni più critiche riguardano le cinque aziende che presentano IAS compresi tra 52 e 30 (vedi fig. 8).

### I punti di forza (IAS≤81)

- Su 29 ospedali osservati 27 raggiungono pienamente lo standard per la presenza di punti di raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti;
- Su 29 ospedali osservati 23 dispongono di locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini<sup>8</sup>; (IAS medio dell'indicatore=79).

### Un punto da migliorare

- L'indicatore relativo alle esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) che hanno coinvolto l'intero presidio, registra un IAS medio discreto pari a 51: sarebbe auspicabile un adeguamento maggiore verso lo standard.

### 3.2.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Tutela dei diritti”

DISCRETO (IAS medio del fattore=45)

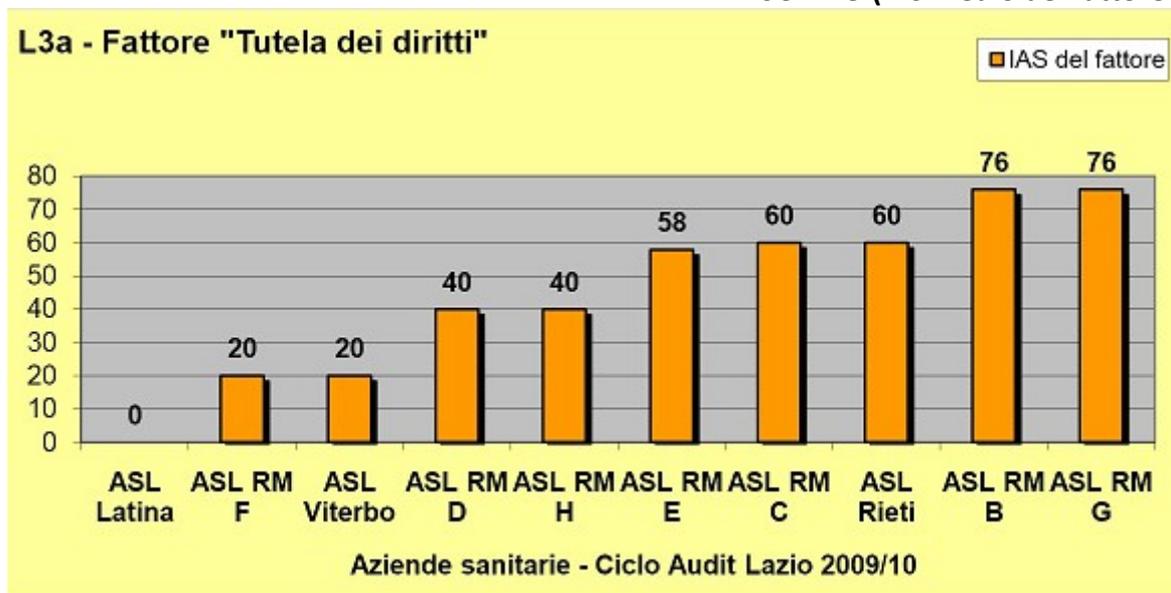


Fig.9: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

<sup>8</sup> I sei ospedali che ancora non rispettano questo indicatore sono: il San Filippo Neri, l'ospedale di Fondi (ASL di Latina), l'Oftalmico (ASL RM E), gli ospedali di Palestrina e di Subiaco (ASL RM G) e il polo ospedaliero di Villa Albani (ASL RM H).

**ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI” L3a**

(L3a) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i medici di medicina generale:  
utilizzo di personale addestrato;  
domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort degli studi medici;  
risultati resi pubblici;  
azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.

(L3a) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio di Assistenza Domiciliare:  
utilizzo di personale addestrato;  
domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica;  
risultati resi pubblici;  
azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.

(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini

(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto

**Commento:**

Il fattore “tutela dei diritti” a livello delle sedi di distretto considerate mostra un andamento disomogeneo tra le varie aziende. Se per le ASL RM B e G l'IAS medio pari a 76 è buono per ben 5 aziende su 10 i punteggi IAS si collocano invece tra lo scadente e il pessimo con IAS medi compresi tra 40 e 0. La forte disomogeneità tra le aziende incide sul fatto che non c'è nessun indicatore che mediamente ottiene un  $IAS \geq 81$  e che pertanto può essere considerato un punto di forza nell'ambito dei criteri di valutazione qui adottati.

**I punti di debolezza**

- Su 18 sedi di distretto ben 17 non hanno visto la realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i medici di medicina generale con le seguenti caratteristiche: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort degli studi medici; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine. Rispetto a quest'indicatore che ottiene un IAS medio pessimo pari a 8, solo la ASL RM G ottiene un risultato decisamente buono con IAS pari a 80;
- Su 18 sedi di distretto ben 17 non hanno visto la realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio di Assistenza Domiciliare: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine. Anche in questo caso il valore medio dell'IAS dell'indicatore è pari a 8 e solo una ASL, la RM B ottiene un punteggio decisamente buono con un IAS pari a 80.

### 3.2.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Tutela dei diritti”

DISCRETO (IAS medio del fattore=41)

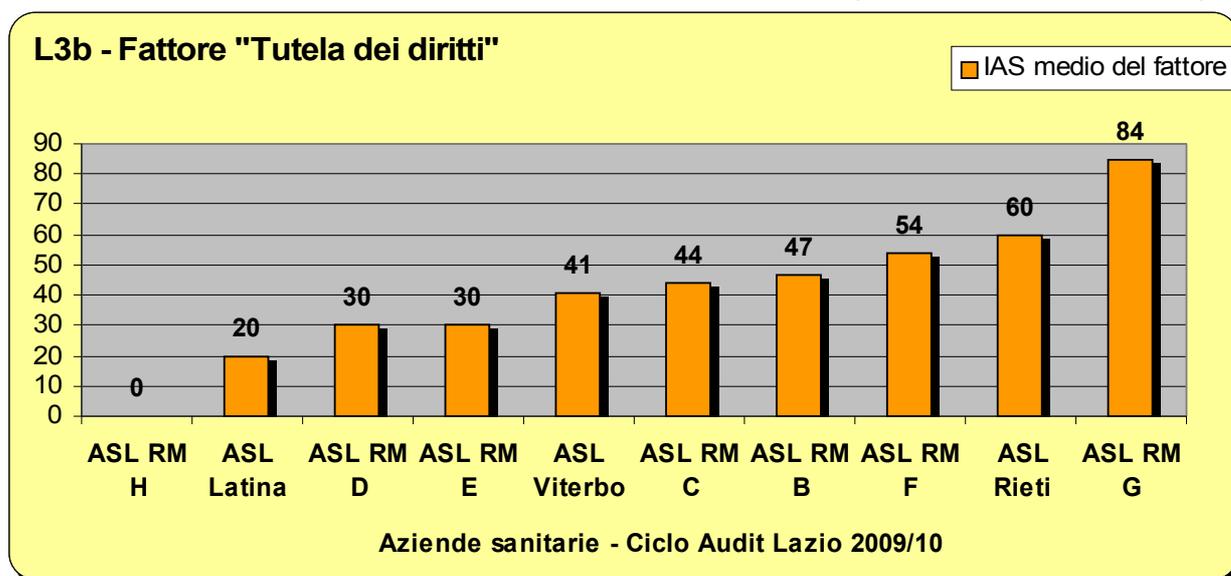


Fig.10: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti” – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

#### Commento:

Il fattore “Tutela dei diritti” a livello dei poliambulatori con il suo IAS medio pari a 41, indica una situazione di criticità diffusa. Come mostra la fig.10 ad eccezione della ASL RM G che ottiene un IAS medio molto buono, per ben 7 ASL su 10 la tutela dei diritti a livello di poliambulatori rappresenta un punto di debolezza con IAS che variano dal 47 allo 0.

Sostanzialmente tutti gli elementi valutati e sotto riportati dovrebbero essere oggetto di una presa in carico da parte delle direzioni aziendali per la messa in campo di azioni concrete atte a migliorare questi aspetti relativi alla tutela dei diritti dei cittadini.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI” L3b
(L3b) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori: utilizzo di personale addestrato; domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.
(L3b) Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di Punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede del poliambulatorio

### I punti di particolare debolezza (IAS<=17)

- In 5 casi su 10 le ASL non hanno realizzato negli ultimi due anni un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori osservati; mentre negli altri cinque casi, pur essendo stata realizzata l'indagine, non sono stati rispettati gran parte dei criteri dell'indicatore (vedi tabella sopra, prima riga); l'IAS medio dell'indicatore è pari a 17;
- In nessun caso sono presenti esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.); l'IAS medio dell'indicatore è pari a 0.

### 3.2.5 Livello cure primarie, CSM/SerT – Fattore “Tutela dei diritti”

DISCRETO (IAS medio del fattore=41)

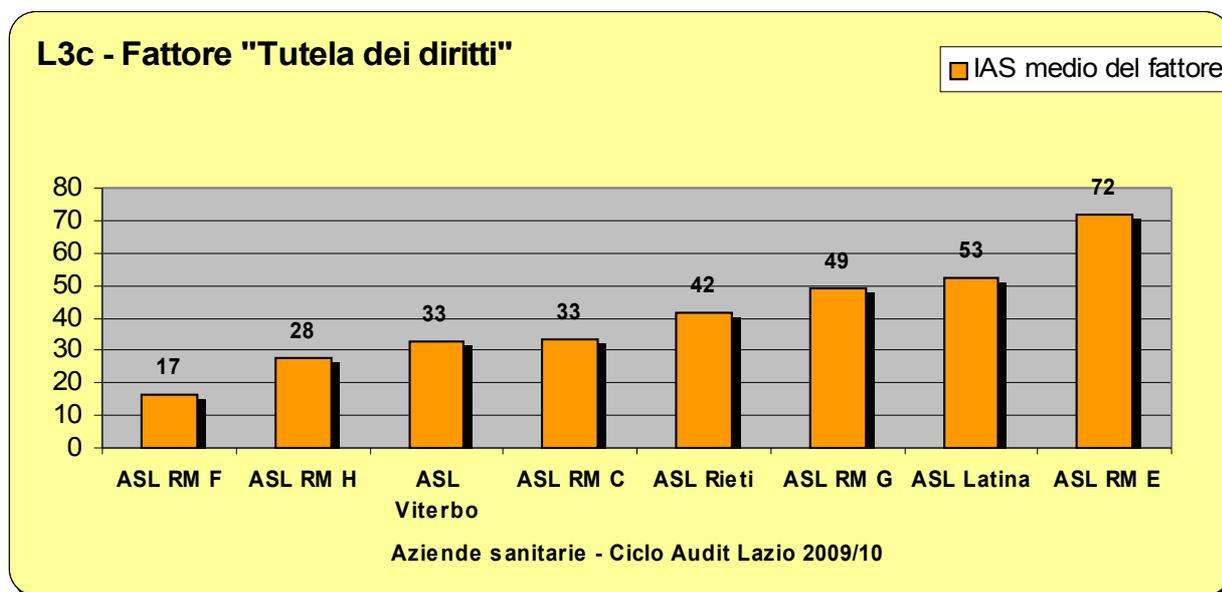


Fig.11: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti” – Livello cure primarie, CSM/SerT, prima componente.

#### ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI” L3c

(L3c) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio:  
 utilizzo di personale addestrato;  
 domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici,  
 informazione, assistenza, medica, comfort;  
 risultati resi pubblici;  
 azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

(L3c) Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti

(L3c) Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio

(L3c) Disponibilità all'ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

(L3c) Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini

(L3c) Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini

**Commento:**

Sostanzialmente, anche a livello di CSM/SerT, il fattore “Tutela dei diritti” ottiene un IAS medio discreto pari a 41 che presenta un andamento simile a quello riferito ai poliambulatori. In questo caso solo la ASL RM E ottiene un IAS medio del fattore buono mentre ben la metà delle ASL considerate ottengono un IAS decisamente scadente e in un caso pessimo. Quello che si può osservare andando ad analizzare l’andamento degli IAS dei singoli indicatori è che c’è una certa variabilità tra le aziende, cioè mentre in alcuni casi gli standard sono raggiunti pienamente in altri sono totalmente disattesi.

Complessivamente tutti gli elementi valutati necessitano di una presa in carico da parte delle direzioni aziendali per il miglioramento della tutela dei diritti dei cittadini.

***I punti di particolare debolezza (IAS≤41)***

- L’indicatore relativo alla realizzazione negli ultimi tre anni di un’indagine circa i bisogni emergenti ottiene un IAS medio pari a 41 e presenta una certa variabilità tra le aziende considerate. A fronte della ASL di Rieti che rispetta pienamente lo standard e della ASL RM E che ottiene un punteggio ottimo (IAS=91), ci sono tre aziende che hanno un IAS pari a 0 (ASL RM C, F e G) e le altre presentano una situazione di variabilità interna legata al fatto che tra i CSM/SerT considerati per ognuna di queste ASL in alcuni casi lo standard è rispettato ed in altri no. Per le peculiarità dei servizi considerati la mancanza di un’analisi aggiornata dei bisogni emergenti rappresenta una criticità notevole in quanto non consente di rispondere in maniera adeguata a quella che è la domanda reale di tutela dei diritti nell’abito del diritto alla salute mentale.
- La disponibilità all’ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini ottiene un punteggio scadente (IAS medio = 37) e, come per l’indicatore precedente, ha un andamento caratterizzato da una certa variabilità sia tra le ASL sia all’interno delle singole aziende.
- In 4 casi su 8 l’indicatore relativo alla realizzazione negli ultimi due anni di un’indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio ottiene un IAS medio pari 0 (ASL RM C, F, H E Rieti). L’IAS medio dell’indicatore è scadente (IAS=24).

**3.3. Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”**

La personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie con un IAS medio pari a 70 è, dopo l’accesso alle prestazioni, il fattore migliore della prima componente. Esso è rilevato a livello dell’assistenza ospedaliera e delle varie articolazioni del livello delle cure primarie. Osservando la tabella n.6 a pag.15, si nota come la personalizzazione delle cure rappresenti un punto di forza a livello del poliambulatorio (IAS=88) mentre ottiene il punteggio più basso a livello di sede di distretto (IAS=51).

### 3.3.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”

DISCRETO (IAS medio del fattore=65)

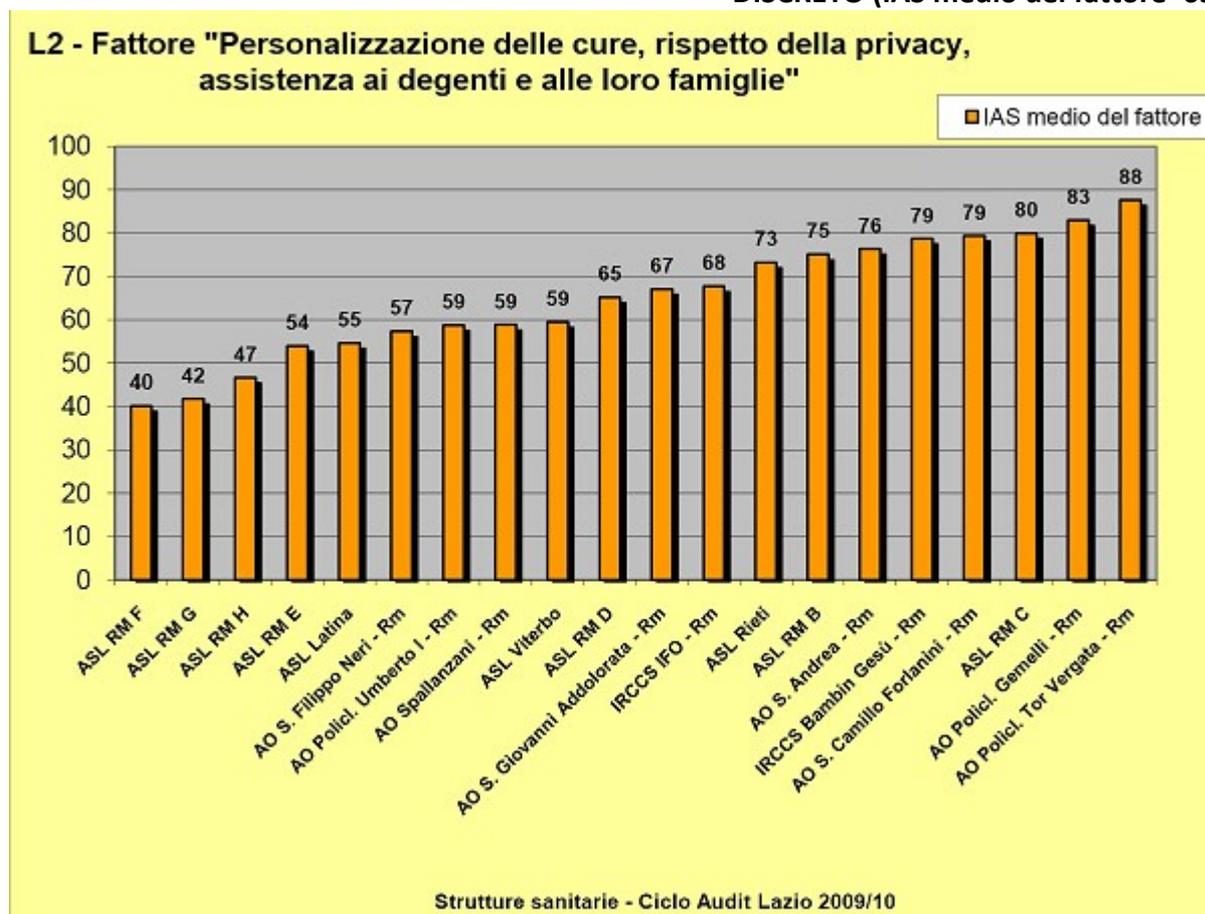


Fig.12: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie” – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

<b>ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI E ALLE LORO FAMIGLIE” L2</b>
(L2) Servizio di interpretariato
(L2) Servizio di mediazione culturale
(L2) Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata)
(L2) Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico
(L2) Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati
(L2) Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera
(L2) Orario della distribuzione della colazione ai pazienti
(L2) Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti
(L2) Orario della distribuzione della cena ai pazienti
(L2) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell’ultimo anno
(L2) Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell’ultimo anno
(L2) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell’ultimo anno
(L2) Servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche: oncologia; trapianti; violenza verso donne
(L2) Procedura per assicurare il rispetto della privacy
(L2) Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione

(L2) Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i pazienti in terapia intensiva neonatale
(L2) Procedura per l'attivazione delle dimissioni protette
(L2) Procedura per l'attivazione delle dimissioni programmate
(L2) Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune
(L2) Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi due anni dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti
(L2) Procedura per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili nelle Unità operative di: chirurgia, medicina generale, geriatria, lungodegenza
(L2) Regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento
(L2) Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali
(L2) Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi
(L2) Unità Operative di degenza di medicina generale che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza
(L2) Unità Operative di degenza in cui i degenti hanno la possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata (escluse camere a pagamento e televisioni private)
(L2) Unità Operative di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco
(L2) Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con posto letto/poltrona letto
(L2) Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con accesso alla mensa
(L2) Unità Operative di pediatria con arredi adatti all'età dei ricoverati
(L2) Unità operative di degenza con cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione
(L2) Unità operative di degenza con divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori dell'ospedale
(L2) Unità Operative di degenza dotate di aree di socializzazione per i degenti
(L2) Unità Operative di degenza in cui è possibile ricevere telefonate (in camere non a pagamento)
(L2) 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
(L2) Unità Operative di degenza che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo TUTTI i pazienti non autosufficienti
(L2) Unità Operative di degenza che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti mediante posto letto/poltrona letto e mensa
(L2) Unità Operative che utilizzano la cartella integrata

**Commento:**

La personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie a livello dell'assistenza ospedaliera ottiene un punteggio mediamente buono pari a 65. Per quanto riguarda il suo andamento i punteggi IAS tendono a concentrarsi in due categorie: "buono" (n.9 strutture con IAS compreso tra 80 e 65) e "discreto" (n. 8 strutture con IAS compreso tra 59 e 42). Alle estremità, come mostra la fig.11, troviamo l'ottimo risultato delle AO Policlinico Tor Vergata (IAS=88) e del Policlinico Gemelli (IAS=83) e il pessimo punteggio della ASL RM F il cui IAS medio pari a 40 fa riferimento all'ospedale San Paolo di Civitavecchia e all'ospedale di Bracciano.

Sui n.38 indicatori che concorrono alla determinazione dell'IAS del fattore complessivamente n.12 rappresentano dei punti di debolezza con IAS medi inferiori/uguali a 50; n.9 indicatori si connotano come punti di forza con IAS medi superiori/uguali a 81 e solo n.4 indicatori raggiungono pienamente lo standard con IAS pari a 100.

**I punti di eccellenza (IAS=100)**

- Il rispetto della privacy e di quanto prevede la normativa in vigore. I tre indicatori riguardano: la tutela della riservatezza all'accesso alle cartelle cliniche, il rispetto

- della confidenzialità per i pazienti con HIV/AIDS, la presenza e il rispetto di una procedura per assicurare il rispetto della privacy;
- L'adozione di una procedura per l'attivazione delle dimissioni protette.

### ***I punti di forza (IAS>=81)***

- Il rispetto della privacy. I due indicatori sono: "Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno" (IAS=98) e "Unità operative di degenza con cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione" (IAS=96);
- L'assistenza ai degenti e alle loro famiglie. I sette indicatori sono: "Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera" (IAS=93), "Orario della distribuzione della colazione ai pazienti" (dopo le 7.00 di mattina – IAS=84), la presenza del "Servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche: oncologia, trapianti, violenza verso donne( IAS=82), la presenza di procedure per l'attivazione: delle dimissioni programmate (IAS=85) e dei Servizi Sociali del Comune (IAS=95), la diffusione di "Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con accesso alla mensa" (IAS=86) e "Unità Operative di pediatria con arredi adatti all'età dei ricoverati" (IAS=83).

### ***I punti di debolezza (IAS<=50)***

- L'accoglienza culturale delle persone provenienti da Paesi stranieri e/o di religione diversa da quella cattolica. Gli indicatori di riferimento riguardano la presenza negli ospedali considerati dei seguenti servizi: interpretariato (IAS=47), mediazione culturale (IAS=47) e disponibilità in ospedale o a chiamata del servizio religioso per i non cattolici (IAS=49);
- L'assistenza ai degenti e alle loro famiglie per quanto riguarda i seguenti aspetti: la possibilità di assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione (IAS=24), per i pazienti in terapia intensiva neonatale (IAS=44) e per i pazienti non autosufficienti mediante posto letto/poltrona letto e mensa (IAS=38), la scarsa diffusione negli ospedali considerati di un regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento (IAS=19), limiti di orario per le visite nei giorni feriali (IAS=30) e nei giorni festivi (IAS=34);
- La cura degli aspetti socio-relazionali: poche sono le unità operative di degenza che offrono ai degenti degli spazi dedicati alla socializzazione (IAS=39), limitato è l'investimento sulla formazione per il personale front-office negli ultimi due anni dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti (IAS=49) e infine anche per quanto riguarda la disponibilità di Unità Operative di degenza di medicina generale che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza i risultato è abbastanza basso (IAS=41).

**3.3.2 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenti e alle loro famiglie”**

**DISCRETO (IAS medio del fattore=51)**



Fig.13: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

<b>ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI E ALLE LORO FAMIGLIE” L3a</b>
(L3a) Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare
(L3a) Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie

**Commento:**

A livello di sedi distretto il fattore oltre ad ottenere il punteggio medio più basso mostra un andamento disomogeneo tra le n.10 aziende considerate per cui sono presenti due casi di rispetto pieno dello standard e tre casi che si collocano tra lo scadente e il pessimo.

Per le sette aziende che ottengono un IAS minore/uguale a 50 sarebbe importante un investimento in direzione dell’aumento dell’offerta e per la ASL RM C e di Viterbo dell’attivazione sia del servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare (IAS medio dell’indicatore=56) sia del servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie (IAS medio dell’indicatore=46).

**3.3.3 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”**

**OTTIMO (IAS medio del fattore=88)**

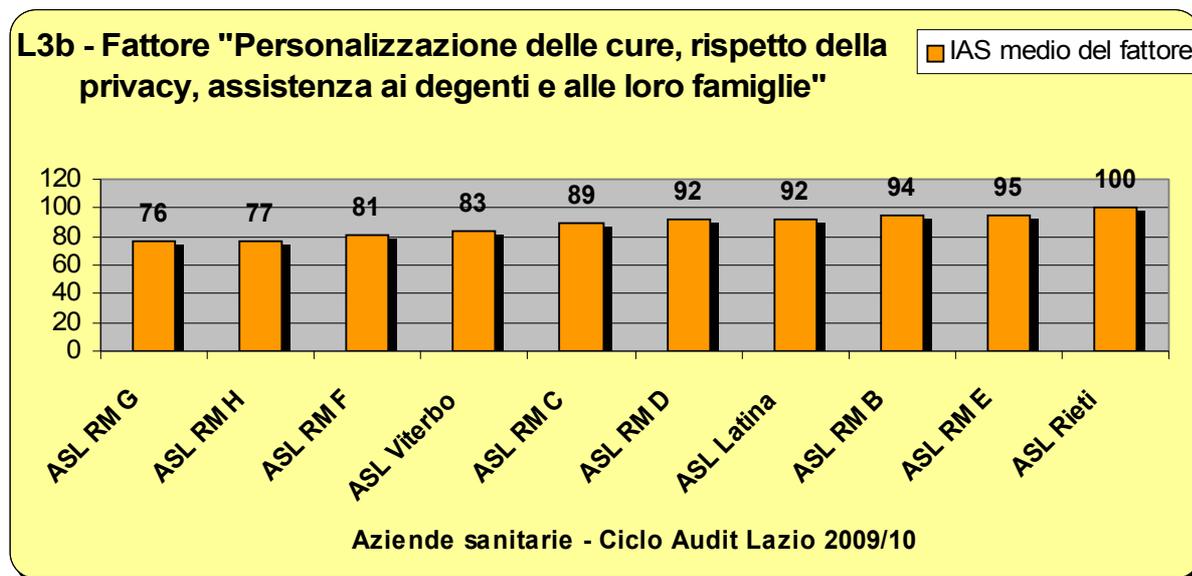


Fig.14: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie” – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI E ALLE LORO FAMIGLIE “ L3b</b>
(L3b) Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc.) con orari personalizzati per limitare i tempi d'attesa
(L3b) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell’ultimo anno
(L3b) Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell’ultimo anno
(L3b) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell’ultimo anno
(L3b) Cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell’osservazione
(L3b) Divisori all’interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori

**Commento:**

Mediamente il fattore oltre ad ottenere un ottimo punteggio medio con un IAS pari ad 88, mostra un andamento omogeneo tra le n.10 aziende considerate. In tutti i n.34 poliambulatori osservati i tre indicatori relativi al rispetto della privacy raggiungono pienamente lo standard (“Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell’ultimo anno”, “Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell’ultimo anno”, “Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell’ultimo anno”). Per quanto riguarda gli altri indicatori non ci sono particolari criticità.

### 3.3.4 Livello cure primarie, CSM/SerT – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”

BUONO (IAS medio del fattore=78)



Fig.15: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie” – Livello cure primarie, CSM/SerT, prima componente.

ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI E ALLE LORO FAMIGLIE” L3c
(L3c) Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)
(L3c) Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)
(L3c) Servizio di mediazione culturale
(L3c) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
(L3c) Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
(L3c) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno
(L3c) Luogo visibile per le informazioni
(L3c) Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata

#### Commento:

Mediamente il fattore rilevato nei 30 servizi CSM/SerT considerati ottiene un punteggio buono con IAS pari a 78. Anche in questo caso, come per il livello dei poliambulatori gli stessi indicatori relativi alla privacy (vedi sopra) raggiungono pienamente lo standard e l'andamento del fattore è sostanzialmente omogeneo ad eccezione del punteggio ottenuto dalla ASL RM F<sup>9</sup>. L'unico elemento di criticità è rappresentato dalla scarsa diffusione del servizio di mediazione culturale (IAS medio dell'indicatore=34).

### 3.4 Fattore “Informazione e comunicazione”

L'informazione e comunicazione è il fattore che con IAS medio pari a 56 si connota come l'area di criticità maggiore rispetto all'orientamento al cittadino e in modo particolare a livello di sedi di distretto e di CSM/SerT dove il punteggio medio è di 41. Complessivamente

<sup>9</sup> Il risultato si riferisce al SerT di Civitavecchia.

concorrono alla valutazione di questo fattore n. 63 indicatori rilevati su tutti i livelli di analisi previsti dall’Audit civico ad eccezione del livello aziendale

### 3.4.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Informazione e comunicazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=59)



Fig.16: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Informazione e comunicazione” –Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” L2
(L2) Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale
(L2) Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell’anno precedente
(L2) Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)
(L2) Consegna a domicilio cartella clinica
(L2) Consegna a domicilio referti di esami diagnostici
(L2) Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet
(L2) Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente
(L2) Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti
(L2) Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa le responsabilità dei pazienti
(L2) Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
(L2) Cartellonistica esterna entrata principale
(L2) Servizio informazioni per il pubblico presso l’ingresso principale
(L2) Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria
(L2) Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano

<p>(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di adenotonsillectomia contenente le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informativa dettagliata sulla diagnosi;</li> <li>• natura e scopo del trattamento;</li> <li>• prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;</li> <li>• percentuale di rischio associata al trattamento;</li> <li>• composizione équipe chirurgica;</li> <li>• alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;</li> <li>• dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;</li> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul>
<p>(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di appendicectomia nel minore contenente le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informativa dettagliata sulla diagnosi;</li> <li>• natura e scopo del trattamento;</li> <li>• prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;</li> <li>• percentuale di rischio associata al trattamento;</li> <li>• composizione équipe chirurgica;</li> <li>• alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;</li> <li>• dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;</li> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul>
<p>(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di prostatectomia radicale contenente le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informativa dettagliata sulla diagnosi;</li> <li>• natura e scopo del trattamento;</li> <li>• prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;</li> <li>• percentuale di rischio associata al trattamento;</li> <li>• composizione équipe chirurgica;</li> <li>• alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;</li> <li>• dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;</li> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul>
<p>(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di isterectomia radicale contenente le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informativa dettagliata sulla diagnosi;</li> <li>• natura e scopo del trattamento;</li> <li>• prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;</li> <li>• percentuale di rischio associata al trattamento;</li> <li>• composizione équipe chirurgica;</li> <li>• alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;</li> <li>• dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;</li> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul>
<p>(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di taglio cesareo programmato contenente le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informativa dettagliata sulla diagnosi;</li> <li>• natura e scopo del trattamento;</li> <li>• prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;</li> <li>• percentuale di rischio associata al trattamento;</li> <li>• composizione équipe chirurgica;</li> <li>• alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;</li> <li>• dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;</li> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul>
<p>(L2) Comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico.</p>
<p>(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici</p>
<p>(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico</p>
<p>(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con gli orari della giornata</p>
<p>(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale</p>
<p>(L2) Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento</p>

(L2) Unità Operative che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate:

- diagnosi;
- procedure e terapie effettuate;
- terapia prescritta;
- prescrizioni su comportamenti/precauzioni.

(L2) Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata

### **Commento:**

Tenendo conto che a livello di assistenza ospedaliera il fattore registra il suo punteggio migliore, il suo andamento nelle n.20 aziende considerate non è omogeneo anzi, i valori degli IAS tendono a variare all'interno di un "range" ampio (IAS compresi tra 86 e 30) e in ben 8 casi su 20 il punteggio delle aziende indica che il fattore rappresenta un punto di debolezza (IAS<=50).

Osservando l'insieme dei 27 indicatori che concorrono alla valutazione del fattore un primo dato da registrare è che nessuno raggiunge pienamente lo standard di riferimento e che solo sette ottengono un IAS medio superiore ad 80 mentre ben 9 indicatori ottengono un IAS critico con valori inferiori a 51.

### **I punti di forza (IAS>=81)**

- Le informazioni relative all'orientamento del cittadino rispetto alla logistica, al funzionamento dell'ospedale e al post ricovero. Gli indicatori di riferimento riguardano: il rilascio da parte delle Unità operative di una scheda di dimissioni con l'indicazione della diagnosi, delle procedure e terapie effettuate, della terapia prescritta, delle prescrizioni su comportamenti e precauzioni da tenere (IAS medio=97); la presenza della cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria (IAS medio=95) e all'esterno dell'entrata principale (IAS medio=92); la presenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (IAS medio=85); la disponibilità di una comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico (IAS medio=88).
- L'accesso alla documentazione sanitaria. Gli indicatori di riferimento sono: "Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell'anno precedente" (IAS medio=84), "Consegna a domicilio cartella clinica" (IAS medio=88).

### **I punti di debolezza (IAS<=50)**

- Le informazioni generali e relative ai diritti dei cittadini in ospedale. Gli indicatori di riferimento sono: la scarsa disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di un opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti (IAS medio=33) e sulle responsabilità dei pazienti (IAS medio=28), presenza di "Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano" (IAS medio=34), "Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento"(IAS medio=42);
- L'accesso alla documentazione relativa ai referti medici. Gli indicatori di riferimento sono: "Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)" (IAS medio=26), "Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet" (IAS medio=15) e la scarsa presenza di unità operative con la cartella clinica completamente informatizzata (IAS medio=7);

- La presenza e/o la completezza del consenso informato scritto per quanto riguarda gli interventi di adenotonsillectomia e/o appendicectomia (IAS medio=49 per entrambi i casi).

### 3.4.2 Livello cure primarie, sedi di distretto - Fattore "Informazione e comunicazione" DISCRETO (IAS MEDIO=41)



Fig.17: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Informazione e comunicazione" –Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" L3a</b>
(L3a) Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
(L3a) Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
(L3a) Linee di comportamento/procedure per il personale dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare per garantire l'informazione ai familiari e ai pazienti relativamente al piano assistenziale e garantire la periodica acquisizione di notizie
(L3a) Utilizzo della cartella integrata per l'assistenza domiciliare
(L3a) Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto
(L3a) Cartellonistica esterna sede di distretto
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione di ausili
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali)

(L3a) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede di distretto di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti
(L3a) Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto
(L3a) Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio della sede di distretto dei servizi e degli uffici presenti
(L3a) Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata

**Commento:**

A livello di sedi di distretto mediamente il fattore si connota mediamente come un'area di criticità diffusa tra le dieci ASL considerate. Ad eccezione delle ASL C, B e G che ottengono un punteggio medio buono in tutti gli altri casi il risultato è mediamente scadente. Dei 18 indicatori che concorrono alla valutazione del fattore, 13 ottengono mediamente un punteggio variabile tra lo scadente e il pessimo, l'unico punto di forza è rappresentato dalla presenza in quasi tutte le sedi di distretto osservate del servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata (IAS medio=97). Da un punto di vista civico questo risultato ci indica che rispetto all'assistenza territoriale sostanzialmente "il cittadino è lasciato solo" a cercare di comprendere come poter accedere a questo sistema di servizi così importante. Chiaramente per ogni indicatore ci sono anche delle eccezioni, cioè delle aziende che rispettano pienamente alcuni standard, però mediamente è indiscutibile che su questo punto è assolutamente necessario che le aziende sanitarie locali aumentino il loro impegno affinché l'offerta di informazione ai cittadini sia più consistente e diffusa.

***I punti di particolare debolezza (IAS<=38)***

- Informazioni sull'Assistenza Domiciliare Integrata. Mediamente negli studi dei medici di base (IAS medio=11) e dei pediatri (IAS medio=13) non sono disponibili opuscoli informativi sull'ADI, così come nelle sedi di distretto (IAS medio=38);
- Informazioni relative al funzionamento e dei servizi di assistenza erogati dal medico di famiglia e dal pediatra. Ad esempio, presso le sedi di distretto è scarsa la disponibilità di opuscoli informativi circa: le modalità per la scelta e revoca sia del medico di famiglia che del pediatra di libera scelta (IAS medio=38 per entrambi gli indicatori) così come lo sono anche le informazioni circa le prestazioni a pagamento e quelle gratuite sia del medico di famiglia che del pediatra (IAS medio=23 per entrambi gli indicatori);
- Informazioni relative ai diritti dei cittadini. Mediamente nelle sedi di distretto scarsa è la disponibilità di opuscoli informativi sui i diritti e le responsabilità dei pazienti (IAS medio=35), sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali) (IAS medio=23), sulle esenzioni per patologia e invalidità (IAS medio=38) e sulla gestione e autorizzazione di ausili (IAS medio=38).

### 3.4.3 Livello poliambulatorio – Fattore “Informazione e comunicazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=47)

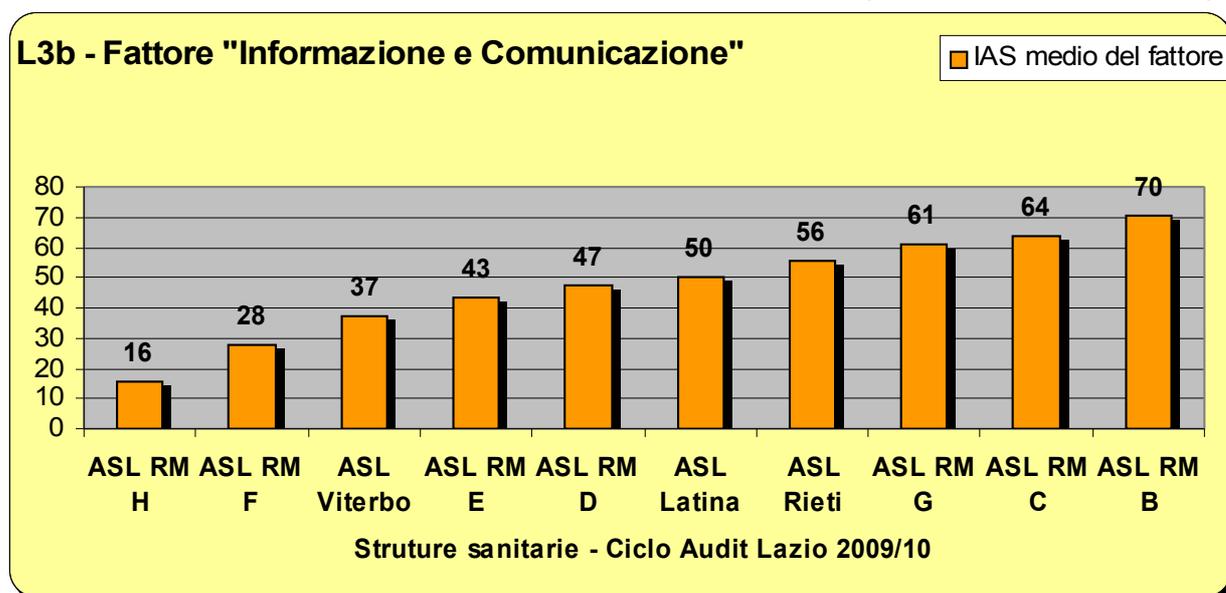


Fig.18: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Informazione e comunicazione” –Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE L3b
(L3b) Consegna a domicilio referti medici
(L3b) Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti
(L3b) Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti
(L3b) Cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio
(L3b) Cartellonistica esterna sede del poliambulatorio
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte
(L3b) Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini* e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto.
(L3b) Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata

#### Commento:

L'informazione e la comunicazione a livello del poliambulatorio, così come per le sedi di distretto è mediamente discreta anche se ottiene un punteggio leggermente più alto (IAS=47). Per quanto concerne l'andamento del fattore, anche in questo caso ad eccezione delle stesse tre ASL (RM G, C e B) che ottengono punteggi medi buoni, le altre sette aziende mediamente presentano un IAS variabile tra il discreto e il pessimo.

Rispetto ai nove indicatori che concorrono alla valutazione del fattore solo due ottengono un IAS medio superiore ad 80 mentre ben sei indicatori ottengono IAS medi che si collocano tra lo scadente e il pessimo.

#### I punti di forza (IAS>=81)

- La presenza di cartellonistica esterna alla sede del poliambulatorio (IAS medio=82);
- La disponibilità di un prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti (IAS medio=89).

### I punti di debolezza (IAS <= 50)

- La consegna dei referti medici. Sui 34 poliambulatori osservati solo in 7 è prevista la consegna a domicilio dei referti medici e solo in 3 c'è la possibilità di trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet;
- Le informazioni relative ai diritti dei cittadini. Solo 6 poliambulatori su 34 rispettano pienamente lo standard per l'indicatore "Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini\* e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto". Mediamente è poco diffusa la disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti (IAS medio=35);
- Le informazioni generali come la cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio (IAS medio=34) e la disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte (IAS medio=37).

### 3.4.4 Livello cure primarie, CSM/SerT – Fattore "Informazione e comunicazione"

DISCRETO (IAS medio del fattore=41)

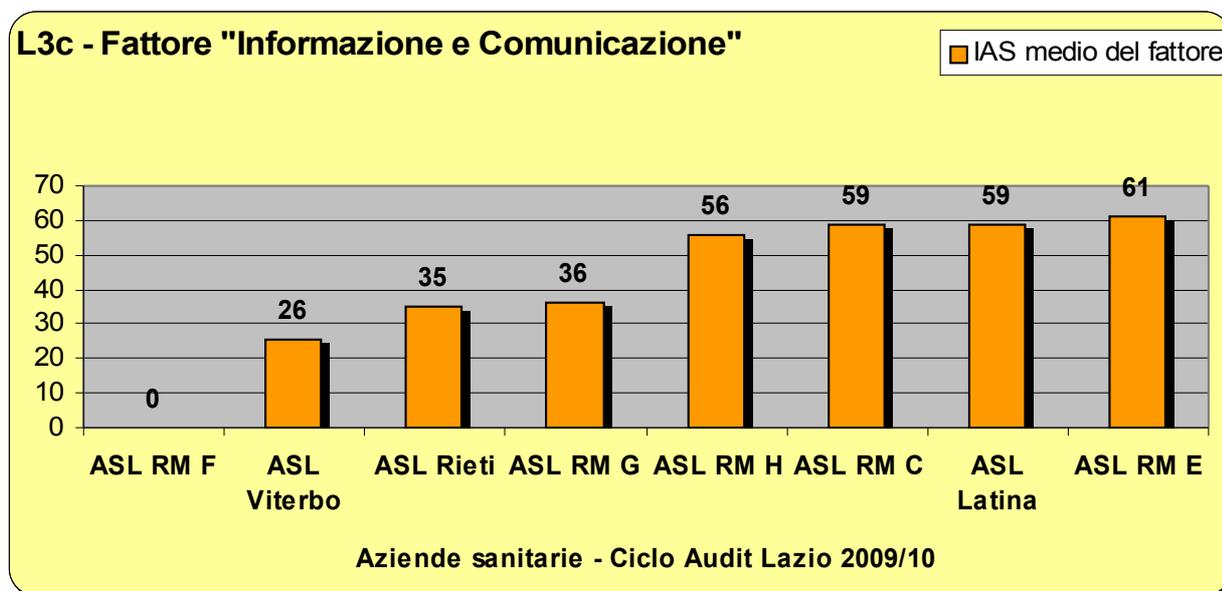


Fig.19: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Informazione e comunicazione" – Livello cure primarie CSM/SerT, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" L3c
(L3c) Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell'ultimo anno (per SerT)
(L3c) Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti
(L3c) Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti
(L3c) Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con i nomi degli operatori
(L3c) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti
(L3c) Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla
(L3c) Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento
(L3c) Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori
(L3c) Cartellonistica stradale in prossimità della struttura

### Commento:

A livello dei CSM/SerT il fattore mostra un andamento parzialmente omogeneo infatti su 8 ASL considerate 4 ottengono un punteggio medio compreso tra buono e discreto e 4 tra lo scadente e il pessimo, con una situazione particolarmente critica per le tre strutture considerate che fanno riferimento alla ASL RM H.

Rispetto ai 9 indicatori che concorrono alla valutazione del fattore ben 7 hanno un punteggio medio inferiore a 41.

### I punti di particolare debolezza (IAS<=30)

- Il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti: su 30 servizi considerati solo la metà possiede una procedura per favorire;
- La realizzazione da parte dei SerT di Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell'ultimo anno (IAS medio=23);
- L'informazione al cittadino circa i servizi offerti (IAS medio=28) e i nominativi degli operatori (IAS medio=10) attraverso opuscoli ad hoc posti all'entrata delle strutture.

### 3.5 Fattore comfort

Il fattore "Comfort" ottiene un punteggio buono pari a 62 e, rispetto all'area dell'orientamento al cittadino rappresenta uno dei fattori da migliorare, in particolare i livelli di comfort risultano mediamente peggiori a livello di CSM/SerT. Concorrono alla valutazione del fattore n. 63 indicatori e n. 42 eventi particolari rilevati a livello di assistenza ospedaliera e delle varie articolazioni delle cure primarie.

#### 3.5.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore "Comfort"

**BUONO (IAS medio del fattore=61)**

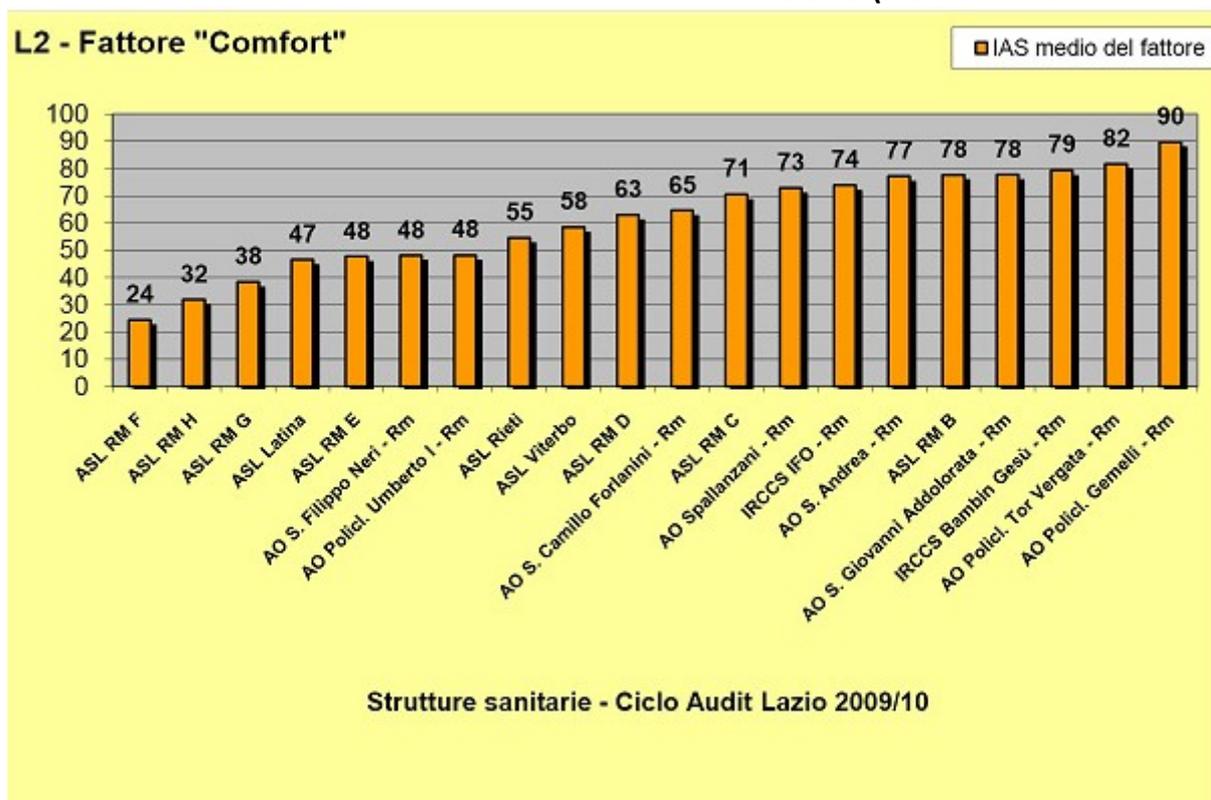


Fig.20: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Comfort" – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” L2</b>
(L2) Numero posti letto in camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza, su numero totale di posti letto
(L2) Numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria
(L2) Unità Operative con lavapadelle a ciclo di disinfezione
(L2) Richieste di interventi di manutenzione effettuate da più di 15 giorni e non soddisfatte
(L2) Bar accessibile ai pazienti
(L2) Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona
(L2) Barbieri e parrucchiere (operanti a tempo pieno o a orario fisso nel presidio, o a chiamata)
(L2) Possibilità di acquistare giornali e riviste
(L2) Sportello Bancomat (o sportello bancario)
(L2) Parcheggio interno per il pubblico
(L2) Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale
(L2) Parcheggio interno con posti riservati a disabili
(L2) Posti a sedere nell'atrio dell'ospedale
(L2) Elementi decorativi nell'atrio principale (quadri, piante)
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di vetri rotti
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di finestre che non si chiudono
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di rubinetti rotti
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di servizi igienici fuori uso
(L2) Spazio di attesa con posti a sedere nel Pronto Soccorso
(L2) Bagno per disabili nel Pronto Soccorso
(L2) Bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso
(L2) Bagni del Pronto Soccorso dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori porta rifiuti; appendiabito.
(L2) Gabinetti del Pronto Soccorso dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare se è occupato o libero; carta igienica; appendiabito.
(L2) Telefono pubblico presso il Pronto Soccorso
(L2) Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (presenza al piano)
(L2) Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso (presenza al piano)
(L2) Possibilità per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso di avere acqua, in qualsiasi momento, e alimenti gratuiti
(L2) Ambulatori dotati di spazio d'attesa
(L2) Distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa degli ambulatori
(L2) Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa degli ambulatori
(L2) Ambulatori con bagni per disabili
(L2) Ambulatori con bagni per il pubblico
(L2) Bagni degli ambulatori dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L2) Gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito
(L2) Unità operative con stanze di degenza con più di 4 posti letto

(L2) Unità Operative che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere)
(L2) Unità Operative in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata
(L2) Unità Operative con posti letto dotati di: sedia, comodino, armadietto
(L2) Unità Operative con bagni per disabili
(L2) Unità Operative con bagni per i degenti nelle stanze di degenza
(L2) Unità Operative con bagni dotati di: specchio; mensola; contenitore portarifiuti; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; appendiabito
(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
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di vetri rotti
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di stanze di degenza senza finestre
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di finestre che non si chiudono
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di rubinetti rotti
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di servizi igienici fuori servizio
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale dell'assenza di acqua calda

**Commento:**

L'andamento del fattore tra le 20 aziende considerate, mostra come il "Comfort" a livello di assistenza ospedaliera risente di una certa disomogeneità tra le strutture. In ben 11 casi infatti l'IAS medio si colloca tra l'ottimo e il buono mentre in 7 casi il risultato è mediamente minore di 50. Un primo dato che si può osservare è che nel gruppo delle Aziende che ottengono i punteggi migliori in 9 casi si tratta di AO e IRCSS e solo in tre casi di ospedali che fanno riferimento ad ASL<sup>10</sup>.

I n.36 indicatori riguardano una serie di aspetti relativi alle prestazioni alberghiere delle n. 29 strutture ospedaliere considerate mentre i n. 18 eventi particolari fanno riferimento alla presenza di vari segni di fatiscenza e degrado strutturale. Questi eventi particolari nel calcolo dell'IAS sono particolarmente pesanti in quanto assumono valore negativo.

Osservando l'insieme degli elementi valutati nelle strutture ospedaliere considerate emerge che, solo per quanto concerne "la presenza del bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso", tutti gli ospedali rispettano pienamente lo standard. Su n.36 indicatori, n.12 ottengono un punteggio medio buono con IAS superiore ad 80 mentre n.6 indicatori presentano un IAS inferiore a 51 e ben 17 eventi particolari penalizzano il risultato complessivo.

**I punti di forza (IAS>=81)**

- Alcuni aspetti relativi alla degenza. La maggior parte delle Unità Operative: è dotata di lava-padelle a ciclo di disinfezione (IAS medio=85), è costituita da stanze prevalentemente predisposte per un numero di letti non superiore a 4 (IAS medio=90) e che mediamente offrono per ogni posto letto gli arredi base

<sup>10</sup> Gli ospedali di riferimento sono: G.B. Grassi per ASL RM D, Sant'Eugenio e CTO A. Alesini per ASL RM C e Sandro Pertini per ASL RM B

- (armadietto, comodino e sedia – IAS medio=94), fornisce ai degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere – IAS medio=94).
- L'accoglienza dei cittadini. La quasi totalità degli ospedali considerati: dispone di posti a sedere nell'atrio (IAS medio=87) e nello spazio d'attesa del Pronto Soccorso (IAS medio=99); è dotata di bagno per disabili nel Pronto Soccorso (IAS medio=85), di un distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso (IAS medio=98), di uno spazio di attesa negli ambulatori (IAS medio=87) con bagno per il pubblico (IAS medio=94).
  - Alcuni servizi come la presenza nella maggior parte degli ospedali considerati di uno sportello bancomat (IAS medio=85) e di un parcheggio interno riservato ai disabili (IAS medio=94)<sup>11</sup>.

### ***I punti di debolezza (IAS<=50)***

- I segni di fatiscenza e di degrado delle strutture ospedaliere. Questo dato complessivamente ci descrive una situazione di criticità abbastanza diffusa e di una certa rilevanza, poiché al di là dei numeri, riportati nella tabella n. 7, gli aspetti messi in evidenza hanno a che fare con il mancato rispetto di standard elementari per quanto riguarda in particolare le Unità Operative di degenza. In 15 ospedali su 29 sono state riscontrate richieste di interventi di manutenzione effettuate da più di 15 giorni e non soddisfatte;
- Alcuni aspetti relativi alla degenza. Solo<sup>12</sup> l'ospedale De Lellis di Rieti rispetta pienamente lo standard relativo al rapporto tra il numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria e, mediamente solo in pochissime unità operative i pazienti hanno la possibilità di consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata (IAS medio=15);
- Alcuni aspetti dell'accoglienza e dei servizi. Pochi sono gli ospedali che dispongono di un distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (IAS medio=45) e ancor meno quelli che prevedono questa possibilità negli spazi d'attesa degli ambulatori (IAS medio=2), infine in prossimità di 16 ospedali su 27<sup>13</sup> non c'è il parcheggio taxi (IAS medio=44).

<b>Descrizione indicatore</b>	<b>Presenza nelle parti comuni della struttura</b>	<b>Presenza in una o più Unità Operative</b>
(L2) segni di fatiscenza alle pareti	AO Umberto I, San Filippo Neri, ospedale di Formia, Gaeta, Latina (ASL Latina), ospedale di Palestrina (ASL RM G), ospedale di Bracciano e San Paolo (ASL RM F), Oftalmico (ASL RM E), G.B. Grassi (ASL RM D), C.T.O. Alesini (ASL RM C) <b>TOTALE 11</b>	AO Umberto I, San Camillo Forlanini, San Gallicano (IFO), San Giovanni Addolorata, ospedale Fondi, Formia, Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), ospedale di Bracciano e San Paolo (ASL RM F), C.T.O. Alesini e Sant'Eugenio (ASL RM C) <b>TOTALE 13</b>
(L2) vetri rotti	Ospedale di Latina (ASL Latina), San Paolo (ASL RM F) <b>TOTALE 2</b>	AO Umberto I, San Filippo Neri, Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), ospedale di Palestrina (ASL RM G), San Paolo (ASL RM F) <b>TOTALE 6</b>
(L2) finestre che non si chiudono	Ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), Villa Albani (ASL RM H), ospedale di Bracciano e San Paolo (ASL RM F), C.T.O. Alesini (ASL RM C)	AO Umberto I, San Camillo Forlanini, Sant'Andrea, Gaeta, Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), Villa Albani (ASL RM H), ospedale di Bracciano e

<sup>11</sup> Gli ospedali che non rispettano questo standard sono: l'Oftalmico (ASL RM E) e il presidio ospedaliero di Gaeta (ASL di Latina).

<sup>12</sup> Per l'ospedale Gemelli l'indicatore non è pertinente.

<sup>13</sup> Per l'ospedale Villa Albani (ASL RM H) l'indicatore non è pertinente.

	<b>TOTALE 5</b>	San Paolo (ASL RM F), Oftalmico (ASL RM E), Sant'Eugenio (ASL RM C) <b>TOTALE 11</b>
(L2) presenza di insetti, scarafaggi...		Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Grassi (ASL RM D) <b>TOTALE 3</b>
(L2) rifiuti o altro materiale abbandonato	Villa Albani (ASL RM H) <b>TOTALE 1</b>	AO Umberto I, Latina, Terracina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Villa Albani (ASL RM H) <b>TOTALE 5</b>
(L2) soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	AO Umberto I, ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), ospedale di Palestrina (ASL RM G), San Paolo (ASL RM F), Oftalmico (ASL RM E). <b>TOTALE 5</b>	AO Umberto I, San Camillo Forlanini, Regina Elena e San Gallicano (IFO), San Filippo Neri, Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), Villa Albani (ASL RM H), San Paolo (ASL RM F), Grassi (ASL RM D), Pertini (ASL RM B) <b>TOTALE 11</b>
(L2) rubinetti rotti	Villa Albani (ASL RM H), ospedale di Bracciano e San Paolo (ASL RM F), Oftalmico (ASL RM E) <b>TOTALE 4</b>	AO Umberto I, Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Bel Colle (ASL Viterbo), ospedale di Palestrina (ASL RM G), ospedale di Bracciano e San Paolo (ASL RM F), Oftalmico (ASL RM E) <b>TOTALE 8</b>
(L2) servizi igienici fuori uso	AO Umberto I, ospedale di Latina (ASL Latina), ospedale di Subiaco (ASL RM G), San Paolo (ASL RM F) Oftalmico (ASL RM E). <b>TOTALE 5</b>	AO Umberto I, Latina (ASL Latina), De Lellis (ASL Rieti), Ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), Villa Albani (ASL RM H), San Paolo (ASL RM F) <b>TOTALE 6</b>
(L2) solo UO, stanze di degenza senza finestre		AO Umberto I, Villa Albani (ASL RM H) <b>TOTALE 2</b>
(L2) solo UO, assenza acqua calda		AO Umberto I, Regina Elena IFO, Latina (ASL Latina), ospedale di Bracciano e San Paolo (ASL RM F) <b>TOTALE 5</b>

Tabella n. 7: Quadro riassuntivo degli elementi di fatiscenza e di degrado strutturale rilevati negli ospedali osservati.

### 3.5.2 Livello cure primarie, sede di distretto – Fattore “Comfort”

**BUONO (IAS medio del fattore=61)**

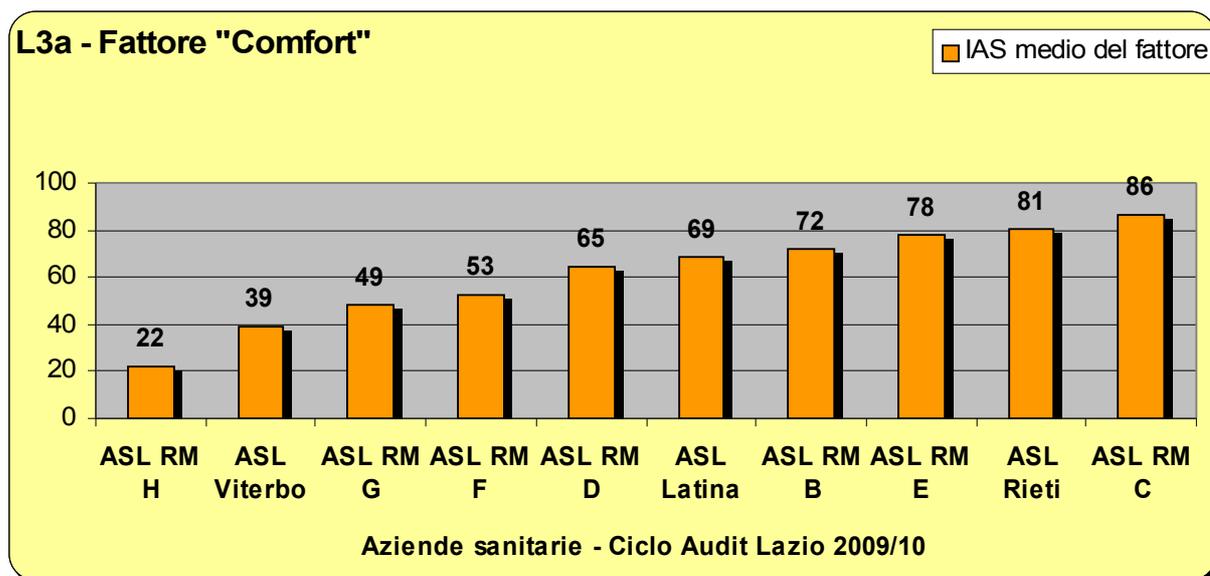


Fig.21: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, sede di distretto, prima componente.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” L3a</b>
(L3a) Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto
(L3a) Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili
(L3a) Spazio d'attesa nella sede di distretto
(L3a) Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)
(L3a) Distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)
(L3a) Bagno per disabili nella sede di distretto
(L3a) Bagno per il pubblico nella sede di distretto
(L3a) Bagni della sede di distretto dotati di: specchio, dispensatore di sapone, dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda, contenitori porta rifiuti, appendiabito
(L3a) Gabinetti della sede di distretto dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di segni di fatiscenza alle pareti
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di vetri rotti
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di finestre che non si chiudono
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di segni di rubinetti rotti
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di servizi igienici fuori uso

**Commento:**

Il fattore “Comfort” mediamente a livello di sedi di distretto ottiene un punteggio buono e il suo andamento è omogeneo per più della metà delle aziende considerate mentre in 4 casi l'IAS medio varia dal discreto allo scadente.

***I punti di eccellenza/rispetto pieno degli standard (IAS=100)***

- Tutte le 18 sedi di distretto osservate sono dotate di bagno per il pubblico e di posti auto esterni riservati ai disabili.

***I punti di debolezza (IAS<=50)***

- Nessuna sede di distretto dispone di un distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano);
- Solo in prossimità di 4 sedi di distretto è presente il parcheggio taxi;
- In 4 sedi di distretto sono stati osservati uno più segni di fatiscenza e degrado strutturale, le situazioni più critiche riguardano le sedi di distretto osservate di competenza della ASL di Viterbo e della RM H.

### 3.5.3 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Comfort”

DISCRETO (IAS medio del fattore=54)

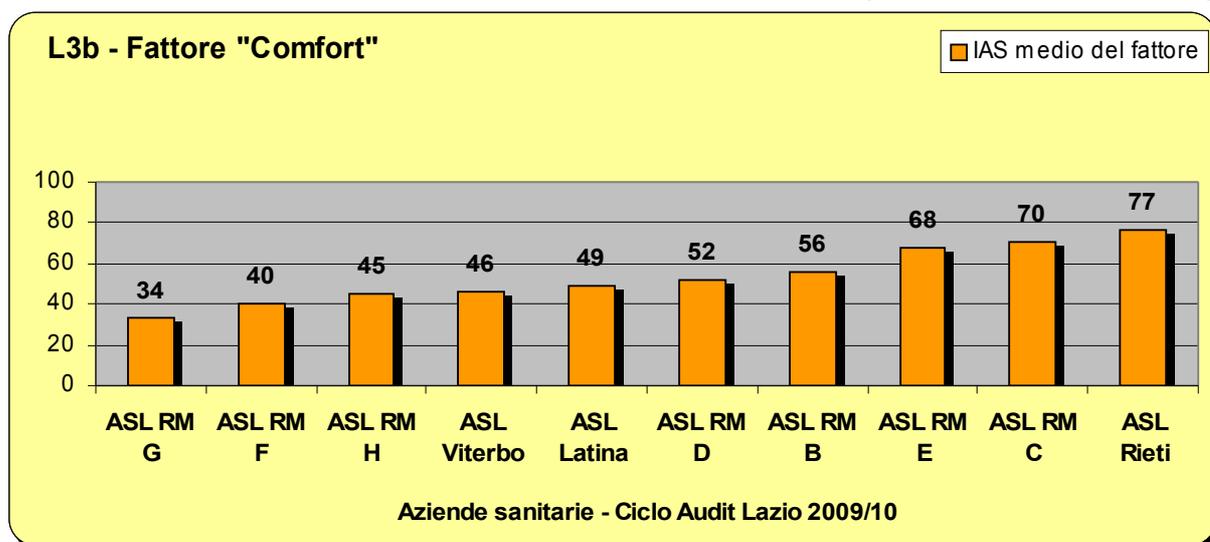


Fig.22: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” L3b
(L3b) Parcheggio taxi in prossimità della sede del poliambulatorio
(L3b) Posti auto all'esterno della sede del poliambulatorio riservati a disabili
(L3b) Spazi d'attesa nella sede del poliambulatorio
(L3b) Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)
(L3b) Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)
(L3b) Ambulatori dotati di bagni per disabili in prossimità del locale
(L3b) Ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale
(L3b) Bagni della sede del poliambulatorio dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L3b) Gabinetti della sede di poliambulatorio dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di segni di fatiscenza alle pareti
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di vetri rotti
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di finestre che non si chiudono
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio della presenza di insetti, scarafaggi ecc.
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di rubinetti rotti
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di servizi igienici fuori uso

**Commento:**

Ad eccezione delle tre aziende che ottengono un punteggio buono, il comfort a livello dei poliambulatori è mediamente discreto e in due casi scadente.

### I punti di forza (IAS >= 81)

- o La quasi totalità dei poliambulatori osservati dispone di posti auto esterni riservati ai disabili (IAS medio=88) e di bagni per il pubblico in prossimità del locale (IAS medio=97).

### I punti di debolezza (IAS <= 50)

- o In quasi nessun poliambulatorio è presente un distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano (IAS medio=3), pochi sono i poliambulatori con un parcheggio taxi in prossimità della sede (IAS medio=21) ed infine ancora limitata è la disponibilità nei poliambulatori osservati di distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (IAS medio=42);
- o In 8 ASL su 10 l'osservazione delle sedi dei poliambulatori considerati ha rilevato la presenza di uno o più segni di fatiscenza e degrado strutturale. Le uniche aziende che non presentano questa situazione sono la ASL RM E e Rieti.

### 3.5.4 Livello cure primarie, CSM/SerT – Fattore “Comfort”

DISCRETO (IAS MEDIO=52)

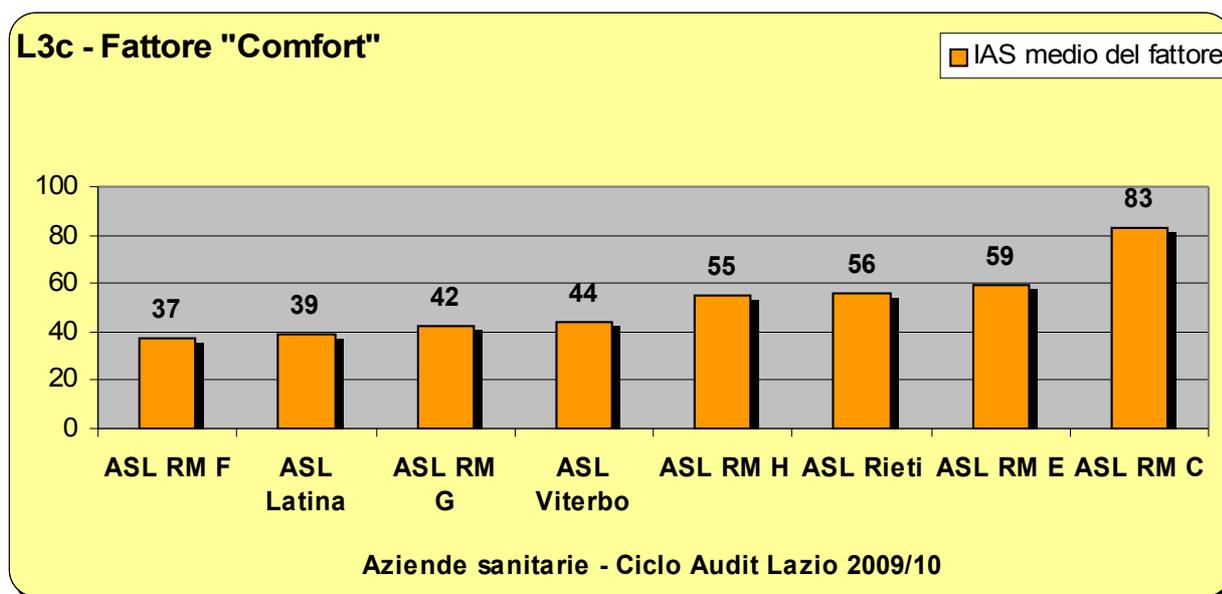


Fig.23: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, CSM/SerT, prima componente.

ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” L3c
(L3c) Parcheggio taxi in prossimità della struttura
(L3c) Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili
(L3c) Spazi d'attesa nella sede della struttura
(L3c) Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)
(L3c) Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)
(L3c) Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)
(L3c) Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)
(L3c) Bagni della sede della struttura dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L3c) Gabinetti della sede della struttura dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di segni di fatiscenza alle pareti

(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di vetri rotti
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di finestre che non si chiudono
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di rubinetti rotti
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di servizi igienici fuori uso

**Commento:**

Pur ottenendo un punteggio medio discreto, il livello dei CSM/SerT, con IAS medio pari a 52 è sicuramente quello più penalizzato per il comfort. Ad eccezione della ASL RM C le cui strutture di riferimento ottengono mediamente un punteggio ottimo, la situazione è abbastanza omogenea per le altre aziende con le situazioni più critiche per le ASL RM F e Latina.

**L'unico indicatore con IAS=100**

- Tutti i 30 servizi considerati tra CSM e SerT sono dotati di un bagno per il pubblico.

**Il punto di forza (IAS>=81)**

- La quasi totalità dei CSM/SerT considerati è dotata d'attesa (IAS medio=91).

**I punti di debolezza (IAS<=50)**

- La scarsa presenza nei servizi osservati di un distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (IAS medio=14), di distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (IAS medio=25);
- Su 30 servizi osservati ben 13<sup>14</sup> strutture tra CSM e SerT sono sprovviste di bagno per disabili nella sede;
- Ad eccezione dei servizi osservati per le ASL RM H, G e C, in tutti gli altri casi sono stati rilevati uno o più segni di fatiscenza e degrado strutturale con le situazioni più mediamente più critiche nella ASL RM E e nella ASL di Viterbo.

<sup>14</sup> Le strutture che non rispettano lo standard sono: CSM di Formia, SerT di Formia e di Priverno (ASL Latina), CSM di Via Gasparri e SerT di Via Valcannuta (ASL RM E), SerT di Civitavecchia (ASL RM F), CSM di Guidonia e SerT di Subiaco (Asl RM G), CSM e SerT di Tarquinia (ASL Viterbo), SerT di Rieti (ASL di Rieti).



**SECONDA COMPONENTE**  
***Inserire file PDF “seconda componente”***



#### 4. Seconda componente: “Impegno dell’azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”

La seconda componente con i suoi cinque fattori ci fornisce un quadro di quelli che sono gli effetti dell’impegno politico delle aziende rispetto a politiche cruciali in sanità quali ad esempio la sicurezza, la gestione delle malattie croniche, l’oncologia e il dolore, nonché la prevenzione. La tabella n. 8 riporta il quadro sintetico della distribuzione degli IAS dei fattori valutati per ogni livello di analisi.

Legenda:	Classi di punteggio
<b>IAS:</b>	
L1=Livello aziendale	IAS 100-81= OTTIMO
L2=Livello assistenza ospedaliera	<b>(IAS 100=ECCELLENZA)</b>
L3a=Livello sedi di distretto	<b>(IAS&gt;=81 PUNTI DI FORZA)</b>
L3b=Livello poliambulatorio	IAS 80-61=BUONO
L3c=Livello CSM/SerT	<b>(IAS&lt;=50 PUNTI DI DEBOLEZZA)</b>
	IAS 40-21=SCADENTE
	IAS 20-0=PESSIMO

Seconda componente Impegno delle aziende nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario IAS MEDIO=76					
Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c
2.6 Sicurezza dei pazienti	87	80	=	=	=
2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti	98	86	88	74	68
2.8 Malattie croniche e oncologia	72	=	=	=	=
2.9 Gestione del dolore	64	64	=	=	=
2.10 Prevenzione	58	71	79	65	49

Tabella n. 8 – Quadro della distribuzione degli IAS dei fattori per livelli di analisi della seconda componente.

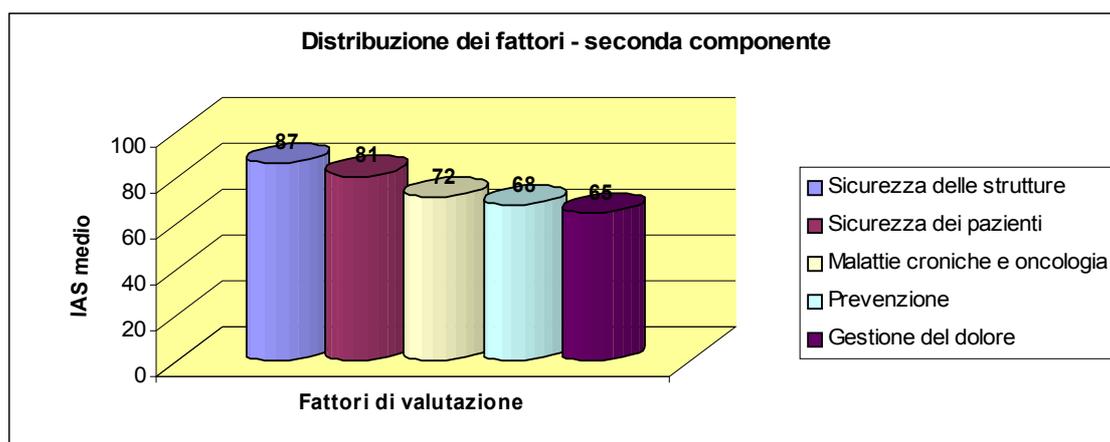


Fig. 24 – Distribuzione degli IAS medi dei fattori della seconda componente.

Tra i cinque fattori di valutazione che vi confluiscono, come mostra il grafico sopra, la sicurezza delle strutture e degli impianti (IAS medio=87) rappresenta il punto di forza mentre l’area delle politiche per la gestione del dolore si conferma, come lo scorso anno, il punto debole che necessita di maggiore attenzione.

#### 4.1 Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

Il fattore valuta su tutti i livelli di analisi dell’Audit civico, in che misura sono presenti elementi che testimoniano il rispetto e l’applicazione delle normative e dei protocolli in materia di sicurezza delle strutture e degli impianti. E’ a livello dei CSM/SerT che il fattore registra il suo valore più basso.

##### 4.1.1 Livello aziendale – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

OTTIMO (IAS medio del fattore=98)

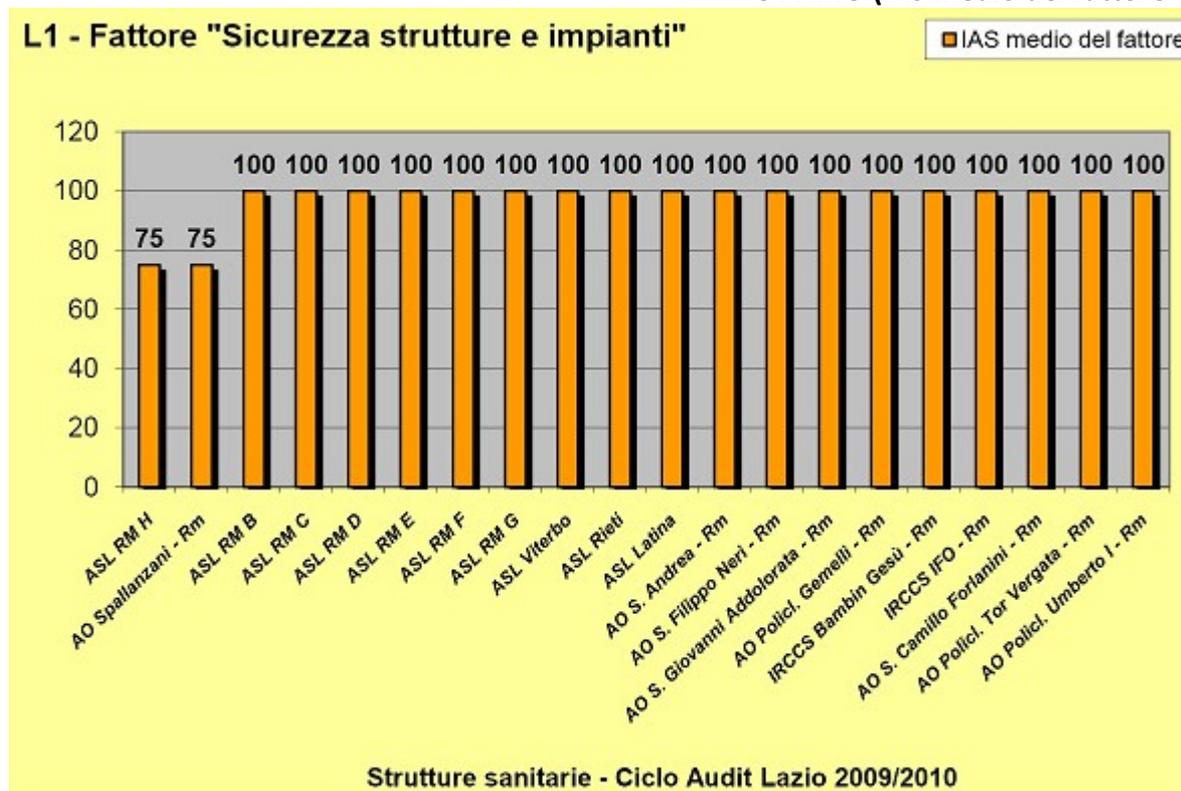


Fig.25: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” L1
(L1) Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini
(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
(L1) Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)
(L1) Servizio di ingegneria clinica

#### Commento:

Eccetto in due casi, le aziende considerate rispettano pienamente lo standard di questo fattore. Rispetto all’andamento dei quattro indicatori, solo per quanto riguarda la realizzazione di 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 (IAS=95) e la presenza del servizio di ingegneria clinica (IAS=95) gli standard non sono pienamente raggiunti.

4.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”  
OTTIMO (IAS medio del fattore=86)

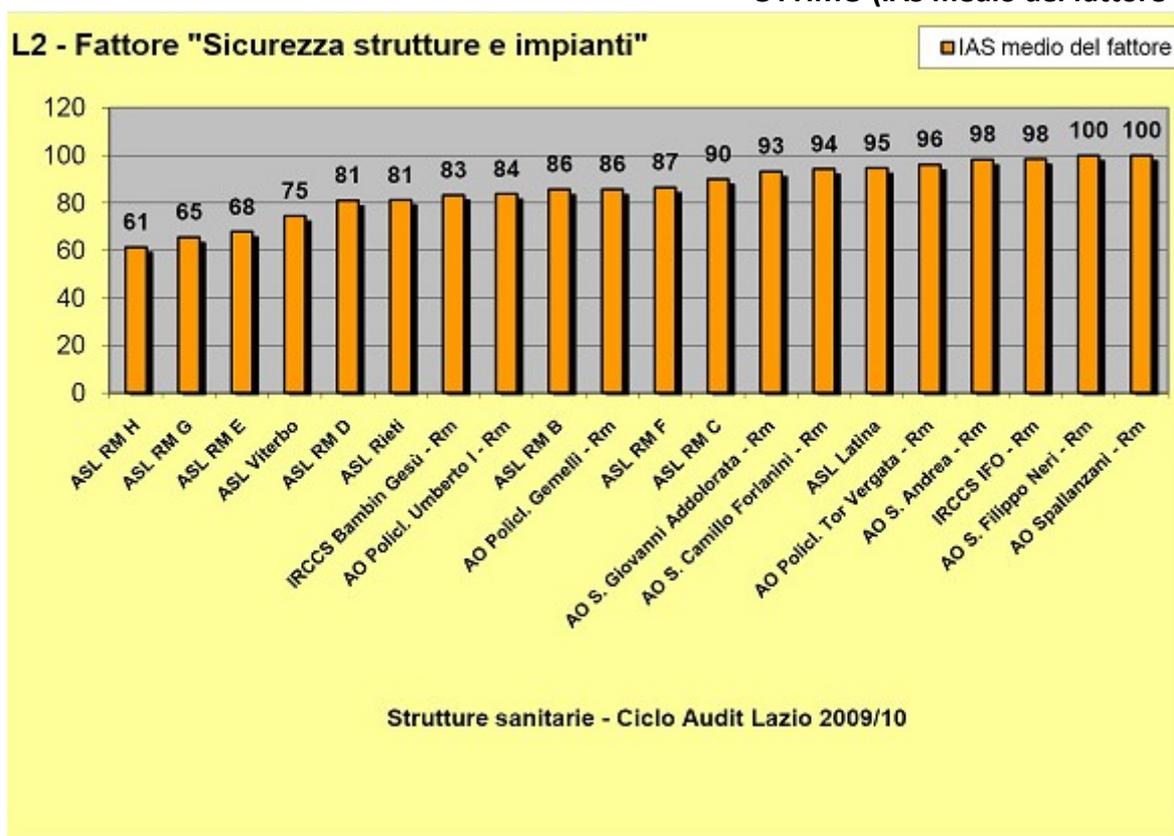


Fig.26: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” L2
(L2) Accesso dedicato ai mezzi di trasporto diretti al Pronto Soccorso
(L2) Camera calda al Pronto Soccorso
(L2) Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni
(L2) Procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Pronto Soccorso
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori
(L2) Unità Operative di degenza (anche Day Hospital) nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione

**Commento:**

A livello di assistenza ospedaliera il fattore mediamente ottiene un ottimo punteggio. Due aziende rispettano pienamente tutti gli standard mentre per le altre il punteggio mediamente oscilla tra l'ottimo e il buono. Rispetto all'andamento dei n.7 indicatori che concorrono alla valutazione del fattore non ci sono punti di particolare criticità, gli IAS medi sono compresi tra 100 e 72. I punteggi medi più bassi riguardano: l'Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni (IAS medio=72) e la percentuale delle Unità Operative di degenza (anche Day Hospital) nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione (IAS medio=73).

#### 4.1.3 Livello cure primarie, sede di distretto – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

OTTIMO (IAS medio del fattore=88)

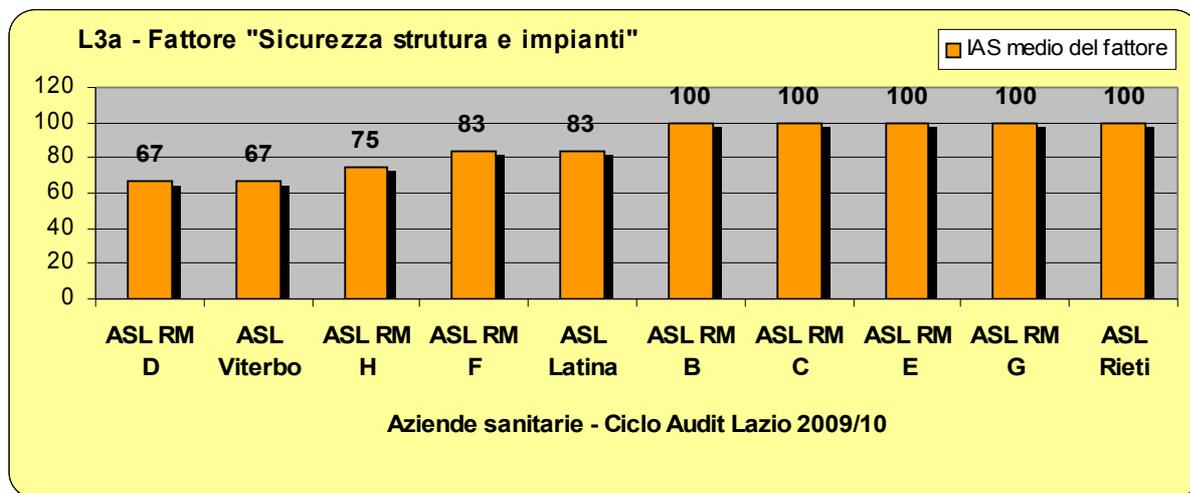


Fig.27: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, sede di distretto, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” L3a
(L3c) Segnaletica per le vie di fuga nella sede di distretto
(L3c) Segnaletica per l’individuazione degli estintori nella sede di distretto
(L3c) Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto

#### Commento:

L’andamento del fattore è mediamente ottimo e tra le aziende sanitarie considerate la metà raggiunge pienamente tutti gli standard degli elementi valutati. Per quanto riguarda gli elementi valutati non ci sono situazioni di particolare criticità.

#### 4.1.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

BUONO (IAS medio del fattore=74)

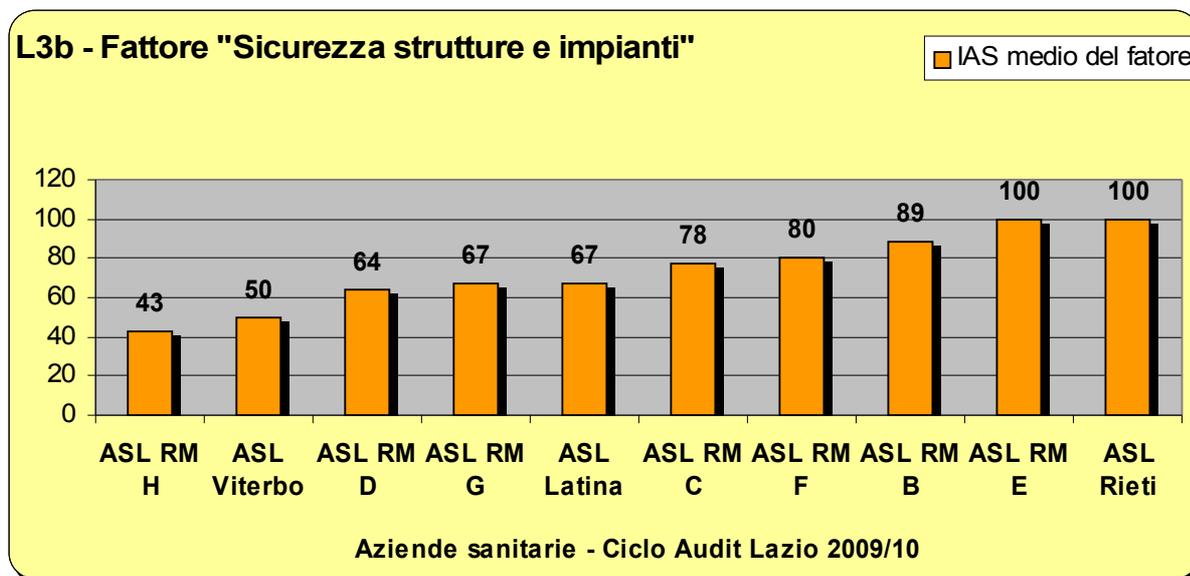


Fig.28: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, poliambulatorio, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” L3b
(L3c) Segnaletica per le vie di fuga nella sede del poliambulatorio
(L3c) Segnaletica per l’individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio
(L3c) Piantina di piano di evacuazione nella sede del poliambulatorio

**Commento:**

Complessivamente l’andamento del fattore a livello dei poliambulatori mostra una certa disomogeneità tra le aziende considerate: a fronte di due ASL che raggiungono pienamente lo standard per tutti gli indicatori, ce ne sono altre due che presentano un IAS medio tra il discreto e lo scadente.

Per quanto riguarda i tre indicatori che concorrono alla valutazione del fattore c’è da segnalare, in alcuni casi, una certa disomogeneità anche tra i poliambulatori di competenza della stessa ASL. Un elemento di criticità è che mediamente sono pochi i poliambulatori nei quali è presente una piantina del piano di evacuazione (IAS medio=58).

**4.1.5 Livello cure primarie, CSM/SerT – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”  
BUONO (IAS medio del fattore=68)**

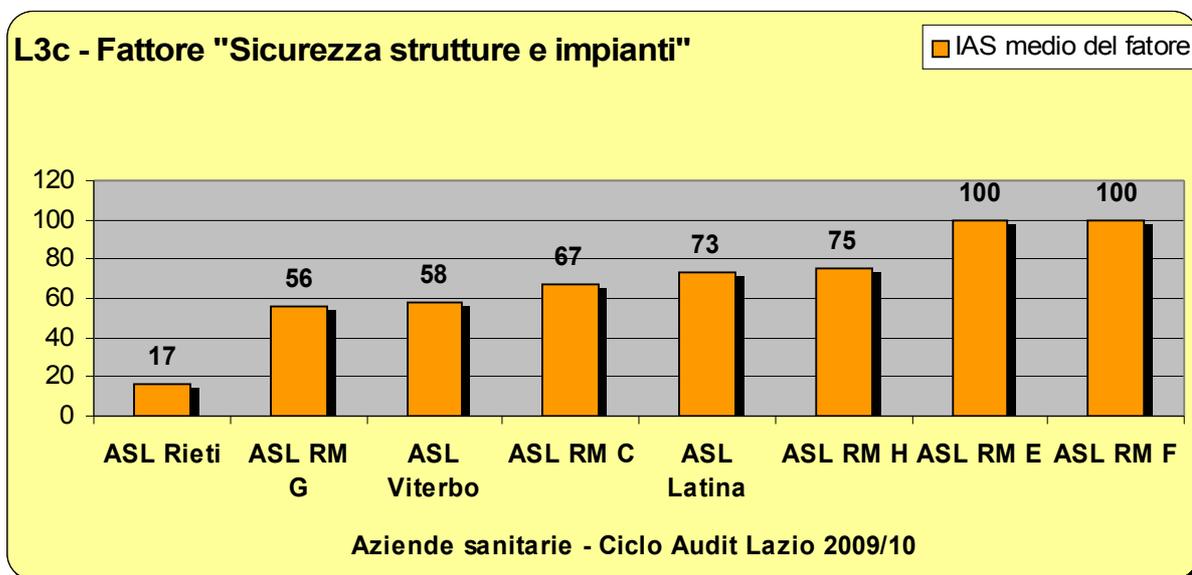


Fig.29: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, CSM/SerT, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” L3c
(L3c) Segnaletica per le vie di fuga nella sede del CSM/SerT
(L3c) Segnaletica per l’individuazione degli estintori nella sede del CSM/SerT
(L3c) Piantina di piano di evacuazione nella sede del CSM/SerT

**Commento:**

Come anticipato sopra, il fattore per il livello CSM/SerT ottiene il punteggio medio più basso e seppur mediamente “buono” di fatto, osservando il grafico è evidente una certa variabilità tra le aziende considerate, con addirittura una situazione di particolare criticità per i due servizi di competenza della ASL di Rieti che ottengono un IAS medio pessimo.

Rispetto ai tre indicatori, come per i poliambulatori, l'aspetto più critico è scarsa presenza nelle sedi dei CSM/SerT della piantina del piano di evacuazione (IAS medio=40).

## 4.2 Fattore "Sicurezza dei pazienti"

Il fattore, con un IAS pari ad 81, mediamente rappresenta un punto di forza della seconda componente ed in particolare per il livello aziendale, dove ottiene un punteggio medio di 87 mentre a livello di assistenza ospedaliera è leggermente più basso (IAS medio=80). I 30 indicatori che concorrono alla sua valutazione riguardano sostanzialmente la rilevazione di quegli elementi relativi al rispetto delle normative e delle linee guida in materia di sicurezza dei pazienti così come l'adozione di protocolli, procedure e misure finalizzate a promuovere e garantire la sicurezza dei pazienti.

### 4.2.1 Livello aziendale – Fattore "Sicurezza dei pazienti"

**OTTIMO (IAS medio del fattore=87)**

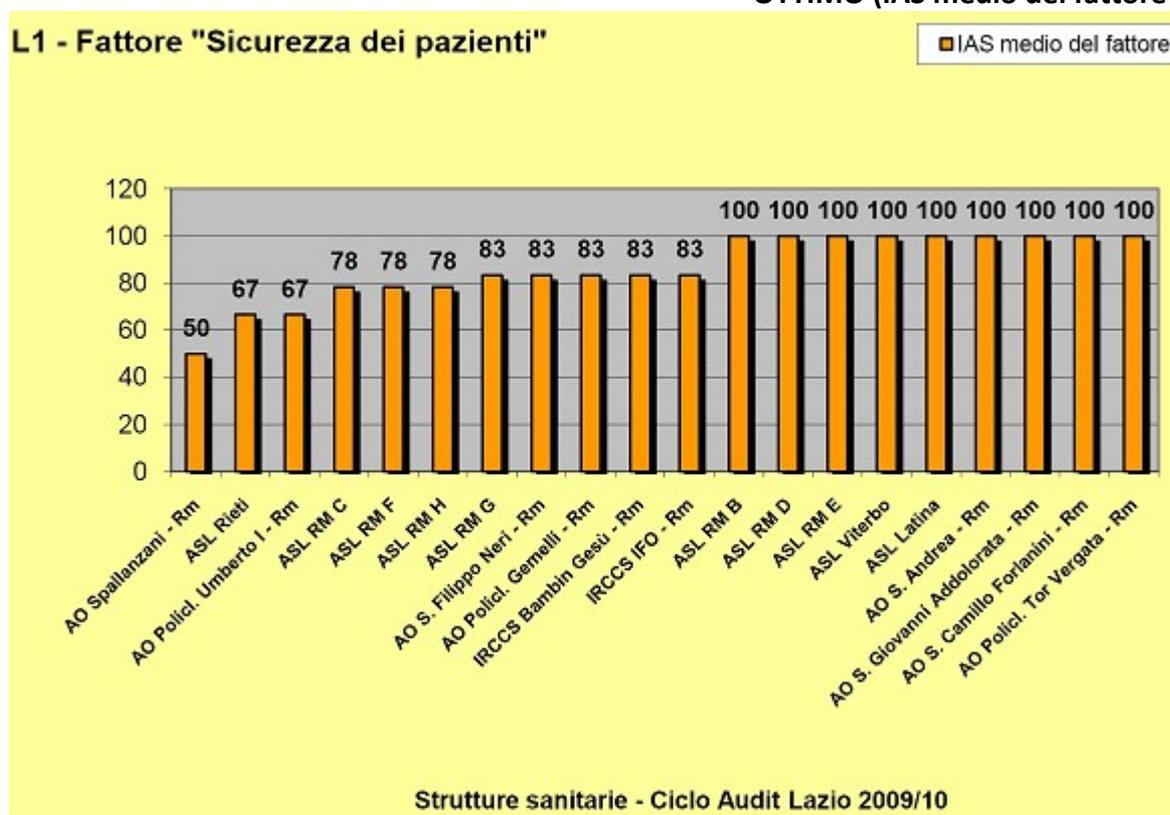


Fig.30: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Sicurezza dei pazienti" – Livello aziendale, seconda componente.

#### ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE "SICUREZZA DEI PAZIENTI" L1

(L1) Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico
(L1) Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
(L1) Comitato per il buon uso del sangue
(L1) Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari
(L1) Procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con Assistenza immediata al paziente ad alla famiglia in caso di evento avverso
(L1) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari

**Commento:**

Mediamente l'andamento del fattore oltre ad ottenere un IAS medio ottimo, con ben 9 casi di rispetto pieno di tutti gli standard considerati, è abbastanza omogeneo. L'unica eccezione è rappresentata dall'AO Spallanzani con un IAS medio discreto pari a 50, tale risultato è determinato dall'assenza nella struttura del comitato per il buon uso del sangue, di una funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico e di misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Osservando i punteggi medi dei sei indicatori che concorrono alla valutazione del fattore emerge che:

- In tutti i 29 ospedali c'è la Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e negli ultimi due anni sono stati realizzati dei corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti rivolti agli operatori sanitari;
- Su 29 ospedali solo 18 dispongono di misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari (IAS medio=60).

**4.2.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Sicurezza dei pazienti”**

**BUONO (IAS medio del fattore=80)**

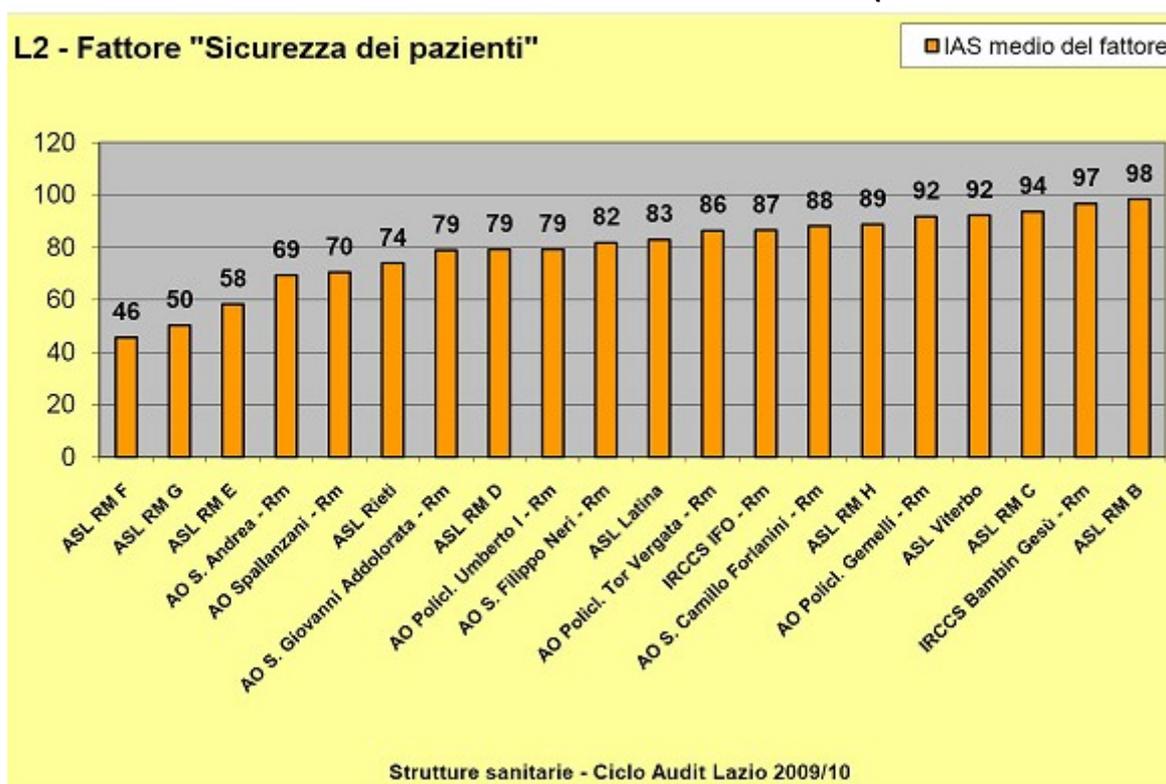


Fig.31: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza dei pazienti” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DEI PAZIENTI” L2
(L2) Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere
(L2) Documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio
(L2) Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici
(L2) Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio
(L2) Protocollo per il cateterismo urinario
(L2) Linee guida scritte per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
(L2) Protocollo per il posizionamento di cateteri intravascolari centrali
(L2) 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
(L2) Procedura/linea guida scritte contenente l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita
(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
(L2) Utilizzo di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errore in terapia farmacologica
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
(L2) 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
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del decesso materno durante il parto"
(L2) Procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti
(L2) Procedure scritte per il lavaggio delle mani
(L2) Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori
(L2) Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza
(L2) Numero di medici che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici
(L2) Numero di infermieri che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale degli infermieri
(L2) Procedura scritta con indicazioni per impiegare al meglio le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni

**Commento:**

Il confronto dell'andamento del fattore tra le 20 strutture considerate mostra una certa variabilità: mentre in undici casi l'IAS medio ricade nella categoria dell'ottimo, ci sono tre casi nei quali l'IAS è discreto con valori compresi tra 58 e 46.

### ***I punti di eccellenza/rispetto pieno degli standard (IAS=100)***

- Presenza in tutti gli ospedali osservati di una procedura scritta per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio e per il lavaggio delle mani;
- Utilizzo in tutti gli ospedali osservati 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 e di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere.

### ***I punti da migliorare***

Di seguito riportiamo quegli indicatori che risentono della variabilità tra le strutture considerate e che pertanto, fanno emergere l'esigenza di intervenire affinché questi standard di sicurezza diventino effettivamente condivisi da tutto il sistema dell'assistenza ospedaliera.

- Otto<sup>15</sup> presidi ospedalieri non posseggono ancora una procedura/linea guida scritte, contenente l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita (IAS medio=65);
- Dieci<sup>16</sup> presidi ospedalieri non posseggono una procedura scritta per la prevenzione delle cadute dei pazienti (IAS medio=68);
- Tredici presidi<sup>17</sup> ospedalieri non posseggono una procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori (IAS medio=60);
- Nove<sup>18</sup> presidi ospedalieri non adottano misure volte ad implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errore in terapia farmacologia (IAS medio=67).

### ***I punti di particolare criticità***

- Basso è il numero di medici (IAS medio=28) e degli infermieri (IAS medio=39) che hanno effettuato un corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici/infermieri.

## **4.3 Fattore “Malattie croniche e oncologia”**

Alla valutazione del fattore concorrono n. 12 indicatori rilevati solo a livello aziendale che prendono in esame una serie di aspetti connessi alla presa in carico e l'assistenza delle persone con patologie croniche e oncologiche.

---

<sup>15</sup> I presidi ospedalieri ai quali si fa riferimento sono: AO San Giovanni, AO Sant'Andrea, De Lellis (ASL Rieti), ospedale di Subiaco e di Palestrina (ASL RM G), G.B. Grassi (ASL RM D), ospedale di Formia (ASL di Latina) e il San Paolo (ASL RM F).

<sup>16</sup> I presidi ospedalieri ai quali si fa riferimento sono: San Gallicano (IRCCS IFO), AO San Filippo Neri, AO Sant'Andrea, Villa Albani (ASL RM H), ospedale di Palestrina e Subiaco (ASL RM G), G.B. Grassi (ASL RM D), ospedale di Formia e Latina (ASL di Latina) e ospedale di Bracciano (ASL RM F).

<sup>17</sup> I presidi ospedalieri ai quali si fa riferimento sono: AO Policlinico Umberto I, San Gallicano e Regina Elena (IFO), AO San Giovanni, AO San Filippo Neri, De Lellis (ASL Rieti), G.B. Grassi (ASL RM D), ospedali di Formia, Gaeta e Latina (ASL di Latina), ospedale di Palestrina (ASL RM G), San Paolo (ASL RM F) e Sant'Eugenio (ASL RM C).

<sup>18</sup> I presidi ospedalieri ai quali si fa riferimento sono: ospedale di Formia (ASL Latina), ospedale di Tarquinia (ASL Viterbo), ospedali di Palestrina e Subiaco (ASL RM G), ospedali di Bracciano e San Palo (ASL RM F), Oftalmico (ASL RM E) AO Spallanzani, AO San Giovanni.

BUONO (IAS medio del fattore=72)

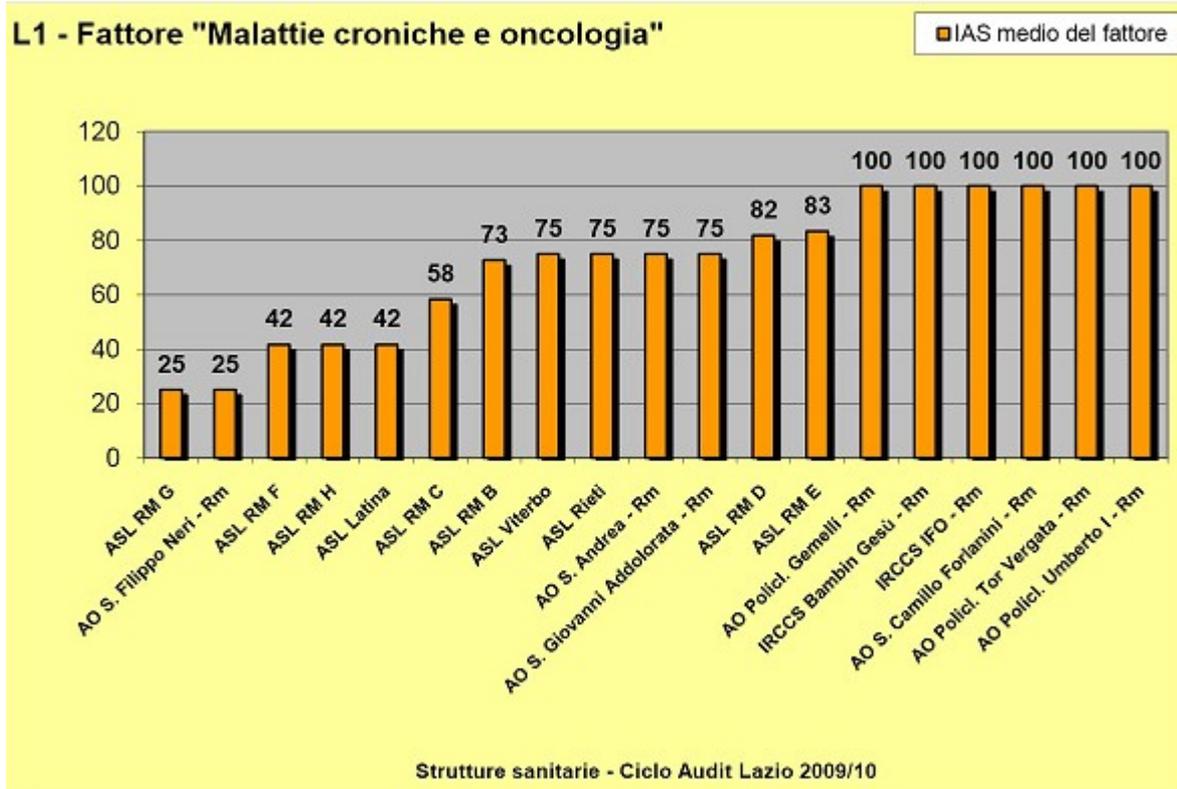


Fig.32: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Malattie croniche e oncologia" – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE "MALATTIE CRONICHE E ONCOLOGIA" L1
(L1) Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche
(L1) Centri di counselling genetico per pazienti con patologie croniche o rare
(L1) Servizio di cure chemioterapiche
(L1) Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)
(L1) Centri di riferimento dell'azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi
(L1) Procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia
(L1) Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia
(L1) Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi
(L1) Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi
(L1) Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità congrue per gli utenti
(L1) Servizio di dialisi domiciliare
(L1) Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati

**Commento:**

Il fattore ottiene un punteggio medio buono con IAS pari a 72 e il suo andamento tra le aziende considerate evidenzia una certa disomogeneità. Mentre in sei casi le aziende rispettano pienamente tutti gli standard e in 7 casi ottengono punteggi medi buoni con IAS compresi tra 83 e 73, ce ne sono altre 6 che presentano una situazione tra il discreto e lo scadente, con IAS medi compresi tra 58 e 25.

### **Un punto di eccellenza/rispetto piano dello standard**

- Tutte le aziende considerate offrono il Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati.

### **I punti di forza (IAS>88)**

- La maggior parte delle aziende dispone del servizio di cure chemioterapiche (IAS medio=94);
- In quasi tutti i casi sono previsti percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale) (IAS medio=89).

### **I punti di particolare debolezza (IAS<41)**

- Delle n.10 ASL considerate, solo n.4<sup>19</sup> offrono il servizio di dialisi domiciliare (IAS medio=40);
- Delle n.10 ASL considerate solo la ASL RM B dispone di procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi (IAS medio=10).

## **4.4 Fattore “Prevenzione”**

Il fattore ottiene un punteggio medio pari a 68 e assieme alla gestione del dolore, rappresenta sicuramente l'area della seconda componente che necessita di essere sviluppata e migliorata. Il fattore è rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit civico ed ottiene il suo risultato migliore a livello di sedi di distretto (IAS medio=79) mentre è a livello di CSM/SerT che mediamente si registra il punteggio più basso con un IAS medio pari a 49.

### **4.4.1 Livello aziendale – Fattore “Prevenzione”**

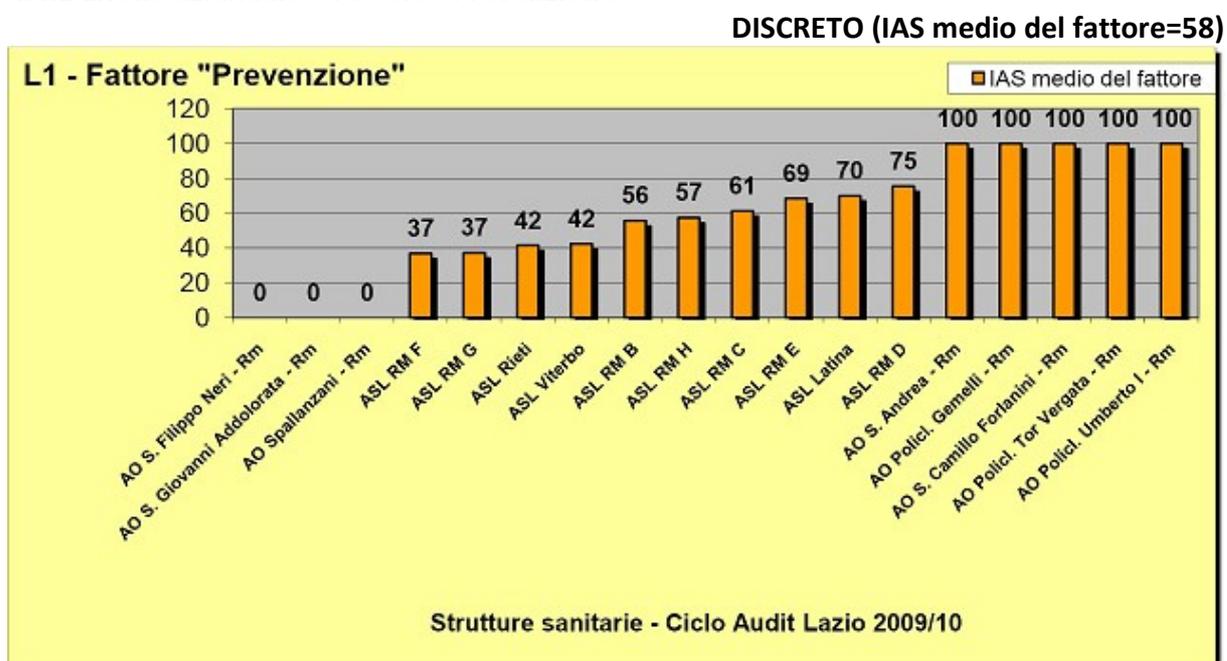


Fig.33: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello aziendale, seconda componente.

<sup>19</sup> Si tratta delle ASL: D, E, H e Rieti.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” L1</b>
(L1) 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
(L1) Attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus: interventi formativi; formazione specifica degli operatori per sospetto precoce di ictus e immediato allertamento rete emergenza; utilizzo algoritmi specifici per il sospetto di ictus per il personale dei mezzi di soccorso, riorientamento di piani di formazione già previsti
(L1) Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza
(L1) Stroke Unit nell'ospedale della AO e protocollo di assistenza
(L1) Programma di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione dei seguenti interventi: informazione/comunicazione; interventi di tipo cognitivo comportamentale che coinvolgono anche gli insegnanti; partecipazione al Global Youth Tobacco survey
(L1) Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi: - counselling; - farmaci sostitutivi; - altri farmaci; - altri trattamenti
(L1) 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 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
(L1) Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche
(L1) Percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale
(L1) Programma per la promozione dell'attività fisica nella popolazione
(L1) 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
(L1) 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)
(L1) Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio
(L1) Programma organizzato di screening mammografico
(L1) Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia
(L1) Programma organizzato di screening con il pap test
(L1) Percentuale di donne che si sottopone al pap test
(L1) Programma organizzato di screening del cancro del colon retto
(L1) Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto

**Commento:**

Come illustra chiaramente il grafico sopra, a fronte di un IAS mediamente discreto del fattore, osservando il suo andamento tra le strutture sanitarie considerate<sup>20</sup> si delinea una situazione forte eterogeneità, in parte probabilmente spiegata dal fatto che per le AO concorre alla valutazione del fattore un solo indicatore<sup>21</sup>. Delle otto aziende ospedaliere considerate, cinque raggiungono pienamente lo standard e ben tre ottengono il risultato

<sup>20</sup> Gli IRCCS IFO e Bambin Gesù non compaiono in quanto il fattore “Prevenzione” per il livello aziendale non è per queste strutture pertinente.

<sup>21</sup> Si tratta del seguente indicatore: presenza/assenza “Stroke Unit nell'ospedale della AO e protocollo di assistenza”.

opposto; per quanto riguarda le dieci ASL osservate ottengono punteggi medi variabili tra 75 e 37.

### ***Il punto d'eccellenza e i punti di forza***

- Tutte le ASL considerate attuano un programma organizzato di screening mammografico;
- Tutte le ASL ad eccezione della ASL RM F attuano un programma organizzato di screening con il pap test (IAS medio=90).
- In tutte le ASL è attivo un programma per la promozione dell'allattamento al seno (IAS medio=82), la differenza tra le ASL è data dal rispetto o meno di tutti i parametri di attività previste per questo indicatore (Vedi nell'elenco sopra).

### ***I punti di debolezza (IAS<=50)***

- Solo in tre ASL (Viterbo, Latina e RM B) esiste un 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 (IAS medio=33) e di queste tre ASL, solo la ASL RM B raggiunge pienamente lo standard per le attività previste nel protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus (IAS medio=17);
- Nella maggior parte degli ospedali delle ASL considerate manca la Stroke Unit<sup>22</sup> e il protocollo di assistenza (IAS medio=30);
- Mediamente basse sono le percentuali: di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale (IAS medio=49), di donne che si sottopone al pap test (IAS medio=36) e di persone che si sottopone al test del sangue occulto (IAS medio=23);
- In tre ASL manca del tutto l'attuazione del programma di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole e mediamente anche nelle ASL dove è presente lo standard relativo alle attività previste (vedi elenco sopra) non è rispettato pienamente (IAS medio=47); anche per quanto riguarda la presenza del servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL il risultato è discreto con IAS medio=48;
- La metà delle ASL considerate non ha un 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) (IAS medio=50) e solo n. 4 ASL posseggono un programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio (IAS medio=40).

---

<sup>22</sup> E' presente solo negli ospedali delle ASL RM C, D ed E.

#### 4.4.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Prevenzione”

BUONO (IAS medio del fattore=71)



Fig.34: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

A livello di assistenza ospedaliera il fattore “Prevenzione” è valutato attraverso la rilevazione di due indicatori relativi al rispetto del divieto di fumo, riportati in grassetto nell’elenco che segue, e n.8 eventi sentinella, riportati a carattere normale. L’osservazione di ogni evento sentinella incide in maniera significativa sull’IAS medio dell’ospedale considerato poiché vi contribuisce con punteggio negativo.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” L2
<b>(L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell’ospedale adibiti a servizio dell’utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</b>
(L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell’ospedale adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di persone che fumano
(L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell’ospedale adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di posacenieri
(L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell’ospedale adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di mozziconi di sigaretta per terra
(L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell’ospedale adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di odore di fumo di sigaretta
<b>(L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell’ospedale, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</b>
(L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell’ospedale, attraverso l’assenza di persone che fumano
(L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell’ospedale, attraverso l’assenza di posacenieri
(L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell’ospedale, attraverso l’assenza di mozziconi di sigaretta per terra
(L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell’ospedale, attraverso l’assenza di odore di fumo di sigaretta

**Commento:**

L'andamento del fattore descrive una situazione abbastanza eterogenea tra le aziende considerate: in n. 6 casi vengono rispettati pienamente tutti gli standard e non sono stati osservati eventi sentinella, in n.5 casi il punteggio medio ottiene comunque un valore ottimo con IAS compresi tra 98 e 86 e in n.9 casi l'andamento è decisamente peggiore con punteggi medi compresi tra 58 e -3.

Quello che emerge da un'analisi più dettagliata è che, mentre nella quasi totalità degli ospedali considerati relativamente sia alle parti comuni (IAS=90) che alle Unità Operative di degenza (IAS=89), mediamente è rispettato il divieto di fumo attraverso la presenza di cartelli regolamentari, di fatto, nel corso dei monitoraggi e in particolare negli ospedali delle ASL che ottengono i punteggi più bassi, sono stati osservati più eventi sentinella. Il numero maggiore di eventi sentinella riguarda le Unità Operative di degenza.

**4.4.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Prevenzione”**

**BUONO (IAS medio del fattore=79)**

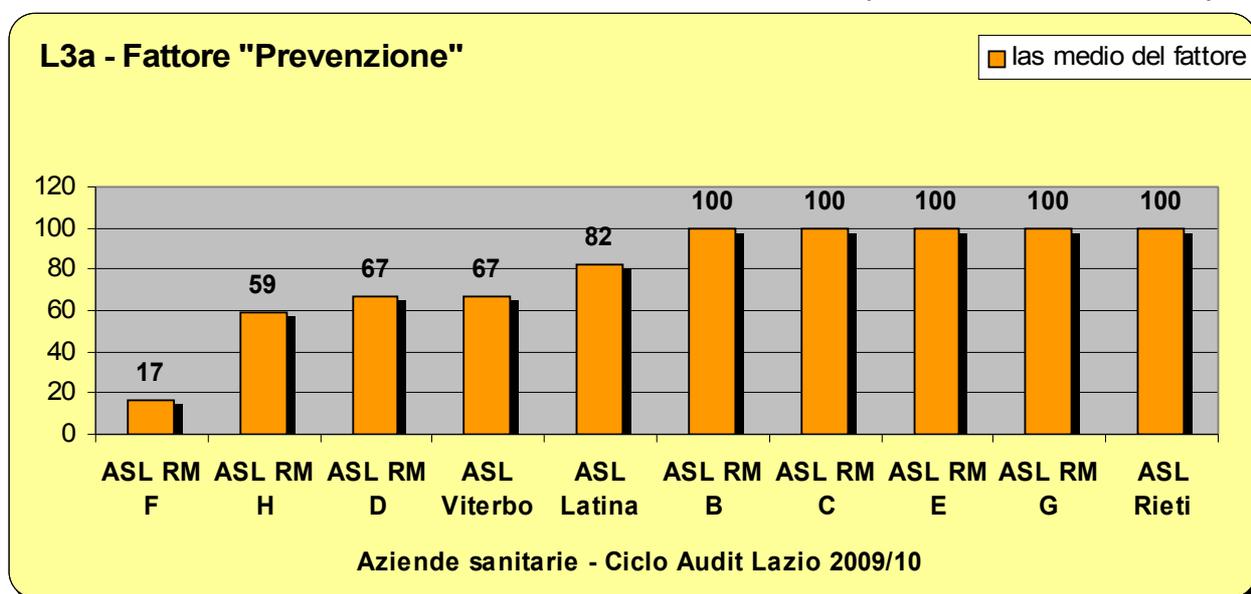


Fig.35: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello cure primarie, sedi di distretto, seconda componente.

Nell'elenco che segue sono riportati in grassetto i tre indicatori e i quattro eventi sentinella che concorrono alla valutazione del fattore.

ELENCO DEGLI ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” L3a
<b>(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</b>
<b>(L3a) Invio ai pediatri da parte dell’Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi</b>
<b>(L3a) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</b>
(L3a) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano -odore di fumo di sigaretta.
(L3a) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posacenieri

(L3a) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra

(L3a) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di sigaretta

**Commento:**

Nella metà delle ASL considerate sono rispettati pienamente tutti gli standard e nelle rispettive sedi di distretto non sono stati osservati eventi sentinella. Per le cinque ASL che ottengono punteggi medi compresi tra 82 e 17 oltre a non essere mediamente rispettati gli standard per i tre indicatori, nel caso della ASL RM H e Latina è stato osservato anche un evento sentinella.

**4.4.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Prevenzione”**

**BUONO (IAS medio del fattore=65)**

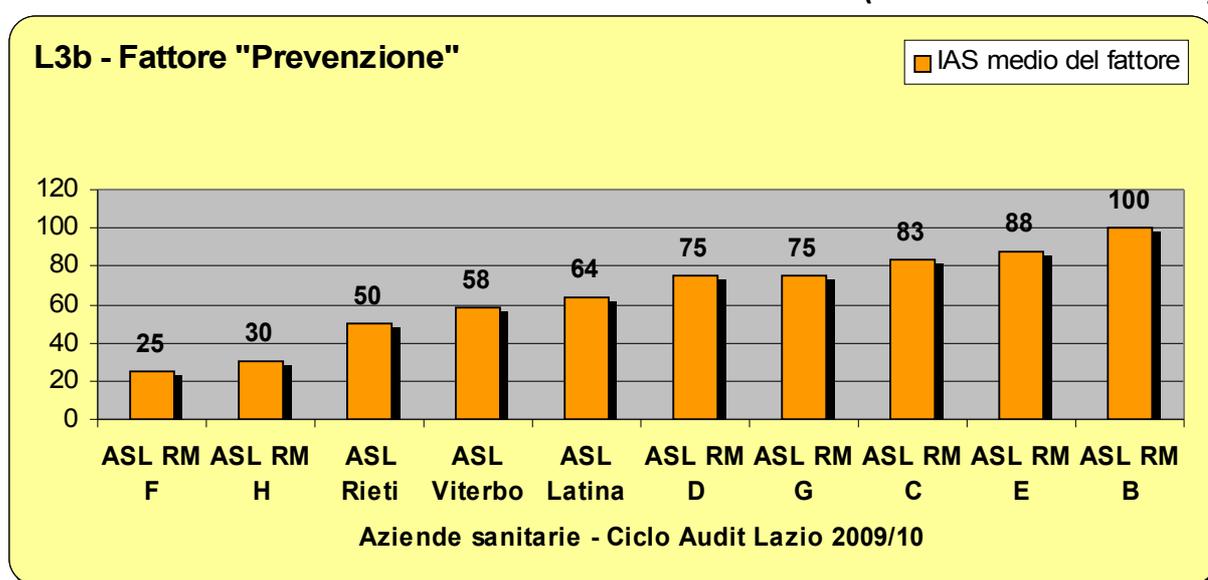


Fig.36: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello cure primarie, poliambulatori, seconda componente.

Nell'elenco che segue sono riportati in grassetto i due indicatori e i quattro eventi sentinella che concorrono alla valutazione del fattore.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” L3b</b>
<b>(L3b) Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio</b>
<b>(L3b) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</b>
(L3b) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano
(L3b) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posacenieri
(L3b) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra
(L3b) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di sigaretta

**Commento:**

Nonostante il buon risultato medio del fattore, analizzando l'andamento dei due indicatori emerge che mediamente sono poche le sedi dei poliambulatori nelle quali è effettuata la distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico (IAS medio=53) mentre per quanto riguarda il rispetto del divieto di fumo attraverso i cartelli regolamentari la situazione è decisamente migliore (IAS medio=81), per quanto riguarda gli eventi sentinella non ci sono situazioni di particolare criticità.

**4.4.5 Livello cure primarie, CSM/SerT – Fattore “Prevenzione”**

**DISCRETO (IAS medio del fattore=49)**

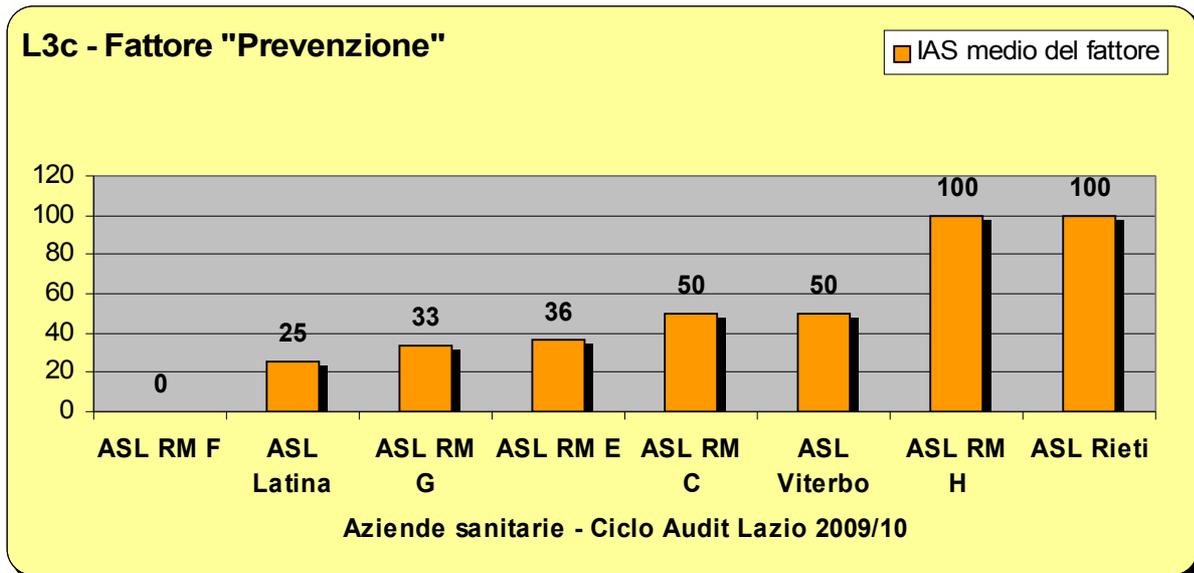


Fig.37: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello cure primarie, CSM/SerT, seconda componente.

**Commento:**

A livello di CSM/SerT, il fattore è valutato attraverso la rilevazione della distribuzione o meno di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura. Come mette ben in evidenza il grafico c'è una situazione di eterogeneità tra i servizi delle ASL considerate e anche tra i servizi di competenza della stessa ASL.

**4.5 Fattore “Gestione del dolore”**

La gestione del dolore è il fattore della seconda componente che ottiene il punteggio IAS più basso. Il fattore è valutato a livello aziendale e dell'assistenza ospedaliera, in entrambi i casi il risultato è mediamente buono.

#### 4.5.1 Livello aziendale – Fattore “Gestione del dolore”

BUONO (IAS medio del fattore=64)

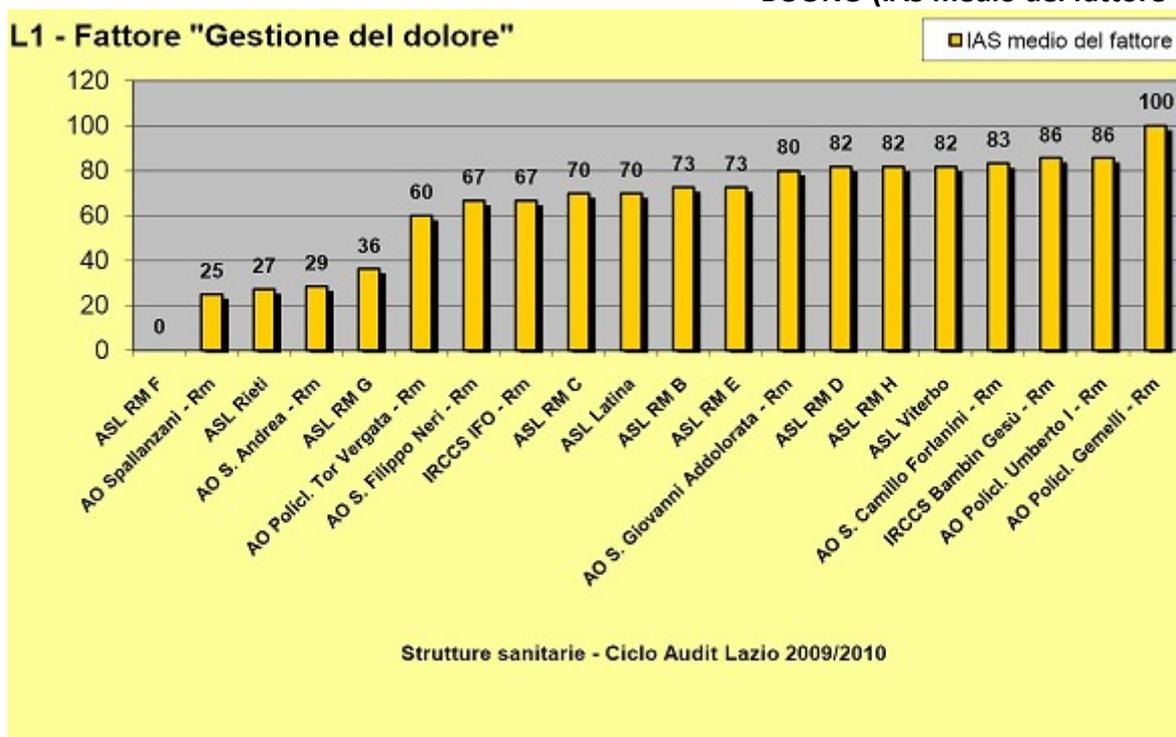


Fig.38: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Gestione del dolore” – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “GESTIONE DEL DOLORE” L1
(L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari
(L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio
(L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital
(L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)
(L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
(L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatoriale
(L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale
(L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso
(L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice
(L1) Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni
(L1) Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni

**Commento:**

Mediamente il fattore mostra un andamento abbastanza omogeneo tra le aziende considerate. Per quattro aziende la situazione è decisamente critica con punteggi medi variano dallo scadente al pessimo.

### Il punto di forza

- Nella quasi totalità dei casi sono presenti linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale (IAS medio=95).

### I punti di particolare debolezza (IAS<38)

- Poco diffuse sono state le Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni (IAS medio=37) e le Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni (IAS medio=25).

### 4.5.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Gestione del dolore”

**BUONO (IAS medio del fattore=64)**

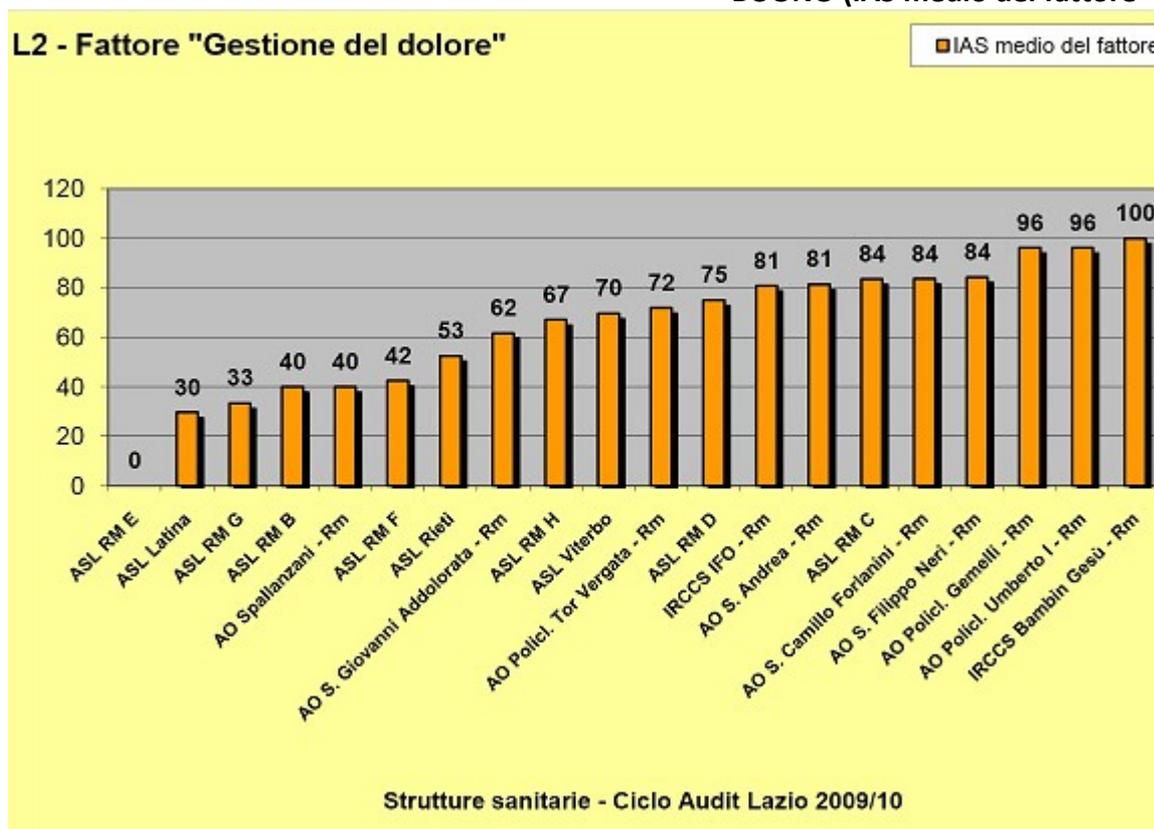


Fig.39: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Gestione del dolore” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “GESTIONE DEL DOLORE” L2
(L2) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore
(L2) Valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati
(L2) 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
(L2) Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario negli ultimi 2 anni
(L2) 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
(L2) Disponibilità del parto indolore
(L2) Disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio)

**Commento:**

A livello di assistenza ospedaliera il fattore presenta un certo grado di variabilità tra gli ospedali delle aziende considerate. Oltre all'eccezione positiva del Bambin Gesù che rispetta pienamente tutti gli standard di riferimento, c'è da rilevare una situazione di particolare criticità per gli ospedali delle aziende che ottengono punteggi medi tra lo scadente e il pessimo e lo Spallanzani.

**I punti di forza**

- Nella quasi totalità<sup>23</sup> degli ospedali considerati è disponibile il parto indolore (IAS medio=91);
- In quasi tutti i presidi ospedalieri è disponibile il servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio (IAS medio=90).

**I punti di debolezza**

- Mediamente la valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati è fatta per lo più solo in situazioni particolari o per nulla ed ottiene un punteggio medio pari 50;
- Solo in 10 presidi ospedalieri su n. 28, negli ultimi due anni, si sono realizzate iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore (IAS medio=47);
- Solo 8 ospedali su 26 posseggono una procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso (IAS medio=41).

---

<sup>23</sup> Gli ospedali dove non è disponibile il parto indolore sono quello di Formia e di Latina (ASL Latina) e l'ospedale Bel Colle (ASL di Viterbo).

**TERZA COMPONENTE**  
***Inserire file PDF "Terza componente"***



## 5. Terza componente: “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”

La terza componente con i suoi due fattori valutati entrambi solo per il livello aziendale, fornisce un’indicazione della misura in cui le varie aziende effettivamente implementano politiche atte a garantire l’attivazione degli istituti di partecipazione previsti dalla legge e a promuovere altre forme di coinvolgimento delle organizzazioni civiche.

Delle tre componenti, la terza è quella che ottiene il punteggio medio più basso con un IAS pari a 45. Il punteggio medio è leggermente migliore per quanto riguarda l’attuazione e il funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti (IAS medio=50).

### 5.1 Fattore “Istituti di partecipazione degli utenti” – Livello aziendale

DISCRETO (IAS medio=50)

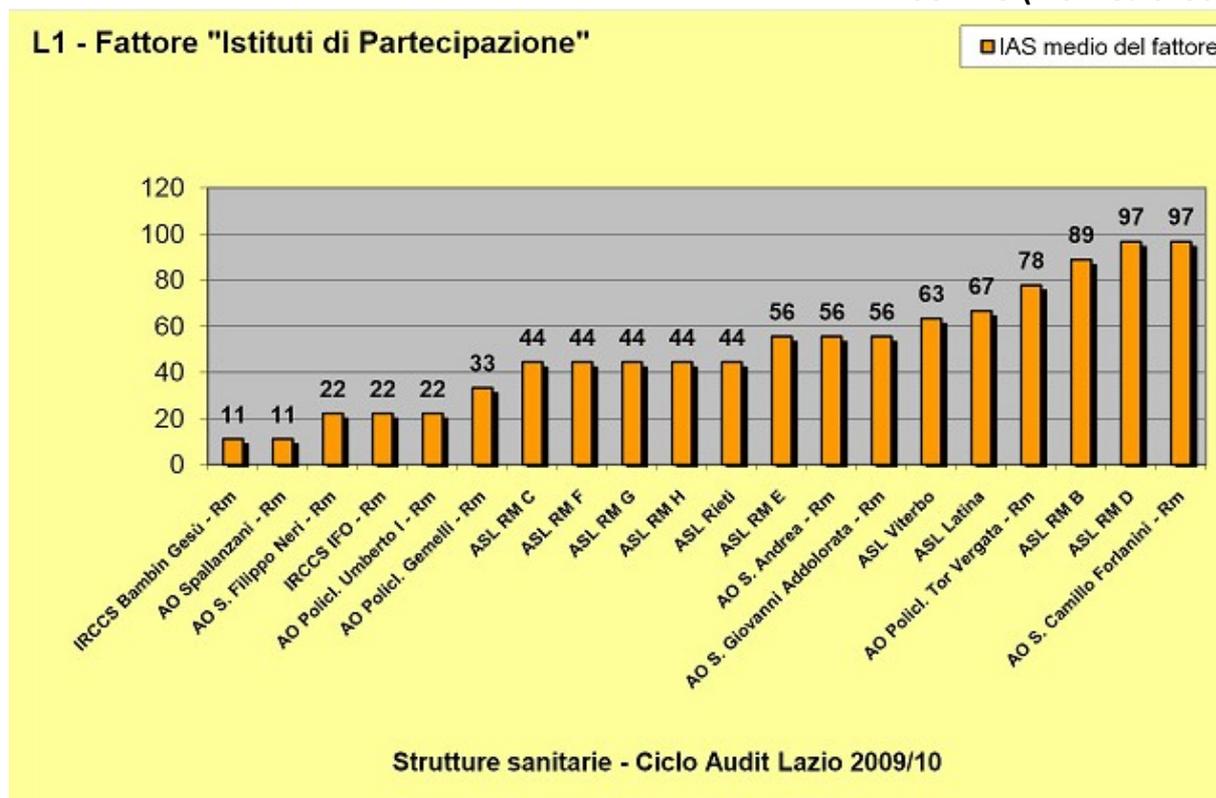


Fig. 40: Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione” – Livello aziendale, terza componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ISTITUTI DI PARTECIPAZIONE” L1
(L1) Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlg 229/99)
(L1) Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (art. 14 dlg 502/92)
(L1) Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico)
(L1) Commissione mista conciliativa
(L1) Comitati consultivi misti
(L1) Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità
(L1) Coinvolgimento diretto dei cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi
(L1) Comitato etico

(L1) Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico

**Commento:**

L'attuazione e il funzionamento degli Istituti di partecipazione, come mostra il grafico risente di una decisa variabilità tra le aziende considerate tant'è che in tre casi il risultato è ottimo (IAS 97-89), in tre casi buono (IAS 78-63), in otto casi è discreto (IAS 56-44), in 4 casi è scadente (IAS 33-22) e in due casi è addirittura pessimo (IAS=11).

**Il punto d'eccellenza e di forza**

- In tutti i casi è presente il Comitato etico (IAS=100) e in 17<sup>24</sup> casi su 20 c'è una richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico (IAS medio=85).

**I punti di particolare criticità**

Per quanto riguarda gli indicatori, fatta eccezione per quelli sopra citati, la situazione è mediamente scadente e pertanto sarebbe auspicabile una presa in carico da parte delle direzioni aziendali affinché l'attuazione e il funzionamento degli istituti di partecipazione sia garantito in tutte le aziende.

- Solo in 11<sup>25</sup> casi su 20 sono state attuate forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99) (IAS medio=55);
- Solo in n.8 casi<sup>26</sup> su 20 sono attuate forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico) (IAS medio=40);
- Solo in n.4 casi<sup>27</sup> su 20 è attiva la Commissione Mista Conciliativa (IAS medio=20);
- Solo in n.6 casi<sup>28</sup> su 20 sono presenti Comitati consultivi misti (IAS medio =30);
- Solo in n. 2 casi<sup>29</sup> su 20 nell'ultimo anno è stata convocata la Conferenza dei servizi ed effettuata la presentazione dei risultati del controllo di qualità (IAS medio=21) mentre in altri n.3 casi è stata convocata solo la Conferenza dei servizi;
- Solo in n.6 casi<sup>30</sup> su 20 c'è stato il coinvolgimento diretto dei cittadini e/o delle organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi (IAS medio=30).

<sup>24</sup> Le aziende che non rispettano questo standard sono: ASL RM C, AO Spallanzani e IRCCS Bambin Gesù.

<sup>25</sup> Le aziende di riferimento sono: ASL RM B, C, D, E, H, Viterbo, Rieti e Latina, AO: Sant'Andrea, San Giovanni, San Camillo Forlanini, Policlinico Tor Vergata,

<sup>26</sup> Le aziende di riferimento sono: le ASL B, D, E, F, Latina, le AO Sant'Andrea, San Giovanni, San Camillo.

<sup>27</sup> Le aziende di riferimento sono: ASL RM D e Latina, AO San Camillo Forlanini e Policlinico Tor Vergata.

<sup>28</sup> Le aziende di riferimento sono le ASL b, D, G e Latina, le AO San Camillo Forlanini e Policlinico Tor Vergata.

<sup>29</sup> Le aziende di riferimento sono le ASL RM B e AO Sant'Andrea.

<sup>30</sup> Le aziende di riferimento sono le ASL RM B, C, D e di Viterbo e l'AO San Camillo Forlanini e Policlinico Tor Vergata.

## 5.2 Fattore “Altre forme di partecipazione” – Livello aziendale

SCADENTE (IAS medio del fattore=40)

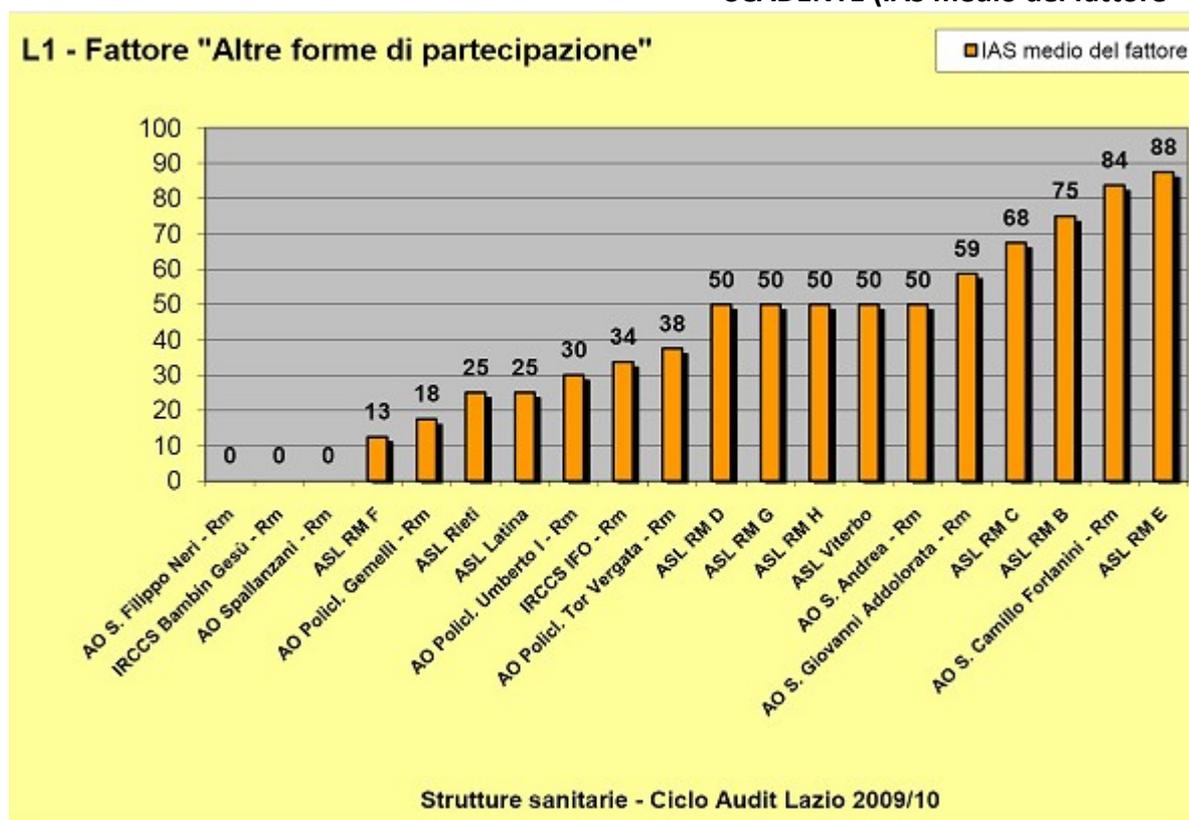


Fig. 41: Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Altre forme di partecipazione” – Livello aziendale, terza componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ALTRE FORME DI PARTECIPAZIONE” – L1
(L1) Una o più richieste formali negli ultimi due anni da parte dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione a commissioni di studio/gruppi di lavoro
(L1) Una o più richieste formali negli ultimi due anni alle organizzazioni di cittadini da parte dell'azienda di suggerimenti o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc.
(L1) Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio (monitoraggi concordati, customer satisfaction, ecc.)
(L1) Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari
(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.
(L1) Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture
(L1) Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica
(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

### Commento:

Ad eccezione degli ottimi punteggi ottenuti dalla ASL RM E e dall'AO San Camillo Forlanini, ben n.10 aziende presentano un IAS medio tra lo scadente e il pessimo. Tale risultato, da un

punto di vista civico rappresenta sicuramente una delle priorità d'investimento e d'intervento da sottoporre alla politica del l'intero sistema sanitario regionale.

Per quanto riguarda i singoli indicatori, chiaramente non ci sono mediamente dei punti né di eccellenza né di forza, piuttosto, ancora una volta, l'andamento medio degli IAS degli indicatori suggerisce la necessità di porre in essere iniziative e politiche atte a promuoverne il miglioramento complessivo.

#### ***I punti di particolare criticità (IAS<25)***

- Solo in n.2 casi<sup>31</sup> su 20 è stata riscontrata la redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica (IAS medio=24); in altri n. 3 casi è stato redatto solo il bilancio sociale;
- Solo in n. 3 casi<sup>32</sup> su 20 vengono realizzate 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. (IAS medio=15);
- Solo in n. 2 casi<sup>33</sup> su 20 sono stati rilevati capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture (IAS medio=10).

---

<sup>31</sup> Le aziende di riferimento sono: la ASL RM E e l'AO San Camillo Forlanini.

<sup>32</sup> Le aziende di riferimento sono le ASL RM B, RM e e l'AO San Camillo Forlanini.

<sup>33</sup> Le aziende di riferimento sono: le ASL RM H e Latina.

## **COSA E' CAMBIATO NELLE ASL CHE HANNO PARTECIPATO ANCHE AL PRIMO CICLO DI AUDIT CIVICO**

### **Introduzione**

In questo capitolo cercheremo di mettere in evidenza quegli elementi che rispetto alla struttura di valutazione dell'Audit civico, rappresentano dei cambiamenti positivi e in qualche modo ci danno il senso dell'impatto del Ciclo Audit 2006/7 nelle sei ASL (RM B, C, D, E, G e Rieti) che hanno partecipato anche al ciclo 2009/10.

Da un punto di vista metodologico, non potendo procedere ad una comparazione degli IAS poiché la struttura di valutazione dell'Audit applicata al ciclo attuale è leggermente diversa da quella precedente (vedi pag. 8) si è scelto di effettuare un'analisi comparata a livello di indicatori e circoscritta a quelli che nel precedente ciclo di Audit avendo ottenuto un IAS pari a "0", costituivano per le ASL degli aspetti di non conformità e quindi di particolare criticità.

Questo tipo di analisi se da un lato consente di mettere in luce l'impegno delle aziende per l'eliminazione delle non conformità dall'altro non può essere assunta nella maniera più assoluta come una valutazione estendibile e generalizzabile a tutti gli indicatori comparabili poiché essendo focalizzata sull'eliminazione delle non conformità di fatto non considera tutte le variazioni sia in positivo che in negativo dell'insieme degli indicatori comparabili.

Per l'analisi dei dati si è adottato il parametro delle **percentuali di miglioramento relative all'eliminazione delle non conformità** ottenute da ogni singola ASL rispetto al gruppo di indicatori comparabili per **area fattore** e per livello di analisi. La percentuale di miglioramento indica il rapporto percentuale degli indicatori comparabili che dal primo al secondo ciclo di Audit sono passati da un IAS pari a 0 ad un IAS maggiore di 0.

La comparazione ha riguardato tutte le sei ASL per livello aziendale, le ASL RM C (ospedale Sant'Eugenio), ASL RM D (Ospedale G.B. Grassi), ASL RM G (Ospedale di Palestrina) e ASL di Rieti (Ospedale di Rieti) per il livello dell'assistenza ospedaliera e le ASL RM C (Sede del Distretto 6) e ASL RM E (Sedi dei distretti 17 e 18).

Nelle pagine che seguono, per ogni componente le percentuali di miglioramento sono descritte attraverso delle tabelle nelle cui celle compaiono i valori percentuali di miglioramento delle ASL. Quando per un dato livello di analisi non compare un'azienda significa che quell'azienda nel ciclo precedente per quel gruppo di indicatori rilevati a quel livello di analisi, non presentava indicatori con valori pari a 0.

Per la presentazione dei risultati di quest'analisi longitudinale, si è scelto di mettere in evidenza solo alcuni dei miglioramenti che, da un punto di vista civico, ci sembrano più interessanti.

## 1. L'orientamento verso i cittadini – I cambiamenti nella prima componente

### Prima componente "Orientamento verso i cittadini"- Quadro di sintesi delle percentuali di miglioramento rispetto all'eliminazione delle non conformità dal I al II ciclo di Audit

Aree fattori di riferimento – I componente	L1	L2	L3a
<b>Accesso alle prestazioni</b>	ASL RM B 100% ASL RM C 100%	ASL RM C Sant'Eugenio 50% ASL RM D Grassi 100% ASL RM G Osp. Palestrina 66% ASL Rieti Osp. De Lellis 50%	ASL RM C 100% ASL RM E 50%
<b>Tutela dei diritti</b>	ASL RM B 0% ASL RM C 100% ASL RM D 100% ASL RM E 0% ASL RM G 50% ASL Rieti 0%	ASL RM C Sant'Eugenio 0% ASL RM D Grassi 100% ASL RM G Osp. Palestrina 75% ASL Rieti Osp. De Lellis 100%	ASL RM C 75% ASL RM E 75%
<b>Personalizzazione delle cure</b>	=	ASL RM C Sant'Eugenio 100% ASL RM D Grassi 33% ASL RM G Osp. Palestrina 43% ASL Rieti Osp. De Lellis 62%	ASL RM C 0% ASL RM E 100%
<b>Informazione e comunicazione</b>	=	ASL RM C Sant'Eugenio 75% ASL RM D Grassi 25% ASL RM G Osp. Palestrina 71% ASL Rieti Osp. De Lellis 33%	ASL RM C 80% ASL RM E 86%
<b>Comfort</b>	=	ASL RM C Sant'Eugenio 75% ASL RM D Grassi 64% ASL RM G Osp. Palestrina 70% ASL Rieti Osp. De Lellis 50%	ASL RM C 83% ASL RM E 67%

Tabella n. 9 – Percentuali di miglioramento rispetto agli indicatori della prima componente che nel primo ciclo risultavano pari a 0, nelle sei aziende che hanno partecipato anche al secondo ciclo di Audit.

Guardando complessivamente l'andamento delle percentuali di miglioramento relative all'impegno delle aziende nell'eliminazione delle non conformità evidenziate nel primo ciclo di Audit, per quanto riguarda l'orientamento verso i cittadini, i risultati migliori riguardano l'area dell'accesso alle prestazioni rispetto alla quale tutte le aziende considerate hanno eliminato le non conformità a livello aziendale e mostrato un impegno deciso verso il miglioramento sia a livello dell'assistenza ospedaliera che delle sedi di distretto. L'area fattore rispetto alla quale sembra che l'impegno delle aziende per l'eliminazione delle non conformità sia stato più debole o comunque ancora non significativo in termini di eliminazione delle non conformità è quella della tutela dei diritti, in particolare relativamente al livello aziendale dove nella metà delle aziende sostanzialmente i risultati del secondo ciclo di Audit hanno confermato la presenza delle non conformità riscontrate nel primo ciclo.

Per quanto riguarda l'area degli indicatori comparabili relativi alla prima componente ecco alcuni esempi:

#### Area fattore "Accesso alle prestazioni"

A livello aziendale, la ASL RM B ha migliorato il punteggio IAS dell' indicatore "Numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico"; a livello di assistenza ospedaliera,

invece l'ospedale di Palestrina oggi a differenza del 2007, dispone di una "Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano", e sia la sede del distretto 6 della ASL RM C che le sedi dei distretti 17 e 18 della ASL RM E, hanno aumentato il "Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale".

#### Area fattore "Tutela dei diritti":

A livello aziendale le ASL C, D e G hanno migliorato significativamente i loro punteggi IAS relativi all'indicatore "Standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi aggiornati con il coinvolgimento di una commissione/gruppo di lavoro aziendale"; a livello di assistenza ospedaliera da segnalare il l'impegno dell'ospedale di Palestrina (ASL RM G) che ha migliorato tre indicatori su quattro che nel 2007 rappresentavano delle non conformità, si tratta della "Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei familiari: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine", della presenza di "Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti" e di Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti"; per quanto riguarda le sedi dei distretti considerati sia per la ASL RM C che RM E, infine sono migliorati i tre indicatori relativi alla disponibilità di informazioni, schede e punti di raccolta per l'inoltro da parte dei cittadini di reclami e suggerimenti.

#### Area fattore "Personalizzazione delle cure"

A livello di assistenza ospedaliera da segnalare l'impegno dell'ospedale Sant'Eugenio (ASL RM C) che ha migliorato tutti i punteggi degli 11 indicatori che nel 2007 rappresentavano delle non conformità, più in generale ci sembra interessante sottolineare anche il miglioramento dell'ospedale De Lellis di Rieti e del Sant'Eugenio rispetto alla presenza dei servizi di mediazione culturale e di interpretariato, ricordando che questi due indicatori anche nel ciclo attuale di Audit si confermano mediamente a livello regionale come aspetti di criticità. Sempre a livello di assistenza ospedaliera, infine, c'è da notare l'aumento della percentuale di Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con accesso alla mensa negli ospedali Sant'Eugenio (ASL RM C), G.B. Grassi (ASL RM D), ospedale di Palestrina (ASL RM G) e De Lellis di Rieti (ASL di Rieti). A livello di sedi di distretto, infine la ASL RM E ha eliminato entrambe le non conformità relative al 2007 attivando nelle sedi dei distretti 17 e 18 i servizi di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare e di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie.

#### Area fattore "Informazione e comunicazione"

A livello di assistenza ospedaliera è migliorato l'indicatore relativo al "Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell'anno precedente", più specificatamente rientra nei 30gg per gli ospedali Sant'Eugenio, G.B. Grassi e quello di Palestrina. Per quanto riguarda le sedi di distretto considerate sia per la ASL RM C che per la RM E c'è da segnalare un impegno sostanziale da parte di entrambe che hanno migliorato la quasi totalità dei rispettivi indicatori (8 su 10 per la ASL RM C e 12 su 14 per la ASL RM E) che nel precedente Audit rappresentavano delle non conformità. Si tratta di un

gruppo di indicatori che rilevano la disponibilità presso le sedi di distretto di materiale informativo per i cittadini relativamente ad una serie di aspetti che riguardano alcuni aspetti del funzionamento delle prestazioni fornite dai medici di base e dai pediatri di libera scelta. Un esempio a titolo esemplificativo è l'indicatore "Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale".

#### Area fattore "Comfort"

Rispetto al Comfort a livello di assistenza ospedaliera in generale tutte le aziende considerate si sono impegnate per risolvere le non conformità ma molto resta da fare per un significativo adeguamento agli standard. La situazione è migliore per le sedi di distretto considerate, ad esempio la sede del distretto 6 della ASL RM C ha eliminato tutti e quattro gli aspetti di non conformità connessi al rilevamento di segni di fatiscenza e degrado nella struttura.

## **2. L'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario - I cambiamenti nella seconda componente**

### ***Seconda componente "Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"- Quadro di sintesi delle percentuali di miglioramento rispetto all'eliminazione delle non conformità dal I al II ciclo di Audit***

<b>Aree fattori di riferimento – II componente</b>	<b>L1</b>	<b>L2</b>	<b>L3a</b>
<b>Sicurezza dei pazienti</b>	ASL RM E 100%	ASL RM C Sant'Eugenio 100% ASL RM G Osp. Palestrina 100%	=
<b>Sicurezza delle strutture e degli impianti</b>	ASL RM G 100%	ASL RM C Sant'Eugenio 100% ASL RM D Grassi 100% ASL RM G Osp. Palestrina 60% ASL Rieti Osp. De Lellis 100%	ASL RM C 100%
<b>Malattie croniche e oncologia</b>	ASL RM B 0% ASL RM C 17% ASL RM E 33% ASL RM G 12%	=	=
<b>Gestione del dolore</b>	ASL RM B 0% ASL RM D 100% ASL RM E 50% ASL RM G 0% ASL Rieti 0%	ASL RM D Grassi 50% ASL RM G Osp. Palestrina 33% ASL Rieti Osp. De Lellis 50%	=

Tabella n. 10 – Percentuali di miglioramento rispetto agli indicatori della seconda componente che nel primo ciclo risultavano pari a 0, nelle sei aziende che hanno partecipato anche al secondo ciclo di Audit.

Da uno sguardo d'insieme delle percentuali di miglioramento delle aziende per l'eliminazione delle non conformità riscontrate con l'Audit 2007, per quanto riguarda la seconda componente, i risultati migliori riguardano il gruppo di indicatori comparabili riconducibili all'area fattore "Sicurezza delle strutture e degli impianti" mentre è per l'area della gestione del dolore che, l'impegno delle aziende per l'adeguamento agli standard degli indicatori del 2007 con IAS=0 risulta essere basso o comunque poco efficace in particolare a livello aziendale, dove per ben tre aziende su quattro non è intervenuto alcun mutamento rispetto alle non conformità. A titolo esemplificativo nessuna di queste tre

aziende si è attivata per la realizzazione di iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni.

Di seguito alcuni esempi di miglioramento/eliminazione delle non conformità per la seconda componente:

#### Area fattore “Sicurezza dei pazienti”

A livello aziendale la ASL RM E ha adeguato pienamente lo standard per l'indicatore “Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari”; sul piano dell'assistenza ospedaliera invece, sia il Sant'Eugenio (ASL RM C) che l'ospedale di Palestrina (ASL RM G) si sono dotati, raggiungendo pienamente lo standard, di un programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere così come di un documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio.

#### Area fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

A livello aziendale la ASL RM G si è dotata del servizio di ingegneria clinica; a livello di assistenza ospedaliera il presidio del Sant'Eugenio ha raggiunto pienamente lo standard per l'indicatore “Camera calda al Pronto Soccorso” e sempre la ASL RM C per quanto riguarda la sede del distretto 6 ha eliminato pienamente le non conformità del 2007 relativamente al rispetto della normativa che prevede la presenza nelle strutture di segnaletica per le vie di fuga e la piantina del piano di evacuazione.

#### Area fattore “Malattie croniche e oncologia”

Come mostrano le basse percentuali di miglioramento l'impegno delle aziende per eliminare le non conformità riscontrate nel 2007 non è stato certamente sufficiente: gli unici miglioramenti riguardano per la ASL RM E la presenza di procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia e per la ASL RM G del servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati. Per entrambe le aziende invece, nulla è migliorato ad esempio, rispetto alla predisposizione di procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi.

#### Area fattore “Gestione del dolore”

A livello aziendale, la ASL RM D ha adeguato lo standard relativo all'indicatore “Iniziativa volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni”. Al di là delle percentuali di miglioramento relative alle non conformità, a fronte della riconferma generale dell'esigenza di un maggior investimento per migliorare la gestione del dolore, ci sembra un segnale d'incoraggiamento notare ad esempio che rispetto alla presenza di strutture per le cure palliative nell'ambito delle cure domiciliari, sia la ASL RM B che la ASL RM C hanno raggiunto pienamente lo standard ottenendo per l'indicatore nell'ultimo ciclo di Audit un IAS pari a 100. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera segnaliamo come esempio, il miglioramento dell'ospedale di Rieti rispetto alla valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati.

### 3. Il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali – I cambiamenti nella terza componente

#### **III componente “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali” - Quadro di sintesi delle percentuali di miglioramento rispetto all’eliminazione delle non conformità dal I al II ciclo di Audit**

Aree fattori di riferimento – III componente	L1	L2	L3a
<b>Attuazione e funzionamento degli Istituti di partecipazione</b>	ASL RM B 60% ASL RM C 25% ASL RM D 100% ASL RM E 0% ASL RM G 0% ASL Rieti 0%	=	=
<b>Altre forme di partecipazione</b>	ASL RM B 67% ASL RM C 50% ASL RM D 50% ASL RM E 50% ASL RM G 50% ASL Rieti 0%	=	=

Tabella n. 11 – Percentuali di miglioramento rispetto agli indicatori della terza componente che nel primo ciclo risultavano pari a 0, nelle sei aziende che hanno partecipato anche al secondo ciclo di Audit.

Complessivamente l’impegno delle aziende per l’eliminazione delle non conformità rilevate dall’Audit 2007 rispetto alla terza componente appare ancora inadeguato. Per quanto riguarda il gruppo di indicatori comparabili relativi all’attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione, solo la ASL RM D con l’attivazione dei Comitati consultivi misti ha eliminato pienamente le non conformità. Da segnalare l’impegno sostanziale della ASL RM B che, adeguando gli standard di tre indicatori su 4 non conformi nel 2007, ha ottenuto nel ciclo attuale di Audit un ottimo punteggio per il fattore (IAS=89)<sup>34</sup>.

Rispetto all’area fattore “Altre forme di partecipazione”, un esempio dell’impegno per l’eliminazione delle non conformità comune alle ASL C, e G è il raggiungimento dello standard per l’indicatore “Una o più richieste formali negli ultimi due anni da parte dell’azienda alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione a commissioni di studio/gruppi di lavoro”.

<sup>34</sup> Per il fattore “Attuazione e funzionamento degli Istituti di Partecipazione” non ci sono stati cambiamenti, nella struttura di valutazione rispetto al gruppo di indicatori e pertanto è possibile il riferimento al punteggio IAS.

## Quarto capitolo

### CONCLUSIONI: DALLA VISIONE D'INSIEME LE PRIORITA' D'INTERVENTO

La fotografia del sistema sanitario laziale che ci restituisce l'Audit civico, frutto dell'osservazione e monitoraggio di 29 ospedali, 18 sedi di distretto, 34 poliambulatori, 18 CSM e 12 Sert, per un totale di 111 strutture e 20 aziende di riferimento tra ASL, AO e IRCCS, è quella di un sistema della gestione della salute pubblica con molte luci ed ombre, dove l'eccellenza convive accanto all'inefficienza e dove sostanzialmente il diritto dei cittadini ad usufruire di servizi di qualità dipende paradossalmente dal territorio di residenza.

La **forte variabilità del grado di adeguamento agli standard tra le aziende** è sicuramente il primo dato trasversale a tutte le aree e i fattori indagati dall'Audit civico e, tale variabilità, in particolare a livello della medicina del territorio, ossia del livello delle cure primarie, la si ritrova anche tra i servizi di competenza della stessa azienda.

Rispetto agli Indici di Adeguamento agli Standard, **mediamente i risultati sono "apparentemente positivi"**: la seconda componente relativa all'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario è quella che ottiene il punteggio migliore (IAS medio della componente 76), l'orientamento verso i cittadini, anche se con un punteggio medio di 65, si colloca nella classe di giudizio "buono" mentre è rispetto al coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali che il risultato è peggiore e, con un IAS medio pari a 45, la terza componente si conferma come l'area di debolezza del sistema sanitario e questo, in qualche modo, può essere letto come indice di riscontro all'effettiva **necessità di fare della costruzione dell'alleanza con i cittadini il punto dal quale ripartire** per migliorare il sistema sanitario regionale.

Descrivendo questi risultati, abbiamo utilizzato l'espressione "apparentemente positivi", poiché, quando si studia l'andamento dei singoli fattori relativamente ai vari livelli di analisi, il "range" di variazione relativo agli indici di adeguamento agli standard è così ampio che ci sembra doveroso richiamare ad una lettura più articolata che tenga conto degli effetti di questa **frammentazione della qualità e dell'offerta dei servizi sui cittadini**. A questo proposito, nelle pagine che seguono presentiamo un focus su quest'aspetto, offrendo una sintesi dei risultati per livelli di analisi.

Il grafico che segue riassume la distribuzione, per i vari livelli di analisi considerati dall'Audit, delle percentuali dei fattori che ricadono nelle differenti classi di giudizio. I dati rappresentati ci aiutano a mettere in evidenza un ulteriore "effetto della variabilità" all'interno del sistema per cui, come nel precedente ciclo di Audit, **il livello delle Cure primarie si conferma come l'anello debole della sanità laziale** nonostante in questi due anni molte sono state le dichiarazioni d'intento della politica rispetto alla prospettiva della valorizzazione della sanità territoriale come risposta possibile alla domanda crescente di sanità di prossimità e all'esigenza di ridurre il ricorso improprio alle strutture dell'assistenza ospedaliera limitandone così anche i costi.

All'interno del livello delle cure primarie, i servizi più penalizzati, ossia quelli che hanno una convergenza più alta di fattori nella categoria del discreto sono mediamente i CSM/SerT.

L'attuale debolezza del sistema dell'assistenza territoriale, dal punto di vista civico, pone un sostanziale punto interrogativo rispetto alla sostenibilità di alcune scelte politiche che poggiano proprio sulla centralità della sanità territoriale. La priorità rispetto a questo punto è quindi **potenziare il territorio prima di investirlo di un ulteriore ruolo nell'erogazione dei servizi sanitari ai cittadini che attualmente sembra non essere in grado di sostenere.**

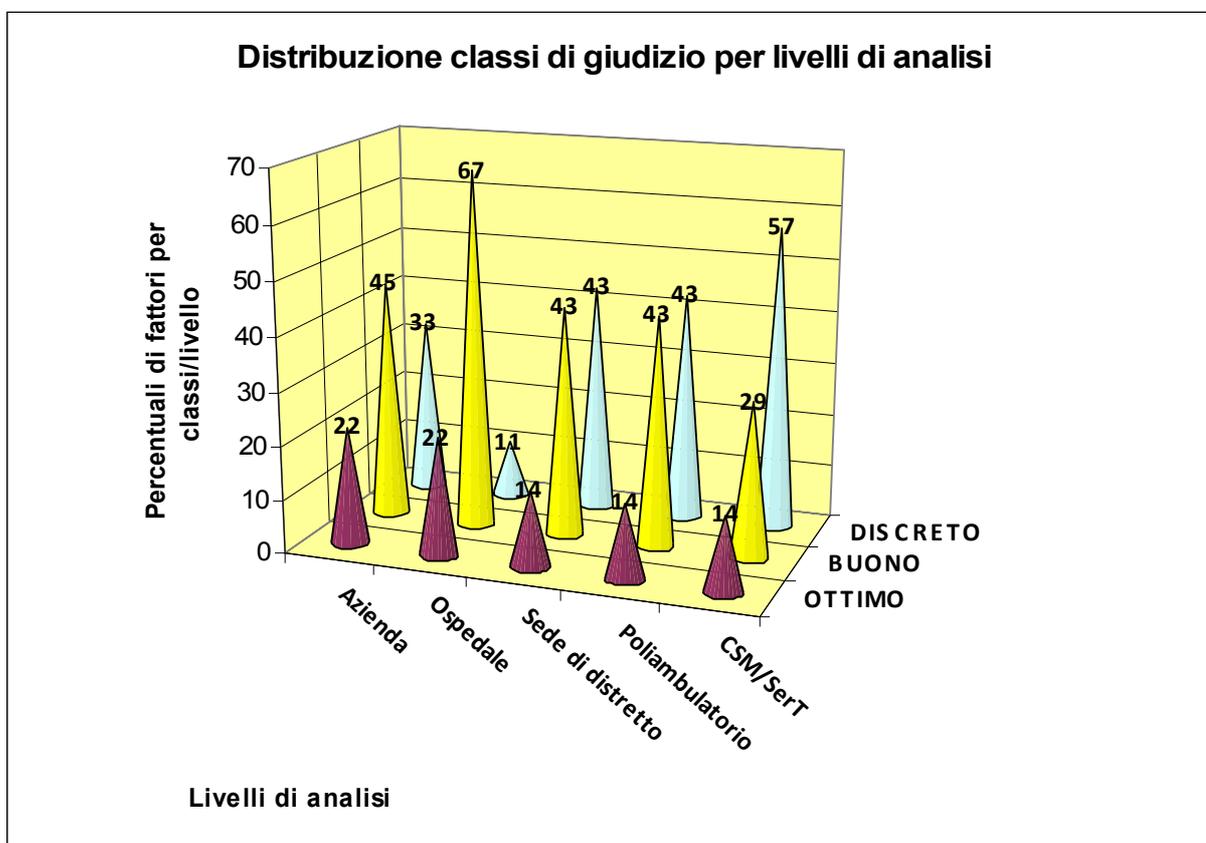


Fig. 42: Distribuzione delle percentuali dei fattori in classi di giudizio per i differenti livelli di analisi.

### 1. Il livello aziendale: priorità d'intervento e proposte

A livello aziendale l'area di criticità maggiore è rappresentata dalla scarsa diffusione tra le aziende di una politica concreta, effettivamente orientata alla promozione della partecipazione civica alle politiche aziendali. Ciò è particolarmente evidente se si considera che, a parte alcune eccezioni, l'attivazione e il funzionamento degli istituti di partecipazione è per lo più limitato alla presenza del comitato etico mentre ad esempio ancora la maggior parte delle aziende non ha attivato forme extragiudiziali di risoluzione del conflitto. I risultati sono poi mediamente scadenti se si considerano le altre forme di partecipazione, ricordiamo ad esempio che ancora rarissimi sono i casi in cui i capitolati d'appalto contengono degli articoli che permettono la possibilità di controllo degli utenti sulla qualità delle forniture.

Alla luce di ciò, da un punto di vista civico, la richiesta alla politica è chiara: **riconoscere concretamente la partecipazione civica come una risorsa per il sistema sanitario** garantendo da un lato l'attuazione e il funzionamento degli istituti già previsti dal nostro ordinamento e dall'altro lo sviluppo delle altre forme di partecipazione, una strada da seguire potrebbe essere quella dell'istituzione di tavoli permanenti all'interno di ogni azienda.

Un'altra priorità d'intervento per il livello aziendale è **aumentare l'impegno, in particolare delle ASL, rispetto alle politiche relative alla gestione del dolore, alla prevenzione e alle malattie croniche e oncologia.**

Qui l'analisi dell'andamento degli IAS medi dei fattori relativi alla seconda componente, come mostra il grafico che segue, evidenzia bene sia il livello più basso di performance delle ASL rispetto alle AO, sia l'inadeguatezza dei punteggi medi per la gestione del dolore, la prevenzione e le malattie croniche e oncologiche, rispetto agli standard di riferimento.

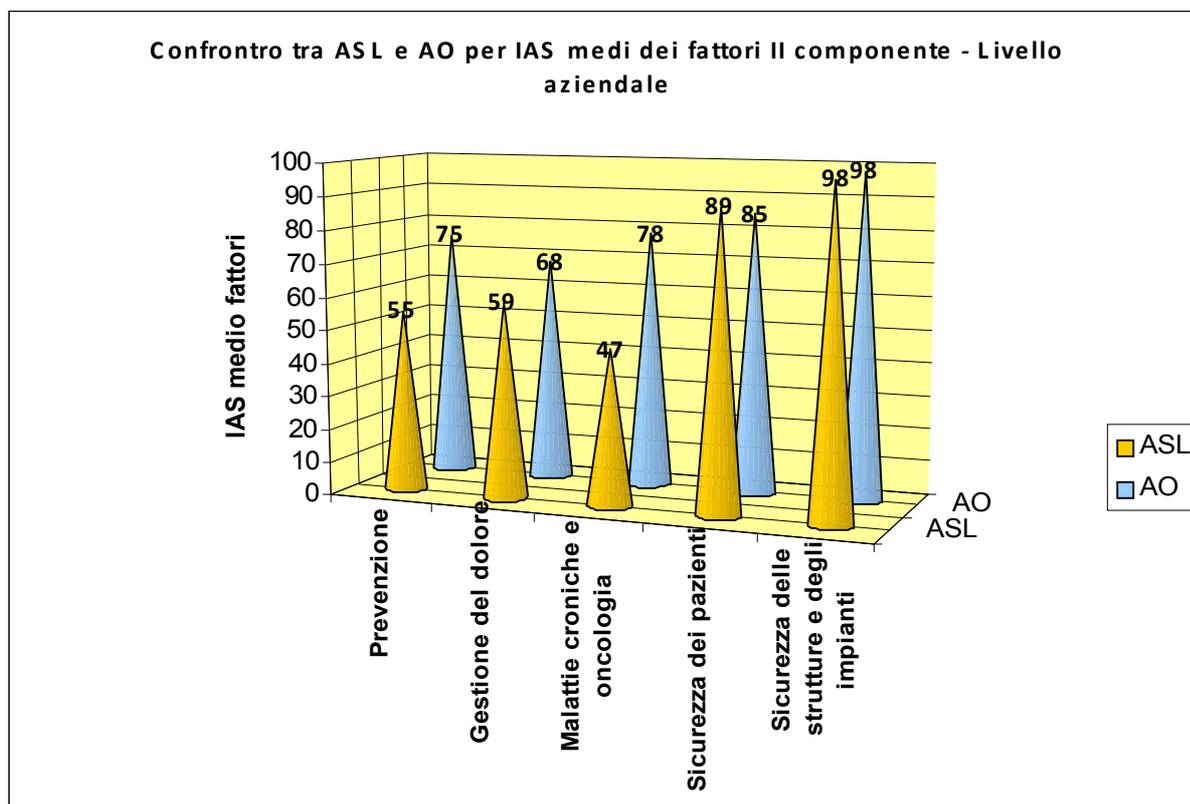


Fig. 43: Confronto tra ASL e AO per IAS medi dei fattori della II componente – Livello aziendale.

Per il dettaglio delle principali criticità rimandiamo all'approfondimento dei risultati della seconda componente (pag. 55 e ss), qui ricordiamo a titolo esemplificativo come, rispetto alle malattie croniche e all'oncologia ancora poche sono le aziende che offrono il servizio di dialisi domiciliare e, per quanto riguarda la gestione del dolore, a fronte dell'adozione ufficiale di linee guida e protocolli per il controllo del dolore dei pazienti ricoverati, poche, quasi inesistenti sono invece le iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale.

## 2. Il livello dell'assistenza ospedaliera: priorità d'intervento e proposte

Dall'analisi complessiva dei risultati dei 29 ospedali osservati e monitorati emerge che l'assistenza ospedaliera si conferma come il punto di forza del sistema sanitario laziale, caratterizzato dalla presenza di situazioni di eccellenza accanto ad alcuni casi più critici ma comunque con un risultato mediamente buono.

Un primo dato che emerge è che mediamente, gli ospedali che sono AO e IRCCSS ottengono delle performance medie migliori degli ospedali che appartengono alle ASL sia per quanto riguarda la prima che la seconda componente. Lo scarto, come si evince dai grafici che

seguono è di una certa rilevanza.

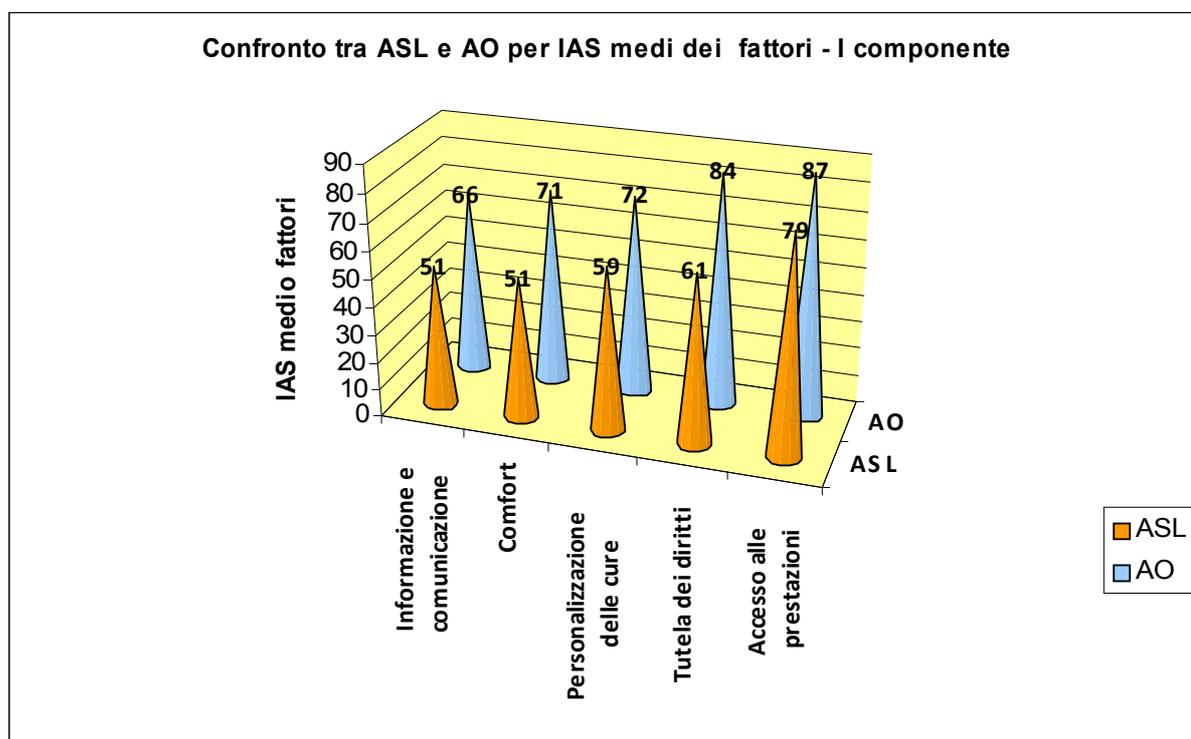


Fig. 44: Confronto tra ASL e AO per IAS medi dei fattori della prima componente – Livello assistenza ospedaliera.

Rispetto all'orientamento dei cittadini, osservando la distribuzione degli IAS medi dei fattori, l'informazione e la comunicazione, il comfort e la personalizzazione delle cure si caratterizzano come le aree di maggiore criticità e che necessiterebbero di una serie d'interventi mirati a:

- **migliorare il livello dell'informazione e comunicazione con i cittadini** in particolare rispetto ai loro diritti in ospedale, alle informazioni generali sul funzionamento interno, alla diffusione e accuratezza del consenso informato scritto rispetto agli interventi di adenotonsillectomia e/o appendicectomia;
- **predisporre e attuare un piano di verifica e intervento mirato e sistematico per il controllo e la manutenzione degli edifici ospedalieri**. Esiste una situazione diffusa di presenza di segni di fatiscenza e di degrado strutturale (vedi tabella n.7 pag. 46);
- **sviluppare modalità d'accoglienza e di assistenza ai degenti attente alle differenze culturali e agli aspetti socio-relazionali** che, ci piace sottolinearlo, fanno parte della presa in carico della persona che ha bisogno di cure in una cultura dell'umanizzazione delle cure e dell'assistenza.

Per quanto riguarda la seconda componente, come mostra il grafico, **soprattutto per gli ospedali delle ASL è prioritario un maggior sviluppo delle politiche e delle azioni per l'adeguamento agli standard della gestione del dolore e della prevenzione.**

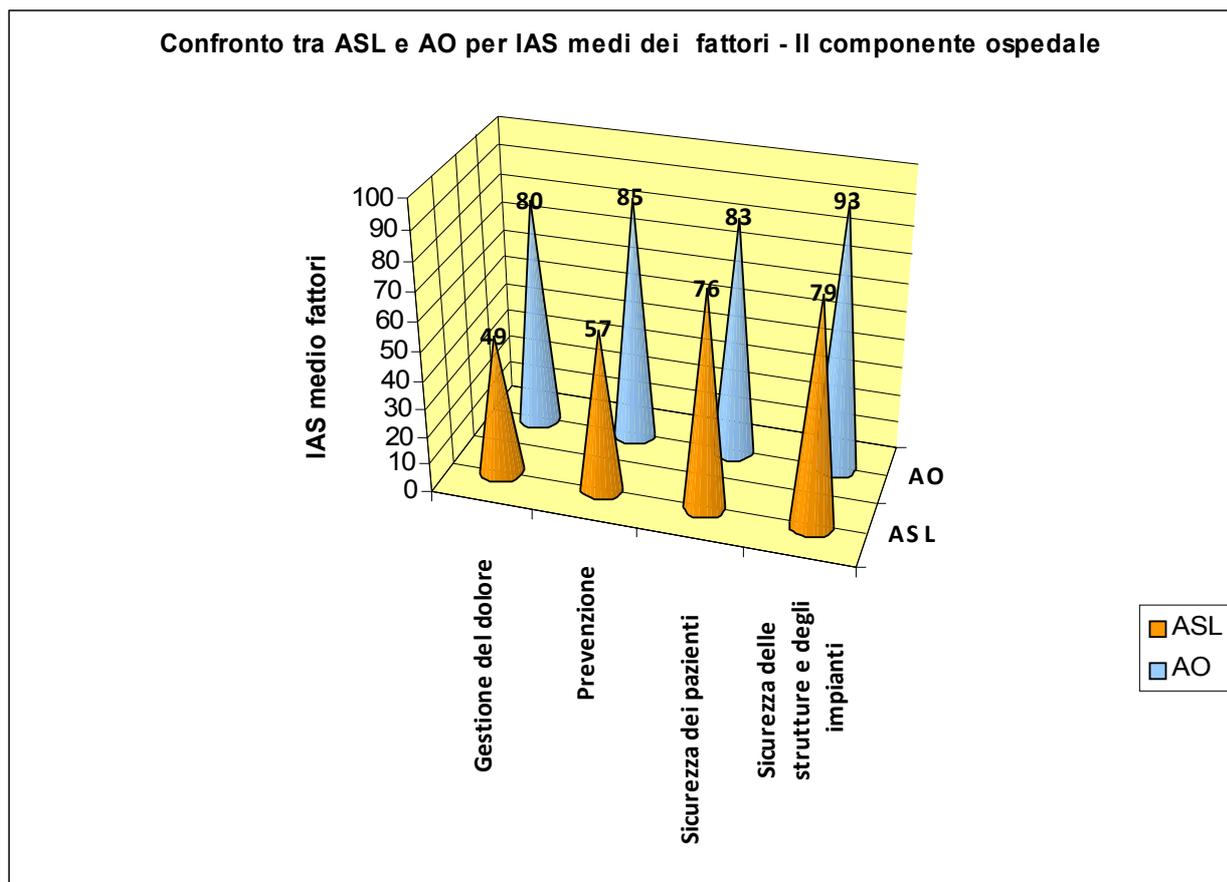


Fig. 45: Confronto tra ASL e AO per IAS medi dei fattori della seconda componente – Livello assistenza ospedaliera.

### 3. Il livello delle cure primarie: priorità d'intervento e proposte

L'assistenza a livello del territorio, come già anticipato rappresenta sicuramente la **“priorità delle priorità”** poiché di fatto, tenendo conto anche dei mutamenti socio-demografici, in primis quello legato all'aumento della speranza di vita e dall'avanzamento della scienza medica, che consente oggi a molte persone in più rispetto al passato di continuare a vivere anche in presenza di patologie gravi, croniche e/o oncologiche, immaginiamo che questo tipo di domanda di sanità, sia la domanda del futuro prossimo, già presente. Un esempio per tutti è la drammatica situazione di una buona parte degli anziani non autosufficienti e di molte persone con patologie croniche che, assieme alle loro famiglie, quotidianamente pagano il prezzo di un sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrato palesemente inefficiente e inefficace che non riesce a rispondere né quantitativamente né qualitativamente alla domanda.

L'Audit civico, è bene ribadirlo, produce dei risultati limitati alla sua struttura di valutazione pertanto il quadro che emerge rispetto alle cure primarie e sintetizzato dai prossimi grafici coglie solo alcune delle criticità, a tal proposito sarebbe opportuna l'apertura di un confronto politico serio tra le organizzazioni civiche, le istituzioni politiche e gli amministratori della sanità per la condivisione e l'integrazione dei punti di vista differenti allo scopo di arrivare a decisioni politiche aderenti alla domanda reale di salute e alla verifica preliminare della sostenibilità, in termini di costi per la comunità, delle proposte.

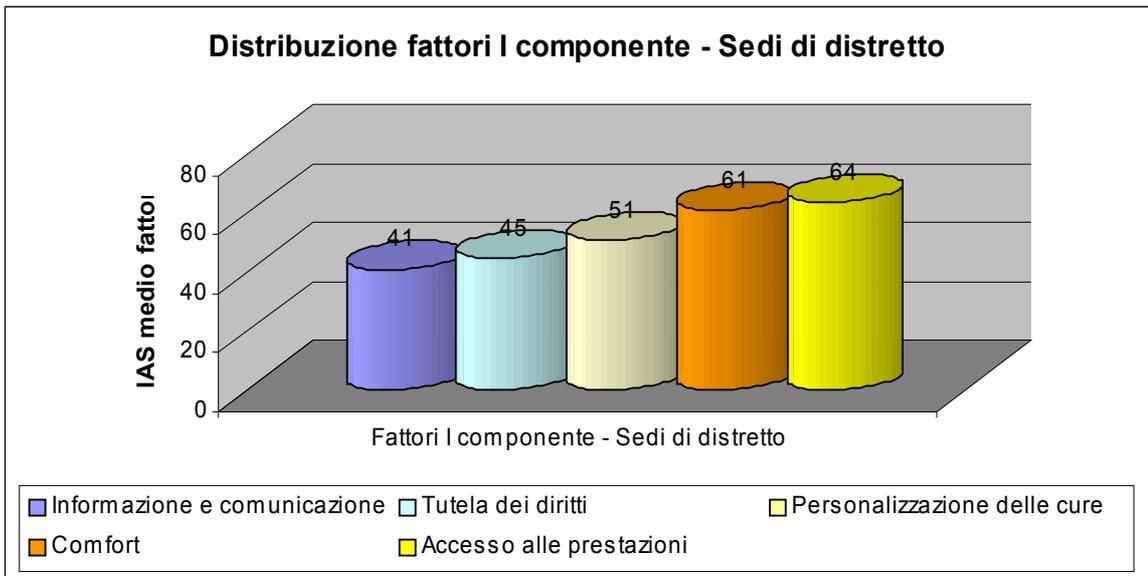


Fig. 46: Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello sedi di distretto.

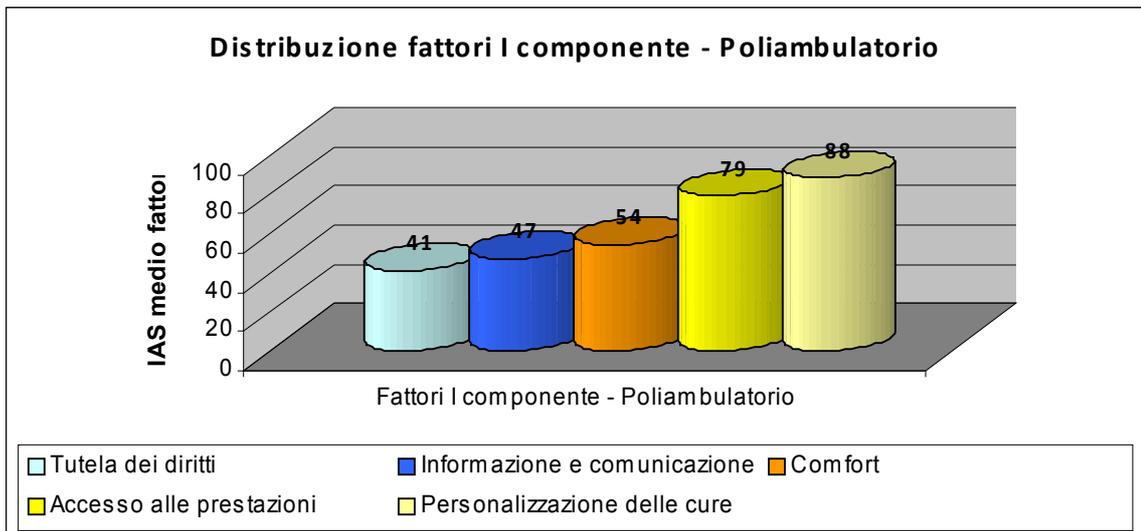


Fig. 47: Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello poliambulatorio.

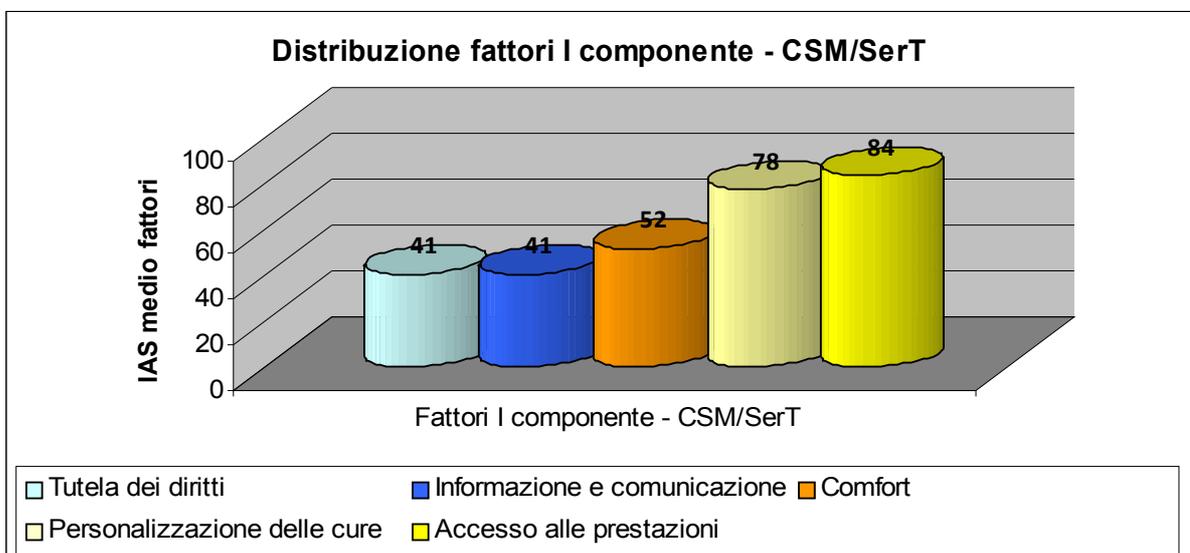


Fig. 48: Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello CSM/SerT.

Per quanto riguarda l'orientamento verso i cittadini, i fattori più critici e trasversali ai livelli di analisi considerati sono la tutela dei diritti e l'informazione e la comunicazione con punteggi medi che variano da 41 a 47. Rimandando all'approfondimento dedicato nel capitolo sul benchmarking, qui ci sembra importante rilevare come più in generale, questi risultati ci descrivono una sorta di **“solitudine del cittadino e assenza di orientamento da parte dei servizi sanitari” quando si passa dall'ospedale al territorio**. Ciò per i cittadini significa “doversela cavare da soli” per cercare ad esempio di comprendere qual è la procedura per accedere all'Assistenza Domiciliare, o quali sono i suoi diritti o ancora, qual è il funzionamento e la regolamentazione del servizio di assistenza erogato dai medici di base e dai pediatri. Sul fronte della tutela dei diritti, invece, un aspetto che ci sembra utile evidenziare è lo scarso investimento in termini di ricerche sulla soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi territoriali.

Mettere i cittadini nelle condizioni di sapere e conoscere come funziona ed è articolato il sistema dei servizi sanitari territoriali per utilizzarli al meglio e dall'altro sapere e conoscere a livello di management aziendale quali sono i bisogni emergenti, le caratteristiche della domanda di sanità dei cittadini che proviene dal territorio, qual è il loro punto di vista sulla qualità dei servizi erogati per migliorarli ci sembrano due aspetti importanti dai quali poter delineare una prima pista di lavoro a livello dell'assistenza sanitaria territoriale.

## Appendice A

### DETTAGLIO DELLE STRUTTURE PER AZIENDA SANITARIA

#### ASL RM/B

Livello 1 – Azienda sanitaria	Livello 2 - Ospedali	Livello 3 – Cure primarie
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Ospedale Sandro Pertini</b> U. O. C.: Medicina; chirurgia; ortopedia e pediatria.	<b>1° Distretto sanitario</b> <b>Poliambulatori</b> Poliambulatorio Via De Dominicis Poliambulatorio Via Morzat Poliambulatorio Rubellia

#### ASL RM/C

Livello 1 – Azienda sanitaria	Livello 2 – Ospedali	Livello 3 – Cure primarie
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Ospedale Sant'Eugenio</b> U. O. di degenza: Cardiologia; SPDC; chirurgia generale e trapianti; pediatria; ortopedia; geriatria; medicina 2; ematologia; urologia e chirurgia oncologica. <b>Ospedale CTO "A. Alesini"</b> U.O. di degenza: breve osservazione; chirurgia della mano; chirurgia urgenza; neurochirurgia; traumatologia 2; unità spinale; ortopedia 2.	<b>Sede di distretto:</b> distretto 6 <b>Poliambulatori</b> Poliambulatorio di via A. Donzella (distretto 9) Poliambulatorio di p.zza Pecile (distretto 11) Poliambulatorio di via di Decima (distretto 12) <b>CSM/SerT</b> CSM Via Monza Ser.T. (distretto 12)

#### ASL RM/D

Livello 1 – Azienda sanitaria	Livello 2 – Ospedali	Livello 3 – Cure primarie
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Ospedale G. B. Grassi</b> UU. OO. di degenza: cardiologia; chirurgia; day hospital oncologico; medicina; nefrologia e dialisi; neurologia; oculistica; ortopedia e traumatologia; ostetricia e ginecologia; otorinolaringoiatra; pediatria e neonatologia; SPDC	<b>Sede di distretto:</b> Comune di Fiumicino (Via G. Giorgis) <b>Poliambulatori</b> Poliambulatorio del Comune di Fiumicino Poliambulatorio di Via degli Orti Poliambulatorio di Fregane Poliambulatorio di Palidoro

#### ASL RM/E

Livello 1 – Azienda sanitaria	Livello 2 – Ospedali	Livello 3 – Cure primarie
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Ospedale Oftalmico del Polo</b> ospedaliero Santo Spirito U. O.: ambulatori; day hospital, area di degenza	<b>Sedi di distretto:</b> XVII; XVIII; XIX; XX <b>Poliambulatori:</b> Poliambulatorio via San Tommaso d'Aquino (XVII distretto) Poliambulatorio Via Boccea, 271 (XVIII distretto) Poliambulatorio Via S. Zaccaria Papa (XIX distretto) Poliambulatorio Viale Tor di Quinto (XX distretto) <b>CSM/SerT:</b> tutti gli 8 CSM presenti sul territorio di competenza SPDC del Santo Spirito SPDC del San Filippo Neri Ser.T di P.zza 5 Giornate SerT di Via Valcannuta, 216 SerT di Santa Maria della Pietà

#### ASL RM/F

Livello 1 – Azienda sanitaria	Livello 2 – Ospedali	Livello 3 – Cure primarie
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Ospedale San Paolo di Civitavecchia</b> U. O.: Medicina; nefrologia; SPDC; cardiologia; ortopedia; chirurgia vascolare; pediatria; ginecologia, chirurgia. <b>Ospedale di Bracciano:</b> U. O.: medicina; ortopedia; chirurgia.	<b>Sedi di distretto:</b> Distretto F1 Distretto F2 <b>Poliambulatori:</b> Poliambulatorio di Civitavecchia Poliambulatorio di Ladispoli <b>CSM/Ser.T:</b> Ser.T di Civitavecchia

<b>ASL RM/G</b>		
<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – Ospedali</b>	<b>Livello 3 – Cure primarie</b>
Direzione generale e direzione sanitaria	<u>Ospedale di Palestrina</u> Tutte le U. O. C. <u>Ospedale Subiaco</u> Tutte le U. O. C.	<u>Sedi di distretto</u> Distretto di Guidonia <u>Poliambulatori:</u> Poliambulatorio di Guidonia Struttura diurna di Zagarolo <u>CSM</u> CSM di Guidonia CSM di Subiaco <u>SerT</u> SerT Subiaco
<b>ASL RM/H</b>		
<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – Ospedali</b>	<b>Livello 3 – Cure primarie</b>
Direzione generale e direzione sanitaria	<u>Polo ospedaliero Villa Albani</u>	<u>Sedi di distretto</u> Distretto 4 Distretto 6 Distretto sanitario 6 sede di Nettuno. <u>Poliambulatori</u> Centro prelievi Tor San Lorenzo Nuova Florida (Ardea) Poliambulatorio sede di Nettuno “Barberini” Poliambulatorio UOMPI (Pomezia Via Aldo Moro) Struttura di Villa Albani <u>CSM</u> CSM sede di Anzio Nettuno CSM sede di Pomezia <u>SerT</u> SerT di Anzio
<b>ASL RIETI</b>		
<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – Ospedali</b>	<b>Livello 3 – Cure primarie</b>
Direzione generale e direzione sanitaria	<u>Ospedale De Lellis di Rieti</u> U. O. di degenza totale 15 (tutte quelle del presidio escluse le unità di terapia intensiva).	<u>Sedi di distretto:</u> Distretto n.5 Alto Velino con sede in Antrodoco (RI) <u>Poliambulatori:</u> Poliambulatorio (distretto 5) <u>CSM/SerT:</u> CSM distretto 5 SerT distretto 5
<b>ASL LATINA</b>		
<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – Ospedali</b>	<b>Livello 3 – Cure primarie</b>
Direzione generale e direzione sanitaria	<u>Ospedale di Fondi</u> <u>Ospedale di Formia</u> <u>Ospedale di Gaeta</u> <u>Ospedale di Latina</u> <u>Ospedale di Terracina</u>	<u>Sedi di distretto</u> Distretto 2 – Latina Distretto 4 – Terracina <u>Poliambulatori</u> Poliambulatorio centrale LT (P.zza Celli) Poliambulatorio di Latina scalo Poliambulatorio di Fondi Poliambulatorio di Terracina <u>CSM</u> CSM Formia Dipartimento di neuropsichiatria infantile <u>SerT</u> SerT Formia SerT Priverno
<b>ASL VITERBO</b>		
<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – Ospedali</b>	<b>Livello 3 – Cure primarie</b>
Direzione generale e direzione sanitaria	<u>Ospedale di Belcolle</u> <u>Ospedale di Tarquinia</u>	<u>Sedi di distretto</u> Distretto 2 Distretto 3 <u>Poliambulatori</u> Poliambulatorio Montalto di Castro Poliambulatorio Orte

		Poliambulatorio Soriano Poliambulatorio Tarquinia Poliambulatorio Tuscanica Poliambulatorio Viterbo <u>CSM</u> CSM Tarquinia CSM Viterbo <u>SerT</u> SerT Tarquinia SerT Viterbo
--	--	---

**A. O. POLICLINICO TOR VERGATA**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
	<u>Moduli di degenza</u>	Cardiocirurgia Cardiologia Gastroenterologia Medicina Interna Est Neurochirurgia Neurologia Chirurgia generale 1 Chirurgia generale 2 Ortopedia e traumatologia Chirurgia toracica Oculistica Otorinolaringoiatria Urologia Chirurgia vascolare Ginecologia Ortopedia Chirurgia d'urgenza, senologica e dei trapianti Dermatologia Chirurgia orale Radiologia interventistica Malattie respiratorie Medicina interna ed Immunologia- Allergologia

**A. O. SANT'ANDREA**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
		Chirurgia generale 1 Chirurgia generale 2 Chirurgia generale 3 Oncologia Ematologia Pediatria Urologia Nefrologia Chirurgia Toracica Chirurgia Vascolare Pneumologia Medicina generale 3 Cardiologia Cardiocirurgia Psichiatria

**A. O. SAN CAMILLO**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
		<b>U. O. C.:</b> Medicina 1 Epatologia Chirurgia ortopedica Ostetricia e Ginecologia Oculistica Chirurgia vascolare Diagnostica per immagini San Camillo <b>U. O. S. D.:</b> Day Hospital - Day Surgery L.194/78 Stroke-Unit <b>D. H.</b> Centrale di medicina Gastroenterologia riabilitativa Diabetologia Ematologia Centro per l'anoressia e bulimia Gastroenterologia Urologia Oncologica

**IRCCS SPALLANZANI**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
	<u><b>Dipartimento clinico e di ricerca clinica</b></u>  <u><b>Centro Silvio Natoli Polo Ospedaliero Internazionale Trapianti (P. O. I. T.):</b></u>	<b>U. O. C. :</b> infezioni sistemiche e dell'immunodepresso, immunodeficienze virali e neuro-oncologia infettiva; malattie infettive e tropicali; malattie infettive dell'apparato respiratorio; malattie infettive post-acuzie; sperimentazioni cliniche e malattie infettive dell'infanzia.  <b>U. O. C.:</b> malattie infettive – epatologia.

**A. O. SAN FILIPPO NERI**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
	<u><b>Dipartimento DEA</b></u>  <u><b>Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche</b></u>  <u><b>Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica</b></u>  <u><b>Dipartimento Cardiovascolare</b></u>  <u><b>Dipartimento di Neuroscienze</b></u>  <u><b>Dipartimento Tutela della Salute della Donna e del Bambino</b></u>  <u><b>Dipartimento Scienze Radiologiche e Medicina di Laboratorio</b></u>	<b>U. O. :</b> Medicina interna; chirurgia d'urgenza.  <b>U. O.:</b> medicina interna 1; oncologia; pneumologia; gastroenterologia ed epatologia.  <b>U. O.:</b> chirurgia generale ed oncologia; ortopedia e traumatologia; chirurgia toracica.  <b>U. O. :</b> cardiologia; cardiocirurgia; chirurgia vascolare; emodinamica.  <b>U. O.:</b> neurochirurgia, neurologia.  <b>U. O. :</b> ostetricia e ginecologia; neonatologia.  <b>U. O. :</b> radioterapia; medicina trasfusionale day hospital ed ambulatorio di medicina trasfusionale clinica ed emoterapica; terapia del dolore.

**A. O. POLICLINICO UMBERTO I**

Livello 1 – Azienda sanitaria	Livello 2 – ospedale	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
	<u><b>DAI Neurologia e Psichiatria</b></u>	U. O. C.: neuro C; Neuro A-B; neurochirurgia b chirurgia maxillo facciale.
	<u><b>DAI Malattie Cardiovascolari e Respiratorie</b></u>	U. O. C.: cardiologia A; cardiologia e angiologia.
	<u><b>DAI Cuore e Grossi Vasi</b></u>	U. O. C.: cardiocirurgia.
	<u><b>DAI Medicina Interna, Terapia Medica, Geriatria e Medicina Riabilitativa</b></u>	U. O. C.: gerontologia e geriatria; immunologia clinica.
	<u><b>DAI Malattie Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva</b></u>	U. O. C.: gastroenterologia e endoscopia digestiva; chirurgia laparoscopica.
	<u><b>DAI Pediatria Generale e Specialistica e Neuropsichiatria Infantile</b></u>	U. O. C.: Oncoematologia; fibrosi cistica; cardiologia pediatrica; pediatria generale e speciale E NPI; diagnostica ematologia; gastroenterologia ed epatologia pediatrica; chirurgia pediatrica; D.H. endocrinologia pediatrica; D. H. oncoematologia.
	<u><b>DAI Chirurgia Generale Specialità Chirurgiche e Trapianti d'organo "P. Stefanini"</b></u>	U. O. C.: chirurgia generale C trapianti d'organo; chirurgia generale F e day surgery.
	<u><b>DAI Testa-Collo, Comprensivo Area di Coordinamento di Odontoiatria</b></u>	U. O. C.: ORL A; day hospital.
	<u><b>DAI Nefro e Urologia "U. Bracci"</b></u>	U. O. C.: urologia; day surgery urologico.
	<u><b>DAI Ematologia, Oncologia, Anatomia Patologica e Medicina Rigenerativa</b></u>	U. O. C.: ematologia pediatrica; chirurgia plastica; clinica dermatologica.
	<u><b>DAI Oftalmologia</b></u>	U. O. C.: oftalmologia A day hospital; oftalmologia A B C.
<u><b>DAI Malattie infettive</b></u>	U. O. C.: malattie infettive A; day hospital; malattie infettive B; D. H.; reparto pediatria; malattie tropicali.	
<u><b>DAI Ostetricia e Ginecologia, Per. E Puer.</b></u>	U. O. C.: ginecologia chirurgia e oncologia; chirurgia generale N; chirurgia generale M; chirurgia generale ricostruttiva.	
<u><b>DAI Emergenza e Accettazione</b></u>	U. O. C.: chirurgia d'urgenza; ortopedia e traumatologia A; traumatologia D; ortopedia e traumatologia B.	

**A. O GEMELLI**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
		<b>U. O.:</b> Oncologia Day Hospital di Oncologia Medicina Generale (ex Clinica Medica Uomini e Donne) Chirurgia Endocrina Chirurgia Generale 1 Servizio di Radioterapia Radioterapia 1 Neurochirurgia Infantile Chirurgia Toracica Fisiopatologia Respiratoria Centro di Senologia Neurologia Uomini Ambulatorio di Oculistica Osservazione Breve Chirurgia Senologica Patologia Ostetrica e Ginecologica

**A. O. BAMBIN GESU'**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
		<b>U. O. C.:</b> Chirurgia andrologica Chirurgia generale Chirurgia plastica Chirurgia urologia Ematologia Epatologia Nefrologia Oncologia Patologia metabolica Pediatria 2

**A. O. SAN GIOVANNI ADDOLORATA**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
	<b>Dipartimento di Anestesiologia e Rianimazione</b>  <b>Dipartimento di Malattie dell'apparato Cardiocircolatorio</b>  <b>Dipartimento di Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico</b>  <b>Dipartimento delle Scienze Chirurgiche</b>  <b>Coordinamento funzionale delle Scienze Motorie e Riabilitative</b>  <b>Coordinamento funzionale Testa-Collo</b>	U. O. C. Day Surgery Multidisciplinare Uosd Terapia Antalgica  U. O. C. Cardiologia I U. O. C. Cardiologia II U. O. C. Chirurgia Vascolare  U. O. C. Neurochirurgia  U. O. C. Chirurgia II U. O. C. Ginecologia Ed Ostetricia  U. O. C. Medicina E Traumatologia Dello Sport  U. O. C. Oculistica I U. O. C. Chirurgia Maxillo-Facciale

**IRCCS IFO**

<b>Livello 1 – Azienda sanitaria</b>	<b>Livello 2 – ospedale</b>	
	<b>Dipartimenti</b>	<b>Unità Operative Complesse</b>
Direzione generale e direzione sanitaria	<b>Dipartimento Istituto Regina Elena (IRE)</b>	S.C.Chirurgia Generale “A” (mammella) S.C.Chirurgia Generale “B” apparato digerente e patologia epato-pancreatica) S.C.Ginecologia Day Hospital oncologico S.C.Ematologia S.S.O Cellule Staminali- Alte dosi di Chemioterapia S.C.Medicina Nucleare S.S.D.Endocrinologia S.C.Neurologia S.S.O.Maxillo-Facciale S.C.Laboratorio di Ricerca
	<b>Dipartimento Istituto S. Gallicano</b>	S.S.O.Laboratorio Sperimentale di Biologia Cellulare e Molecolare S.S.O Malattia Hiv/Aids S.S.O Diagnostiche Allergologiche in Vitro S.SO.Diagnostica e Terapia per pre-cancerosi e carcinomi cutanei S.S.O Day Surgery SS.O Laboratorio di Farmacologia Cutanea

## **Appendice B**

### **Ringraziamenti**

La realizzazione di questo rapporto rappresenta per Cittadinanzattiva Lazio la condivisione di un lavoro quotidiano di molti cittadini che vogliamo ringraziare uno ad uno perché senza il loro impegno e la loro partecipazione tutto questo non sarebbe stato possibile. Cominciamo allora dalla Regione Lazio.

Prima di tutto un ringraziamento particolare al dr. **Valentino Mantini** e alla d.ssa **Letizia Lorenzini** del Dipartimento Sociale della Direzione regionale politiche della prevenzione e della assistenza sanitaria territoriale.

I Direttori generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere che hanno aderito all'Audit civico:

Flori De grassi, Elisabetta Paccapelo, Giuseppina Gabriele, Pietro Grasso, Salvatore Squarcione, Giovanni Di pilla, Alessandro Cipolla, Adolfo Pipino, Gabriele Bellini, Ilde Coiro, Cesare Catananti, Giuseppe Profiti, Vitaliano De Salazar, Enrico Bollero, Ubaldo Montaguti, Luigi Macchitella, Luigi D'Elia, Domenico Alessio, Laura Pellegrini, Francesco Bevere,

I membri del coordinamento regionale del programma, il Segretario regionale **Giuseppe Scaramuzza** e il vice segretario **Francesca Diamanti. Simona Santicchia** della sede regionale di Cittadinanzattiva Lazio per il supporto tecnico all'elaborazione ed analisi dei dati.

**Alessio Terzi** e **Michela Liberti** di Cittadinanzattiva sede nazionale per il loro contributo alla formazione delle équipe.

I referenti civici e aziendali:

Per la ASL RM/B:

**Cristina Sopranzi** referente aziendale e **Natascia Tipà** referente civica.

Per la ASL RM/C:

**Eliseo Barcaioli** referente aziendale e **Caterina Desiderio** referente civica.

Per la ASL RM/D:

**Alessandra Vessicchio** referente aziendale e **Stella Zaso** referente civica.

Per la ASL RM/E:

**Alessandro Bazzoni** referente aziendale e **Maria De Roberto** referente civica.

Per la ASL RM/F:

**Sandro Sabatini** referente aziendale e **Carla Venturini** referente civica.

Per la ASL RM/G:

**Gianni Lima** referente aziendale e **Francesco Pelliccia** referente civico.

Per la ASL RM/H:

**Rosa Falciani** referente aziendale e **Patrizio Cipolla** referente civico.

Per la ASL di LATINA:

**Adriana Ianari** referente aziendale e **Gianna Sangiorgi** referente civica.

Per la ASL di RIETI:

**Maria Luisa Aguzzi** referente aziendale e **Pasquina Colarossi** referente civica.

Per la ASL di VITERBO:

**Daria Natalini** referente aziendale e **Carlo Mezzetti** referente civico.

Per L'Azienda Ospedaliera POLICLINICO TOR VERGATA:

**Maria Rosa Loria** referente aziendale e **Caterina Iannone** referente civica.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO SANT'ANDREA:

**Sabrina Pulvirenti** referente aziendale e **Greta Bernotti** referente civica.

Per L'Azienda Ospedaliera SAN CAMILLO - FORLANINI:

**Giovanna Natalucci** referente aziendale e **Dolly Nuzzo** referente civica.

Per l'IRCCS SPALLANZANI:

**Maria Elisa Cicchini** referente aziendale e **Teresa Corda** referente civica.

Per LA Azienda Ospedaliera SAN FILIPPO NERI:

**Laura Scaringella** referente aziendale e **Anna Radicioni** referente civica.

Per L'Azienda Ospedaliera POLICLINICO UMBERTO I:

**Antonella Di Francesco** referente aziendale e **Francesco Pietrangeli** referente civico

Per L'Azienda Ospedaliera POLICLINICO GEMELLI:

**Marco Marchetti** referente aziendale e **Smeralda Lucaselli** referente civica.

Per l'IRCCS BAMBINI GESU':

**Stefano Guolo** referente aziendale e **Stefano Valentini** referente civico.

Per L'Azienda Ospedaliera SAN GIOVANNI ADDOLORATA:

**Domenico Testa** referente aziendale e **Ludovica Falchi** referente civica.

Per I.F.O.:

**Carmine Cavalotti** referente aziendale e **Italia Avocatino** referente civica.

**Insieme al contributo indispensabile di altri collaboratori delle aziende coinvolte e degli oltre 120 cittadini/e che all'interno delle equipe locali hanno permesso la realizzazione dell'Audit civico.**