

QUADERNI

DELLA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI



COME DEFINIRE
E UTILIZZARE
GLI STANDARD
DI QUALITA'

Dipartimento della Programmazione



Ministero della Sanità

PRESENTAZIONE

Questo volume, che affronta il tema della gestione degli standard di qualità nella Carta dei servizi, apre una collana e nello stesso tempo un nuovo modo di lavorare. La collana si chiama "I Laboratori" e vuole essere un'occasione di riflessione e approfondimento su alcuni temi critici della Carta. In essa vengono infatti raccolti i risultati dei gruppi di lavoro costituiti dal Ministero della sanità e formati da rappresentanti di aziende sanitarie e di assessorati e agenzie regionali. Questi gruppi hanno lavorato in un modo nuovo per le pubbliche amministrazioni italiane: hanno provato ad apprendere dall'esperienza. A ogni gruppo era stato affidato un tema, scelto tra gli aspetti critici che condizionano l'attuazione della Carta dei servizi. Per ciascuno dei temi loro assegnati, i gruppi hanno confrontato le esperienze messe a disposizione dai partecipanti, e sulla base del confronto e della discussione guidata da facilitatori, hanno definito ciascuno una metodologia, che tutte le aziende sanitarie possono utilizzare per affrontare i problemi nuovi ma comuni posti dall'attuazione della Carta dei servizi.

Con la Carta il Servizio sanitario nazionale si è infatti trovato a misurarsi con una duplice sfida: da un lato attuare un provvedimento dai contenuti fortemente innovativi in un settore in profonda trasformazione e, contemporaneamente, adattare le linee generali del provvedimento, pensato per tutta la Pubblica Amministrazione, alle peculiarità e alle caratteristiche istituzionali e organizzative del settore sanitario.

"I Laboratori" hanno quindi l'obiettivo di facilitare la circolazione di esperienze e soluzioni, sperimentate in strutture del SSN, generalizzate e rese trasferibili dal

lavoro in gruppo e dal confronto. Tale lavoro vuole essere un modo per illustrare in primo luogo come il sistema sanitario nel suo complesso si misura con le innovazioni introdotte, in secondo luogo l'attenzione del Ministero e delle Regioni alla fase di attuazione delle stesse e, infine ma non da ultimo, la disponibilità delle aziende sanitarie ad analizzare, valutare e a "mettere in rete" la propria esperienza.

Se dietro la collana che questo volume inaugura c'è dunque un nuovo modo di lavorare per sostenere l'attuazione della Carta dei servizi, dietro ai gruppi di lavoro c'è il convincimento del Ministero della sanità che l'adozione su larga scala della Carta dei servizi da parte delle aziende sanitarie non possa realizzarsi solo grazie all'introduzione di nuove normative, ma che siano necessari interventi mirati sul terreno dell'attuazione.

Solo se alla norma si accompagna un reale programma di sostegno all'attuazione, si può realizzare il cambiamento e se ne possono apprezzare gli effetti finali sui cittadini: questa è la filosofia con cui il Ministero della sanità ha ideato e realizzato le diverse azioni di supporto alle aziende sanitarie e alle regioni per l'attuazione della Carta dei servizi nel SSN. Infatti, dopo un periodo iniziale in cui il sostegno all'avvio della Carta è stata gestito direttamente dal Ministero, è ben presto diventato evidente che la nuova fase del processo di attuazione richiedeva un allargamento del numero e del tipo di soggetti istituzionali che sostengono il processo. Questo allargamento della base portante del processo di attuazione della Carta dei servizi si è concretizzato da un lato verso le Regioni, chiamate come livello di governo del SSN a indirizzare, coordinare e valutare le aziende sanitarie, e dall'altro lato verso le stesse aziende sanitarie.

La convinzione del Ministero della sanità è che nella realtà locale delle aziende sanitarie siano presenti, in quantità e qualità superiori a quanto normalmente si pensa, esperienze, metodi, soluzioni che hanno avuto successo in sede locale e

che possono essere valorizzati e trasferiti, attraverso un adeguato processo di generalizzazione e diffusione, ad altre realtà locali. In questo modo è possibile attivare una spirale di apprendimento reciproco tra le aziende sanitarie, che favorisca l'innalzamento complessivo della qualità del sistema sanitario. Si tratta di un modo rovesciato di guardare a quella che prima si chiamava la "periferia": rovesciato perché il punto di vista ora è quello di considerare che le strutture operative sono le più vicine all'utente, cioè al valutatore ultimo degli sforzi di miglioramento, e quindi sono quelle in cui bisogna andare a "scoprire" soluzioni di successo trasferibili.

Partendo da tali convincimenti si è sperimentata la modalità di lavoro basata sulla costituzione dei "gruppi", modalità che prevede, appunto, il confronto e la valorizzazione delle esperienze delle aziende sanitarie sui temi selezionati. La composizione dei gruppi, effettuata sulla base di un processo di "autocandidatura", ha tenuto conto dell'esigenza di rappresentare le esperienze significative dell'intero territorio nazionale e di garantire, contemporaneamente, la funzionalità dei gruppi di lavoro limitando il numero dei partecipanti. Per queste e altre ragioni (ad esempio aziende che non si sono candidate) le esperienze proposte non esauriscono l'intero patrimonio di lavoro sui temi individuati, ma ne rappresentano sicuramente una parte molto significativa.

Questo volume è dedicato al tema centrale e probabilmente più innovativo e impegnativo della Carta dei servizi: gli standard di qualità. Il problema del reale utilizzo degli standard di qualità, sia come elemento di garanzia di qualità del servizio verso i cittadini, sia come meccanismo interno di miglioramento continuo, è stato individuato dal Ministero della sanità come uno dei principali problemi comuni che le aziende sanitarie si trovano ad affrontare in seguito all'introduzione della Carta dei servizi. Ad altri due problemi critici sono dedicati

i prossimi volumi della collana "I Laboratori": il coinvolgimento dei cittadini sulla Carta dei servizi, e il coinvolgimento del personale.

Complessivamente, questi tre temi (standard, coinvolgimento dei cittadini e del personale) sono emersi come nodi critici in base alla prima ricognizione dell'attuazione della Carta dei servizi, condotta dal Ministero della sanità sul finire del 1995. A un anno di distanza, il processo di attuazione della Carta ha segnato nuove tappe, registrate nel secondo rapporto di avanzamento e di lettura ragionata delle Carte, messo a punto dal Ministero della sanità. Il processo di valutazione, avviato nel secondo semestre del 1996, fornirà ulteriori indicazioni per precisare meglio le criticità, e quindi per progettare nuovi interventi di sostegno.

La collana "I Laboratori" vuole infatti aprire una prospettiva di continuità al metodo, sperimentato nei primi tre gruppi di lavoro, di raccolta, generalizzazione e trasferimento delle esperienze esemplari. I risultati dei primi tre gruppi sono tali da far ritenere valido questo metodo, e quindi il Ministero propone alle Regioni e alle Aziende sanitarie di continuare su questa strada. Nuovi temi possono essere individuati (alcuni sono già emersi dai lavori dei primi tre gruppi), e altri gruppi possono essere costituiti. E' fondamentale a questo proposito ricordare che i gruppi di lavoro si basano sull'adesione volontaria e gratuita delle Aziende sanitarie e delle Regioni partecipanti.

Come leggere questo volume? Certamente non come un provvedimento normativo, e neanche come un atto di indirizzo. Si tratta piuttosto di istruzioni per l'uso corredate da esempi che - senza nessuna pretesa normativa o prescrittiva - è stato possibile mettere a punto analizzando e confrontando esperienze reali di alcune strutture sanitarie. Come ogni manuale, questo volume non può dare risposta a tutte le questioni, ma si limita a raccogliere in modo organizzato alcuni

suggerimenti e raccomandazioni utili. Il punto di attenzione non è tanto sulla fase iniziale di definizione degli standard (sui quali sono già disponibili indicazioni metodologiche: vd DPCM 19 maggio 1995), quanto sulle fasi successive di reale utilizzo degli standard: come comunicare gli standard ai cittadini, come coinvolgere il personale per assicurare il rispetto costante degli obiettivi fissati dagli standard. In particolare su queste due questioni, il presente volume si collega ai prossimi volumi della collana "I Laboratori", di cui è già prevista la pubblicazione entro breve. L'augurio del Ministero della sanità è che altri volumi possano seguire, a riprova della bontà del metodo di apprendimento dalle esperienze messo a punto e sperimentato dai primi tre gruppi di lavoro.

Giorgio Verdecchia

Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione

Roma, settembre 96

INDICE

Premessa: scopo del documento, composizione del gruppo di lavoro, guida alla lettura	pag.	9
1. IL SIGNIFICATO DEGLI “STANDARD”	”	13
1.1 Standard = punto di riferimento	”	13
1.2 Gli standard nella Carta dei servizi: finalità e campo di applicazione	”	14
1.3 I diversi tipi di standard nella Carta dei servizi	”	16
1.4 Utilizzare gli standard per prendere impegni con i cittadini	”	17
2. TEMPI DI ATTESA E STANDARD BASATI SU INDICATORI QUANTITATIVI	”	19
2.1 Considerazioni metodologiche	”	20
2.2 Come individuare gli indicatori quantitativi	”	25
2.3 Come fissare gli standard basati su indicatori quantitativi	”	28
2.4 Esempi: schede di alcuni standard basati su indicatori	”	32
Scheda 1: tempo massimo di attesa per ricovero programmato	”	34
Scheda 2: tempo massimo di attesa per visite specialistiche ambulatoriali	”	35
Scheda 3: tempo massimo di attesa al pronto soccorso (escluse emergenze)	”	36
Scheda 4: tempo massimo di attesa per la consegna di referti	”	37
Scheda 5: tempo medio e massimo di degenza preoperatoria (per specifiche operazioni)	”	38
Scheda 6: tempo di attesa per la fornitura di ausili sanitari	”	39
Scheda 7: tempo massimo di attesa per svincolo sanitario ad allevamenti	”	40
2.5 Standard basati su indicatori di qualità percepita	”	41
3. ALTRI STANDARD: IMPEGNI E PROGRAMMI	”	42
3.1 Considerazioni metodologiche	”	42
3.2 Come formulare un impegno sulla Carta dei servizi	”	43
3.3 Come verificare gli impegni	”	45
3.4 Esempi: schede di alcuni impegni e programmi:	”	47
Scheda 8: informazione	”	49
Scheda 9: accoglienza	”	50
Scheda 10: vitto	”	51
Scheda 11: comfort della degenza (aspetti di manutenzione)	”	52
Scheda 12: semplificazione delle procedure	”	53
3.5 Esperienze a confronto sugli impegni: il caso del vitto	”	54
Scheda 13: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como	”	56
Scheda 14: l'esperienza dell'Azienda Usl 4 di Prato	”	58
Scheda 15: l'esperienza del Policlinico II - Ateneo di Napoli	”	60
3.6 I programmi di miglioramento delle strutture	”	62
Scheda 16: come effettuare un'indagine conoscitiva sulla situazione strutturale e alberghiera degli ospedali (Az. Usl 6 di Palermo)	”	63
Scheda 17: come utilizzare il metodo della individuazione dei fattori e degli standard di qualità per migliorare la progettazione delle opere relative agli impianti ospedalieri (Az. Asl Napoli 5 di Castellamare di Stabia)	”	65

4. DEFINIRE E UTILIZZARE GLI STANDARD: IL PROCESSO	pag.	67
4.1 Il processo di gestione degli standard	"	67
4.2 Schede di esperienze di applicazione di standard	"	74
Scheda 18: Come creare una rete di operatori motivati per la costruzione degli standard (Az. Usl 6 di Palermo)	"	75
Scheda 19: Come individuare i punti di sofferenza per l'elaborazione di standard di qualità: il caso del Pap-test (1) (Az. Asl Napoli 5 di Castellammare di Stabia)	"	77
Scheda 20: Come analizzare un processo produttivo al fine di elaborare standard di qualità: il caso del Pap-test (2) (Az. Asl Napoli 5 di Castellammare di Stabia)	"	79
Scheda 21: Come arrivare alla definizione di standard condivisi dal personale (Azienda provinciale per i Servizi socio sanitari di Trento)	"	81
Scheda 22: Come selezionare e accorpate le prestazioni specialistiche evitando la numerosità del nomenclatore (Az. Usl 4 di Prato)	"	83
Scheda 23: Come informare i cittadini sugli standard al momento dell'accoglienza in ospedale (Az. Usl di Asolo)	"	85
Scheda 24: Come coinvolgere il medico di base per comunicare gli standard (Az. Usl 4 di Prato)	"	87
Scheda 25: Come costituire un nucleo di verifica degli standard (Az. Ussl di Asolo)	"	88
Scheda 26: Come monitorare gli standard: il caso del Pap-test (3) (Az. Asl Napoli 5 di Castellammare di Stabia)	"	90
Scheda 27: Come è stato applicato il bonus/malus (Azienda provinciale per i Servizi socio sanitari di Trento)	"	92
Scheda 28: Come è stato utilizzato il sistema del bonus-malus per lavorare sugli impegni legati alla riduzione delle attese per le visite specialistiche e gli esami diagnostici (Az. Ospedaliera Sant'Anna di Como)		94
Scheda 29: Come intervenire sull'appropriatezza della domanda partendo dalla verifica dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche (Azienda Usl 8 di Arezzo)		96
Scheda 30: Come affrontare il problema dei tempi di attesa delle prestazioni ecografiche per esterni fornite dall'azienda (Az. Ospedaliera "Arcispedale S.Maria Nuova" di Reggio Emilia)	"	98
4.3 Il ruolo delle regioni nel processo di gestione degli standard	"	100
Scheda 31: L'esperienza della Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna	"	101
Scheda 32: L'esperienza della Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia nell'attuazione della Carta dei Servizi		103
5. CONCLUSIONI	"	106
Appendice: gli standard di qualità nel caso della "Carta dei pazienti" inglese	"	111
Allegato: I modelli per le indagini conoscitive sviluppati, all'interno del programma "Carta dei Servizi pubblici sanitari", dall'Azienda USL n.6 di Palermo su: "Diritto all'informazione e accoglienza, barriere architettoniche, riconoscimento del personale, vitto, contesto dell'attesa"; "Adeguatezza dei servizi igienici e delle stanze di degenza"	"	114

PREMESSA

Scopo del documento

Il Ministero della sanità, allo scopo di favorire il trasferimento di esperienze attuative della Carta dei Servizi, ha costituito tre gruppi di lavoro formati da Aziende sanitarie, Regioni e Agenzie Regionali.

Il presente documento raccoglie i risultati del Gruppo di lavoro "Come utilizzare gli standard", costituito il 29 febbraio 1996 con l'obiettivo di permettere un reale confronto di esperienze e di fornire elaborazioni di esperienze, strumenti tecnici e metodologie, anche in termini di condizioni minime per avviare la Carta dei servizi nelle aziende sanitarie.

I risultati del Gruppo di lavoro qui presentati, basati sulle esperienze delle Aziende, si configurano come materiali di lavoro indirizzati prevalentemente a coloro i quali stanno lavorando nelle aziende sanitarie all'elaborazione della Carta e allo sviluppo del suo processo attuativo. In secondo luogo, essi possono costituire un'utile base metodologica per la programmazione delle attività di verifica e valutazione della qualità dei servizi erogati da parte delle direzioni aziendali. Infine, si è ritenuto utile raccogliere degli esempi di esperienze regionali che possono costituire un esempio concreto di azioni, da parte degli enti Regione, circa l'attivazione di programmi di sostegno e integrazione del lavoro svolto nelle singole aziende in tema di standard e impegni.

I materiali proposti non costituiscono quindi atto di indirizzo del Ministero della sanità, né sostituiscono alcuna fonte normativa sulla Carta dei servizi; essi piuttosto possono essere intesi come un ausilio metodologico nella programmazione dell'individuazione e della verifica degli standard e degli impegni aziendali.

Composizione del gruppo di lavoro

Il Gruppo di lavoro "Come utilizzare gli standard" è formato da:

Agenzia Sanitaria Regionale Friuli V. G.	dott. C. Liva (coordinatore)
Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna	dott.a F. Novaco
Azienda Ospedaliera "Sant'Anna" - Como	dott.a C. Dotti, dott. A. Cammarata
Azienda provinciale sanitaria di Trento	dott. U. Pitton
ASL Napoli 5 (Castellamare di Stabia)	dott.a A. Improta, dott. G. Longo
Azienda Usl di Arezzo	dott. E. Giglio, dott.a M. Vannocchi, dott.a S.Scarnato
Azienda Usl di Asolo	dott.a M. Giacobbo
Azienda Usl di Fano	dott. T. Busca
Azienda Usl di Palermo	dott. G. Noto
Azienda Usl di Pescara	dott.a M. A. Ceccagnoli
Azienda Usl di Prato	dott. C. Sarti, dott. S. Lenzi
Policlinico della II Università di Napoli	dott.a M. Botticelli, dott.a R. Nappi

Al gruppo di lavoro hanno collaborato la dott.a Licia Da Re e la dott.a Valeria Di Palma, del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità e, con ruolo di consulenti, l'ing. Luca Lo Schiavo, il dott. Gianni Guerrieri e la dott.a Marina Vannozzi del Gruppo Finsiel.

Si ringraziano le Aziende che hanno collaborato alla realizzazione di questo documento, anche attraverso il contributo di operatori che non è stato possibile indicare nominativamente.

Guida alla lettura del documento

Il presente documento, frutto del lavoro di tutti i componenti del gruppo, è articolato secondo lo schema della pagina seguente.

Il cap. 1, che ha funzione di introduzione, riprende e chiarisce il significato (il "perché") degli standard nella Carta dei servizi. Vengono ribaditi alcuni concetti

già presenti negli indirizzi disponibili (in particolare, nella metodologia proposta dal DPCM del 19 maggio 1995) sul tema degli indicatori e degli standard, con particolare riferimento alla finalità e al campo di applicazione degli standard.

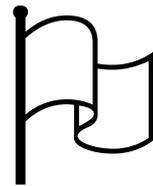
Nei due capitoli successivi viene esaminato "che cosa" sono gli standard. Nel cap. 2 sono presi in esame in dettaglio i tempi di attesa e gli altri gli standard basati su indicatori quantitativi, e nel cap. 3 gli standard espressi in forma non quantitativa, come gli "impegni" e i "programmi". Per ciascuno di questi tipi di standard sono forniti schede metodologiche e di esperienze reali.

Successivamente, nel cap. 4 viene preso in esame il tema del processo di gestione degli standard (dalla individuazione alla elaborazione, definizione e verifica degli standard). Viene presentata una metodologia tratta dall'esperienza e alcuni casi che esemplificano tutti o alcuni dei passi della metodologia. Il cap. 4 è quindi dedicato al "come".

Il cap. 5 costituisce una sintesi del contenuto del volume. In essa vengono quindi riepilogati, in forma schematica, i principali temi trattati. Inoltre vengono qui esposte alcune raccomandazioni finali per le Aziende, le Regioni e il Ministero sugli standard. Infine, in appendice è riportato un breve studio del caso inglese della Carta dei servizi sanitari e dei relativi standard, che conforta alcune opzioni di fondo scelte dal gruppo di lavoro.

Schema dell'articolazione del documento





Standard (ingl.) sm • Propriamente "insegna", dal francese antico estendart, "stendardo". / Modello Esempio. Non attenersi allo standard previsto. / Misura, norma, regola. Una prestazione inferiore allo standard.

Dizionario Italiano Ragionato

1. IL SIGNIFICATO DEGLI “STANDARD”

1.1 Standard = punto di riferimento

La Carta dei servizi ha introdotto nella pubblica amministrazione il concetto di standard di qualità. Si tratta di un'idea nuova, soprattutto in Italia nel settore pubblico, e come tutte le novità si presta a essere facilmente fraintesa. Per illustrare metodi e esperienze di utilizzazione degli standard, il Gruppo di lavoro ritiene utile partire da che cosa vuol dire “standard” e qual è il significato degli standard di qualità nella Carta dei servizi.

E' per questo motivo che è stata introdotta in apertura la citazione etimologica della parola "standard", che deriva da "stendardo", il vessillo che i soldati potevano riconoscere da lontano per orientarsi e in cui riconoscevano il senso globale del proprio sforzo.

Gli standard sono essenzialmente un punto di riferimento per orientare l'azione.

Così, con una metafora più pacifica, gli standard della Carta dei servizi rappresentano la direzione, la "rotta" del miglioramento su cui tutta l'azienda sanitaria è impegnata.

Gli standard sono un punto di riferimento sia per i cittadini che per gli operatori.

I cittadini trovano negli standard una guida ai livelli di qualità del servizio, e quindi possono utilizzare gli standard sia per verificare concretamente "il patto" costituito dalla Carta dei servizi, sia per orientarsi nella scelta della struttura sanitaria a cui si rivolgono.

Gli operatori possono, attraverso un processo adeguato di coinvolgimento, trovare negli standard un elemento di rafforzamento dell'identità aziendale, dato che tutto

il personale contribuisce, nei diversi ruoli, al rispetto degli impegni assunti con i cittadini utenti.

Gli standard sono dunque livelli attesi di qualità del servizio all'utenza, su cui l'Azienda sanitaria, nel suo complesso, si impegna per assicurarne il rispetto.

Gli standard della Carta dei servizi sono obiettivi dichiarati dall'Azienda sanitaria e costituiscono forme di garanzia all'utente sul tema del servizio.

Come si vedrà nel seguito, esiste una grande varietà nel modo in cui gli standard possono essere formulati e verificati. Infatti, gli standard di qualità possono essere espressi in diversi modi (in modo quantitativo, sulla base di indicatori misurabili, o in forma qualitativa, sulla base di affermazioni di impegno verificabili); possono essere collegati o meno a forme di rimborso o comunque di "ristoro" in caso di disservizio; possono essere riferiti alla media dell'intera collettività (si parla in questo caso di "standard generali") o essere dei livelli minimi o massimi assicurati a ciascun singolo utente (si parla in questo caso di standard specifici").

Ma nonostante queste differenze, che sono illustrate nel documento, il tratto comune e caratterizzante degli standard è quello di fissare un obiettivo da raggiungere e di costituire un impegno da rispettare nei confronti dei cittadini sul tema della qualità del servizio sanitario.

1.2 Gli standard della Carta dei servizi: finalità e campo di applicazione

La finalità degli standard della Carta dei servizi è quella di fornire una garanzia all'utenza sul livello atteso di qualità del servizio. Per questo, gli standard della Carta dei servizi devono essere dichiarati pubblicamente, ma soprattutto devono poter essere conosciuti dall'utente, e devono essere formulati in modo tale da essere comprensibili e appropriati rispetto alla valutazione che ne può fare l'utente.

L'applicazione degli standard della Carta dei servizi al settore della Sanità pone dunque un problema di applicabilità. Non tutte le componenti della qualità del servizio sanitario si prestano a essere valutate dall'utente.

A questo proposito, è indispensabile ricordare che lo schema generale di riferimento della Carta dei servizi per il settore della Sanità (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 95, pubblicato in G.U. il 31 maggio 1995, suppl. ord. n.125) esclude esplicitamente dal campo di applicazione della Carta dei servizi, e quindi da questi standard, gli aspetti tecnico-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie. Gli aspetti della qualità tecnica, infatti, sono troppo complessi e delicati per poter essere sottoposti agli standard della Carta dei servizi; l'art. 10 del d.lgs 502/92 e succ. modif. indica gli strumenti per il controllo della qualità tecnica, quali il metodo della VRQ e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie oltre alla tradizionale abilitazione professionale. Le esperienze di applicazione di Total Quality Management in Sanità, oggi in corso in alcune Aziende sanitarie, dimostrano del resto che è possibile far confluire il miglioramento della qualità tecnica e della qualità del servizio in programmi congiunti di Qualità dei processi.

Di conseguenza, gli standard della Carta dei servizi dovrebbero prendere in esame le dimensioni generali della qualità del servizio (esclusa la qualità tecnica), ovvero principalmente:

- tempestività e altri fattori di qualità legati al tempo (puntualità, regolarità, etc.)
- la semplicità delle procedure di accesso e amministrative
- la comprensibilità e completezza delle informazioni
- gli aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie
- gli aspetti legati alle strutture fisiche, come il comfort e la pulizia
- gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane e in primo luogo la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario.

1.3 I diversi tipi di standard nella Carta dei servizi

Se questi sono i temi su cui le aziende sanitarie possono elaborare gli standard di qualità, una notevole varietà esiste nei modi in cui gli standard possono essere formulati come dimostra l'analisi delle Carte dei servizi pervenute al Ministero della sanità, nonché l'analisi del caso inglese (vd. appendice). E' possibile però classificare gli standard rispetto a cinque aspetti fondamentali.

1. La formulazione degli standard

Gli standard possono essere formulati in base a indicatori quantitativi (è il caso classico dei tempi di attesa, ma anche di altri indicatori direttamente misurabili; vd cap. 2), o essere formulati in maniera qualitativa (cioè senza fare diretto riferimento a indicatori quantitativi, ma esprimendo una garanzia rispetto a specifici aspetti del servizio, come l'accoglienza, o l'informazione, o altri; vd cap. 3). Nel primo caso si parla propriamente di "standard basati su indicatori", nel secondo caso di "impegni e programmi".

2. I riferimenti adottati

Gli standard basati su indicatori possono essere standard minimi o standard medi. Gli standard minimi fanno riferimento a una soglia che deve essere comunque rispettata (per es., il tempo massimo di attesa per una prestazione non urgente), e sono quindi verificabili da ogni singolo utente. Per questo motivo vengono anche chiamati standard specifici. Gli standard medi, invece, indicano il livello medio atteso per un certo indicatore. Di conseguenza sono verificabili solo collettivamente sulla media dei risultati di un certo periodo. Vengono anche chiamati standard generali. Questi aspetti sono sviluppati nel paragrafo 2.3.

3. Oggetto dello standard

Gli standard possono essere riferiti alla struttura, al funzionamento o alla soddisfazione degli utenti. Gli standard di struttura possono essere indicati nella Carta dei servizi, ma rappresentano o una fotografia dell'esistente o un impegno di

natura programmatica che raramente è verificabile nell'arco di tempo della validità della Carta, dati i tempi lunghi con cui è possibile modificare le strutture. Più interessanti e più tipici delle Carte dei servizi sono gli standard relativi al funzionamento, che servono a controllare fenomeni variabili (come le liste di attesa). Gli standard di funzionamento possono essere espressi anche come corrispondenza a certi requisiti minimi che sono ritenuti correlati ai risultati attesi. Infine, per certe dimensioni del servizio meno tangibili (come la chiarezza dell'informazione, o l'umanizzazione), è possibile costruire standard basati su indicatori di soddisfazione dell'utenza, i cui indicatori sono rilevati con indagini mirate (sistematiche, periodiche e campionarie) su specifici elementi, con questionari, griglie di valutazione o strumenti simili.

4. Validità ed effetto degli standard

Rispetto alla validità, gli standard possono essere validi da subito o entro una certa scadenza indicata. Le Carte dei servizi non dovrebbero contenere impegni generici, di cui non è chiara la validità. Inoltre in linea di massima alcuni standard potrebbero dare luogo a rimborso, anche se questa opzione può essere poco utilizzabile in sanità. L'effetto degli standard è, verso l'esterno, di trasparenza verso l'utente, e verso l'interno dell'organizzazione, di conoscenza e di misurazione di fenomeni critici del servizio.

1.4 Utilizzare gli standard per prendere impegni con i cittadini

Un punto di cui viene spesso richiesto un chiarimento è se gli standard debbano limitarsi a fotografare una situazione a consuntivo o se debbano esprimere un obiettivo preciso di miglioramento.

A questo proposito è bene ribadire ancora una volta che il significato vero degli standard di qualità nella Carta dei servizi sta nel fatto che le aziende sanitarie prendono “impegni” con i cittadini questi impegni possono essere di vario tipo,

come appena indicato, ma in tutti i casi gli standard devono esprimere un livello qualitativo atteso. Gli standard sono, un obiettivo di miglioramento che l'azienda garantisce all'utente

Le aziende sanitarie hanno incontrato difficoltà nel definire gli standard di qualità. Questo in parte è dovuto a una scarsa pratica di misurazione di fenomeni gestionali non strettamente sanitari, come gli aspetti della qualità del servizio. Dall'altra è dovuto anche al fatto che le aziende sanitarie si sono concentrate sul fenomeno dei tempi di attesa, che è più facilmente misurabile ma che non riesce a esprimere compiutamente le dimensioni del servizio.

Per questo il Gruppo di lavoro sugli standard ha impostato il proprio lavoro sulle seguenti opzioni di fondo:

- gli standard relativi ai tempi di attesa sono una buona base di partenza per le Carte dei servizi, ma deve essere rafforzato il processo di verifica e miglioramento degli standard, oltre che la comunicazione ai cittadini;
- le Carte dei servizi dovrebbero contenere standard non solo sui tempi di attesa ma su tutte le dimensioni non tecniche del servizio
- per le componenti del servizio più intangibili e difficili da misurare, come l'informazione, la personalizzazione e l'umanizzazione, è possibile esprimere gli standard in forma qualitativa (attraverso quelli che vengono definiti "impegni"), che richiedono comunque di essere verificati e monitorati.

Questo documento sviluppa, nei capitoli che seguono, le opzioni di fondo appena indicate ¹.

¹ L'analisi del caso inglese della "Carta dei Pazienti" conforta queste opzioni di fondo (vd appendice), pur evidenziando alcune differenze di fondo rispetto al caso italiano e, in particolare, per quanto riguarda gli standard minimi nazionali;

2. TEMPI DI ATTESA E STANDARD BASATI SU INDICATORI QUANTITATIVI

L'analisi delle Carte dei servizi pervenute al Ministero della sanità dimostra che i tempi di attesa sono stati il tema principale che le Aziende sanitarie hanno affrontato per predisporre la sezione III delle proprie Carte dei servizi.

Presenza degli standard nelle Carte pervenute al Ministero

tipo di standard	aziende Usl	aziende ospedaliere
tempo di attesa per prestazioni specialistiche	47%	41%
tempo di attesa per prestazioni diagnostiche	34%	44%
tempo di attesa per rilascio referti	33%	18%
tempo di attesa per ricovero ordinario	31%	26%
tempo di attesa per prenotazioni (specialist.e diagnost.)	20%	6%
tempo di attesa al pronto soccorso	20%	15%
tempo di attesa per interventi di urgenza/emergenza	20%	15%
tempo di attesa per il medico di medicina generale	12%	-
tempo di attesa per prestazioni igiene pubblica	12%	-
tempo di attesa consegna cartelle cliniche	10%	6%
tempo di attesa per certificazione invalidità civile	6%	-
tempo di attesa per rilascio protesi	4%	-

(base = 123 Carte Aziende Usl e 34 Carte Aziende ospedaliere)

Le aziende, quindi, hanno iniziato il lavoro sugli standard con quelli basati su indicatori quantitativi, come appunto i tempi di attesa. Si tratta di una scelta naturale, data l'importanza del valore dell'accesso e della fruibilità nell'ambito dei principi e della finalità della Carta dei servizi. In questo capitolo si affrontano alcuni aspetti metodologici relativi al tema degli standard basati su indicatori quantitativi. Vengono, inoltre, presentate alcune schede esemplificative di questo tipo di standard.

Il processo di individuazione, elaborazione e verifica degli standard è trattato nel cap. 4 con l'aiuto di diverse schede di caso tratte dall'esperienza delle Aziende partecipanti al Gruppo.

2.1 Considerazioni metodologiche

Per quel che concerne gli standard basati su indicatori quantitativi il riferimento di partenza obbligato è la metodologia indicata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 (cap. 2), conosciuta soprattutto per i modelli “ad albero” dei fattori di qualità. Si richiama l'attenzione sulle definizioni date in quella metodologia.

I fattori di qualità di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la percezione della qualità del servizio da parte dell'utente che fa l'esperienza concreta di quel servizio. I fattori possono essere aspetti oggettivi (qualitativi o quantitativi), o soggettivi, rilevabili cioè solo attraverso la raccolta della percezione dell'utenza.

Gli indicatori di qualità sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità.

Uno standard di qualità è un valore atteso per un certo indicatore; nel caso standard basati su indicatori quantitativi, cioè quelli di cui si occupa questo capitolo, gli standard sono espressi o da soglie massime (o minime o da valori medi di riferimento).

Per facilitare la comprensione di queste definizioni si consideri l'esempio contenuto in tab. 1:

Tab. 1 - Esempi di fattori, indicatori e standard di qualità

FATTORE DI QUALITÀ	INDICATORI DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
Semplicità di prenotazione di una visita	Esistenza di un centro telefonico di prenotazione	Numero di Usl con centro telefonico di prenotazione = 20% del totale Usl nella regione (standard generale)
Tempestività per prenotare una visita	Tempo tra la prenotazione e la visita (in giorni)	Massimo numero di giorni per ottenere una visita = 10 (standard specifico)

La metodologia indicata nel DPCM 19 maggio 1995 individua con chiarezza i fattori di qualità, presentandoli in tre modelli "ad albero" relativi al ricovero ospedaliero, alla medicina specialistica, al servizio del medico di medicina generale (vd figure delle pagine seguenti).

In questa sede si tratta di sviluppare più in profondità alcuni aspetti relativi agli ultimi due passi della metodologia, utilizzando le esperienze maturate in questo primo periodo di applicazione della Carta dei servizi.

In particolare, viene esaminato:

- nel paragrafo 2.2, come individuare gli indicatori quantitativi a partire dai fattori di qualità e quali devono essere i requisiti di indicatori validi;
- nel paragrafo 2.3, come fissare gli standard basati su indicatori quantitativi e alcune regole orientative per fissare standard significativi e utili sia per l'azienda sanitaria che per i cittadini.

Fig.1 - ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: RICOVERO OSPEDALIERO

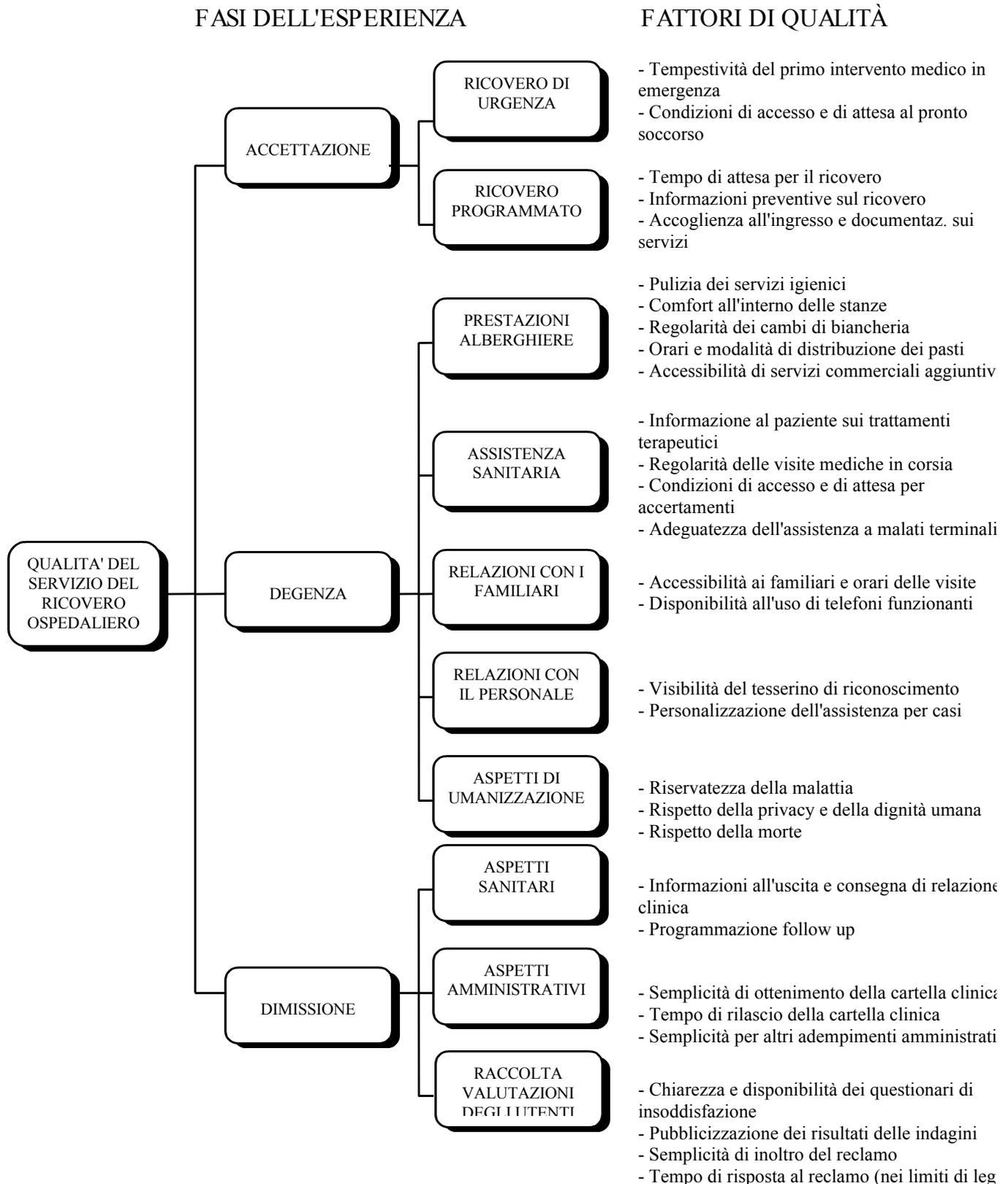


Fig.2 - ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA

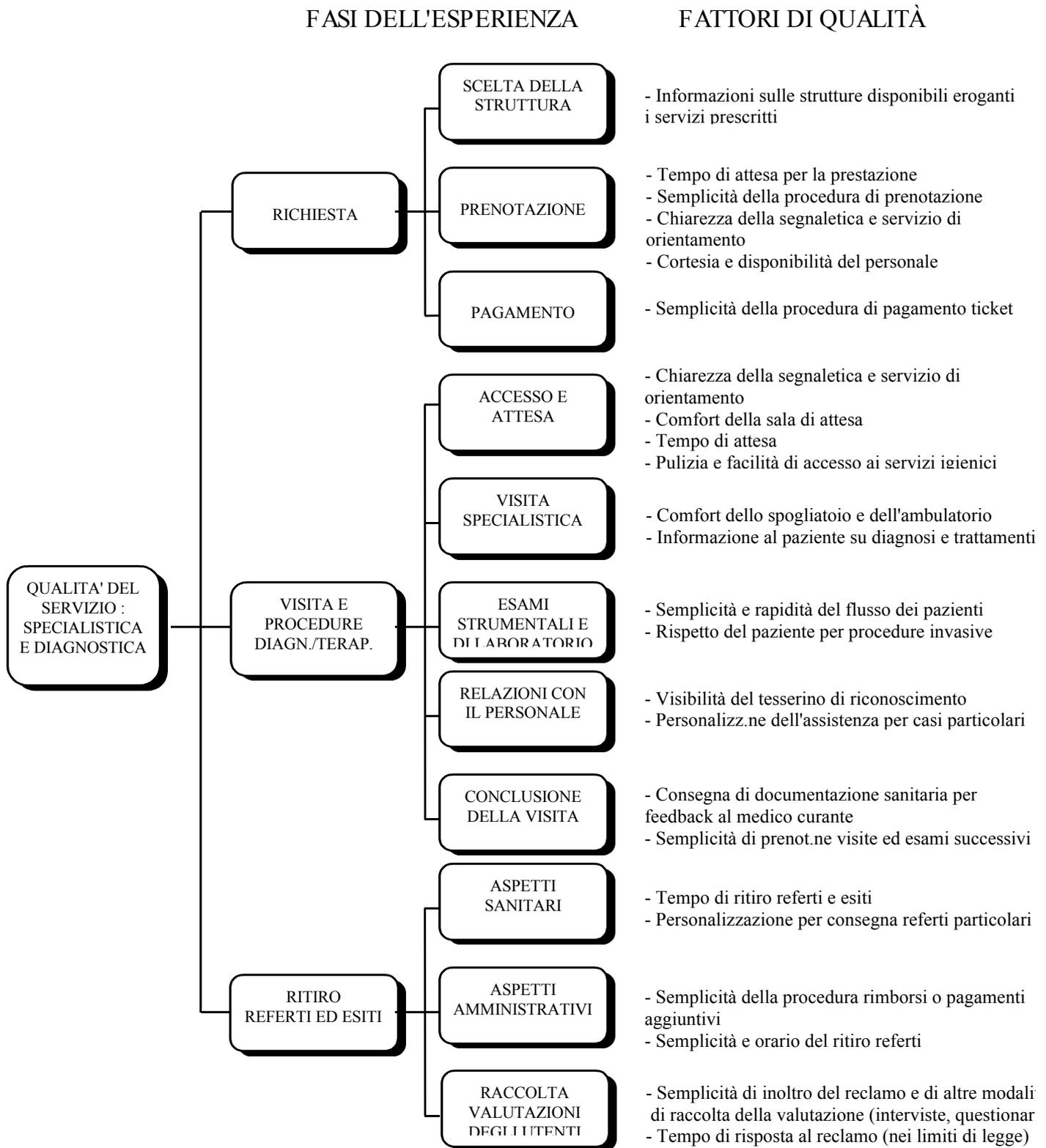
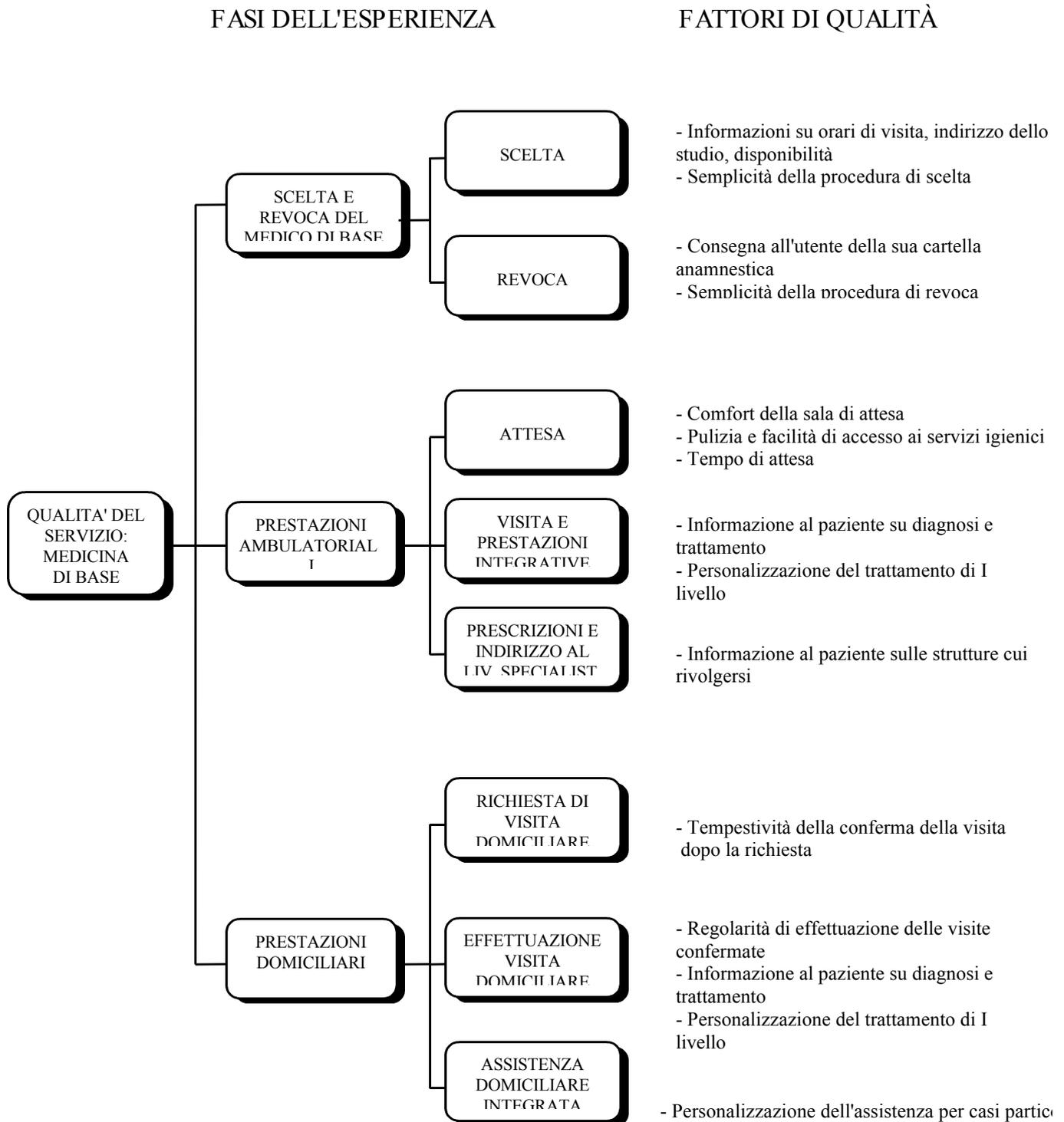


Fig.3 - ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: MEDICINA DI BASE



2.2. Come individuare gli indicatori quantitativi

In generale, con riferimento ai fattori di qualità indicati negli alberi della qualità riportati nelle pagine precedenti, è opportuno tenere presente che:

- non tutti i fattori si prestano allo stesso modo a essere tradotti in indicatori quantitativi: sono soprattutto i fattori legati alla tempestività a essere traducibili in indicatori quantitativi "oggettivi" come i tempi di attesa;
- su alcuni fattori (quelli più intangibili), il modo più diffuso per trovare indicatori quantitativi rilevanti per l'utenza è ricorrere a indicatori basati sulla rilevazione della soddisfazione, quindi a indicatori pur sempre quantitativi ma "soggettivi", la cui rilevazione richiede l'uso di opportune tecniche statistiche di campionamento e di precise modalità di intervista o di somministrazione del questionario (questo tipo di standard è trattato nel par. 2.5)
- laddove non sia possibile individuare indicatori quantitativi, gli standard possono essere espressi in forma qualitativa attraverso "impegni" e "programmi" (vd cap. 3).

Un buon indicatore quantitativo da utilizzare per gli standard nella Carta dei servizi dovrebbe essere:

- significativo: cioè affrontare temi rilevanti anche per l'utenza
- valido: cioè essere accurato, preciso
- rilevabile: cioè i dati devono essere disponibili senza eccessivi costi di raccolta
- sensibile: cioè deve registrare i miglioramenti e i peggioramenti.

Significatività

Gli indicatori dovrebbero rappresentare fenomeni importanti sia per l'utenza che per l'azienda sanitaria, ma senza toccare gli aspetti tecnici (clinici e sanitari). Di conseguenza, non sono adatti alla Carte dei servizi indicatori clinici relativi a complicanze, riammissioni, etc., che riguardano solo la parte tecnica.

In linea di massima appare opportuno selezionare - per definire gli standard - solo indicatori che siano sempre comunicabili all'utenza, anche se ve ne possono essere altri, comunicabili solo a operatori specializzati, come il personale e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, che sono molto utili per monitorare i fenomeni di servizio e per contribuire al miglioramento qualitativo. Esempi di questo secondo tipo di indicatori, da comunicare al largo pubblico solo con molta cautela, sono:

- indicatori di efficienza, di produttività, di rotazione, etc.,
- indicatori di costo
- indicatori di non-qualità dei processi.

Validità

Un indicatore è valido se esprime esattamente e soltanto il fenomeno che si intende registrare. Per questo è necessario innanzitutto che l'indicatore garantisca la confrontabilità di risultati nel tempo e fra diverse Aziende che adottano lo stesso indicatore. E' necessario a questo scopo che le regole con cui sono costruiti gli indicatori siano chiare e condivise, ed è auspicabile che alcuni indicatori vengano codificati a livello nazionale.

Occorre inoltre porre attenzione ad almeno altri due aspetti. In primo luogo, dovrebbe essere chiaro a quale segmento del processo si riferisce l'indicatore. Per esempio, il fattore di qualità "tempestività al pronto soccorso" può essere tradotto in diversi indicatori di tempi di attesa sul processo di urgenza/emergenza, come:

- il tempo tra la chiamata e l'arrivo dell'ambulanza;
- il tempo tra l'arrivo dell'ambulanza e l'arrivo al pronto soccorso
- il tempo di attesa al pronto soccorso prima di essere visitati da un medico
- il tempo totale tra la chiamata e la dimissione dal pronto soccorso.

Pur essendo riferiti genericamente allo stesso fattore di qualità, i quattro indicatori citati non possono essere confusi uno con l'altro, perché esprimono fenomeni diversi, come la reperibilità di mezzi di soccorso, le condizioni di viabilità, il servizio alla sala d'attesa, etc. Nel caso del pronto soccorso, dato

che il fenomeno rilevante è anche la capacità di discriminare casi di emergenza (con rischio vita, per i quali l'attesa deve essere nulla, e per i quali non è raccomandabile formulare standard) dai casi di urgenza (cioè senza rischio vita) e da casi impropri, l'indicatore dovrebbe essere formulato tenendo conto anche di questa segmentazione.

In secondo luogo, per essere valido, un indicatore di tempo di attesa dovrebbe escludere i casi in cui il valore registrato viene distorto da una libera scelta dell'utente. Per es., il tempo medio di attesa per le visite specialistiche dovrebbe essere depurato dei casi in cui i tempi sono più lunghi perché l'utente ha chiesto di essere visitato da uno specifico professionista, o non si è presentato alla visita.

Rilevabilità

I dati richiesti per costruire gli indicatori non sono sempre facilmente reperibili. Nel definire un indicatore, è necessario tenere presente come è possibile rilevare i dati. Se rilevare i dati è troppo difficile, anche quello che sul piano teorico è un buon indicatore si rivela alla prova pratica un fallimento. Per la rilevazione dei dati possono essere utilizzati registri cartacei o sistemi informatici; molte delle esperienze dimostrano che non è necessario disporre di un sistema informativo automatizzato per avviare il lavoro sugli indicatori, anche se disporre di tali sistemi sicuramente facilita la continuità del lavoro di raccolta e di elaborazione dei dati.

E' opportuno considerare sempre il contributo che il personale sanitario può dare alla rilevazione dei dati, e cercare soluzioni operative che non intralcino lo svolgimento delle normali attività. In generale, la misura della qualità non deve portare a peggiorare la qualità stessa per l'utente.

Le esperienze insegnano che la rilevazione manuale dei dati, anche se un po' onerosa, può diventare un'occasione di coinvolgimento e di motivazione a partecipare alle iniziative di miglioramento collegate alla Carta dei servizi, se il contributo del personale non è limitato alla semplice raccolta dei dati ma è richiesto anche sulla loro elaborazione e interpretazione.

Sensibilità

Un indicatore è sensibile se è in grado di registrare i mutamenti (in meglio o in peggio) del fenomeno osservato.

Senza entrare nei dettagli tecnici, è opportuno ricordare che gli indicatori di struttura sono sensibili solo su tempi lunghi (corrispondenti alla realizzazione di programmi di rinnovamento delle strutture), mentre gli indicatori di funzionamento sono sensibili anche nel breve periodo. Per es., una lista di attesa può avere una variabilità addirittura giornaliera.

2.3 Come fissare gli standard basati su indicatori quantitativi

Una volta individuato un indicatore significativo, valido, rilevabile e sensibile, si tratta di tradurlo in standard. Dato che uno standard è fondamentalmente un valore di riferimento (soglia massima o livello medio) per un certo indicatore, sembrerebbe che sia sempre possibile tradurre un indicatore in standard, fissando un opportuno riferimento. Benché ciò sia certamente sul piano tecnico, il Gruppo di lavoro segnala che non sempre è opportuno tradurre "meccanicamente" un indicatore in uno standard, anche se l'indicatore rispetta i requisiti elencati nel paragrafo precedente.

Uno standard deve infatti essere positivo, cioè deve esprimere una garanzia per l'utente più che il livello di "non-qualità" di un servizio.

Dal momento che una garanzia è una dichiarazione di assicurazione, che un'Azienda esprime anche quando è a conoscenza dei livelli tecnici di affidabilità dei propri prodotti e servizi ¹. Questo non vuol dire che si debbano nascondere gli

¹ Si pensi per esempio al fatto che le aziende automobilistiche offrono una garanzia di uno (o più) anni sulle proprie vetture, ma non la esprimono utilizzando le percentuali di guasto previste - che pure sono note ai costruttori - perchè dichiarare i tassi di non-qualità non sarebbe comprensibile se non da operatori specializzati.

indicatori che misurano il grado di affidabilità del servizio, ma solo che indicatori di questo tipo non dovrebbero essere utilizzati, in linea di massima, per definire degli standard. Gli indicatori di non-qualità dei processi sono da utilizzare per monitorare i fenomeni e dovrebbero essere comunicati in sedi appropriate (come la Conferenza dei servizi ex art. 14 d.lgs. 502/92) ad operatori specializzati come le associazioni di tutela dei diritti degli utenti.

Esempio di costruzione di standard in forma di garanzia

Se per es. il fattore di qualità preso in esame è la regolarità del cambio di biancheria, lo standard può essere costruito in positivo utilizzando l'indicatore della frequenza del cambio di biancheria (es. di standard: una volta al giorno salvo ulteriori necessità), ma non dovrebbe essere espresso in negativo, (es. non più del 10% di cambi di biancheria non effettuati quando necessario). L'indicatore di "non-qualità" (numero di cambi di biancheria non effettuati per mancanza di lenzuola pulite) può risultare estremamente utile per il monitoraggio del fenomeno complessivo, ma non esprime quella dimensione della "garanzia" (e quindi di assicurazione) che invece dovrebbe essere propria degli standard di qualità della Carta dei servizi

Gli indicatori dei tempi di attesa si prestano a essere tradotti in standard positivi. Come già accennato, gli standard dei tempi di attesa - e più in generale gli standard basati su indicatori quantitativi - possono essere di due tipi:

- gli standard medi, che indicano il livello medio atteso per un certo indicatore, e che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese, e non alla singola prestazione (questi standard sono anche denominati standard generali); es:

tempo medio di attesa per prestazione specialistica $X = 10$ gg;

- gli standard minimi, che fanno riferimento a una soglia minima (o massima) che deve essere comunque rispettata in ogni singola prestazione. Sono anche detti standard specifici, perché ogni utente può verificarne direttamente il rispetto; es.

tempo massimo di attesa per prestazione specialistica $X = 20$ gg

I due tipi di standard hanno quindi caratteristiche diverse.

- a) Gli standard basati su valori medi (standard "generali") indicano un riferimento che non è valido per ciascun utente singolarmente, ma solo per la collettività nel suo insieme. Come per tutti i valori medi, ci saranno casi al di sotto e casi al sopra della media. Se il tempo di attesa medio per un ricovero in un certo reparto o per una certa patologia è di 30 giorni, è possibile che nel corso di un anno ci siano pazienti ricoverati - per la stessa patologia e nello stesso reparto - in 20 giorni, e pazienti ricoverati in 40 giorni. Se lo standard è medio, il singolo utente non ha possibilità di reclamare sul proprio caso personale, e la verifica degli standard medi si può fare solo con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, per es. nella Conferenza dei servizi prevista dall'art. 14 d.lgs. 502/92, in cui vengono esaminati anche altri indicatori di qualità, come quelli interni relativi agli "eventi-sentinella". Lo standard medio è quindi un utile strumento di valutazione complessiva del servizio, ma può essere fuorviante quando il margine di variabilità tra minimo e massimo sia molto esteso, nel qual caso può essere percepito dall'utente come "una presa in giro".

- b) Gli standard basati su soglie minime (o massime) indicano un riferimento valido per ogni singolo utente. Utilizzando questi standard, l'impegno dell'azienda sanitaria è maggiore, perché non è possibile mediare tra casi distinti: bisogna che ogni caso rispetti lo standard. Gli standard basati su soglie minime (o massime) sono quelli rispetto a cui l'utente può reclamare direttamente.

Quale tipo di standard scegliere?

Molte aziende si pongono questa domanda. La risposta che il Gruppo di lavoro può dare è che nella filosofia della Carta dei servizi gli standard basati su soglie minime (o massime) esprimono più compiutamente degli standard medi il concetto di "patto con l'utenza", che sta alla base della filosofia della Carta. Tuttavia, gli standard basati su soglie minime (o massime) richiedono un impegno maggiore, e dovrebbero essere impiegati con gradualità e attenzione. In particolare, gli standard basati su soglie minime (o massime) richiedono una buona conoscenza e misurazione del processo. Inoltre, un rischio che può verificarsi nella definizione degli standard massimi è la scelta, da parte di qualche servizio, di standard di tipo cautelativo, ovvero ad esempio di tempi di attesa dichiarati più alti degli effettivi usuali, per evitare possibili reclami. Appare evidente che si deve porre attenzione a evitare simili atteggiamenti che sono in contrasto con lo spirito della Carta dei servizi. E' necessario quindi che i responsabili dell'attuazione e monitoraggio della Carta verifichino in modo puntuale, assieme ai responsabili delle unità operative, la definizione degli standard, la loro correlazione con la realtà operativa, i possibili problemi. Il Gruppo di lavoro suggerisce pertanto di adottare inizialmente standard basati su riferimenti medi, avviare le misurazioni necessarie per verificare anche i "casi limite", e pervenire agli standard basati su soglie massime solo quando si è raggiunta un buon livello di conoscenza della distribuzione complessiva dei valori dell'indicatore.

Come misurare la distribuzione dei valori di un indicatore?

Un modo per misurare la distribuzione dei valori dell'indicatore è quello di considerare la percentuale di casi che stanno sotto (o sopra) alcune soglie.

Per es. se lo standard fosse

tempo medio di attesa per prestazione specialistica $X = 10$ gg

la misurazione del processo potrebbe portare alle seguenti percentuali di distribuzione:

% di casi con tempo di attesa < 10 gg = 60%

% di casi con tempo di attesa < 15 gg = 80%

% di casi con tempo di attesa < 20 gg = 95%

% di casi con tempo di attesa > 20 gg = 5%

In un caso del genere, bisognerebbe concentrare l'attenzione sul 5% di casi con tempo di attesa superiore ai 20 gg, individuando le cause che hanno portato a questi casi con tempi lunghi, e rimuovendole con opportune azioni correttive.

Una volta attuati questi interventi, l'Azienda sanitaria potrebbe assumere l'impegno di fissare lo standard "tempo massimo di attesa = 20 gg", passando così a un livello più impegnativo per l'Azienda sanitaria ma anche di maggior garanzia per il cittadino.

2.4 Esempi: schede di alcuni standard basati su indicatori

La costruzione degli standard basati su indicatori quantitativi non è certamente un processo facile. Il Gruppo di lavoro propone alle Aziende sanitarie una scheda di supporto, che viene utilizzata in questo documento per presentare alcuni esempi di standard basati su indicatori quantitativi e che potrà essere utilizzata dalle Aziende per definire propri indicatori e standard.

La scheda è orientata agli operatori, non ai cittadini. Essa è uno strumento di lavoro che può essere utilizzato in corsi e seminari di formazione e di orientamento destinati al personale interno; la scheda non è uno strumento per comunicare gli standard ai cittadini.

Nella scheda (vd facsimile) sono messi in evidenza:

- a cosa serve lo standard (la finalità di utilizzo)
- che cosa viene misurato attraverso lo standard (la definizione dei dati da rilevare)
- come viene effettuata la misurazione (gli strumenti di rilevazione)
- alcuni suggerimenti di priorità
- alcuni fattori esterni critici per la fissazione degli standard

Facsimile scheda per standard basati su indicatori quantitativi

DENOMINAZIONE	Utilizzare una denominazione precisa e non troppo lunga
A COSA SERVE (LA FINALITA')	Indicare in questo spazio la finalità per cui è utile adottare lo standard basato su indicatore,, sia per dal punto di vista dell'utente (es. eliminazione di dubbi e incertezza sui tempi), sia dal punto di vista della struttura interna
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	Indicare in questo spazio il campo di applicazione dello standard (che cosa viene misurato e che cosa no, indicando i casi particolari) e le regole per assicurare omogeneità alle misurazioni. Indicare anche le unità di misura e le eventuali operazioni matematiche necessarie (non troppo complesse)
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	Indicare da quali basi informative si possono rilevare i dati, la frequenza suggerita di rilevazione e altre modalità per rendere più efficace il controllo
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITA')	Se possibile, indicare in questo spazio alcuni suggerimenti per chi deve partire da zero: su quali aspetti concentrarsi (per tipo di utente, di prestazione, di patologia, etc.) per rendere fattibile la misurazione, anche se parziale
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	Indicare in questo spazio i fattori esterni principali, indipendenti dal controllo della struttura, che possono rendere oggettivamente non raggiungibile l'obiettivo indicato dallo standard. Tenere presenti questi fattori nel fissare gli standard e nel decidere se si tratta di standard generale (es. tempo medio di attesa) o specifico (es. tempo massimo di attesa)
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	Indicare eventuali riferimenti di legge da rispettare

SCHEMA N. 1

DENOMINAZIONE	
TEMPO MASSIMO DI ATTESA PER IL RICOVERO PROGRAMMATO = ... GG	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	<p>Nei confronti dell'utente: permette al paziente di programmare i propri tempi di vita in relazione al ricovero, garantisce la trasparenza sulle liste di attesa e può consentire al "cliente" anche una scelta ragionata della struttura ospedaliera in cui effettuare il ricovero.</p> <p>Nei confronti dell'organizzazione interna: "obbliga" i reparti e i servizi alla programmazione delle attività, a definire i criteri e gli standard operativi alla base delle liste.</p>
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	<p>L'indicatore è dato dai giorni intercorrenti tra la data della "prenotazione" del ricovero programmato (registrazione sulla lista d'attesa) e la data di effettivo ricovero, eccettuati i casi di rinuncia o di slittamento per cause derivanti dal paziente.</p> <p>I tempi di attesa per il ricovero devono essere valutati separatamente per area/reparto e se necessario per gruppi omogenei di casistica.</p>
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	<p>In base alla legislazione vigente, deve esistere un "registro dei ricoveri ospedalieri ordinari", consultabile dagli utenti (salvo il principio di salvaguardia della riservatezza sulla malattia) e dai medici di famiglia. Tale registro è lo strumento di base, ma deve essere integrato da precisi criteri di inserimento in lista d'attesa, basati sul tempo medio delle attività, sulla disponibilità di sale chirurgiche o di attrezzature diagnostiche. Devono essere definiti anche criteri deontologici per priorità a certe patologie o a certe tipologie di pazienti (es. anziani, portatori di handicap, etc.)</p> <p>Trattandosi di un indicatore molto critico, è necessario registrare per un certo tempo la situazione, prima di fissare uno standard (tempo massimo in lista di attesa, per tipologie di patologie/pazienti).</p>
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	<p>Inizialmente potrà essere opportuno rilasciare al paziente solo una ricevuta che riporta la posizione in lista di attesa e la data di inserimento; successivamente si potrà comunicare il tempo massimo in relazione alla richiesta.</p> <p>Ulteriori miglioramenti possibili, con una programmazione molto accurata, sono la comunicazione al paziente del giorno esatto di ricovero (per es., per i ricoveri in chirurgia, all'atto delle procedure di idoneità chirurgica)</p>
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	<p>Per avere uno standard effettivo e credibile è necessaria la condivisione dei criteri di inserimento in lista di attesa tra i primari ospedalieri, responsabili dell'utilizzo di tali criteri, e la direzione sanitaria.</p> <p>Il tempo massimo di attesa è comunque sottoposto al vincolo della disponibilità delle risorse tecniche e di budget. Devono essere attentamente valutati anche fenomeni stagionali (es. ridimensionamenti estivi della capacità di ricovero).</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	
Legge 724/94, art. 3 comma 8	

SCHEMA N. 2

DENOMINAZIONE	
TEMPO MASSIMO DI ATTESA PER VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI = GG.....	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	<p>Nei confronti dell'utente, permette al paziente di programmare l'uso del tempo, e rassicura in quanto garantisce un tempo certo entro cui sarà effettuata la visita.</p> <p>Può consentire al "cliente" o al medico di medicina generale anche una scelta ragionata della struttura da cui servirsi, anche in relazione all'urgenza della visita o alla comodità di accesso alle strutture.</p>
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	<p>L'indicatore è dato dal numero di giorni che intercorrono dalla data della prenotazione alla data di effettuazione della visita.</p> <p>E' opportuno stabilire standard specifici almeno per ogni diversa specialità, e in certi casi per tipo di prestazione, adottando però un approccio semplice e comprensibile, evitando la terminologia tecnica e la numerosità e complessità del nomenclatore (vd scheda n. 22)</p>
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	<p>Rilevare la data di prenotazione dai registri di prenotazione e confrontarla con la data di reale effettuazione della visita.</p> <p>E' opportuno prevedere una ricevuta per l'utente, indicante il luogo, la fascia oraria e il giorno della visita.</p> <p>Le aziende che dispongono di un CUP possono facilmente elaborare le basi di dati del CUP per rilevare i dati richiesti.</p>
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	<p>In assenza di sistemi informativi è opportuno concentrare l'attenzione sulle specialità e sulle prestazioni che presentano le liste di attesa più lunghe.</p>
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	<p>Alle preferenze dell'utente per uno specifico specialista (se possibile bisognerebbe depurare il dato da questo tipo di fenomeno)</p> <p>Alla mancata effettuazione della prestazione per assenza non comunicata dell'utente (vd anche scheda n.27 sull'applicazione del bonus/malus)</p> <p>Alla gestione di un adeguato sistema di sostituzione dello specialista in caso di assenza.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	

SCHEMA N. 3

DENOMINAZIONE	
TEMPO MASSIMO DI ATTESA AL PRONTO SOCCORSO < ... MINUTI (per casi non in emergenza)	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	<p>Può contribuire a rassicurare l'utente; infatti, misurare e dichiarare al paziente il tempo di attesa al Pronto Soccorso, in relazione al livello di gravità, evita che all'incertezza sullo stato di salute si assommi l'incertezza che riguarda la prontezza di intervento.</p> <p>Misurare questo indicatore ha inoltre dei vantaggi interni, perché permette di valutare il funzionamento del reparto di pronto soccorso e di valutare i miglioramenti.</p>
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	<p>L'indicatore misura il tempo che intercorre tra l'ingresso al Pronto Soccorso (rilevato al primo contatto con il personale infermieristico) e la visita del paziente da parte di un medico, per pazienti non in condizioni di emergenza, possibilmente classificati in relazione alla gravità.</p> <p>I pazienti che arrivano al Pronto Soccorso in condizioni di emergenza (immediato "rischio-vita") non hanno tempo di attesa, e devono essere immediatamente gestiti.</p>
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	<p>E' necessario registrare sia l'ora e i minuti della prima accoglienza infermieristica, sia l'ora e i minuti della visita medica.</p> <p>Questo può essere fatto in molti modi; uno dei più semplici è rilasciare al paziente, in occasione della prima accoglienza, una scheda di accompagnamento del paziente (o un biglietto da allegare alla documentazione) con la registrazione dell'ora di arrivo e una prima valutazione infermieristica di gravità. Sulla stessa scheda il medico registra l'ora di visita, permettendo così l'elaborazione dell'indicatore.</p> <p>Le registrazioni degli orari di ingresso e di visita dovrebbero essere entrambe riportate sul referto di pronto soccorso.</p>
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	<p>E' possibile avviare la misurazione del tempo di attesa al Pronto Soccorso con rilevazioni su periodi campione, e poi estendere sistematicamente la rilevazione (per evitare effetti distorti in occasione delle misurazioni).</p> <p>L'elaborazione dovrebbe essere almeno semestrale, su un campione casuale di schede.</p>
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	<p>Se necessario, si deve prevedere per ogni turno un infermiere addestrato al "triage" che si dedichi con priorità alla primissima accoglienza.</p> <p>Evidentemente situazioni non prevedibili di arrivo contemporaneo di più casi urgenti e non dilazionabili possono comportare un allungamento dei tempi di attesa per i casi senza pericolo immediato. E' proprio in queste situazioni, però, che diventa cruciale la prontezza di risposta del Pronto Soccorso, la qualità dell'accoglienza infermieristica e la rassicurazione per il paziente che deriva dal conoscere in anticipo i tempi di attesa.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	

SCHEMA N. 4

DENOMINAZIONE	
TEMPO MASSIMO DI ATTESA PER LA CONSEGNA DI REFERTI SANITARI = GG...	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	Nei confronti dell'utente: permette di programmare l'uso del tempo, rassicura in quanto garantisce un tempo di risposta certo, può consentire al "cliente" anche una scelta ragionata della struttura da cui servirsi
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	Nei confronti dell'organizzazione interna: riattiva un processo di miglioramento qualitativo; fa acquisire una nuova organizzazione e metodologia di lavoro; può consentire un aumento della fiducia del cliente L'indicatore è dato dai giorni che intercorrono tra la data della prestazione e la data di consegna referto e/o certificato. E' opportuno stabilire standard specifici per ogni tipo di prestazione come, per esempio: Radiografia torace, Radiografia cranio, Ecografia renale Ecocardiografia, Pap-test, Certificato di sana e robusta costituzione, Certificato di soggetto portatore di handicap
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	Su un apposito registro (cartaceo o informatico) occorre riportare la data in cui si effettua la prestazione, la data in cui è disponibile il referto e/o il certificato e la data di effettivo ritiro da parte del paziente. E' opportuno prevedere una ricevuta per l'utente indicante il luogo, la fascia oraria e il giorno di consegna.
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	Può convenire iniziare dalle prestazioni maggiormente richieste, o da quelle ritenute più critiche, sperimentando l'adozione del registro la cui efficiente tenuta implica un pieno coinvolgimento del personale amministrativo e sanitario.
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	Monitorare i tempi non solo della prestazione sottoposta a standard (es. Rx cranio), ma a rotazione anche quelli di tutto il gruppo (es. Rx addome, Rx torace; Rx polso, ecc.) per evitare che al rispetto del tempo della prima prestazione, corrisponda un allungamento delle altre.
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	
Piano Sanitario Nazionale	

SCHEMA N. 5

DENOMINAZIONE	
<p style="text-align: center;">TEMPO MEDIO E MASSIMO DI DEGENZA PREOPERATORIA = GG.... (per alcune operazioni chirurgiche: es. intervento di colecistectomia d'elezione per via laparotomica)</p>	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	<p>Questo indicatore porta ad analizzare l'organizzazione interna dei reparti di chirurgia e, allo stesso tempo, le connessioni tra questi ultimi e altri reparti (anestesiologia e cardiologia), e i servizi di diagnostica. Esiste un'utilità sia per gli stessi servizi, sia per l'utente. Dal punto di vista dei servizi una programmazione oculata dei ricoveri e la corretta connessione con gli altri reparti sono gli elementi essenziali di un processo di ottimizzazione delle risorse. Dal punto di vista dell'utente l'adozione dello standard permette di programmare l'uso del tempo e offre una certa assicurazione nell'affrontare il disagio legato alla degenza e può consentire al "cliente", a parità di altre condizioni, anche una scelta ragionata della struttura a cui servirsi.</p>
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	<p>Per abbreviare i tempi di studio è possibile effettuare un'analisi retrospettiva dei casi, che analizzi, per un periodo di almeno tre mesi, le cartelle dei pazienti ricoverati per interventi d'elezione di colecistectomia per via laparotomica. Allo stesso tempo è possibile avviare un'indagine prospettica, che, attraverso una scheda precodificata e verosimilmente per una durata di tre mesi, tenda a registrare gli "elementi costitutivi" essenziali del fenomeno oggetto di studio nei diversi "punti nodali" individuati.</p>
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	<p>E' necessario registrare la giornata di ricovero, non solo come data ma come giorno settimanale. Si registreranno una serie di eventi fondamentali, come la data di richiesta effettuazione della consulenza anestesiologica, la data di richiesta e di risposta ai seguenti elementi: ECG, Rx torace, routine di laboratorio. Verrà anche misurato l'uso della sala operatoria, sia in termini di ore di utilizzazione, sia rispetto alle modalità di programmazione.</p>
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	<p>Si dovrà indicare un referente/responsabile che, adeguatamente istruito, realizzerà l'indagine retrospettiva, eventualmente coadiuvato da personale della Direzione Sanitaria ospedaliera. Per quanto riguarda la rilevazione dei nuovi casi nell'indagine prospettica, sarà coinvolto direttamente, dal referente di cui sopra, il Caposala del reparto. Si renderanno necessari, prima dell'inizio, la contrattazione del progetto con il reparto, la motivazione degli operatori e la formazione di quelli direttamente coinvolti, nonché il pre-testing delle schede di monitoraggio.</p>
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	<p>Occorrerà studiare a parte i casi che presentino condizioni particolari tali da comportare ritardi di degenza, come nel caso di patologie associate (insufficienza renale, cardiaca, diabete mellito, eventuale insorgenza di complicanze preoperatorie, etc.). Dato il coinvolgimento di più servizi, diventerà fondamentale, una volta studiato il fenomeno e individuati i punti critici e le "responsabilità" mettere in atto le opportune strategie per la realizzazione e la verifica di protocolli d'intesa realmente applicati tra i diversi servizi.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	
Sono da prendere in considerazione gli aspetti legati al ticket; alcune regioni hanno dato disposizioni in merito.	

SCHEDA N. 6

DENOMINAZIONE	
TEMPO DI ATTESA PER LA FORNITURA DI AUSILI SANITARI = GG.....	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	A rassicurare una fascia particolarmente debole di utenti (anziani e/o disabili) offrendo loro la certezza del tempo entro il quale potranno disporre delle forniture richieste.
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	Il tempo fra la presentazione, da parte dell'utente, della richiesta del medico di famiglia di fornitura di ausili agli Uffici della ASL, e il momento di consegna degli ausili stessi da parte della ditta abilitata.
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	Registrare la data in cui viene presentata la richiesta compilata dal medico di famiglia e la data in cui l'ausilio viene consegnato all'utente. Tali date possono essere registrate a cura degli uffici della Azienda Sanitaria su una scheda-paziente; la data di consegna può essere ricavata dalla documentazione (es. bolla di accompagnamento) in possesso della ditta abilitata.
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	Individuare i vincoli irrisolvibili, perché strettamente previsti da normative di legge o dipendenti dal necessario controllo da parte della Azienda Sanitaria, e snellire le altre fasi di complicazione burocratica.
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	La registrazione dei tempi di attesa deve riguardare la fornitura di ausili abbastanza omogenei fra loro (carrozzine e letti ortopedici, materassi antidecubito), che cioè non richiedono una specifica personalizzazione. Per altri ausili infatti (scarpe, corsetti ortopedici, ecc.) l'intervento della Ditta abilitata per personalizzare gli ausili, può fare aumentare i tempi di attesa con l'introduzione di una variabile scarsamente controllabile, a scapito della attendibilità della raccolta dei dati.
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	

SCHEMA N. 7

DENOMINAZIONE	
<p>TEMPO MASSIMO DI ATTESA PER SVINCOLO SANITARIO AD ALLEVAMENTI = GG..... (es. per diagnosi di brucellosi bovina ed ovi-caprina)</p>	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	<p>Serve ad indicare i giorni necessari ad effettuare, durante i piani di risanamento, una diagnosi dello stato sanitario dell'allevamento dall'ingresso in stalla per effettuare i prelievi di sangue allo svincolo sanitario dell'allevamento in caso di negatività. Misurare tale indicatore è utile in quanto permette di valutare il funzionamento dei distretti in rapporto anche ai tempi di risposta dell'Istituto Zooprofilattico e ciò al fine di individuare l'eventuale presenza di punti critici la cui risoluzione porterebbe sicuramente ad un miglioramento (tutela salute pubblica, vantaggi per l'allevatore)</p>
COSA MISURARE (L'OGGETTO)	<p>E' necessario dividere il tempo totale di attesa in tre periodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tempo che intercorre dal prelievo all'invio dei campioni all'Ist. Zooprofilattico. • tempo che intercorre dall'invio all'esito ufficiale degli esami. • tempo che intercorre dall'esito allo svincolo dell'allevamento.
COME MISURARE (GLI STRUMENTI)	<p>E' necessario rilevare la data di accesso e relativo vincolo sanitario, la data di invio al laboratorio, la data dell'esito e la data dello svincolo. Tutti questi dati sono rilevabili dagli atti dei Distretti e dall'esame dei modelli 2/33 che scortano i campioni. La rilevazione può essere effettuata mensilmente.</p>
DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)	<p>E' possibile avviare la misurazione in alcuni Distretti iniziando dall'anno in corso, per poi estendersi a tutti. l'elaborazione dei dati ottenuti dovrebbe essere almeno semestrale.</p>
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	<p>Situazioni non prevedibili possono essere rappresentati da eventi climatici eccezionali, carenze di personale presso i laboratori dell'Ist. Zooprofilattico ed eccessivo carico di lavoro dello stesso, che possono comportare un allungamento dei tempi di attesa. In ogni caso, come detto precedentemente, anche l'analisi di detti punti critici è necessaria per ottenere un miglioramento finale.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	
<p>D.P.R. 08/02/1954 n.320 "Regolamento di Polizia Veterinaria" D.M. 27/02/1994 n.651 "Regolamento concernente il piano Nazionale per la eradicazione della Brucellosi negli allevamenti bovini"</p>	

2.5. Standard basati su indicatori di soddisfazione

In alcune Carte pervenute al Ministero sono presenti standard espressi come soglie su indicatori di qualità percepita, cioè di soddisfazione dell'utenza.

Per es., la Azienda Usl Milano 39 formula così lo standard sul tema dell'informazione:

Entro il primo semestre almeno il 75% degli utenti dovrà ritenere sufficienti le informazioni sulle prestazioni dei Medici di famiglia. (Insieme allo standard viene indicata la situazione attuale: a gennaio 95 solo il 60% ritiene sufficienti tali informazioni).

Si tratta indubbiamente di un modo molto avanzato di fissare gli standard, e anche molto impegnativo. Infatti, fissare standard basati su indicatori di soddisfazione dell'utenza richiede di stabilizzare un sistema di rilevazione (metodo di campionamento, forma del questionario, successione delle domande, modalità di intervista o di somministrazione, etc.) a un livello tale da poter essere confidenti che rilevazioni diverse nel tempo garantiscano comunque i requisiti di confrontabilità e di significatività statistica.

Oggi le indagini di soddisfazione sono molto diffuse nelle aziende sanitarie, ma non sempre presentano un livello di sistematicità metodologica tale da poter garantire questi requisiti. Si tratta comunque di sforzi importantissimi che le Aziende sanitarie fanno per uscire dalla logica classica dell'autoreferenzialità, e in questo senso vanno incoraggiati e sostenuti; ma è opportuno procedere con cautela quando da indagini conoscitive, che possono tollerare una minore sistematicità, si voglia passare a indagini di carattere "prescrittivo", nel senso che gli standard sono determinati sui risultati delle rilevazioni.

Gli standard basati su indicatori di soddisfazione sono lo strumento che permette di associare a qualunque fattore di qualità un indicatore quantitativo, e quindi di dare piena attuazione alle indicazioni contenute nelle metodologie del DPCM 19 maggio 1995. Ma prima di adottare standard basati su indicatori di soddisfazione, il Gruppo di lavoro consiglia alle Aziende sanitarie di adottare standard - anche su fattori di qualità non facilmente misurabili - attraverso "impegni" formulati in modo qualitativo, secondo quanto indicato nel capitolo successivo.

3. ALTRI STANDARD: IMPEGNI E PROGRAMMI

3.1. Considerazioni metodologiche

Gli standard della Carta dei servizi non dovrebbero interessare solo i tempi di attesa. Per la qualità del servizio sono rilevanti anche le altre componenti del servizio, tra cui principalmente:

- le relazioni interpersonali tra operatori e utenti,
- l'umanizzazione e la personalizzazione,
- il comfort alberghiero
- l'accoglienza
- l'informazione
- la semplificazione delle procedure.

Su fattori di qualità di questa natura può risultare più complesso individuare indicatori quantitativi su cui esprimere lo standard secondo i requisiti indicati nel capitolo precedente, compreso il requisito della "positività" dello standard inteso come garanzia. Del resto, per le Aziende che non hanno esperienze pregresse in materia di qualità del servizio può risultare troppo impegnativo, in fase di avvio della Carta dei servizi, fissare degli standard basati su indicatori di soddisfazione dell'utenza.

In questi casi, è possibile esprimere gli standard della Carta dei servizi anche attraverso formulazioni non quantitative, se vengono rispettate certe condizioni di non genericità e di verificabilità. Questo capitolo indica alcuni criteri per costruire validi standard anche in forma qualitativa.

Gli strumenti che rendono possibile tradurre in standard anche fattori di qualità più intangibili e più difficilmente misurabili, come quelli sopra elencati, sono gli impegni e i programmi.

- Gli impegni rappresentano le azioni, i processi e i comportamenti che l'Azienda adotta da subito (o nel breve periodo) al fine di garantire alcuni fattori di qualità del servizio o il loro miglioramento.
- I programmi, invece, si riferiscono a cambiamenti sul versante strutturale o organizzativo che non è possibile assicurare fin da subito; i programmi informano i cittadini sulle iniziative in corso, ma non assumono la valenza di una garanzia del servizio reso.

Sul piano metodologico, gli impegni pongono due distinti problemi:

- come formulare un impegno sulla Carta dei servizi;
- come verificare gli impegni (cioè come apprezzare se sono stati effettivamente conseguiti i risultati attesi dichiarati con gli impegni).

3.2 Come formulare un impegno sulla Carta dei servizi

Qualora non sia possibile individuare indicatori per formulare gli standard in maniera quantitativa, gli standard possono essere formulati nella Carta dei servizi anche con "impegni", che però dovrebbero comunque rispondere ad alcune caratteristiche. Un "impegno" nella Carta dei servizi dovrebbe comunque essere formulato in maniera tale da essere:

- significativo: deve affrontare temi rilevanti per l'utenza;
- non generico e verificabile: deve individuare contenuti precisi e scadenze chiare, tali da permettere un riscontro.

Significatività

Sul criterio della significatività valgono le stesse considerazioni già fatte a proposito degli indicatori (vd par. 2.2). In particolare, gli impegni non dovrebbero riguardare aspetti tecnici (clinici o sanitari). Inoltre, è necessario tenere presente che i fattori di qualità su cui si formulano gli impegni

comprendono normalmente un ampio numero di aspetti, e che spesso la loro importanza agli occhi dell'utente è legata all'insieme di questi aspetti: per es., per il vitto, sono importanti sia aspetti "misurabili" (come l'orario dei pasti, la temperatura delle vivande quando vengono servite, etc.), sia aspetti "verificabili" (come la possibilità di scelta, la presenza di stoviglie e accessori, etc.), sia aspetti piuttosto soggettivi (come il gusto dei cibi serviti, le condizioni in cui i pranzi sono consumati, etc). Un impegno è tanto più significativo quanti più aspetti comprende. La formulazione degli impegni, anche se concentrata su alcuni aspetti specifici, solleva comunque l'attenzione dei cittadini e delle associazioni su tutti gli aspetti connessi. Per questi motivi è importante tenere sempre presente la "globalità" degli aspetti di servizi connessi a un impegno, e monitorarli in modo integrato.

Non genericità

Anche se espressi con formulazioni non quantitative, gli impegni non dovrebbero assolutamente essere generici. Per esempio, uno standard non quantitativo sul vitto non dovrebbe essere espresso nel seguente modo:

"L'azienda garantisce il diritto a una alimentazione di qualità",
ma potrebbe invece essere formulato in uno dei seguenti modi ¹

- o indicando un'azione precisa: es.
L'azienda si impegna a fornire un menu a scelta per i degenti non soggetti a dieta
- o indicando un "prerequisito" della qualità: es.
L'azienda si impegna a realizzare corsi di perfezionamento ai cuochi.

Tra queste due formulazioni, è certamente preferibile la prima, perché esprime un tipo di impegno direttamente verificabile dai cittadini. E'

¹ Si rammenta che esiste comunque la possibilità di esprimere standard anche in maniera quantitativa, in termini di soglia da raggiungere nelle valutazioni di soddisfazione degli utenti; vd par. 2.5.

opportuno tenere presente che per alcuni aspetti particolarmente intangibili (come per es. la cortesia del personale), può essere necessario dover ricorrere a impegni formulati sulla base di prerequisiti..

In ogni caso bisogna porre attenzione a non esprimere gli impegni in modo generico; a questo scopo è opportuno che:

- gli impegni contengano sempre un'indicazione chiara della scadenza temporale a cui sono associati
- gli impegni siano formulati facendo riferimento a contenuti precisi e circoscritti, e non a generici "diritti" o ad aspetti troppo ampi della qualità.

Verificabilità

In genere, se un impegno è espresso in modo non generico, è anche verificabile. In altri termini dovrebbe essere possibile effettuare dei riscontri per vedere se l'impegno è stato rispettato. Proprio perché gli impegni sono in realtà "globali", cioè interessano un ampio numero di aspetti anche al di là della loro formulazione, è bene che la verifica degli impegni sia condotta con un elevato numero di strumenti di verifica. A questo argomento è dedicato il paragrafo successivo.

3.3 Come verificare gli impegni

Per verificare il rispetto o meno degli impegni assunti, devono essere utilizzati diversi strumenti di verifica. I principali sono:

- le indagini di soddisfazione
- gli indicatori di monitoraggio
- riscontri e verifiche delle azioni previste.

Nessuno di questi tre strumenti, preso separatamente, è in grado di assicurare una reale verifica. L'importante è invece utilizzare i diversi strumenti di verifica per monitorare l'insieme degli aspetti che influiscono sui risultati. Gli impegni si

riferiscono infatti a temi complessi, spesso intangibili o difficilmente quantificabili, ma sempre molto importanti per gli utenti.

Indagini di soddisfazione

Le indagini di soddisfazione effettuate con questionari autocompilati o con interviste personali sono uno strumento importante per la verifica degli impegni. E' opportuno che tali indagini prevedano specifiche domande inerenti agli impegni, separate dalle domande generali sulla soddisfazione per le principali componenti della qualità del servizio. Quello delle indagini di soddisfazione è un tema molto importante e delicato per la complessità degli aspetti metodologici coinvolti, che non è possibile esaurire in poche righe, e che meriterebbe approfondimenti in sede ministeriale.

Indicatori di monitoraggio

Oltre a svolgere le indagini di soddisfazione, è opportuno dotarsi di indicatori quantitativi per monitorare dall'interno il fenomeno. Ad ogni impegno dovrebbe corrispondere un set di indicatori di monitoraggio.

Per es., nel caso del vitto, indicatori come la percentuale dei pasti rifiutati o la percentuale di cibo non distribuito rappresentano dei segnalatori ulteriori del grado di soddisfazione, anche se non possono certamente essere usati per esprimere lo standard (perché misurano la non-qualità e non esprimono la "garanzia" in senso positivo; vd par. 2.3).

Per fare un altro esempio, nel caso di un impegno sulla cortesia può essere valutata la numerosità e la natura degli eventuali reclami; un indicatore di questo tipo sarebbe altamente insufficiente se preso da solo, ma ha senso se è inserito in un sistema di verifica che comprende anche la rilevazione della percezione dell'utente e la verifica delle azioni previste (come i corsi di formazione).

Riscontri e verifiche delle azioni previste

Dal momento che gli impegni dovrebbero essere formulati in modo non generico attraverso l'indicazione delle concrete azioni previste, è opportuno verificare se tali azioni sono state effettivamente realizzate, attraverso riscontri e verifiche oggettive, eventualmente a campione.

Il sistema di verifica e di indicatori di monitoraggio di cui l'azienda è opportuno che si doti non deve rappresentare un patrimonio informativo accessibile solo dall'interno dell'Azienda. E' necessario, nello spirito dell'art.14 del d.lgs. 502/92, che sia diffuso alle associazioni degli utenti attraverso canali e sedi appropriate, come la Conferenza dei servizi, in modo da poter sviluppare un quadro di trasparenza in merito alle azioni, ai comportamenti e ai risultati che l'azienda ha promosso e conseguito.

3.4 Esempi: schede di alcuni impegni e programmi

Come per gli standard basati su indicatori quantitativi, il Gruppo di lavoro propone alle Aziende sanitarie una scheda di supporto, che viene utilizzata in questo documento per presentare alcuni esempi di impegni, e che potrà essere utilizzata dalle Aziende per definire propri impegni specifici.

Anche in questo caso la scheda è orientata agli operatori, non ai cittadini. Essa è uno strumento di lavoro che può essere utilizzato in corsi e seminari di formazione e di orientamento destinati al personale interno; la scheda non è uno strumento per comunicare gli standard ai cittadini.

Nella scheda (vd facsimile) sono messi in evidenza:

- una possibile formulazione dell'impegno
- a cosa serve l'impegno formulato (la finalità di utilizzo)
- che cosa comprende l'impegno formulato (l'insieme degli aspetti in gioco)

- come viene effettuata la valutazione (gli strumenti per verificare l'impegno)
- alcuni suggerimenti di priorità
- alcuni fattori esterni critici per la fissazione degli standard

Facsimile scheda per impegni e programmi (standard espressi in modo qualitativo)

FORMULAZIONE	
Utilizzare una formulazione semplice e sintetica. Deve essere chiaro se si tratta di impegno valido da subito o di un programma da realizzare entro una certa scadenza che deve essere indicata	
A COSA SERVE (LA FINALITA')	Indicare in questo spazio la finalità per cui è utile adottare lo standard espresso in forma qualitativa, sia per dal punto di vista dell'utente (es. eliminazione di dubbi e incertezza sui tempi), sia dal punto di vista della struttura interna
COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)	Indicare in questo spazio i diversi aspetti del servizio compresi nel tema dell'impegno o del programma. Tenere presente che gli impegni e programmi riguardano in generale temi complessi, non riconducibili a un singolo aspetto
COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)	Il sistema di valutazione dovrebbe comprendere sia misurazioni oggettive (sugli indicatori quantitativi di monitoraggio), sia misurazioni soggettive basate su indici di soddisfazione. Indicare anche le unità operative che dovrebbero essere responsabili della valutazione
GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO	Indicare uno o più indicatori suggeriti per il monitoraggio dell'impegno o del programma (questi indicatori sono spesso espressi come percentuale dei casi in cui è stato possibile soddisfare l'impegno)
A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)	Indicare in questo spazio i fattori esterni principali, indipendenti dal controllo della struttura, che possono rendere oggettivamente non raggiungibile l'obiettivo indicato dallo standard.
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	
Indicare eventuali riferimenti di legge da rispettare	

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)

SCHEDA N. 8: INFORMAZIONE

FORMULAZIONE	
L'AZIENDA SI IMPEGNA A OFFRIRE INFORMAZIONE SCRITTA E VERBALE ALL'UTENTE SUL FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA E SUI PERCORSI PER ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI ²	
A COSA SERVE (LA FINALITA')	L'informazione è uno dei cardini della Carta dei servizi. L'utente informato può scegliere i servizi con maggiore cognizione, può fruire dei servizi con maggiore facilità e con minori errori (quindi anche con minori costi di recupero degli errori per l'azienda) e esprima la propria soddisfazione o insoddisfazione riferendosi a un'aspettativa più precisa.
COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)	<p>Il numero di aspetti di servizio legati all'informazione è molto alto; tra gli aspetti "strutturali" vi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la disponibilità di opuscoli informativi • percorsi di accesso illustrati • punti di informazione periferici • segnaletica evidente • linee telefoniche dedicate • personale formato su aspetti della comunicazione • esistenza di procedure e modulistica per i reclami e i suggerimenti • etc. <p>Ma l'informazione dipende anche da fattori di processo come il fatto che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il personale è a conoscenza della struttura e delle prestazioni erogate • il personale è a conoscenza degli orari di apertura • il personale verifica periodicamente le informazioni in proprio possesso • il cittadino viene informato sulle modalità di effettuazione dei reclami • etc. <p>(Queste liste sono esemplificative e non esaustive)</p>
COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)	L'impegno sull'informazione può essere verificato sia con indicatori di soddisfazione relativi all'informazione (e agli aspetti di struttura elencati) sia con indicatori costruiti per confrontare le diverse strutture, sia con verifiche dell'effettiva attuazione dei processi di informazione.
RIFERIMENTI NORMATIVI (OVE APPLICABILI)	
art. 14 d.lgs. 502/92 (è in corso di elaborazione presso la Conferenza Stato Regioni il decreto ministeriale con gli indicatori)	

² Questa formulazione e le indicazioni che seguono sono il risultato di un Gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)

SCHEDA N.9: ACCOGLIENZA

FORMULAZIONE	
L'AZIENDA SI IMPEGNA A FORNIRE AL MOMENTO DEL RICOVERO UN FOGLIO DI ACCOGLIENZA IN CUI SONO CONTENUTE TUTTE LE NOTIZIE UTILI PER LA DEGENZA	
A COSA SERVE (LA FINALITA')	A rassicurare il paziente e a rispondere al suo diritto ad essere informato Per l'azienda si tratta di costruire una serie di fogli di accoglienza di reparto. Le notizie e le informazioni da includere nel foglio di accoglienza dovrebbero essere basati su un database da aggiornare periodicamente..
COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)	Il foglio di accoglienza, deve comprendere le notizie utili per il paziente. Tra queste si possono citare: <ul style="list-style-type: none"> • Denominazione reparto, indirizzo e numeri telefonici • Nominativi del primario e della caposala • Elenco delle attività del reparto • Gli orari (pasti, visite mediche, visite parenti, ricevimento medici) • Indicazioni generali, specifiche da reparto a reparto: comportamenti consigliati, presenza di volontari, servizi accessori, ecc. • Nominativo dell'operatore che accoglie il paziente nel reparto (da compilare al momento della consegna)
COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)	Attraverso indagini di soddisfazione per ciò che riguarda l'accoglienza in generale ed in particolare l'utilità delle informazioni avute mediante il foglio di accoglienza; tramite indagini dirette sia per ciò che concerne la tempestività dell'aggiornamento del foglio accoglienza, sia per ciò che concerne la distribuzione effettiva dei fogli di accoglienza
GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO	Esempi <ul style="list-style-type: none"> • La % di gradimento dell'accoglienza e quella dell'utilità del foglio notizie • il numero di giorni intervenuti tra la modifica reale del contenuto di una informazione, l'aggiornamento del data base e la distribuzione di fogli notizia corretti • il numero di fogli notizie distribuiti sul totale dei pazienti, oppure la % dei pazienti a cui non è stato distribuito il foglio di accoglienza. L'impegno assunto richiede il controllo di due fattori:
A COSA STARE ATTENTI NEL FORMULARE L'IMPEGNO (I FATTORI ESTERNI)	<ul style="list-style-type: none"> • la capacità di modificare tempestivamente i fogli notizie (o di accoglienza), ovvero la predisposizione di un data-base facilmente e rapidamente aggiornabile • la capacità di distribuire effettivamente il foglio di accoglienza ai pazienti; ciò richiede condivisione da parte degli operatori dell'importanza che assume tale azione

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)

SCHEMA N.10: VITTO

FORMULAZIONE	
L'AZIENDA SI IMPEGNA A GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL VITTO, A PARTIRE DALLA POSSIBILITÀ DI SCELTA TRA MENU' DIFFERENZIATI PER I DEGENTI NON SOGGETTI A DIETA	
A COSA SERVE (LA FINALITÀ)	<p>L'alimentazione è un fondamentale fattore di qualità dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Il pasto è momento di piacere e di recupero psico-fisico, un momento di affermazione della dignità e della libertà della persona ricoverata.</p> <p>Il miglioramento della qualità del cibo e della sua somministrazione è dunque necessario, al fine di rendere l'alimentazione per il degente non solo sana ed equilibrata, ma anche ricca, varia e gradevole.</p> <p>Per raggiungere uno standard di qualità migliore si deve intervenire su molteplici fattori, quali la variazione dei menù, il porzionamento corretto delle vivande, la diminuzione degli scarti, il coinvolgimento degli operatori interni (ufficio economato, dietisti, cuochi), il coinvolgimento di operatori esterni (associazioni di cuochi locale e regionale), valutazione dei costi della non qualità (costi degli scarti)</p>
COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)	<p>Il monitoraggio dell'impegno assunto avviene mediante due strumenti di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i questionari distribuiti ad ogni degente all'atto del ricovero che, una volta compilati e riconsegnati, vengono valutati da un apposito organismo (la Conferenza dei servizi); • la quantità degli scarti, valutata congiuntamente dalla Direzione Sanitaria e dall'Ufficio economato, che possono in tal modo correggere il porzionamento o intervenire in modo migliorativo sulla qualità del cibo.
COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)	<p>Gli indicatori di monitoraggio, effettuato sia prima che durante l'intervento migliorativo, sono tre, uno positivo, gli altri negativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % di gradimento medio e massimo (abbastanza, molto) espressa mediante i questionari; • % rifiuti sul totale del cibo distribuito; • % pasti rifiutati in base al non gradimento delle vivande del menù proposto
GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO	<p>Il fattore esterno principale, indipendente dal controllo della struttura ospedaliera, che può rendere oggettivamente non raggiungibile l'obiettivo indicato dall'impegno assunto, è rappresentato dalla omogeneità o meno dei gusti e della correttezza delle abitudini alimentari della popolazione.</p> <p>Un fattore esterno molto rilevante per quegli ospedali la cui utenza potenziale comprende molti cittadini stranieri</p>
A COSA STARE ATTENTI NEL FORMULARE L'IMPEGNO (I FATTORI ESTERNI)	

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)
 SCHEDA N.11: COMFORT DELLA DEGENZA (ASPETTI DI
 MANUTENZIONE)

FORMULAZIONE	
L'AZIENDA SI IMPEGNA A RIPRISTINARE TEMPESTIVAMENTE, IN CASO DI DISSERVIZIO, LE STRUTTURE O LE ATTREZZATURE DA CUI DIPENDE IL COMFORT DELLA DEGENZA (PER ESEMPIO SERVIZI IGIENICI, LAVANDINI, VETRI, TV, LETTI)	
A COSA SERVE (LA FINALITA')	L'adozione di impegni sulle tematiche del comfort, serve a garantire e rassicurare i pazienti in merito all'attenzione che la struttura che li ospita dedica anche agli aspetti residenziali della degenza. L'adozione di impegni su questo argomento, inoltre, può rappresentare per l'azienda stessa uno stimolo ad affrontare processi riorganizzativi tesi ad una maggiore efficienza ed efficacia.
COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)	Il comfort è un fattore di qualità che determina la bontà delle prestazioni alberghiere. Ciò che compone il comfort è un mix di elementi diversi di tipo strutturale (edifici, attrezzature) e di tipo organizzativo (manutenzione, organizzazione delle prestazioni alberghiere). E' necessario, per non essere generici, circoscrivere l'impegno ad un oggetto chiaro e definito. Per questa ragione la formulazione adottata fa riferimento, in questo caso, alla specifica funzione della manutenzione delle strutture esistenti, in particolare alla tempestività con cui tale funzione è esercitata. Si tratta comunque solo di un esempio che può essere modificato e ampliato
COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)	Per valutare e monitorare le azioni tese al conseguimento dell'impegno assunto e i risultati ottenuti, è opportuno costituire un nucleo interno che associ la funzione di valutazione dei guasti e di pronto intervento e che dia conto, misurandole, delle attività svolte, dei tempi di intervento ecc.. Ovviamente in dipendenza della ampiezza dell'azienda, l'architettura organizzativa potrà ampliarsi, prevedendo nuclei di pronto intervento decentrati. La logica, però, deve essere quella di incorporare dall'attività di manutenzione programmabile, quella parte che incide immediatamente e quotidianamente sui livelli di comfort dei degenti, per la quale si deve agire con un meccanismo di pronto intervento.
GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO	Gli indicatori di monitoraggio, effettuato sia prima che durante l'intervento migliorativo, possono essere i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • % di gradimento medio e massimo degli utenti espressa mediante i questionari; • grado di tempestività dell'intervento di pronta manutenzione % di guasti o disservizi, per tipologia di oggetto, sul complesso degli oggetti esistenti
A COSA STARE ATTENTI NEL FORMULARE L'IMPEGNO (I FATTORI ESTERNI)	Il tipo di impegno formulato, è indubbiamente influenzato dal grado di vetustà delle strutture e delle attrezzature esistenti. Se questo è piuttosto elevato, vi è il rischio di una intrinseca difficoltà a conseguire miglioramenti in ordine alla tempestività; addirittura si potrebbe rilevare l'inutilità di un impegno del genere, divenendo prioritario un programma per la sostituzione e l'ammodernamento delle strutture e delle attrezzature, la cui realizzazione, come è noto, dipende anche e in misura significativa dalla disponibilità di finanziamenti.

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)

SCHEMA N.12: SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE

FORMULAZIONE	
L'AZIENDA SI IMPEGNA A SEMPLIFICARE LA PROCEDURA PER LA FORNITURA DEI PRESIDI ORTOPEDICI MEDIANTE LA RIDUZIONE DEL NUMERO DI ACCESSI PER L'UTENTE	
A COSA SERVE (LA FINALITA')	Da un lato a ridurre il disagio per una fascia particolarmente debole di utenti (anziani e/o disabili) mediante una semplificazione procedurale che riduce il numero di passaggi (accessi) che un utente (paziente o un suo familiare) deve compiere prima di ottenere la fornitura ortopedica richiesta
COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)	Attraverso l'analisi del processo, che parte dalla richiesta della protesi ortopedica alla fornitura della stessa da parte della ditta specializzata, si deve poter verificare il numero di accessi dell'utente ai servizi amministrativi e poliambulatori dell'USL e ad individuare le modalità per semplificare la procedura riducendo il numero di accessi.
COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)	Si deve anzitutto registrare su una scheda individuale gli accessi dell'utente richiesti dagli uffici secondo la procedura adottata, prendendo in considerazione solo quei presidi ortopedici per la cui fornitura è prevista una stessa procedura ed è richiesta la stessa documentazione. Una volta identificato in modo preciso che cosa intendere per accesso (cioè qualsiasi rapporto fra l'utente ed uno stesso sportello e/o servizio), non considerare quegli accessi non richiesti dagli uffici, ma dovuti all'iniziativa dell'utente. Successivamente occorre verificare le modalità procedurali-organizzative per la riduzione degli accessi.
GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO	In questo caso l'indicatore di monitoraggio è diretto: equivale al numero di procedure per cui è risultato possibile procedere ad una semplificazione degli accessi.
A COSA STARE ATTENTI NEL FORMULARE L'IMPEGNO (I FATTORI ESTERNI)	Il tipo di impegno è vincolato, per certi aspetti, al grado di collaborazione delle ditte esterne

3.5 ESPERIENZE A CONFRONTO SUGLI IMPEGNI: IL CASO DEL VITTO

La formulazione degli impegni all'interno della Carta dei servizi sui temi dell'umanizzazione, della personalizzazione, dell'accoglienza rappresenta, come si è visto, un argomento non semplice da affrontare, pur se decisivo per dar corpo alla Carta stessa. Per questa ragione si è ritenuto opportuno approfondire il tema ponendo a confronto tre esperienze aziendali che, partendo da situazioni non omogenee e dando risposte diverse, hanno comunque affrontato l'argomento della personalizzazione delle prestazioni e, più in particolare, del miglioramento della qualità dell'alimentazione in ospedale.

In estrema sintesi e senza alcuna pretesa di generalizzazione, dalle tre esperienze che di seguito sono narrate in apposite schede si possono trarre almeno tre elementi in comune:

- l'argomento del vitto è stato affrontato perché rappresenta un fondamentale fattore di qualità dell'esperienza ospedaliera e rappresenta anche un fattore simbolico rilevante;
- dalle esperienze sembra dimostrarsi che, almeno su questo tema, il miglioramento della qualità può essere compiuto a parità di costo;
- il conseguimento di risultati positivi dipende in misura significativa dal grado di adesione e di coinvolgimento del personale, che, a sua volta, si accresce di fronte alla concreta verifica della maggiore soddisfazione dell'utente o comunque del miglioramento della situazione in essere.

Di seguito si presentano le tre schede di caso. In ogni scheda è contenuta una breve sintesi che illustra il problema affrontato e la soluzione adottata, seguita da una sorta di "intervista" che approfondisce alcuni aspetti come:

- le esigenze che hanno condotto all'esperienza descritta

- le modalità con cui si è sviluppata l'esperienza (chi è stato coinvolto, con quali fasi, ecc.)
- i risultati ottenuti
- le difficoltà incontrate
- i punti di forza e di debolezza dell'esperienza.

Le schede sono state realizzate dalle stesse Aziende sanitarie che hanno messo a disposizione le proprie esperienze.

SCHEDA 13

IMPEGNI SULLA PERSONALIZZAZIONE DEL VITTO (1)

Azienda ospedaliera S. Anna di Como

Due erano i problemi che emergevano: la qualità, per la verità discreta, del cibo e, dal punto di vista economico, la quantità degli sprechi prodotti. Per migliorare ancor più la qualità del cibo ci si è impegnati al fine di rendere l'alimentazione per il degente non solo sana ed equilibrata, ma anche ricca, varia e gradevole. Per questo si è adottato un coinvolgimento, sia interno che esterno. Esterno, perché si è chiesta la disponibilità delle associazioni di cuochi presenti nella provincia comasca e nella regione e dell'Arcigola Slow Food per corsi di aggiornamento e consulenze specifiche per i cuochi dell'Ente. Interno, rendendo partecipi all'iniziativa e coinvolgendo fattivamente dietisti e cuochi. La Direzione Sanitaria con l'apporto fondamentale dei dietisti si è impegnata inoltre nella razionalizzazione del porzionamento dei pasti.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Le esigenze fondamentali che hanno portato l'Azienda ad adottare tali soluzioni sono: la consapevolezza che l'alimentazione è fondamentale fattore di qualità dell'assistenza sanitaria ospedaliera e che per una persona malata è da considerarsi la "seconda medicina", la consapevolezza che il pasto è un momento di piacere e di recupero psico-fisico, un momento di affermazione della dignità e, perché no, della libertà della persona ricoverata. Dal punto di vista economico la razionalizzazione del porzionamento dei pasti è fondamentale per una sensibile riduzione degli sprechi.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Per quanto concerne il livello qualitativo dei pasti distribuiti si è partito da un giudizio iniziale discreto espresso dagli utenti degenti attraverso la compilazione degli appositi questionari consegnati all'atto del ricovero. Fino al 16 ottobre 1995 comunque vi era a disposizione dei degenti un solo menù fisso, variato solamente a seconda delle esigenze sanitarie del paziente. Un altro indicatore di

qualità utilizzato è stato quello di conteggiare i pasti giornalieri non consumati o la percentuale degli avanzi prodotti.

Come è stata sviluppata la soluzione?

Dall'ottobre dello scorso anno la collaborazione tra i dietisti e i cuochi, con l'input della Direzione Sanitaria e dell'Ufficio economato, ha portato ad una variazione sensibile del menù. Si è passati dal menù fisso, alla possibilità di scelta del paziente degente, sempre tutelando le sue specifiche condizioni sanitarie, tra 5 primi piatti e 11 secondi piatti sia a pranzo che a cena. Non vi è stato un aumento dei costi, perché l'incremento dei costi dovuti al miglioramento qualitativo delle forniture degli alimenti (per esempio prosciutto crudo al posto di quello cotto), è stato compensato da una diminuzione dei costi dovuta soprattutto all'ottimizzazione delle "grammature" attuata per evitare il più possibile gli sprechi, che, al 16 ottobre 1995, erano pari al 30% del totale del cibo distribuito ai degenti. Il coinvolgimento delle associazioni di cuochi comasca e regionale e della Arcigola Slow Food si è reso necessario per migliorare la qualità e la varietà di cibo già acquisite. Dopo un

primo incontro tra le suddette associazioni e i vertici dell'azienda ospedaliera (Direttore Generale, Direttore Sanitario), si è proceduto ad un ampio coinvolgimento degli operatori ospedalieri impegnati nel campo dell'alimentazione (dietisti, cuochi, Ufficio economato). Abbiamo creduto opportuno convocare apposite riunioni interne per cercare di coinvolgere in prima persona gli operatori suddetti, in modo da far sì che si convincessero dell'utilità dell'iniziativa, senza imporgliela coattivamente in alcun modo.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato?

L'unica difficoltà incontrata è stato l'approccio dei cuochi al lavoro aggiuntivo concernente la diversificazione dei menù. Difficoltà subito superata da un primo riscontro positivo, risultante dal gradimento dell'iniziativa avviata da parte dei degenti.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati?

La verifica dei risultati ottenuti è stata effettuata con duplice modalità:

1. il calcolo, in base al peso e relativa percentuale, del cibo avanzato o totalmente non consumato;
2. la valutazione del gradimento delle vivande servite, in base all'analisi degli appositi questionari consegnati ai degenti all'atto del ricovero.

Per quanto riguarda il primo tipo di verifica, si è calcolata una sensibile diminuzione degli spechi (rifiuti) pari al 20% (ottobre 1995= 30%, marzo 1996= 10%).

Per quanto concerne invece il secondo tipo di verifica, si è passati da un indice positivo di gradimento pari al 67% ad un indice pari al 91% con un incremento pari al 24%.

Per ottenere ulteriori miglioramenti nella qualità del vitto si è proceduto, come già detto, nel coinvolgimento delle associazioni di cuochi comasca e regionale e della Arcigola Slow Food. I primi per corsi di perfezionamento indirizzati ai cuochi dell'Ente, anche in relazione a come si servono le portate, all'accostamento delle

varie pietanze e delle nuove tecniche di conservazione a caldo delle stesse; i secondi per un corretto approccio alla qualità dell'alimentazione e alla piacevolezza del cibo.

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

Un punto difficile dell'esperienza è stato rappresentato dalla iniziale difficoltà a far comprendere agli operatori di cucina l'importanza, non solo della qualità in senso stretto del cibo, ma anche del modo di proporre e presentare le portate al degente, il quale può sentirsi meno paziente e più persona che gode di un momento di piacere. Un punto debole è, invece, rappresentato dalla difficoltà ad apportare modifiche all'orario dei pasti, in quanto ciò si scontra con l'organizzazione della giornata-tipo in ospedale. Tra i molteplici punti di forza vale la pena sottolineare quello dei risultati e quello dell'entusiasmo di tutti gli operatori coinvolti, tesi a migliorarsi nella loro professionalità e a raggiungere risultati sempre più positivi.

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Occorre innanzitutto una valutazione precisa del problema e su come esso incida anche dal punto di vista economico. Una valutazione quindi che deve essere indirizzata non solo verso l'umanizzazione e quindi il miglioramento della qualità del vitto e della sua piacevolezza, ma anche verso un'analisi approfondita dei costi positivi della qualità (costi affrontati per il miglioramento) e negativi (costi degli scarti). Importante è quindi individuare con precisione la situazione reale da cui si parte e monitorare periodicamente i risultati conseguiti.

Essenziale, per la buona riuscita della iniziativa, è il coinvolgimento fin dall'avvio di tutti gli operatori, perché si sentano parte integrante e necessaria di quell'équipe volta al raggiungimento dello standard desiderato.

SCHEDA 14

IMPEGNI SULLA PERSONALIZZAZIONE DEL VITTO (2)

Azienda Usl n.4 di Prato

Il problema che si è posto l'azienda sanitaria n.4 di Prato è stato quello della personalizzazione del vitto e della riduzione dei costi connessi al servizio.

La soluzione adottata è stata quella di far scegliere al degente il menù preferito entro un ventaglio di alternative predeterminato.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

La situazione dalla quale siamo partiti per elaborare il progetto era data da una prassi ormai consolidata per la distribuzione dei pasti. La procedura si esprimeva con una richiesta giornaliera alla cucina interna dell'ospedale da parte dei caposala dei reparti, sulla scorta di una disponibilità di pietanze ormai conosciute.

La scelta del "piatto" veniva proposta al degente contemporaneamente alla distribuzione (a discrezione dell'infermiere di turno in caso di particolari patologie), con conseguente "adattamento" da parte del ricoverato dovuto alla disponibilità quantitativa delle pietanze (generalmente i pazienti degli ultimi letti nelle corsie non avevano a disposizione l'intera varietà ma solamente la residua).

fermo restando la disponibilità settimanale del menù (si ripete ciclicamente), la volontà dell'azienda è stata quella di rendere "attore" della scelta il degente stesso. La riorganizzazione del servizio prevede che: la dieta, proposta quotidianamente su moduli prestampati, viene scelta dal paziente apponendo una crocetta a fianco delle pietanze. Le schede compilate vengono raccolte dai caposala, che a sua volta, predispone un elenco riepilogativo da far pervenire in cucina (la scelta, ovviamente, viene effettuata per i pasti del giorno seguente).

L'intervento oltre ad avere delle notevoli ricadute dal punto di vista della "personalizzazione" porta inevitabilmente anche un risparmio in termini di risorse

impiegate, in quanto la conoscenza preventiva da parte degli operatori della cucina, della qualità e quantità dei pasti da preparare, evita inutili sprechi di materiale.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Un presupposto per noi essenziale per lo sviluppo del programma, è dato dalla presenza di una cucina interna (che prepara i pasti per tutti i ricoverati) e la completa collaborazione da parte dei caposala. Queste due condizioni hanno permesso una elasticità procedurale che si è concretizzata con piccoli aggiustamenti di percorso che hanno reso raggiungibile l'obiettivo.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

IL servizio "dieta personalizzata" è iniziato in via sperimentale, in alcuni reparti, (inizialmente in tre reparti per un periodo di due mesi ai quali se ne sono aggiunti altri tre successivamente) di specialità diverse. Per la implementazione del progetto è stato costituito un gruppo di lavoro coordinato dal responsabile della U.O. Economato e composto dal responsabile della cucina, da una dietista e da tre caposala (rappresentanti i tre reparti di degenza dai quali è iniziata la sperimentazione). per estendere il progetto a tutto l'ospedale è stato calcolato che occorreranno circa due anni, in quanto il numero elevato dei pasti che la cucina prepara (919.679 pasti preparati nel 1993) condiziona i tempi necessari alla realizzazione dell'obiettivo in tempi brevi.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

Per l'attuazione del progetto era ed è necessario un notevole impegno da parte del personale sanitario che deve coadiuvare i degenti nella scelta del pasto (si pensi alle persone anziane e ai ricoverati per certe patologie). Vi è quindi l'esigenza di un maggior impiego di tempo da parte degli operatori. Punto critico per l'Azienda è stato, almeno inizialmente, la mancanza di personale infermieristico; è stato superato, in alcuni reparti, con il potenziamento di personale ausiliario, in altri con l'entusiasmo.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

I risultati ottenuti sono stati molto soddisfacenti. Il degente è contento di ricevere il pasto da lui scelto nello stesso modo con il quale viene prenotato il pasto in albergo, è partecipe all'organizzazione ospedaliera, si sente protagonista. Miglioramenti sono sempre possibili come, per esempio, l'aumento del numero delle pietanze e la cottura di alcuni alimenti nella cucina dei reparti; per esempio abbiamo cominciato a preparare il caffè per la colazione all'interno delle strutture di degenza ottenendo ottimi risultati, i consensi del personale infermieristico ed un

notevole risparmio di tempo (quello occorrente al prelievo del caffè nella lontana cucina centrale).

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

I punti forti sono: soddisfazione del degente, risparmio dei pasti in quanto non rientrano più "surplus" di alimenti, migliore organizzazione nella cucina centrale, più attento approvvigionamento degli alimenti da confezionare.

I punti deboli: iniziale e non ancora del tutto superata mancanza di personale sia nelle cucine che nei reparti. L'aumento di organico è necessario per una più attenta formazione dei pasti e per una più celere consegna degli alimenti cucinati.

Quali suggerimenti dareste a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Iniziare la procedura anche se non in tutti i reparti sono in grado di svolgere pienamente il servizio; sensibilizzare fortemente il personale sanitario: il successo dipende da loro. Dal loro comportamento il progetto può ottenere ottimi risultati come un inaspettato fallimento. Sicuramente la personalizzazione del pasto permette una razionalizzazione del lavoro ed una maggiore soddisfazione del degente.

SCHEDA 15

IMPEGNI SULLA PERSONALIZZAZIONE DEL VITTO (3)

Azienda Policlinico II - Ateneo di Napoli

Occorre premettere che l'iniziativa di seguito illustrata non è ancora entrata nella fase di realizzazione operativa.

La Direzione sanitaria si è impegnata, di fronte al duplice problema riguardante il gradimento del vitto da parte dei pazienti e l'orario di distribuzione troppo ravvicinato tra pranzo e cena, a migliorare i due punti indicativi di insoddisfazione nella riscrittura del nuovo capitolato di appalto in prossimità della scadenza del precedente contratto.

Per garantire una migliore qualità sarà proposta l'offerta di un menù con tre opzioni per il pranzo e per la cena per i pazienti a dieta libera, mentre per correggere l'orario di consegna si richiederà di allungare l'intervallo di distribuzione tra pranzo e cena e in ogni caso l'adozione di contenitori termici.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

L'azienda Policlinico, tesa ad osservare un modello sanitario che intende prendersi cura della persona, ha considerato il vitto come uno degli indicatori di "attenzione percepita", visto anche il significato simbolico dell'alimentazione

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Il nostro punto di partenza è caratterizzato dalle rimostranze espresse dagli utenti, evidenziate anche dagli sprechi segnalati dagli operatori sanitari. Attualmente esiste un menù fisso declinato a seconda delle patologie e da un ravvicinamento eccessivo dell'orario di distribuzione dei pasti tra pranzo e cena.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

Dopo un primo incontro con i responsabili della Direzione sanitaria, dell'associazione di volontariato, dell'associazione per i diritti del malato e i vertici aziendali, si è deciso di procedere alla raccolta di dati sia attraverso la somministrazione di questionari riguardanti il gradimento del

cibo e dell'orario di consegna ai pazienti a dieta libera, sia chiedendo ai caposala di verificare la quantità e il tipo di cibo giornalmente rifiutato.

L'indagine avrà la durata di tre mesi. Verrà di seguito redatta una relazione sui risultati ottenuti che sarà la base su cui verrà discusso il nuovo capitolato per l'appalto del servizio di cucina. In particolare, saranno analizzati i costi e i benefici dell'innovazione che si intende realizzare, al fine di escludere effetti gravosi per il bilancio dell'azienda.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

Le difficoltà incontrate e tuttora esistenti riguardano due aspetti: uno relativo al rispetto dei tempi di scadenza contrattuale del precedente appalto che non consente di introdurre le innovazioni immediatamente; l'altro relativo agli effetti sui valori nutrizionali degli alimenti che potrebbero derivare dalle modifiche alla cottura.. Quest'ultima difficoltà sarà rimossa coinvolgendo il Primario del servizio di Dietetica per rivedere la composizione dei nuovi menù e la modalità di cottura dei cibi.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

Poiché l'iniziativa non è ancora entrata nella fase realizzativa, non è possibile parlare di risultati. In merito alla loro verifica, si prevede di utilizzare gli stessi strumenti impiegati nell'indagine di soddisfazione in corso

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

Il punto debole è legato al rispetto della scadenza contrattuale dell'appalto in corso. Il punto di forza è dato dalla disponibilità del personale sanitario, in particolare dei caposala.

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Una valutazione dell'esistente e delle reali possibilità di incidere per un miglioramento della qualità, spesso legata alla preparazione e alla presentazione del cibo, è il primo passo da compiere.

Successivamente una valutazione del rapporto costi-benefici dovrà tenere conto sia del valore nutrizionale che del contenuto relazionale e simbolico che il cibo assume in una condizione di ospedalizzazione. Per questo sarà indispensabile la sensibilizzazione ed il coinvolgimento di tutto il personale.

3.6 I PROGRAMMI: IL MIGLIORAMENTO QUALITATIVO DELLE STRUTTURE.

Si è già accennato che i programmi rappresentano quegli impegni che non assumono una valenza di garanzia nei confronti degli utenti. Essi, piuttosto, delineano le intenzioni (e le priorità) di procedere a quei miglioramenti qualitativi che implicano modifiche negli assetti strutturali (per es. adeguamento degli edifici) e mega-organizzativi (per es. informatizzazione delle procedure interne). Nondimeno, lo stato delle strutture, degli impianti e delle attrezzature esistenti, influisce in misura rilevante sulla qualità percepita del servizio sanitario.

Su questo terreno, peraltro, criteri di misurazione e di verifica sono contemplati anche nell'art.14 del D.Lgs. n. 502 del 1992, come successivamente integrato e modificato. Gli indicatori di struttura, in effetti, possono essere utili per verificare la situazione esistente, per misurare i cambiamenti nel tempo e per offrire confronti comparativi.

Quindi, gli impegni programmatici sul versante del miglioramento qualitativo delle strutture hanno una natura ambivalente offrendo scarsa garanzia all'utente ma intervenendo, al tempo stesso, su aspetti che possono avere ampie ricadute in termini di miglioramento della qualità percepita. Consapevoli di questa doppia natura, si è ritenuto utile presentare due esperienze che, seppur non direttamente connesse con la formulazione di impegni programmatici (programmi), sono state compiute sul tema generale del miglioramento qualitativo delle strutture esistenti. La prima di queste esperienze offre una indicazione metodologica in merito alle modalità di raccolta delle informazioni utili a verificare la situazione strutturale e alberghiera dei presidi ospedalieri o delle aziende ospedaliere.

La seconda, invece, rappresenta un caso di applicazione del metodo di individuazione dei fattori e degli standard di qualità nella fase di progettazione esecutiva delle opere di ristrutturazione di alcuni presidi ospedalieri.

SCHEDA 16

Come effettuare una indagine conoscitiva sulla situazione strutturale e alberghiera degli ospedali

Azienda Usl 6 di Palermo

Il problema consiste nella predisposizione degli strumenti utili alla realizzazione di una indagine conoscitiva sulla situazione delle strutture dei presidi ospedalieri. Riguardo alla soluzione adottata si rinvia in allegato dove è rappresentata la modulistica per la rilevazione dei dati occorrenti.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Il problema è insorto nell'ambito del programma di attuazione per la Carta dei servizi per la necessità di disporre degli adeguati flussi informativi in merito allo stato delle strutture esistenti e alla loro funzionalità.

Inoltre, gli indirizzi emergenti per quel che concerne l'applicazione dell'art. 14 del D.Lgs. 502/92, consigliavano ugualmente di disporre dei dati relativi alle strutture dei presidi ospedalieri della Usl.

Per queste ragioni si è proceduto alla individuazione degli strumenti idonei per compiere l'indagine conoscitiva.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

In realtà non esistevano esperienze pregresse, se non alcuni sporadici tentativi attuati in alcuni ospedali da operatori della Direzione sanitaria del presidio.

D'altra parte, sul tema del miglioramento delle strutture si assiste ad un controverso stato di attenzione: da un lato il tema è molto sentito viste le condizioni di vetustà delle strutture, ma allo stesso tempo alcuni miglioramenti vengono vissuti dagli operatori, soprattutto medici, come elementi di secondaria importanza.

Come è stata sviluppata la soluzione?

Il Gruppo Qualità, che è responsabile del programma di attuazione della Carta dei servizi, ha costituito nel suo ambito un

apposito sottogruppo con il compito di predisporre un progetto per il censimento delle strutture esistenti, valorizzando, per quanto possibile, le esperienze iniziate nei singoli presidi ospedalieri. Attraverso i Referenti di presidio si è pervenuti alla conclusione, non scontata, di formulare una unica scheda di rilevazione, uniforme per tutti i presidi. Tale scheda, verrà compilata dal Referente di presidio per il Gruppo Qualità e da quest'ultimo, assieme al caposala, per la scheda di reparto. Gli operatori coinvolti verranno adeguatamente istruiti sulle modalità di compilazione e avranno l'assistenza, in caso di necessità, dei componenti del Gruppo Qualità.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

Particolari difficoltà non sono insorte; ovviamente la predisposizione della scheda ha richiesto più stesure.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

Attualmente stanno iniziando le rilevazioni. I dati finali saranno presentati alla Direzione Generale. L'analisi degli stessi, permetterà di presentare, assieme ai dati finali, anche un programma per il miglioramento strutturale ed alberghiero per ogni presidio.

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

Il punto di forza maggiore di questa, come di altre esperienze del Gruppo Qualità, è stato quello di aver lavorato in una ottica “di rete”, tendente a coinvolgere progressivamente gli operatori dei servizi, dando loro un ruolo partecipe e attivo all’interno del programma.

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento “partendo da zero?”

Essenzialmente quello di coinvolgere gli operatori sanitari, in quanto la loro adesione costituisce un elemento indispensabile per l’efficacia delle iniziative.

SCHEDA 17

Come utilizzare il metodo della individuazione dei fattori e degli standard di qualità per migliorare la progettazione esecutiva delle opere relative agli impianti ospedalieri

Azienda Asl Napoli 5 di Castellammare di Stabia

Il problema dell'Azienda Usl Napoli 5 qui descritto è sorto quando si è presentata l'occasione di indire gare, ai sensi dell'art.20 della L.67/88, per la presentazione di progetti per la ristrutturazione di alcuni presidi ospedalieri presenti sul territorio aziendale.

Per ristrutturare un edificio sanitario, un poliambulatorio, ecc. tenendo presente la centralità del cliente-utente, è stata adottata una soluzione consistente nella elaborazione di indicatori e standard di qualità per la progettazione esecutiva delle strutture.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Le esigenze che hanno portato alla realizzazione di questa soluzione sono state:

- necessità di creare strutture sanitarie quanto più rispondenti alle esigenze del cliente-utente;
- necessità di realizzare strutture sanitarie che tengano presenti i profili di cura;
- necessità di realizzare strutture sanitarie che tengano conto della dipartimentalizzazione
- necessità di creare strutture sanitarie capaci di svolgere efficacemente la propria funzione

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Due sono state le condizioni iniziali di partenza:

- 1) la presenza, nella Direzione sanitaria centrale dell'ASL Napoli 5 di un gruppo di lavoro fortemente motivato e sensibilizzato, impegnato sui temi della Carta e più in generale della Qualità aziendale;
- 2) la presentazione al Direttore Sanitario, da parte delle associazioni di impresa, dei progetti di ristrutturazione di due presidi ospedalieri presenti sul territorio aziendale.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

Si è anzitutto costituito un gruppo di lavoro che ha coinvolto: la Direzione sanitaria centrale, i tecnici aziendali, i tecnici delle ditte, i direttori dei presidi ospedalieri, i primari delle unità operative ospedaliere. Questo gruppo ha avuto il compito di raccogliere tutti i dati rilevanti sotto il profilo tecnico, economico e sanitario, avendo cura di filtrare l'analisi degli stessi sulla base del principio della centralità del cliente-utente. Da questa base conoscitiva si è passati alla individuazione dei fattori di qualità e alla elaborazione di indicatori e standard strutturali di qualità.

L'elaborazione degli standard è avvenuta seguendo la metodologia ministeriale (DPCM 19.05.95 - Carta dei servizi sanitari), un esempio di individuazione di standard di struttura è riportato nello schema allegato.

Disponendo di queste conoscenze si è potuto intervenire sui progetti iniziali presentati dalle ditte, promuovendo modifiche e integrazioni, contribuendo così ad avviare un processo di miglioramento qualitativo relativamente alle strutture sanitarie. Le ditte, infine, hanno recepito le indicazioni e hanno modificato in sede esecutiva i

progetti iniziali, che sono stati poi approvati definitivamente dal Comitato tecnico-scientifico regionale.

L'iniziativa, che ha avuto come costo il tempo di lavoro delle risorse umane, è stata realizzata nell'arco di un mese.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

Le difficoltà principali sono state:

- i vincoli di natura strutturale, dovendo intervenire sulla ristrutturazione di presidi ospedalieri già esistenti;
- le resistenze culturali derivanti da una visione tutta e unicamente centrata sul momento sanitario, rispetto a quello del cliente-utente.

La maggior parte delle difficoltà sono state superate con il coinvolgimento e la partecipazione consapevole.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

I principali risultati sono stati:

- elaborazione di indicatori e standard strutturali di qualità;
- modifica dei progetti presentati dalle ditte sulla base degli indicatori elaborati

La verifica, per ora, è avvenuta a livello progettuale e precisamente è stata realizzata una tabella di valutazione in grado di mostrare chiaramente come era la struttura "prima" e "dopo".

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

I punti di forza sono:

- la partecipazione attiva di molti soggetti;
- la conferma della trasferibilità del metodo di individuazione dei fattori e degli standard di qualità anche su terreni nuovi come quello, appunto, del miglioramento dei progetti esecutivi delle opere di ristrutturazione;
- l'esempio concreto di come l'adozione di standard, se elaborati con una precisa metodologia, innescano processi di miglioramento qualitativo.

Il punto debole è costituito dalla impossibilità di operare confronti per verificare la validità dell'esperienza svolta, in assenza di riferimenti simili a noi conosciuti.

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Di utilizzare la partecipazione ed il coinvolgimento al fine di superare le difficoltà e le resistenze che inevitabilmente si incontrano durante il percorso di miglioramento qualitativo.

schema di individuazione di standard di struttura

FATTORE	INDICATORE	STANDARD
Tempestività del primo intervento di emergenza	Prevedere percorsi e spazi operativi nel pronto soccorso diversificati in base ai livelli di gravità-urgenza (rosso, giallo, verde)	Secondo la dimensione del P.O. ed almeno: 1 sala "verde", 1 sala "gialla" e 1 sala "rossa" di dimensioni maggiori. Tutte le sale devono essere adeguatamente attrezzate
Semplicità di accesso al Pronto Soccorso	Percorso dedicato	Ingresso riservato al Pronto Soccorso
Facilità e semplicità nel pagamento del ticket	Presenza di uno spazio nel Poliambulatorio per gli adempimenti amministrativi	Almeno 1 locale dedicato alle attività amministrative

4.DEFINIRE E UTILIZZARE GLI STANDARD: IL PROCESSO

4.1 Il processo di gestione degli standard

Gli standard sono la parte più viva della Carta dei servizi. Essi devono essere periodicamente verificati e aggiornati; inoltre, nuovi standard vanno aggiunti ai precedenti a ogni versione della Carta dei servizi, perché nuove aspetti del servizio sono interessati dal processo di miglioramento e nuovi problemi sono affrontati.

Gli standard implicano quindi un "processo di gestione", composto di diverse fasi. In questo capitolo viene proposta una metodologia per utilizzare gli standard, cioè per fare in modo che gli standard non restino una dichiarazione di intenti o una generica promessa ma diventino effettivamente una modalità di miglioramento continuo.

L'elaborazione della metodologia è stata possibile soprattutto grazie alla riflessione sulla propria esperienza condotta dalla Direzione sanitaria della Azienda Sanitaria Locale Napoli 5 (Castellamare di Stabia), che ha scelto una strada di grande gradualità nell'affrontare il difficile tema degli standard. La riflessione proposta è stata successivamente rielaborata dal Gruppo di lavoro.

La metodologia proposta mantiene le caratteristiche di una valida guida per affrontare il tema degli standard anche partendo "da zero", cioè senza un'esperienza pregressa in materia di qualità dei servizi sanitari, dal momento che queste erano le condizioni in cui si trovavano gli stessi autori quando hanno avviato il lavoro.

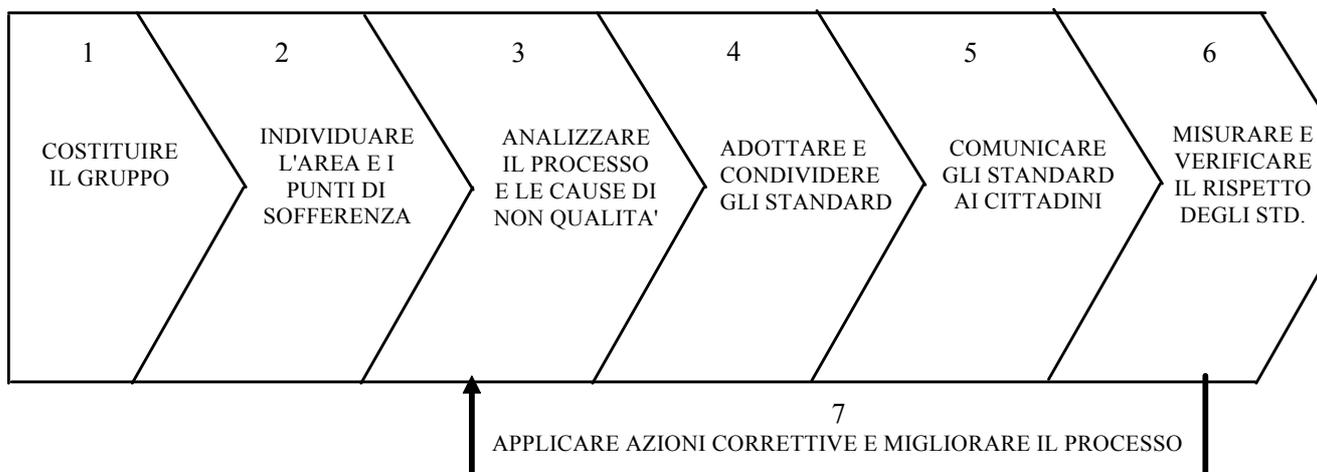
Ad ogni passo della metodologia sono associate delle schede di esperienze, elaborate dai partecipanti al gruppo di lavoro. Le schede mettono in luce - attraverso la lettura di esperienze concrete - alcuni punti essenziali del processo di

gestione degli standard in ciascuna fase e permettono di approfondire i punti critici di ogni passo della metodologia.

Le fasi della metodologia sono le seguenti:

1. costituire il gruppo di lavoro sugli standard
2. individuare l'area di intervento e i punti di sofferenza
3. analizzare il processo e le cause di non qualità
4. adottare e condividere gli standard
5. comunicare gli standard ai cittadini
6. misurare i risultati e verificare il rispetto degli standard
7. applicare azioni correttive e migliorare il processo

Figura 1: metodologia per utilizzare gli standard



Nel seguito vengono descritte le diverse fasi della metodologia.

1. Costituire il gruppo di lavoro sugli standard

Quando l'Azienda sanitaria decide di voler iniziare ad impegnarsi per garantire i livelli di qualità attraverso gli standard - e quindi decide di avviare un processo di miglioramento della qualità - la prima cosa da fare è costituire un gruppo di lavoro per gestire il processo di adozione e utilizzo degli standard. Il gruppo di lavoro rappresenta il punto di riferimento aziendale per tutte le strutture, con le quali dovrà intrattenere uno stretto rapporto di supporto e di consulenza interna.

La costituzione di un gruppo di lavoro autorevole e riconosciuto non è un risultato scontato, dato che si devono mettere in conto resistenze e scetticismi di vario genere. L'importante è che il gruppo di lavoro non sia isolato, ma disponga di una serie di interlocutori nelle unità operative. Un'interessante esperienza di costruzione di una "rete di referenti " nei diversi reparti/servizi è quella della Azienda Usl di Palermo (Sicilia 6), descritta nella scheda di esperienza n. 18.

2. Individuare le aree e i punti di sofferenza

Il gruppo di lavoro deve per prima cosa individuare l'area su cui intervenire. Può interessarsi per esempio degli ospedali o dei distretti, o di uno specifico Servizio o di una Unità Operativa, sanitaria o amministrativa, o anche - inizialmente - di una singola prestazione. La scelta può essere determinata dalle priorità definite dall'Azienda, dalle risorse disponibili, da situazioni di maggiore criticità.

Una volta costituito il gruppo di lavoro aziendale e individuata l'area su cui agire, si deve individuare e caratterizzare il problema che si vuole affrontare. Si tratta di riuscire a individuare i punti di sofferenza, cioè gli aspetti di non-qualità di un servizio (esempi: una lista di prenotazione

lunga, un tempo di consegna eccessivamente lungo per referti e/o certificazioni sanitarie, ecc.).

Per l'individuazione dei punti di sofferenza, il gruppo di lavoro deve raccogliere le manifestazioni della non qualità sia da parte dei clienti esterni che di quelli interni, attraverso l'analisi dei reclami, il rilevamento della soddisfazione dell'utente, la raccolta di osservazione da parte degli operatori, etc. Un caso di individuazione dei punti di sofferenza relativi a una singola prestazione (Pap-test) è descritto nella scheda di esperienza n. 19 della Azienda Sanitaria Locale Napoli 5 (Castellamare di Stabia).

3. Analizzare il processo e le cause di non qualità

Una volta individuato e caratterizzato il problema da risolvere (il "punto di sofferenza") vi è necessità, prima di elaborare indicatori e standard di qualità, di conoscere tutti gli aspetti, le proprietà, le particolarità del problema.

In questa fase è necessario analizzare il processo e ricercare le cause gestibili e modificabili che determinano la non-qualità. La conoscenza del processo richiede il contributo degli operatori interni, per valutare le alternative, le resistenze, i tempi e i costi. Anche in questo caso, l'esperienza condotta dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 5 (Castellamare di Stabia) sul "caso pap-test", descritta nella scheda n. 20, offre un esempio di analisi del processo.

4. Adottare e condividere lo standard

A questo punto, disponendo dell'analisi del processo, si è in possesso degli elementi sufficienti per passare alla formulazione degli standard.

Lo standard esprime un impegno dell'Azienda verso i cittadini che è raggiungibile solo se il personale agisce quotidianamente avendo gli standard come riferimento operativo per i propri comportamenti quotidiani: è essenziale quindi, in questa fase, che gli standard siano condivisi da parte di tutto il personale interessato.

Saltare questo momento di coinvolgimento del personale vuol dire individuare ed adottare standard di qualità non sentiti e partecipati dagli operatori ("clienti interni", nel linguaggio della Qualità), e quindi non in possesso di tutte quelle garanzie che ne permettono poi il rispetto nei confronti dei clienti esterni.

Un caso di coinvolgimento del personale sulla messa a punto di standard condivisi è descritto nella scheda di esperienza n. 21 della Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento.

5. Comunicare gli standard ai cittadini

Gli utenti devono essere informati sugli standard. Tutta la filosofia della Carta è basata sulla trasparenza e sull'informazione al cittadino, e gli standard sono centrali in questa impostazione. E' per questo che gli standard devono avere le seguenti caratteristiche di comunicazione: trasparenza, facilità di lettura, comprensibilità. Anche la completezza degli standard è un valore importante; tuttavia le esperienze dimostrano che il tema degli standard viene affrontato con gradualità e per priorità.

La comunicazione sugli standard deve avvenire in modo semplice e sicuro, senza possibili ambiguità di interpretazione. Gli accorgimenti possibili perché ciò avvenga sono legati agli elementi essenziali della comunicazione:

- il linguaggio: gli standard dovrebbero essere espressi con un linguaggio semplice, facilmente comprensibile e - nel caso di standard espressi in forma qualitativa - con espressioni non generiche e verificabili. Per gli standard sui tempi di attesa, la varietà e la difficoltà terminologica delle

prestazioni specialistiche può essere un ostacolo alla comprensibilità degli standard anche da parte del largo pubblico; è opportuno adottare accorgimenti di semplificazione del linguaggio come quelli descritti nella scheda n. 22 (esperienza della Azienda Usl 4 di Prato);

- i mezzi: gli standard dovrebbero essere comunicati attraverso strumenti di comunicazione immediata come cartelloni all'entrata dei servizi e dei reparti, depliant, o altri mezzi figurativi rivolti agli utenti, situati nelle posizioni rilevanti del processo come i punti di prenotazione, gli sportelli di pagamento del ticket, il momento dell'accoglienza in ospedale, etc.; su quest'ultimo aspetto dell'accoglienza si veda in proposito la scheda n. 23 dell'Azienda Usl di Asolo;
- i destinatari: benché gli standard debbano essere in generale rivolti a (e quindi leggibili da) utenti "medi", non bisogna dimenticare il ruolo che i medici di base hanno sulla scelta delle strutture e quindi nell'utilizzo degli standard. Un coinvolgimento dei medici di base è raccomandabile per fare degli standard uno strumento effettivo di spinta al miglioramento (si veda la scheda n. 24 della Azienda Usl 4 di Prato).

6. Misurare i risultati e verificare gli standard

Uno standard di qualità è significativo se è possibile verificarlo, controllarlo e monitorarlo. Per verificare e monitorare la validità degli standard di qualità è utile costituire un gruppo di verifica, composto da alcune figure professionali complementari, che abbia il compito non solo di evitare cadute di qualità, tenendo sotto controllo periodico l'andamento degli indicatori e delle azioni previste, ma anche di coinvolgere attivamente gli operatori, convincendoli che la verifica non è un fatto da temere, bensì un costante riferimento per la valorizzazione del proprio operato. Al riguardo si veda la scheda n. 25 dell'Azienda Usl di Asolo, che suggerisce anche come dovrebbe essere composto un gruppo di verifica.

Un altro punto critico della fase di verifica è rappresentato dagli strumenti disponibili. Si veda in proposito la scheda n. 26 dell'Azienda Sanitaria locale di Napoli 5, che conclude il "caso pap-test" già avviato con le schede n. 19 e 20.

7. Applicare azioni correttive e migliorare il processo

La Carta dei servizi pubblici sanitari (DPCM 19 maggio 1995) prevede tra le azioni correttive in caso di mancato rispetto degli appuntamenti per le visite specialistiche l'applicazione del meccanismo di bonus/malus. Mentre il bonus è sostanzialmente un risarcimento che - al di là delle difficoltà applicative - va incontro alla filosofia generale della Carta dei servizi, per il malus si tratta di un meccanismo che ha suscitato diverse perplessità anche in merito alla sua applicabilità. In proposito si vedano le schede n. 27 (Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento) e 28 (Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como) che mettono a confronto due diverse esperienze di applicazione del sistema.

Al di là delle possibili azioni correttive come il risarcimento, il miglioramento è possibile solo se innesca un processo di feedback (rappresentato nella figura dalla freccia che torna verso la casella dell'analisi del processo). E' necessario infatti individuare i punti critici che sono alla base degli scostamenti rilevati tra i risultati effettivi e gli standard. Un esempio di processo di miglioramento in relazione ai tempi di attesa è costituito dall'analisi contestuale della appropriatezza della domanda e degli orari di apertura (vd scheda n. 29 della Azienda Usl di Arezzo). Un altro esempio è dato dallo studio degli effetti dell'introduzione degli impegni relativi ai tempi d'attesa circa il miglioramento della qualità del servizio per fasce di gravità della patologia (vd scheda n. 30 dell'Azienda ospedaliera "Arcispedale S.Maria Nuova" di Reggio Emilia). Questi due esempi dimostrano che gli effetti della definizione di standard relativi ai tempi di

attesa possono portare ad un miglioramento effettivo della qualità dei servizi erogati, ma anche ad alcune “distorsioni” non in linea con le scelte alla base della loro stessa introduzione.

4.2 Schede di esperienze di applicazione degli standard

I suggerimenti metodologici appena illustrati sono frutto dell'elaborazione di esperienze realmente condotte dalle Aziende sanitarie partecipanti al Gruppo di lavoro.

Purtroppo, i tempi ristretti non hanno reso possibile l'estensione dell'indagine su esperienze al di fuori del numero di Aziende sanitarie partecipanti al Gruppo di lavoro, salvo il caso dell'Azienda ospedaliera “Arcispedale S.Maria Nuova” di Reggio Emilia.

Le esperienze sintetizzate nelle schede seguenti secondo lo schema di intervista seguito in precedenza, costituiscono quindi la base sulla quale si è lavorato per trarre indicazioni generalizzabili e estendibili ad altre realtà.

SCHEDA 18

Come creare una rete di operatori motivati per la costruzione degli standard Azienda Usl 6 di Palermo

Il Gruppo "Qualità" dell'Azienda USL di Palermo, istituito nell'Ottobre 1995, è stato costituito attraverso un'accurata selezione di operatori di diversa professionalità e provenienti da diversi servizi (in tutto 19 operatori, con un impegno variabile da uno a due giorni a settimana), che avessero caratteristiche curriculari orientate verso gli ambiti del programma (comunicazione, formazione, conduzioni di gruppi, programmazione, statistica ed epidemiologia, etc.). Il Gruppo "Qualità" ha dedicato la prima fase di lavoro all'autoformazione, all'identificazione di modalità organizzative per lo sviluppo del programma, alla definizione delle aree prioritarie d'intervento e dei "fattori di qualità" nei due settori d'intervento inizialmente scelti - Ospedali, Specialistica e Diagnostica. In seguito il programma è stato esteso agli altri settori (Veterinario, Farmaceutico, etc.)

Da quale condizione iniziale siete partiti?

La situazione della Azienda Usl di Palermo è molto particolare. Si tratta dell'Azienda sanitaria più grande d'Italia, con più di un milione di utenti, 13 ospedali, 39 poliambulatori di varia grandezza, e un territorio molto ampio con grandi distanze e collegamenti difficili. Non disponiamo di un sistema informativo dal quale estrarre i dati delle misurazioni necessarie per definire indicatori e standard di qualità. A questo si può aggiungere una generale resistenza di carattere culturale e l'assenza di informazioni circolanti sul programma "Carta dei Servizi".

Come avete sviluppato la vostra esperienza?

L'assenza del Sistema Informativo aziendale ha indubbiamente ostacolato la fase di analisi, definizione delle priorità e degli indicatori, ed il Gruppo ha dovuto sopperire a ciò attraverso la messa a punto di schede orientate, che, dopo essere state testate, hanno permesso di realizzare una mappatura particolareggiata dell'Azienda, fino a quel momento mancante (le singole prestazioni effettuate, le modalità d'accesso, i luoghi di erogazione e i relativi responsabili), e una raccolta dati orientata.

La mappatura effettuata ha permesso inoltre di sviluppare la parte della Carta relativa all'informazione, sia "esterna" (rivolta all'utenza) che "interna" (tra i vari servizi). Parallelamente il Gruppo ha iniziato una serie di attività tendenti a creare una rete di operatori periferici motivati, da coinvolgere nella

definizione dei fattori e dei piani di miglioramento.

Un altro versante di lavoro è stato quello del coinvolgimento del volontariato. Le associazioni sono state invitate a presentare progetti di collaborazione con il Gruppo Qualità nelle aree previste dal programma. Dai progetti presentati si origineranno Gruppi Misti di lavoro (operatori Usl e volontariato), nonché un Comitato Misto Consultivo, che avrà la funzione di supervisione e verifica del programma.

Qual'è stata l'organizzazione del Gruppo "Qualità"?

Dai due iniziali sottogruppi (Ospedalità, Specialistica e Diagnostica) il Gruppo "Qualità" è pervenuto alla strutturazione di vari nuclei operativi, con il compito di andare direttamente nei presidi periferici (Ospedali e Poliambulatori di tutta la provincia), in modo da realizzare la mappatura e la raccolta-dati di cui sopra, attuare incontri più parcellizzati con il personale ed attivare, laddove possibile, gli interventi operativi previsti costituendo "Gruppi di Miglioramento" dei singoli presidi territoriali.

Questo lavoro di progressivo coinvolgimento degli operatori è stato ritenuto indispensabile, seppur energeticamente costoso, per creare un contesto favorevole all'assunzione del programma da parte dei servizi, nonché le pre-condizioni di una definizione "condivisa" degli standard di qualità. Tutto questo al fine di attuare percorsi di miglioramento "veri", dato che la sfida maggiore del programma "Qualità" è

indubbiamente quella di sviluppare una nuova “cultura dei servizi e degli operatori”, percorso di non facile, ma indispensabile, attuazione. Quali sono stati gli strumenti utilizzati?

Per sopperire alle iniziali carenze di informazione circolante sul programma e sulle finalità del gruppo “Qualità” è stata prodotta e diffusa una “Guida” rivolta agli operatori, contenente oltre alle informazioni essenziali sul programma, anche una scheda da far pervenire al Gruppo di lavoro di catalogazione delle esperienze in corso nei vari servizi, ed una scheda dei singoli operatori interessati a conoscere lo sviluppo del programma. Contestualmente è stato aperto uno sportello telefonico che desse la possibilità di approfondimenti di informazione sulle attività. In fase più avanzata è stato prodotto un foglio informativo periodico, “Qualità”, rivolto a tutti gli operatori aziendali e al volontariato, con l'obiettivo di diffondere regolarmente informazioni sullo sviluppo del programma e favorire il confronto di esperienze e l'approfondimento teorico. E' stato anche organizzato un convegno aperto agli operatori che ha avuto un'altissima partecipazione.

Quali risultati avete ottenuto?

Verso la Direzione e i Capi settore si è attuata una strategia di progressivo coinvolgimento attraverso relazioni periodiche, incontri individuali, etc., ottenendo una progressiva responsabilizzazione e sensibilizzazione ad appoggiare lo sviluppo del programma. Sono inoltre stati attuati incontri con i Responsabili di tutti i presidi poliambulatoriali (39) e ospedalieri (13) della Provincia. Per questo target si è accuratamente scelto di attuare incontri “a piccoli gruppi”, in grado di essere più concreti e produttivi, di meglio vagliare la fattibilità delle ipotesi operative e di trasmettere la sensazione di un coinvolgimento veramente attivo. Questa strategia è stata propedeutica al successivo “ingresso” dei componenti del gruppo “Qualità” nei diversi presidi. Ad ogni responsabile di presidio è stato chiesto di nominare un Referente per il programma, che, oltre a svolgere la funzione di “sensore/moltiplicatore” degli interventi, attuasse assieme ai componenti del Gruppo “Qualità” la raccolta-dati, l'elaborazione, il coinvolgimento progressivo degli operatori del presidio, etc..

E' attualmente in corso la realizzazione di incontri “parcellizzati” con gli operatori dei

diversi presidi nell'ottica di stabilire le modalità più opportune di creazione di “Gruppi di Miglioramento” che abbiano la funzione di analizzare, decidere e coordinare il piano di miglioramento del proprio presidio, all'interno del quale definire indicatori e standard di qualità e sviluppare specifici interventi coordinati o supportati dal Gruppo “Qualità”.

Nel caso di target ampio (specialisti poliambulatoriali, componenti del servizio sociale, etc.) si è attuata la strategia di realizzare in prima istanza riunioni “a grandi gruppi” (max 20-30 o 30-40. a seconda dell'ampiezza del target), con la funzione di chiarire le premesse degli interventi, i percorsi e le ipotesi possibili, sdrammatizzare l'immaginario negativo nei confronti del programma “Qualità”, raccogliere gli elementi “grossolanamente” emergenti dal disagio e dalle aspettative degli operatori (queste riunioni potrebbero essere definite di “calibratura”). A queste sono poi seguite altre riunioni a piccolo gruppo, orientate su compito, immediatamente valutative e operative verso le ipotesi emerse.

Quali suggerimenti dareste a chi deve partire da zero?

Noi siamo un esempio preciso di cosa vuol dire “partire da zero”. Sintetizziamo così la nostra esperienza, rispetto ai punti critici di partenza:

- il problema di un'Azienda molto ampia è stato affrontato organizzando il Gruppo in nuclei operativi e identificando e responsabilizzando un referente in ogni presidio;
- all'assenza di sistema informativo si è cercato di far fronte con una batteria di schede di censimento, per realizzare la mappa di tutte le prestazioni erogate (quali, come, chi, quando e dove) e per ottenere dati orientati allo sviluppo del programma e agli indicatori scelti
- per contrastare l'assenza di informazioni e più in generale le resistenze culturali, sono stati creati appositi strumenti (la Guida per gli operatori, il foglio informativo periodico, etc), e sono stati realizzati incontri a più livelli, privilegiando la dimensioni “micro” ma anche dando risalto a tutto il lavoro con un convegno a livello regionale, nel corso del quale è stato presentato il piano di miglioramento dell'azienda.

SCHEDA 19

Come individuare i punti di sofferenza per l'elaborazione di standard di qualità - Il caso del Pap-test (1)

Azienda Sanitaria Locale Napoli 5 di Castellamare di Stabia

L'Azienda Sanitaria Napoli 5, in occasione della elaborazione della III sezione della Carta dei Servizi Sanitari, ha avuto necessità di individuare nella stessa i fattori di qualità per la formulazione di indicatori e standard di qualità.

Il problema è stato risolto individuando l'area materno-infantile distrettuale come area su cui intervenire, coinvolgendo gli operatori aziendali nei processi di miglioramento della qualità. Gli operatori aziendali ("clienti interni") hanno partecipato all'individuazione dei punti di sofferenza per l'individuazione dei fattori di qualità, da cui poi far derivare indicatori e standard.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Non avevamo esperienza precedente nel campo in oggetto. Il clima aziendale è particolarmente favorevole, in quanto il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario sono estremamente disponibili e sostengono la costituzione di gruppi di lavoro per il miglioramento continuo della qualità.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

L'area materno-infantile distrettuale è stata scelta in quanto ha una serie di specificità che la rendono idonea a ricevere un processo di miglioramento qualitativo e difatti:

- è un'area indicata come prioritaria sia dall'azienda, sia dalla Regione, sia dal Piano Sanitario Nazionale;
- è un'area in cui da tempo gli operatori lavorano su progetti obiettivi;
- è un'area in cui l'utente-cliente è vissuto come elemento centrale su cui far confluire i servizi erogati.

Per individuare invece i punti di sofferenza dell'area materno-infantile, non potendo per motivi di tempo e di costo effettuare un'analisi delle esigenze degli utenti, sono state organizzate riunioni con gli "operatori storici" dei consultori familiari distrettuali, veri conoscitori dei processi del materno-infantile. Per "operatori storici" si intendono non i responsabili delle Unità Operative, ma chi a

qualunque titolo come dipendente vive da anni nel servizio, avvertendo e individuando le difficoltà, i problemi, i punti di sofferenza che il cliente-utente incontra quando entra in contatto con i servizi materno-infantili territoriali.

Questo ha permesso al gruppo di lavoro di:

- venire a conoscenza di tutte le problematiche dei consultori familiari distrettuali (da questo punto di vista è stata un'esperienza quasi unica, in cui gli operatori hanno non solo denunciato le sofferenze, ma anche individuato tutte le problematiche che hanno interessato le strutture;
- individuare insieme agli operatori stessi quei punti di sofferenza "gestibili", cioè modificabili in senso migliorativo.

Compito del gruppo di lavoro è stato quello di "individuare" tra tutti i fattori di non-qualità esposti quelli prioritari e gestibili dall'Azienda. Nel giro di due mesi, di tutti i punti critici sono stati individuati i seguenti tre fattori di qualità:

- tempi per la consegna del referto del Pap-test,
- personalizzazione delle modalità di consegna del referto Pap-test
- riservatezza all'accoglienza dell'utente.

Per esempio, il tempo di consegna del referto era un momento di sofferenza per la nostra Azienda, perché i tempi erano estremamente prolungati e andavano da 40 a 60 giorni, e inoltre in alcune strutture la consegna non era effettuata da personale medico. Per individuare i motivi o meglio i fattori che rendevano così

lungo il tempo di consegna del referto, è stato analizzato in dettaglio il processo. L'esperienza di analisi del processo è descritta nella scheda n.20.

Quali sono i punti forti e quali punti deboli della vostra esperienza?

I punti forti sono:

- facilità, grazie alla partecipazione degli operatori, nell'individuare i fattori di qualità;
- trasferibilità del modello di coinvolgimento e partecipazione per l'individuazione dei fattori di non-qualità sia in altri campi aziendali, sia in altre aziende sanitarie;
- coinvolgimento e partecipazione di tutti gli operatori aziendali che attivamente

intervengono nel processo produttivo (Pap-test).

I punti deboli sono:

- tempi, a volte lunghi, causati dalla necessità di coinvolgere tutti gli operatori che intervengono nei processi produttivi.

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Usare la partecipazione e il coinvolgimento per ascoltare il cliente interno (manifestazione della non-qualità) e coinvolgerlo così successivamente nella formulazione dello standard.

SCHEDA 20

Come analizzare un processo produttivo al fine di elaborare standard di qualità. Il caso del Pap-test (2)

Azienda Sanitaria Locale Napoli 5 di Castellamare di Stabia

Il gruppo di lavoro dell'A.S.L. NA/5, dopo avere individuato nell'area materno-infantile distrettuale (consultori familiari) il fattore di qualità critico nel tempo di consegna del referto del Pap-test, grazie alla partecipazione e coinvolgimento degli operatori interni (vd scheda precedente), si è reso conto che non è possibile formulare indicatori e standard di qualità immediatamente dopo aver individuato il fattore di qualità. Vi è infatti la necessità di analizzare per prima cosa il fattore di non qualità, ricercando le cause che determinano la non-qualità, rimuoverle in tutto o in parte e solo allora passare alla formulazione dell'indicatore e dello standard specifico, che in questi casi ha maggiori garanzie di successo.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto? Con quali tempi?

Il modello usato è stato quello della partecipazione consapevole e del coinvolgimento. Difatti, sono stati riuniti in Direzione Sanitaria Centrale gli operatori aziendali coinvolti nel Pap-test e il gruppo di lavoro e precisamente:

- Responsabile Carta dei Servizi Sanitari
- Responsabile Area Territoriale
- Responsabile Area Materno-infantile
- Responsabile Area Farmaceutica
- Direttori Sanitari di Distretto
- Primari dei Servizi di Anatomia e Istologia Patologica
- Responsabili Unità Operative Materno-Infantili Distrettuali
- Ginecologi dei Consultori Familiari

Per prima cosa, il Pap-test è stato considerato un processo produttivo composto da diverse attività (fig.1) e gli operatori coinvolti (conoscitori delle attività) hanno attivamente partecipato all'analisi di tale processo contribuendo a fornire una serie di dati essenziali per conoscere le attività che compongono il processo produttivo, quali ad esempio i tempi di consegna del referto nei diversi distretti, la specificità di ogni consultorio familiare e di ogni distretto, i collegamenti tra consultori familiari e servizi di anatomia e istologia patologica, il numero di operatori che lavorano nei consultori familiari

nei servizi di anatomia e istologia patologica, i mezzi e i materiali presenti nelle strutture coinvolte, etc.

Dopo l'acquisizione dei dati si sono ricercate le cause che determinano un allungamento dei tempi di consegna dei referti (fig. 2) e per tale tipo di analisi si è utilizzato come strumento il diagramma causa-effetto. Una volta determinate le cause che provocano la non qualità (tempi lunghi nella consegna) si è valutato quale tra queste erano quelle gestibili da parte dell'azienda per poterle poi successivamente modificare, rimuovere o correggere.

In questo modo si è ad esempio dotato di mezzi e consultori che ne erano carenti, si sono risolti problemi per l'approvvigionamento di materiali per il servizio di anatomia e istologia patologica, si sono creati raccordi funzionali tra i servizi, si è intervenuto, laddove era necessario, sulla metodologia di lavoro, puntando sulla collaborazione nel lavoro di gruppo. Non si è potuto nell'immediato, cambiare le strutture laddove non erano adeguate o creare altri servizi di anatomia e istologia patologica sul territorio aziendale, in quanto non gestibile nell'immediato da parte dell'azienda.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

Individuato il fattore di non qualità (tempi lunghi per la consegna dei referti), raccolti ed analizzati i dati riguardanti le cause che determinano la non qualità, rimosse o modificate le cause, si è finalmente potuto stabilire l'indicatore temporale specifico e il relativo standard.

Quali sono i punti forti e quali punti deboli della vostra esperienza?

I punti di forza sono:

- il coinvolgimento e la partecipazione consapevole, per cui ogni operatore aziendale si è sentito parte del tutto, elemento essenziale del processo produttivo

e questo ha contribuito notevolmente al processo di miglioramento qualitativo;

- l'adozione di standard garantiti, in quanto nascono momenti di sofferenza sentiti dai clienti interno e partecipati nella fase di elaborazione;
- l'uso di strumenti manageriali quali il diagramma causa-effetto, tipici della qualità totale, per poter analizzare le cause della non-qualità.

I punti deboli sono:

- i tempi per la realizzazione di standard, che prevedono un coinvolgimento e la partecipazione, possono diventare lunghi.

Figura 1: ANALISI DI UN PROCESSO - Il caso del pap-test
Esempio della composizione in attività di un processo



Il Pap-test è stato considerato un processo produttivo e quindi suddiviso in attività. Ogni attività identifica specifici operatori, strutture e mezzi. In questo esempio sono riportate solo le principali attività.

SCHEDA 21

Come arrivare alla definizione di standard condivisi dal personale Azienda Provinciale per i Servizi socio sanitari di Trento

L'adozione della Carta dei Servizi generale dell'Azienda sia essa sanitaria che ospedaliera è senz'altro un passaggio preliminare ed obbligato di cambiamento della mentalità dell'organizzazione nei confronti del paziente. E' voluta dalla Direzione generale ed in una organizzazione così complessa come quella sanitaria per alcuni servizi e reparti dell'Azienda, più restii al cambiamento (meno disponibili), viene in realtà imposta. Le finalità della Carta sono quelle di un cambiamento sostanziale di tutta l'organizzazione. Per fare questo bisogna in ogni servizio e reparto ripercorrere l'esperienza del paziente, ridiscutere le modalità di erogazione delle prestazioni ponendo al centro le esigenze del cittadino. Si tratta di una metodologia lunga e complessa (un processo continuo di miglioramento) attraverso la quale è possibile arrivare alla definizione di indicatori (sensibili, validi, confrontabili e significativi) e poi di standard condivisi. Questo percorso è possibile solo in una seconda fase più lunga, più complessa ma certamente più produttiva in termini di qualità. I corsi di aggiornamento sono un'occasione non solo per sviluppare cultura, ma anche per migliorare l'organizzazione e per sperimentare i cambiamenti proposti.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

La nuova Azienda sanitaria di Trento considera la centralità dell'utente uno degli obiettivi fondamentali della sua organizzazione. Per realizzare questo intende perseguire una politica della "Qualità Totale" avendo istituito a tale fine uno specifico Servizio Qualità nell'ambito della Direzione Cura e Riabilitazione.

Fondamentalmente è certamente l'esigenza, in questa fase, di non disperdere le forze disponibili a questo cambiamento ma soprattutto finalizzare le varie iniziative.

La Carta dei Servizi è stata intesa dall'Azienda sanitaria, come il primo passo di un progetto generale di miglioramento continuo di tutta l'organizzazione.

Il messaggio di cambiamento parte dalla Direzione Generale tramite l'Ufficio di Aggiornamento e con i corsi di aggiornamento coinvolge il personale non solo in maniera volontaristica ma in orario di servizio per riflettere e migliorare la propria organizzazione.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

L'Azienda di Trento costituita dal 1.4.95 con la fusione delle 11 USSL disponeva già per le realtà più significative (Trento e Rovereto) di una

serie di esperienze di VRQ in vari campi, esisteva soprattutto una diffusa mentalità di attenzione al cliente, alcune partecipazioni e riconoscimenti ricevuti al Golden Helix.

Sono incorso, da tempo, contatti con l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia per la realizzazione di un progetto di Qualità Totale. In queste esperienze è stato sempre coinvolto ed ha contribuito alla loro riuscita l'Ufficio di Aggiornamento.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto? In quali fasi? Con quali attenzioni sui costi? Con quali tempi?

L'approvazione del progetto "Carta dei Servizi" richiedeva comunque un grosso sforzo di comunicazione a tutto il personale dei concetti e della filosofia della Carta. La linea adottata è stata quella di presentare la Carta attraverso delle riunioni di informazione a tutto il personale, guidate dal Direttore di Distretto con la presenza dei responsabili delle unità operative. Questa attività di informazione si è conclusa con una conferenza dei servizi, svoltasi il 16.1.96. alla quale hanno partecipato tutti i primari, i dirigenti ed i caposala.

E' stato deciso di conseguenza che ogni corso di aggiornamento specifico comprendesse alcune ore di informazione mirata sul significato e i contenuti della Carta. La presentazione generale

della Carta diventa produttiva e interessante se entra nel tema specifico del cambiamento organizzativo, della verifica dell'esperienza del paziente, insomma se si riesce a dare un obiettivo concreto all'informazione.

Quali difficoltà e punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

L'attuale cambiamento organizzativo aziendale, accompagnato in molti casi da una significativa riduzione delle risorse, non favorisce un clima di impegno e di disponibilità del personale a modificare le sue abitudini a vantaggio del paziente. Non è facile far passare il messaggio che sono proprio le occasioni di difficoltà e di ridimensionamento di un servizio che debbono spingere ad una verifica seria dell'erogazione delle prestazioni ad una discussione delle stesse in funzione delle esigenze del cittadino.

Il momento determinante è quello della presentazione della Carta. Bisogna essere estremamente concreti e pronti a cogliere le occasioni di disponibilità del personale, accettare anche le critiche più severe purché produttive. Bisogna essere in grado di portare esempi concreti di modifiche realizzabili sulle quali avranno l'appoggio della Direzione Generale. Per questo motivo deve esserci un mandato ben preciso della Direzione Generale.

Come prima esperienza vanno scelti servizi che presentano personale omogeneo (ad es. nel nostro caso malattie infettive, pensiamo poi di proseguire con dialisi e pronto soccorso). Tra le varie qualifiche di personale è sempre trainante la componente infermieristica.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

I risultati che abbiamo ottenuto sono stati quelli di aver formato un gruppo di miglioramento (reparto malattie infettive) che sta predisponendo la parte specifica della Carta dei servizi. E' stata ripercorsa in maniera critica l'esperienza del paziente, sono state discusse le attuali difficoltà del servizio, sono stati definiti gli impegni futuri sui quali si vuole l'assenso della Direzione Generale. Dalla verifica il gruppo ha espresso i seguenti indicatori:

- tempo massimo di attesa nell'ultimo anno del test HIV;
- tempo massimo di attesa nell'ultimo anno per il ricovero in day hospital;
- tempo massimo di attesa nell'ultimo anno per il ricovero programmato;
- numero di reclami o denunce ricevute nell'ultimo anno.

Per la definizione degli standard il gruppo sta effettuando una verifica con le disponibilità del laboratorio prima di fissare in modo impegnativo le giornate di attesa.

Il corso di aggiornamento è stato fatto in applicazione della legge 135/90 (AIDS) che prevede al termine un esame per la verifica dell'apprendimento. L'esame a cui sono stati sottoposti gli operatori partecipanti al corso ha dimostrato che il messaggio ed i contenuti della Carta sono risultati chiari, a conferma di questo il gruppo si è impegnato nella sua definizione e degli indicatori e standard.

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza

Innanzitutto scegliere un servizio significativo dell'Azienda, si può anche riflettere ed operare su un rilevante, però specifico, problema organizzativo.

Bisogna trovare personale disponibile, che non presenti contrasti insanabili tra le varie categorie (gruppi omogenei).

E' necessario avere un corso di aggiornamento a disposizione oppure programmato per le esigenze del personale.

Non bisogna fare un corso di aggiornamento per la Carta o per la definizione degli indicatori: questo viene di conseguenza quando come contenuto si pone il miglioramento del servizio.

Attenzione particolare va data al messaggio iniziale che viene trasmesso nella presentazione della Carta.

Per avere l'attenzione giusta del personale bisogna entrare subito in esperienze specifiche.

Il referente deve far parte dell'organizzazione, essere credibile nelle sue affermazioni perché parla a nome della Direzione Generale, avere la capacità di convincere il personale al cambiamento.

SCHEDA 22

Come selezionare e accorpare le prestazioni specialistiche evitando la numerosità del nomenclatore

Azienda Sanitaria Usl 4 di Prato

Dal momento che il “lettore” della Carta è l’utente del Servizio Sanitario, cioè il cittadino, è necessario valutare la terminologia da usare per rendere “leggibile” la Carta e in particolare gli standard di qualità. L’Azienda Usl 4 di Prato ha sviluppato un’esperienza di semplificazione del linguaggio accorpare le prestazioni e riducendo così considerevolmente il numero degli standard dei tempi di attesa. La realizzazione di questa esperienza è iniziata avendo ben chiaro il duplice obiettivo da raggiungere: ridurre quanto più possibile il numero di prestazioni da riportare nella Carta dei Servizi, e definire le stesse prestazioni con una terminologia corretta ma, per quanto possibile, semplice e “leggibile” dall’utente.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

La Banca Dati di partenza era costituita dalle prestazioni registrate da Sistema Informativo sulla base del nomenclatore tariffario della Regione Toscana (circa 3500 voci).

La condizione favorevole di partenza era data innanzitutto dalla piena disponibilità della maggior parte dei medici e degli operatori coinvolti e dalla buona conoscenza delle strutture da parte del gruppo di lavoro preposto al raggiungimento dell’obiettivo.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

Sono stati predisposti, per iniziare il lavoro di accorpamento delle voci inerenti le prestazioni, due elenchi che riportavano rispettivamente le prestazioni suddivise in ordine alfabetico per specialità e per strutture eroganti (Unità Operative, Sezioni Aggregate, Presidi, ecc.). Gli stessi elenchi, una volta definiti gli accorpamenti, ed individuati i tempi di attesa, sono stati riportati nella Carta dei Servizi Pubblici Sanitari dell’Azienda (sezione seconda per specialità e sezione terza per strutture). Il lavoro è stato sviluppato da due dipendenti, un funzionario amministrativo ed un medico, rispettivamente il responsabile delle Politiche Aziendali ed un componente della Direzione Sanitaria che quotidianamente, per un periodo di circa 20 giorni, hanno contattato personalmente i vari responsabili delle UU.OO.

Sanitarie ed a ogni incontro, in maniera estemporanea, hanno definito insieme a loro la “griglia” di prestazioni da inserire nella carta. Contemporaneamente sono stati definiti i tempi medi e massimi di erogazione per ogni prestazione tenendo conto dell’esperienza storica degli operatori delle strutture. In alcuni casi è stato utile invertire la logica che vorrebbe l’individuazione dei tempi d’attesa partendo dalla prestazione, ovvero sono state accorpate le prestazioni in base ai tempi di attesa; ad esempio, ove possibile, una volta stabilito che i tempi di attesa fossero uguali per una serie di prestazioni similari, tutte queste prestazioni sono state ricondotte ad un’unica voce. Terminato il lavoro di accorpamento le descrizioni in chiaro delle prestazioni sono state controllate dagli operatori dell’Ufficio informazioni per verificare che, effettivamente, nella maggior parte dei casi, in base alla loro esperienza, la definizione delle prestazioni coincidesse con le denominazioni usate di prassi dagli utenti e dai medici di famiglia nelle prescrizioni (gli utenti si rivolgono frequentemente all’Ufficio informazione per interpretare le prescrizioni mediche).

Quale difficoltà e punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

L’aver agito in maniera diretta, confrontandosi sempre con il responsabile di ogni struttura e non avendo predisposto niente

all'inizio del lavoro, ha comportato che in alcuni casi una determinata prestazione sia stata definita in maniera differente dalle Unità Operative che erogano la stessa prestazione, anche trattandosi di identiche specialità. Dato che lo scopo era anche quello di fotografare la situazione in un dato momento, non sono stati apportati dei correttivi prima dell'adozione della Carta, comunque, prima del prossimo aggiornamento, occorrerà avere dei momenti di confronto tra i responsabili delle varie strutture che erogano le medesime prestazioni.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

I risultati ottenuti sono di aver ridotto il numero delle voci per le prestazioni erogate dalla Usl da circa 3500 (in base al nomenclatore tariffario della Regione Toscana) a circa 250 con indubbia e dimostrata (dagli utenti e dagli operatori) agilità di consultazione della Carta e facile individuazione delle prestazioni.

Per perfezionare la procedura occorrerebbe strutturare un glossario che riporti, in maniera precisa, almeno tre tipologie di voci (prestazioni):

1. voce da riportare nella Carta dei servizi ad uso dell'utente-cittadino
2. voce prevista dal nomenclatore tariffario nazionale
3. voce prevista dal nomenclatore tariffario regionale

Il risultato potrebbe essere una sorta di allegato tecnico della Carta dei servizi da consegnare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, anche al fine di "parlare un linguaggio comune" con i medici e gli operatori interni all'Azienda.

E' implicito che per raggiungere questo obiettivo occorra coinvolgere nel gruppo di lavoro anche i rappresentanti delle categorie professionali sopracitate.

Quali sono i punti forti e i punti deboli della vostra esperienza?

Un punto di forza della nostra è dato dal poco tempo impiegato per realizzare l'obiettivo, come già detto 20 giorni circa, ed un risparmio, di energie e di risorse avendo eliminato completamente alcune prassi burocratiche solitamente usate, per esempio non sono avvenuti scambi epistolari con i responsabili delle strutture per fissare incontri o per chiarire quale era il fine delle richieste da formulare, il tutto è avvenuto "vis a vis". I momenti deboli possono essere individuati con quanto indicato precedentemente, cioè la parziale mancanza di coordinamento e di raffronto fra le varie strutture.

Quali suggerimenti dareste a che deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Costruire un sottogruppo di lavoro all'interno del gruppo di lavoro impegnato per la realizzazione completa della Carta dei Servizi, composto preferibilmente da un medico e da un funzionario amministrativo dotati entrambi di autorevolezza (anche con delega del Direttore Generale), esperienza, conoscenza delle strutture e dei servizi erogati e, soprattutto, avere ben chiaro qual è l'obiettivo da raggiungere, anche per superare eventuali dubbi, perplessità od ostacoli che inevitabilmente si incontrano strada facendo.

SCHEDA 23

Come informare i cittadini sugli standard al momento dell'accoglienza in ospedale

Azienda USSL di Asolo

L'accoglienza in ospedale è un momento fondamentale dell'esperienza dell'utente ricoverato, e rappresenta un'occasione importante per fornire informazioni ai cittadini /utenti e ai loro familiari non solo sul servizio ma anche sulla organizzazione alberghiera e sulla logistica. L'accoglienza è così importante che spesso sono stati introdotti standard di accoglienza. Nella Azienda USSL di Asolo, la soluzione adottata consiste in un semplice foglio con informazioni mirate sui singoli aspetti descritti, attraverso un forte coinvolgimento del personale infermieristico

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione

Le esigenze che hanno portato alla realizzazione di questa soluzione sono:

- favorire una accoglienza qualitativamente elevata del malato da parte del personale infermieristico di reparto,
- assicurare al cittadino, al momento del ricovero, una serie di informazioni essenziali relative alla degenza,
- diminuire l'incertezza e l'insicurezza del malato rispetto all'ambiente sconosciuto,
- realizzare fin dall'ingresso in ospedale un rapporto umano soddisfacente tra il personale sanitario ed infermieristico e l'utente familiari.

Da quale condizioni iniziale siete partiti?
Disponete già di alcuni prerequisiti particolari (es. Esperienze precedenti, ecc.)?

Il progetto del "Foglio di Accoglienza" nasce ex-novo. Sia nell'ambito dell'ULSS N.8, come pure nell'ambito della Regione Veneto, nonostante una accurata ricerca, nulla era stato fatto in questa direzione. Il progetto nasce dalla sensibilità di alcuni operatori dell'Ufficio Infermieristico e della Direzione Sanitaria, grazie al fatto contributo dei Capisala che hanno pienamente capito e condiviso gli scopi e gli obiettivi dell'iniziativa.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto? Con quali tempi?

Il progetto è stato realizzato in modo molto partecipativo. Sono stati coinvolti dapprima i

Capisala che a loro volta hanno interessato il personale infermieristico. Si è provveduto a stendere una bozza del foglio di accoglienza, rispetto alla quale, ciascun caposala d'intesa con il responsabile di reparto ed il personale infermieristico, ha formulato indicazioni e proposte di modifica.

Una volta pronta la bozza è stata visionata dalla Direzione Sanitaria e dall'Ufficio Infermieristico che ha provveduto a formulare il foglio definitivo, interessando l'Ufficio Stampa che ha curato l'aspetto grafico, l'esecuzione delle piantine e la riproduzione, coadiuvato dal Centro Stampa. I costi sono stati quindi molto contenuti, utilizzando al massimo strutture e attrezzature interne all'Azienda. Tenendo conto che il foglio di accoglienza è diverso da divisione a divisione e che i Presidi Ospedalieri dell'Ulss n.8 sono 3, è stato necessario realizzare ben 30 diversi fogli di accoglienza; ciò ha comportato un tempo di esecuzione relativamente elevato di circa sei mesi per arrivare a realizzare tutti i fogli.

Quali difficoltà e punti critici avete incontrato? come li avete superati?

Le difficoltà principali sono state di natura organizzativa, legate all'uso sinergico delle strutture interne e al continuo variare delle situazioni logistiche dei vari reparti che hanno richiesto la riformulazione delle piantine, che contrariamente a quanto concordato non sono state realizzate dall'Ufficio Tecnico ma dall'Ufficio Stampa (questa è stata la critica più forte che ha bloccato per circa un mese la composizione del "foglio di accoglienza").

Quali risultati avete ottenuto?

I risultati principali di questo progetto sono stati:

- diminuzione dell'ansia e della paura nel cittadino, connesse al suo ricovero in ospedale,
- conoscenza delle fasi di accoglienza che possono costituire motivo di difficoltà per il cittadino,
- sensibilizzazione del personale infermieristico circa l'importanza di una accoglienza di qualità.

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

I punti forti sono stati "la partecipazione" attiva di molti soggetti, in particolare i Capisala.

In secondo luogo il coinvolgimento di vari servizi e strutture ha favorito la cultura del lavoro di gruppo, del lavoro di "staff".

I punti deboli possono essere identificati nella perdita di entusiasmo dopo la fase della partenza e la mancanza di momenti di comunicazione e verifica costante. Altri aspetti di debolezza da segnalare sono:

- l'assenza di un Ufficio Qualità all'interno dell'ULSS, o di persone qualificate a formulare questionari che tengono conto dei fattori, di indicatori e standard di qualità che fanno riferimento specifico a norme o standard nazionali, regionali o, previsti, nelle carte dei servizi; esperti che attraverso metodi e procedure di sorveglianza continua

e sistematica sanno comunicare e promuovere la qualità nella propria azienda;

- la mancanza di un statistico o di un addetto al CED che cura la gestione del campione, che predisponga il programma informatico per la tabulazione e la lettura dei dati, anche attraverso l'utilizzo di grafici.

Quali suggerimenti dareste a chi deve affrontare lo stesso problema "partendo da zero"?

Puntare di più ad una maggiore collaborazione fra tutti i soggetti e strutture interessate, tenere vivo il problema attraverso incontri periodici, soprattutto con i Capisala.

Garantirsi la collaborazione dell'Ufficio Tecnico per la predisposizione delle piantine. Coinvolgere a pieno titolo l'Ufficio Qualità (VRQ) che deve curare gli aspetti di formulazione del questionario, di verifica dello stesso e di elaborazione dati; o attivare dove questo non esiste, forme di collaborazione o di consulenza con esperti o Uffici Qualità di ULSS vicine.

Coinvolgere nel progetto la Associazioni di Volontariato che operano nel settore sanitario e i cittadini che volontariamente desiderano impegnarsi, attuando e mettendo in pratica metodi di misurazione e verifica della qualità di cui oggi si dispone (VRQ-APQ) coinvolgendo tutta l'azienda con la divulgazione di un "piano strategico per la qualità", che comprenda tutti i soggetti interessati: direzione azienda, operatori, cittadini

SCHEDA 24

Come coinvolgere il medico di base per comunicare gli standard

Azienda Usl 4 di Prato

La complessità dell'organizzazione del Sistema sanitario, l'inevitabile uso di una terminologia strettamente tecnica e la scarsa conoscenza del funzionamento delle strutture delle Aziende sanitarie da parte del cittadino portano inevitabilmente ad un utilizzo solo parziale dello strumento "Carta dei servizi" da parte dell'utente. Le difficoltà riscontrate, ad esempio, nel complicato settore degli standard portano a una riflessione significativa per quanto riguarda la completa e corretta utilizzazione della Carta. Se lo standard deve essere un punto di riferimento per orientare l'azione, l'utilizzatore finale deve poter contare sull'aiuto di un "navigatore" esterno. Il soggetto naturalmente preposto a condurre un'azione di guida in tal senso è il medico di base. La Carta dei servizi dell'Azienda sanitaria dovrebbe essere lo strumento mediante il quale il medico di base, una volta valutata la necessità di ricorrere a una prestazione erogata dalla Usl, riesce a indirizzare correttamente l'assistito nella scelta della struttura.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Gli interventi realizzati nella nostra Azienda per facilitare la lettura degli standard di qualità (vd scheda n.22) possono non essere sufficienti per soddisfare le esigenze dei cittadini utenti. Siamo partiti dalla considerazione che è cosa comune a tutte le Aziende sanitarie erogare le medesime prestazioni in presidi diversi, e molto spesso con tempi di attesa differenti. Deve essere il medico di medicina generale a leggere e utilizzare la Carta dei servizi per proporre al paziente la scelta della struttura: il "cliente" potrà di conseguenza optare, per esempio, per la vicinanza della sede o per la celerità di esecuzione della prestazione, a seconda delle proprie esigenze.

Come viene sviluppata la vostra soluzione sul lato della domanda?

Il coinvolgimento dei medici di famiglia nel processo di comunicazione degli standard deve

presupporre la partecipazione dei rappresentanti della categoria nel gruppo di lavoro aziendale per la "costruzione" della Carta, ed è implicito che per il raggiungimento dell'obiettivo debbano esistere univocità di intenti e piena collaborazione, anche formale, da parte dei vertici aziendali e dell'Ordine professionale.

Nella Usl pratese, ad esempio, per avviare il processo di collaborazione è stato sottoscritto un protocollo d'intesa "Azienda Usl n.4 - Ordine dei medici di Prato", nel quale si prevede la costituzione di un Comitato paritetico composto da rappresentanti designati dal Presidente dell'Ordine e dal Direttore generale. Il Comitato ha tra i suoi compiti anche quello di definire le procedure e i protocolli di comune interesse tesi a rendere più snelle e trasparenti le modalità di accesso da parte dei cittadini alle prestazioni sanitarie erogate dalla Usl, con riferimento anche alla Carta dei servizi e agli standard in essa esplicitati.

SCHEDA 25

Come costituire un nucleo di verifica degli standard

Azienda USSL di Asolo

La questione che si è posta è stata quella di strutturare la funzione di verifica e monitoraggio degli standard stabiliti nella Carta dei servizi e ad altri indicatori concernenti la qualità del servizio reso.

Per far questo si è scelto di costituire un apposito nucleo di verifica, composto da persone che hanno preso parte alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del progetto di miglioramento della qualità.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

La duplice necessità da un lato di un corrente monitoraggio degli standard, al fine di percepire immediatamente gli eventuali scostamenti negativi per attivare le necessarie azioni correttive, dall'altro di un continuo coinvolgimento degli operatori mediante appunto il meccanismo di verifica-azione correttiva.

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Si è partiti anzitutto dall'esperienza del coinvolgimento degli operatori nella stessa fase di costruzione della Carta dei servizi. Inoltre, sono state esaminate e studiate le esperienze consolidate o in via di sperimentazione riguardanti la verifica e la misurazione della qualità in ambito sanitario (Q.A: - Quality Assurance-, VRQ - Verifica e Revisione della Qualità-, APQ - Analisi Partecipata della Qualità).

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

L'esigenza di verificare gli standard è stata espressa dalle stesse figure-cardine del progetto (in particolare capi-sala e responsabili dei diversi servizi e unità operative), in modo da mantenere il pieno coinvolgimento anche nella fase di verifica dei risultati conseguiti.

Per questa ragione si è considerato opportuno costituire un nucleo di verifica che desse conto dei risultati ottenuti. Si è proceduto ad

individuare innanzitutto il profilo dei componenti del nucleo e cioè:

Responsabile: Dirigente medico di Usl che ha ben chiara la missione dell'azienda ed è responsabile del progetto e della lettura dei risultati;

Coordinatore: a cui spetta il compito di una valutazione in corso d'opera e segue l'andamento delle azioni previste, gli effetti di tali azioni, le variazioni del contesto "ambientale" in cui si svolge l'intervento, i flussi delle risorse finanziarie, tecniche ed umane e, infine, predispone i report.

Assistente: Coadiuvante il coordinatore Statistico-informatico gestione del campione e dei flussi informativi.

Il gruppo o nucleo di verifica deve avere il controllo continuativo su tutto l'arco del progetto. A questo fine sono predisposti incontri periodici con gli operatori per la valutazione congiunta dei problemi e dei dati disponibili. Viene così redatto uno speciale diario della verifica.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

Le difficoltà non sono state specifiche alla costituzione del nucleo di verifica e alla sua attività. Esse hanno riguardato più in generale l'attuazione del progetto di miglioramento della qualità. Si è evidenziata l'importanza di una continua e convinta azione per accompagnare costantemente il personale verso nuove logiche operative, attente all'efficienza, ma anche alla umanizzazione e alla trasparenza dei servizi.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

La verifica dei risultati ha dimostrato come nuove forme organizzative potessero essere efficienti ed efficaci. Ciò ha messo in discussione molte certezze, che facevano ritenere le soluzioni adottate tradizionalmente come le migliori possibili (es. orari dei pasti ai ricoverati, organizzazione degli orari di alcuni ambulatori, ecc.).

Quali sono i punti forti e quali i punti deboli della vostra esperienza?

Anche in questo caso, i punti di forza e di debolezza non riguardano tanto la costituzione del nucleo di verifica, quanto il progetto stesso di miglioramento della qualità. Su questo si può accennare, in modo sintetico, al dato positivo del coinvolgimento del personale e a quello negativo dei vincoli e delle rigidità delle

condizioni operative (vincoli normativi e contrattuali alla gestione del personale, vincoli dettati dalle strutture esistenti - edifici, distribuzione degli spazi)

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento “partendo da zero”?

Il punto di partenza essenziale è il coinvolgimento del personale, la sua attiva partecipazione al progetto di miglioramento della qualità. Se ciò avviene, è allora possibile introdurre i meccanismi di verifica senza che ciò sia percepito come qualcosa di temibile; anzi la verifica diviene un costante riferimento per la valorizzazione del proprio operato.

SCHEDA 26

Come monitorare gli standard: il caso del Pap-test (3) Azienda Sanitaria Locale Napoli 5 di Castellamare di Stabia

Il gruppo di lavoro dell'A.S.L. Napoli 5 dopo aver individuato l'area materno-infantile come settore aziendale su cui iniziare ad apportare processi di miglioramento qualitativo e avere individuato il fattore di qualità grazie alla partecipazione del cliente interno (tempi brevi nella consegna del referto del Pap-test, vd scheda 19), e dopo aver rimosso le cause che determinavano un allungamento dei tempi di consegna del Pap-test, grazie allo studio e all'analisi della non qualità effettuata con il coinvolgimento e la partecipazione del cliente interno e aver formulato indicatori e standard di qualità sentiti e partecipati dal cliente interno (vd scheda 20), si è posto il problema di verificare e monitorare nel tempo lo standard. La soluzione adottata è molto semplice (considerato che l'Azienda non dispone di un sistema informativo dedicato ai tempi), e consiste nell'elaborazione di un registro cartaceo per la verifica e il rispetto dei tempi nella consegna del referto del Pap-test (standard) e nell'uso di uno strumento statistico, la carta di controllo, per il monitoraggio dello standard nel tempo.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Le esigenze che ci hanno portato alla realizzazione di questa soluzione sono state:

- necessità di verificare lo standard con l'adozione di strumenti non di tipo "informatico" al fine di garantire il cliente-utente
- necessità di monitorare nel tempo lo standard al fine di poter facilmente risalire alle cause che determinano uno scostamento dal valore massimo delle standard per poi poter facilmente intervenire per ridurre tale scostamento

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto?

Per la verifica e il controllo dei tempi di consegna del referto del Pap-test si è realizzato il "Registro Pap-test" che permette di individuare, lungo il percorso di produzione, il punto di resistenza. Difatti nel registro, oltre alle notizie anagrafiche, è riportato:

- la data prelievo (esecuzione del test)
- la data di invio al Servizio di Anatomia e Istologia Patologica
- la data di invio del referto dal Servizio di anatomia Patologica al Consultorio Familiare

- la data in cui il referto è arrivato al Consultorio
- la data in cui il referto è stato consegnato al cliente-utente.

Il registro cartaceo, ripercorre in realtà le attività che compongono il processo produttivo (fig.1 della scheda di analisi degli standard).

Per il monitoraggio nel tempo, per seguire cioè l'andamento temporale dello standard, è attualmente in fase iniziale di uso uno strumento statistico e precisamente la carta di controllo.

La carta di controllo è un diagramma composto da una linea centrale che indica il valore medio dello standard e due linee esterne, una superiore e una inferiore, che rappresentano i limiti di controllo (valore massimo e valore minimo dello standard).

Nel nostro caso, il valore medio dello standard è pari a 20 giorni, con un massimo di 35 giorni e un valore minimo (non pubblicizzato e da usarsi solo per calcoli statistici) pari a 10 giorni. Nel diagramma vengono riportati i punti che rappresentano, per uno stesso consultorio, i valori effettivi delle consegne del Pap-test ad esempio per un mese di osservazione. Il processo di miglioramento continuo è sotto controllo se tutti i punti cadono tra le due linee, mentre è fuori controllo se sono all'esterno delle linee. Quando i valori si avvicinano agli estremi o quando non è più sotto controllo è

necessario intervenire, riesaminando di nuovo il diagramma causa effetti e ricercando, con la partecipazione degli operatori aziendali, i motivi dello scostamento.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

Per quanto attiene il registro del Pap-test, le difficoltà sono:

- resistenze da parte del personale addetto alla compilazione, che si è superato grazie al coinvolgimento, alla partecipazione e al lavoro di gruppo.

Per quanto attiene la carta di controllo, è ancora presto per esporre le difficoltà incontrate, in quanto è in fase di utilizzo.

Quali risultati avete ottenuto? Quali sono i punti forti e quali punti deboli della vostra esperienza?

Il registro del Pap-test ha permesso di verificare e controllare ogni fase e momento del processo produttivo Pap-test. E' inoltre uno strumento indispensabile per chi non ha un sistema di informatizzazione aziendale.

La verifica e il controllo possono migliorare grazie alla informatizzazione dei servizi.

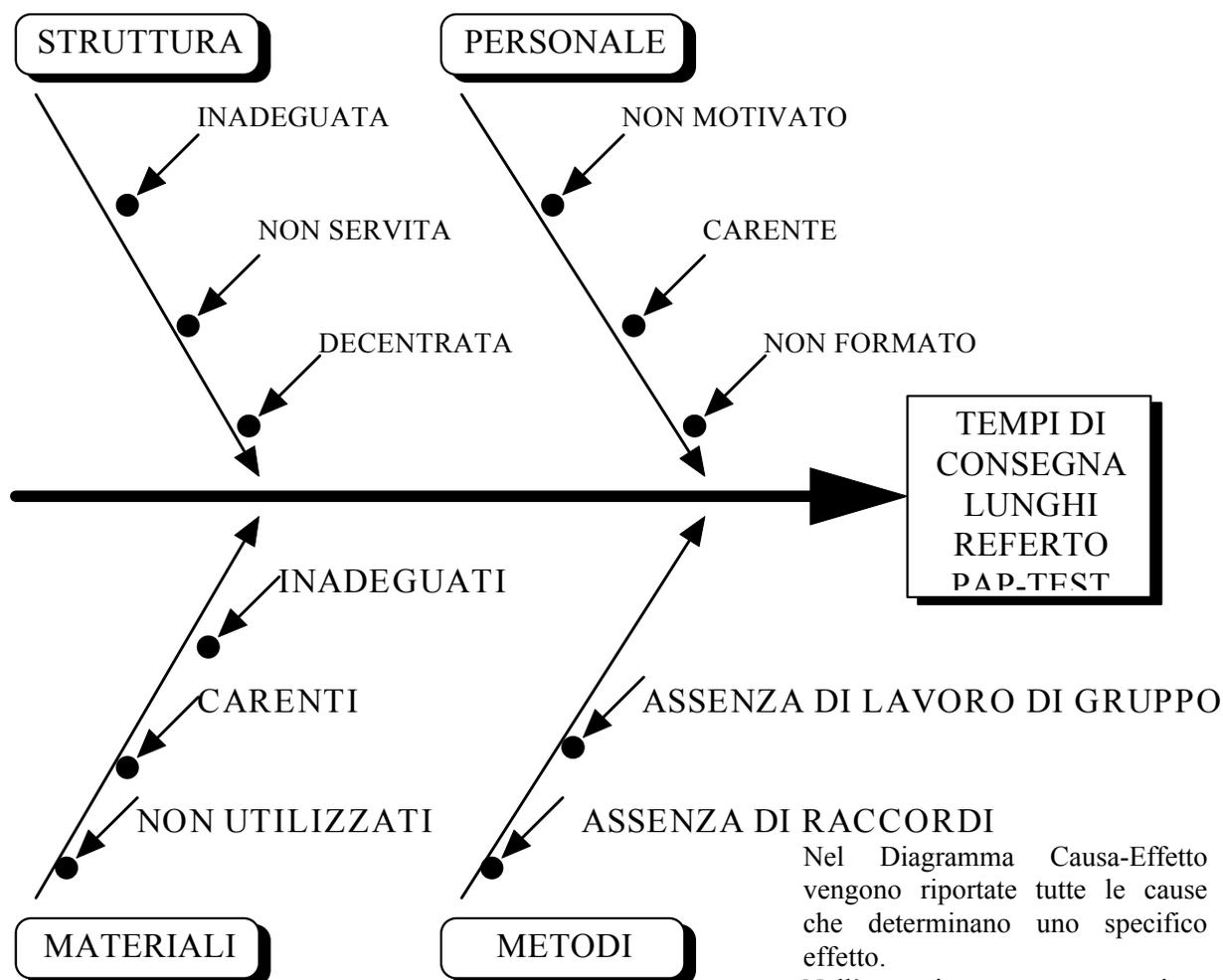
Punti forti:

- Avere a disposizione uno strumento di verifica facile da interpretare e da usare
- Iniziare a prevedere strumenti statistici per il monitoraggio temporale degli standard

Punti deboli:

- Registro manuale

DIAGRAMMA CAUSA-EFFETTO



Nel Diagramma Causa-Effetto vengono riportate tutte le cause che determinano uno specifico effetto.

Nell'esempio proposto viene riportato un Diagramma Causa-Effetto di un solo Consultorio Familiare

SCHEDA 27

Come è stato applicato il bonus-malus

Azienda Provinciale per i Servizi socio sanitari di Trento

L' Azienda per i servizi socio sanitari della provincia di Trento, che aveva partecipato alla Commissione istituita dal Dipartimento della funzione pubblica per la preparazione del DPCM pubblicato il 19 maggio 1995 ("Schema di riferimento per il settore sanità") ha ritenuto di procedere all'applicazione immediata del meccanismo del "bonus/malus" suggerito da quel provvedimento. L'analisi del caso di Trento è particolarmente interessante perchè l'applicazione ha suscitato forti perplessità ma non è mai stata valutata rispetto a un'applicazione concreta.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

L'elaborazione e dell'istituto del bonus malus ha comportato fin dall'inizio discussioni in merito alla sua concreta applicazione. Con l'attuale normativa giuridica sarà possibile punire il dipendente? Sarà conveniente e possibile pretendere dal cittadino il pagamento del malus? Quale sarà la cifra giusta di risarcimento e in quali casi? Consapevoli che il più delle volte è solo l'esperienza concreta che permette di conoscere le conseguenze di un'applicazione, abbiamo deciso di fare sperimentazione basandoci sul principio di porre al centro innanzitutto il bonus, visto come risarcimento per l'utente e come segnale per il dipendente del rispetto dei patti assunti.

Da quale condizione iniziale siete partiti? Di sponevate già di alcuni prerequisiti particolari?

La condizione necessaria e indispensabile da cui partire è una buona organizzazione del sistema di prenotazione e e riscontro delle visite e delle prestazioni specialistiche. Presso l'azienda di Trento, costituita dall'1.4.95 con la fusione di undici U.S.S.L., si disponeva già di una realtà informatizzata all'avanguardia in alcune realtà significative, mentre si sta completando con l'Ospedale di Trento un sistema di prenotazione unificato a livello provinciale.

Fondamentale è poi a definizione organizzata degli orari degli ambulatori e la sicurezza di poter garantire all'utente, salvo rarissime eccezioni, il rispetto degli impegni presi.

Non avevamo, invece, alcuno studio in merito alla non presenza dell'utente ad appuntamenti prenotati. Nella nostra Azienda è adottata la prenotazione telefonica, l'utente si presenta solo il giorno dell'effettuazione della prestazione e prima

di effettuale deve dimostrare di aver pagato il ticket dovuto.

Come è stata sviluppata la soluzione? Chi è stato coinvolto? In quali fasi? Con quali attenzioni sui costi? Con quali tempi?

- Consapevoli che l'applicazione partiva da zero e condividendo tutte le perplessità sorte in Commissione Ministeriale, in pieno accordo con la Direzione generale e con tutti i Direttori di Distretto si è deciso di non predisporre un Regolamento di applicazione bensì di adottare alcune indicazioni di carattere generale che potevano anche essere modificate nel corso dell'esperienza:

- informazioni e preparazione specifica del personale dei CUP, appositi avvisi a tutto il personale con la spiegazione delle novità dell'istituto;
- informazione corretta all'utente, con tutti i mezzi di comunicazione;
- L'utente ha diritto al bonus solo quando la prestazione o la visita non è stata effettuata in giornata;
- sono esclusi dal caso di risarcimento i casi di impossibilità oggettiva di effettuare la prestazione (es. rottura improvvisa dell'attrezzatura, malattia imprevedibile e non sostituibile

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato? Come li avete superati?

I punti critici sono stati molti diversi tra bonus e malus. Innanzitutto nei riguardi del bonus, tra i vari responsabili aleggiava la preoccupazione di possibili furberie dell'utente o discussione nel caso di accettazione dei casi di responsabilità. In realtà, avendo drasticamente limitato il bonus ai soli casi di effettiva mancata effettuazione della prestazione, escludendolo anche nei casi di alcune ore, gli episodi di applicazione sono stati

pochissimi: solo in tre casi documentati il rimborso è stato effettuato dalla Cassa Economale.

Le Assicurazioni, interpellate per la copertura del rischio, si sono rifiutate di estendere le polizze.

La valutazione di avvio del procedimento disciplinare è ancora in corso. Certamente il messaggio della responsabilità del dipendente nei confronti dell'utente è stato senz'altro accettato anche dalle organizzazioni sindacali.

Le difficoltà maggiori sono venute dal malus, tanto che riteniamo che alcuni aspetti siano insuperabili. L'applicazione di questo istituto infatti richiede:

- un CUP in grado di avvertire l'utente a ogni prenotazione della possibilità di addebito del malus in caso di assenza non comunicata entro le 24 ore; la prenotazione telefonica complica questo problema;
- l'informazione per l'utente su come poter comunicare al CUP o ai servizi la propria impossibilità a recarsi alla Usl per la prestazione
- una organizzazione precisa di riscontro della non effettuazione della prestazione da parte dei vari ambulatori dei distretti
- un CUP provinciale informatizzato in tutti i Distretti in grado di seguire nominativamente l'utente ed escluderlo nei casi di anticipata prestazione.

Il problema di fondo del malus è quello di voler penalizzare il cittadino anche nei casi in cui l'attesa della prestazione supera ogni limite di ragionevolezza (es. 40/60 gg). E' logico che il cittadino in qualche modo ottiene prima la prestazione e poi si disinteressa della prima prenotazione.

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati? Come si potrebbe migliorare?

I risultati del bonus sono stati solo di immagine esterna, perchè limitare il rimborso ai casi di impossibilità in giornata è riduttivo. Si dovrebbe ragionevolmente fissare il rimborso anche per il ritardo orario, però organizzare e controllare una simile attività è oggi impossibile.

L'avvio delle procedure del malus ci ha consentito di conoscere il fenomeno delle mancate prestazioni, ma ci ha anche convinto che, fino a quando non sarà possibile cambiare l'organizzazione, sarà un istituto difficilmente applicabile. Per il malus si è constatata l'esistenza

di un grosso fenomeno di mancati appuntamenti da parte dell'utente, soprattutto nelle specialità che presentano maggiori attese. In alcuni casi i mancati appuntamenti arrivano al 10% del totale. Di fronte a un fenomeno così vasto, non si è ritenuto opportuno richiedere subito le 50.000 lire. Abbiamo invece domandato chiarimenti, ottenendo le seguenti risposte:

- impossibilità fisica o familiare al momento della prestazione (la maggioranza)
- molti altri assicurano di aver avvertito per tempo
- soltanto alcuni dichiarano di aver dimenticato l'appuntamento.

Verificato che in alcuni casi poteva essere vero che l'utente aveva disdetto, ma tra i servizi non era passata la comunicazione, abbiamo ritenuto opportuno non spingere sulla richiesta di rimborso, e aprire un contenzioso con oltre 1000 utenti, perchè non era questo lo spirito della Carta dei servizi. Con l'invio delle lettere di richiamo e di spiegazione, in alcuni distretti abbiamo riscontrato una diminuzione dei mancati appuntamenti. Il fenomeno resta comunque tutto da verificare nel lungo termine.

Quali sono i punti forti e quali punti deboli della vostra esperienza?

I punti forti dell'esperienza sono:

- per il bonus, è senz'altro passato il messaggio che il dipendente risponde di fronte all'utente delle sue inadempienze
- per il malus, in alcuni casi è stato riscontrato che l'utente condivideva l'obbligo di pagare
- l'Azienda ha avuto modo di verificare la sua organizzazione delle prenotazioni, riscontrando una serie di problemi da risolvere tra i vari servizi.

I punti deboli dell'esperienza sono:

- per il bonus, applicazione limitata
- per il malus, siamo arrivati alla conclusione che l'applicazione completa è impossibile: l'istituto del malus va completamente ripensato.

Quali suggerimenti daresti a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

Non si ritiene possibile procedere nell'applicazione del bonus/malus senza uno specifico approfondimento ministeriale e una ridefinizione delle modalità di applicazione.

SCHEDA 28

Come è stato utilizzato il sistema del bonus-malus per lavorare sugli impegni legati alla riduzione delle attese per le visite specialistiche e gli esami diagnostici

Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como

Il problema delle lunghe attese da parte degli utenti per effettuare visite specialistiche ambulatoriali o esami di diagnostica o di laboratorio è stato affrontato anche tramite l'introduzione del sistema del "bonus" e del "malus". L'azienda ha messo in pratica dunque il suggerimento dato attraverso il DPCM del 19 maggio 1995.

All'atto dell'implementazione di tale sistema si è discusso a lungo sull'opportunità di introdurre anche il pagamento del "malus", decidendo in senso affermativo in via sperimentale.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Tra le varie problematiche che si sarebbero dovute affrontare con l'introduzione del pagamento del "bonus" e del "malus" ha prevalso il tentativo, in un primo momento sperimentale, di ridurre le liste di attesa relative alle visite ambulatoriali e agli esami di diagnostica e di laboratorio.

La filosofia del "bonus" infatti è quella di una sensibile responsabilizzazione del medico specialista nell'avvisare sempre il CUP almeno due giorni lavorativi precedenti l'erogazione della prestazione in modo da permettere agli addetti alle prenotazioni di avvisare il paziente e riprenotarlo con diritto di precedenza.

Il discorso sul "malus" è più complesso e si presta a diverse interpretazioni. Da un certo punto di vista e ad una prima analisi questa penale sembrerebbe un'inutile clausola vessatoria nei confronti dell'utente.

Analizzando più approfonditamente il problema si può facilmente rilevare quanto esso risulti un fattore positivo per il paziente che necessita di visite ambulatoriali o che ha la necessità di sottoporsi ad esami. Sembra un discorso paradossale se si pensa che è lo stesso utente a pagare la penale. L'introduzione di quest'ultima ha invece portato gli utenti a disdire le visite prenotate, permettendo così da inserire nei "buchi" persone che altrimenti sarebbero state prenotate in "coda".

Da quale condizione iniziale siete partiti?

Prima di partire con il sistema del bonus/malus, si è proceduto per un mese (gennaio 1996) a rilevare quante disdette di prenotazioni pervenivano al CUP. E' stata previsto poi il monitoraggio mensile, a seguito dell'introduzione del sistema (1° febbraio 1996). Nel mese di gennaio le disdette pervenute in tempo utile (2 giorni prima della visita o dell'esame) sono state 12, mentre gli utenti che non si sono presentati e non hanno disdetto sono stati 281.

Come è stata sviluppata la soluzione?

Per fare conoscere agli utenti il sistema introdotto, si è condotta una fitta campagna pubblicitaria mediante gli organi di informazione della provincia di Como e di Lecco. Si è proceduto inoltre a consegnare all'utente il foglio di prenotazione con indicate chiaramente per iscritto le modalità dell'eventuale rimborso a cui si ha diritto e il dovere di avvisare in tempo utile in caso di impossibilità a rispettare la data della visita ambulatoriale o dell'esame.

Attraverso questa campagna di informazione, gli utenti, venendo a conoscenza delle modalità del "malus", hanno cominciato a recepire la "cultura di cedere il proprio posto di prenotazione" se non più interessati all'erogazione della prestazione.

Quali difficoltà e quali punti critici avete incontrato?

La principale difficoltà incontrata è rappresentata dalla prenotazione telefonica al CUP. E' infatti comprensibilmente difficile spiegare chiaramente e velocemente all'utente le modalità del "bonus" e del "malus".

Quali risultati avete ottenuto? Come li avete verificati?

Gli operatori del CUP procedono, a mano a mano che giungono disdette di prenotazioni, a conteggiare le stesse e a redigere una tabella riepilogativa mensile. I medici ambulatoriali si preoccupano altresì di comunicare il numero di chi giornalmente non si presenta per la visita o per l'esame e i relativi nominativi in modo da poter procedere alla richiesta di pagamento del "malus".

Ogni semestre si procede inoltre ad aggiornare i dati relativi ai tempi di attesa che possono essere valutati anche in relazione alle disdette pervenute.

Come si è già detto, in gennaio, mese precedente all'introduzione del sistema, le disdette pervenute in tempo utile sono state 12, mentre gli utenti che non si sono presentati e non hanno disdetto sono stati 281.

Radicalmente diversa la situazione rilevata nel mese di febbraio, dove coloro che hanno disdetto in tempo utile sono stati 294 e coloro che non si sono presentati 13. Nei mesi di marzo, aprile, maggio e giugno mediamente sono pervenute al CUP 327 disdette di prenotazione.

La valutazione della relazione tra diminuzione dei tempi di attesa e disdette pervenute non è ancora stata effettuata, dato che il sistema è in

vigore da meno di sei mesi, tempo minimo di rilevazione della variazione dei tempi di attesa.

Quali sono i punti forti e quali punti deboli della vostra esperienza?

Il punto di forza, che vale la pena di sottolineare, è rappresentato dalla facilità di comunicazione alla cittadinanza dell'iniziativa tramite gli organi di informazione locale, sempre disponibili a fornire notizie sull'Ospedale.

Il punto debole principalmente riscontrato è rappresentato dalla difficoltà, da parte dell'utente, nel dimostrare la forza maggiore come causa di impossibilità a rispettare la data della visita o dell'esame.

Quali suggerimenti dareste a chi deve affrontare lo stesso argomento "partendo da zero"?

L'unico suggerimento che si può dare è di procedere ad una approfondita ed analitica valutazione dei "pro" e dei "contro" derivanti dall'introduzione del sistema bonus/malus. Capire dunque in anticipo se è opportuno implementare questo doppio sistema oppure se introdurre solo il "bonus". Non ultimo, non sopravvalutare gli introiti per l'ente derivanti dal pagamento del "malus" da parte dell'utente. Non è importante infatti quanto si incassa in termini economici dal pagamento della penale, bensì quanto si risparmia in tempo perso dai medici per appuntamenti non rispettati e in termini di ritorno di immagine per la riduzione delle attese dalla prenotazione all'erogazione della prestazione.

SCHEDA 29

Come intervenire sull'appropriatezza della domanda partendo dalla verifica dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche

Azienda Usl 8 di Arezzo

Il prolungamento dei tempi di attesa per prestazioni rappresenta, come è noto, uno dei problemi di rilievo che incide negativamente sul complesso e delicato rapporto tra cittadino-utente e le strutture sanitarie. L'Azienda Usl di Arezzo sta affrontando questo problema a partire dalla verifica degli standard di tempi di attesa. L'analisi viene condotta su due fronti: la domanda, misurata dalle richieste afferite al Centro Unificato di Prenotazione e l'offerta, misurata sulla base delle ore di apertura degli ambulatori. In particolare sul fronte della domanda sono state prese iniziative di concerto con i medici di medicina generale per verificare l'appropriatezza della domanda su alcune branche specialistiche.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

Quando abbiamo rilevato i tempi di attesa reali e li abbiamo confrontati con gli standard, abbiamo effettuato un'analisi dei possibili fattori in grado di influenzare i tempi di attesa. Non sono emersi particolari nodi di sofferenza relativi alla fase di prenotazione ed autorizzazione, in quanto esistono le agende di prenotazione informatizzate, nelle quali vengono introdotti gli appuntamenti secondo tempi e modi stabiliti preliminarmente dai vari reparti specialistici. L'aspetto dell'offerta rimanda quindi ad eventuali nodi relativi alle ore dedicate dai medici nelle diverse branche, per il quale stiamo cercando di mettere a punto un sistema di correlazione tra il numero di medici disponibili e le ore di apertura settimanale degli ambulatori divisionali. In questo modo è possibile verificare se il tempo di attesa reale è superiore al previsto per insufficienza delle ore di apertura dell'ambulatorio o se si tratta di un picco di domanda. Nel caso di un problema legato all'offerta, devono essere considerati interventi correttivi, quali la redistribuzione delle ore dedicate tra attività di corsia e attività di ambulatorio, o la ampliando singole voci più richieste a scapito di prestazioni i cui tempi di attesa sono ampiamente al di sotto dei valori standard individuati, o infine ricorrendo a

risorse esterne alle divisioni ospedaliere, come gli specialisti convenzionati.

Ma non bisogna guardare solo il lato dell'offerta: sull'attesa incide anche il comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale.

Come viene sviluppata la vostra soluzione sul lato della domanda?

L'Azienda sta mettendo a punto un'ipotesi di lavoro che ha per oggetto un confronto stabile e ragionato con i medici di medicina generale, in seno al Comitato Consultivo previsto dalla convenzione per la medicina di base.

Nell'ambito di tale comitato si vuole istituire uno specifico settore che abbia il compito di verificare periodicamente i dati relativi all'attività prescrittiva dei medici di base, sia in termini di prescrizione farmaceutica sia in termini di prescrizione di prestazioni specialistiche e diagnostiche. Il confronto dovrà basarsi sull'analisi della prescrizione (in particolare sull'individuazione di un eventuale incremento della domanda in relazione all'eccedenza dei tempi di attesa a consuntivo rispetto agli standard), sulla discussione e sulla elaborazione di iniziative idonee alla correzione dei comportamenti prescrittivi non in linea con gli obiettivi prefissati.

Avete già sperimentato questa soluzione in un caso concreto?

La nostra esperienza è stata condotta nel campo delle prescrizioni di trattamenti fisioterapici. Il forte incremento di prestazioni per cure fisioterapiche registrato agli inizi degli anni '90 aveva indotto la regione Toscana ad emanare dei protocolli di trattamento per patologia contenenti anche il numero di cicli e prestazioni per ciascun quadro patologico. Nello stesso periodo l'USL aretina decideva di attivare un confronto tra specialisti dipendenti (fisiatri, ortopedici, neurologici) e medici generali, partendo dalla "revisione ragionata" dei protocolli formulati dalla Regione. La sede naturale del dibattito veniva individuata nell'ambito del Comitato Consultivo per la Medicina Generale di cui all'accordo Collettivo nazionale.

In tale comitato si erano svolte in precedenza iniziative analoghe per la regolamentazione della prescrizione in aree "calde" della USL (radiologia, laboratorio analisi) e per definire dei canali preferenziali d'accesso ai pazienti inviati al Pronto Soccorso per sospetto di cardiopatia ischemica acuta.

Dopo circa due mesi di revisione e confronto il gruppo di lavoro interdisciplinare decideva di adottare i protocolli regionali come linee guida nella prescrizione ragionata di trattamenti di fisiochinesiterapia, la prescrizione così concepita è abilitata all'autorizzazione del trattamento senza ulteriori verifiche da parte dei medici fisiatri, i quali intervengono, tuttavia, nella verifica di autorizzazioni per le strutture convenzionate esterne quando i servizi della USL non siano in grado di garantire le

prestazioni nei tempi previsti dalla normativa vigente.

Lo specialista fisiatra svolge comunque un ruolo di supporto e di consulenza nei casi più complessi o per quelle situazioni che non rispondono ai trattamenti prescritti dal Medico Generale.

I risultati di questo lavoro sono stati che, negli ultimi tre anni, la spesa relativa alle prescrizioni dei Medici Generali ha subito un abbattimento di circa il 40%. Si rileva, tuttavia, un graduale incremento delle prescrizioni da parte degli specialisti, tali prescrizioni costituiscono peraltro una quota rilevante di prestazioni fisioterapiche.

Quali sono i punti forti e i punti deboli della vostra esperienza?

I punti forti sono i seguenti:

- la possibilità di incidere direttamente sulla domanda e sull'offerta, agendo sui soggetti principali responsabili: i medici di base per la domanda, i medici specialistici per l'offerta
- l'estrazione dei dati sui tempi di attesa direttamente dal CUP, con conseguente facilità di lettura e continuità dell'analisi e della verifica
- la possibilità di pubblicizzare i dati nei confronti delle istituzioni e associazioni locali garanti dei diritti degli utenti.

Il punto debole principale è stato riscontrato sull'analisi dell'offerta, ed è la presenza di fattori di rigidità - legati peraltro alla normativa vigente - che ostacolano gli aggiustamenti nell'articolazione delle ore dedicate dai medici divisionali agli ambulatori.

SCHEDA 30

Come affrontare il problema dei tempi d'attesa delle prestazioni ecografiche per esterni fornite dall'azienda.

Azienda ospedaliera "Arcispedale S. Maria Nuova" di Reggio Emilia

All'interno del progetto di Total Quality Management nella allora USL 9 di Reggio Emilia e nell'Azienda Ospedaliera poi, fu costituito dal '94 un Gruppo di Miglioramento relativo al Processo "Erogare prestazioni specialistiche", composto da professionalità mediche ed infermieristiche di differenti Unità Operative a partire da un nucleo identificato dalla Direzione e poi allargatosi, su base volontaria, in occasione di alcune giornate di presentazione e aggiornamento del progetto. Era prevedibile che l'attenzione venisse focalizzata sul criterio "tempi di attesa", qui come altrove elemento conflittuale con gli utenti. Da un'analisi della griglia delle prestazioni con tempi di attesa maggiori, il settore delle ecografie era tra quelli con più evidenti problemi e con maggiore complessità organizzativa: molteplici punti di erogazione, tipologie di esame molto differenziate con talune sovrapposizioni degli organi esplorati, difformità di prenotazione, funzionamenti a tempo pieno o a tempo parziale nei reparti clinici, apparecchiature di differente affidabilità e obsolescenza, programmi di turn over molto onerosi finanziariamente, qualità tecnica delle prestazioni mai verificata anche tra pari. La costruzione di un diagramma causa-effetto ed un'articolazione di obiettivi a vario termine con riferimento all'innovazione, alla produttività e all'orientamento al cliente hanno costituito le tappe successive. In particolare, ci si è basati sulla possibilità di analizzare il problema in modo complessivo, con il contributo diretto degli operatori, per arrivare, partendo dal problema dei tempi di attesa, a una semplificazione e a una migliore trasparenza del percorso di accesso per l'utente. Per raggiungere questo obiettivo si è individuata la necessità di stabilire, all'interno dell'azienda, un gruppo di lavoro degli ecografisti che, oltre ad affrontare in modo non settoriale i problemi organizzativi, iniziasse un confronto tra pari sui temi dell'appropriatezza nelle indicazioni e nell'esecuzione delle ecografie.

Quali sono le esigenze che vi hanno portato ad adottare tale soluzione?

1. Verificare la possibilità che un incremento dell'offerta potesse in qualche modo ridurre i tempi di attesa considerando che il lavoro precedente aveva portato, attraverso l'identificazione delle riserve di produttività attivabili in breve termine, ad un incremento degli esami (+2900 pari al +10% rispetto al 1993), ma con un livellamento, più che una reale diminuzione, dei tempi di attesa tra le varie Unità Operative, riducendo le punte più alte ad es. da 180 a 90 gg., ma alzando

considerevolmente le attese per le situazioni intermedie, ad es. da 30 a 80 gg.

2. Creazione di omogeneità qualitativa tra le varie Unità Operative, attraverso programmi di formazione interna e all'esterno e la definizione e la diffusione di "Linee Guida" interne per l'esecuzione e la refertazione delle prestazioni.
3. Diffusione delle modalità di erogazione delle prestazioni, articolate per apparato e Unità Operativa, alla Medicina di Base.

Come viene sviluppata la vostra soluzione sul lato della domanda?

Come era ampiamente prevedibile, l'aumento della produttività da solo, non era sufficiente per incidere sui tempi di attesa, per cui si è costituito un gruppo di lavoro misto con i Medici di Medicina Generale per cominciare a definire sia i criteri comuni riguardo le indicazioni ad eseguire le ecografie, sia i percorsi differenziati per le diverse condizioni cliniche: la logica che guida questo lavoro non è tanto quella del razionamento delle prestazioni, ma di una miglior selezione della domanda a parità di risorse disponibili.

Avete già sperimentato questa soluzione in un caso concreto?

Sì. Abbiamo affrontato quelle condizioni cliniche nelle quali non vi è una urgenza indifferibile (nel qual caso esiste comunque l'accesso diretto al Pronto Soccorso, o al Servizio di Radiologia 2.a, o attraverso la consulenza clinica urgente), ma per le quali è necessaria una risposta in tempi ragionevoli, non consentita dall'attuale situazione. Vi è stato quindi un confronto all'interno del gruppo misto per identificare delle situazioni tipo, per le quali organizzare un accesso in tempi certi, fino ad un numero predefinito (tale definizione era fatta sulla scorta di una rilevazione degli accessi per patologia avvenuta in un periodo determinato). Sono quindi state concordate due fasce di priorità, così articolate:

Fascia A - disponibilità di 30 esami mensili, con tempo d'attesa garantito tra 2 e 7 gg. per le seguenti patologie

- coliche biliari ripetute
- ittero colestatico
- coliche renali
- ematuria macroscopica
- rottura muscolo tendinea ed ematomi clinicamente accertati in fase acuta nelle parti molli
- sospetto aneurisma aortico (non sintomatico)
- sospetta pancreatite.

Fascia B - disponibilità di 30 esami mensili, con tempo di attesa garantito tra 8 e 30 gg. per le seguenti patologie:

- masse addominali obiettivamente rilevabili
- nodulo tiroideo di recente insorgenza
- nodulo mammario clinicamente palpabile in paziente giovane (massimo 35 anni)
- nodulo clinicamente apprezzabile del testicolo

- staging-restaging-follow-up dei pazienti neoplastici non seguiti dal Servizio Oncologico o da altri reparti
 - massa sospetta neoplastica delle parti molli e delle ghiandole salivari
 - sintomatologia + markers oncologici elevati.
- Viene un centro di prenotazione unico di tali ecografie presso i Poliambulatori, che gestirà direttamente le prenotazioni assegnandole ai reparti che si sono dichiarati disponibili. Il sistema avrà una durata sperimentale di tre mesi (è tutt'ora in corso), al termine del quale andranno riconsiderate le patologie interessate e le fasce temporali garantite.

Quali sono i punti forti e i punti deboli della vostra esperienza?

I punti forti possono essere così schematizzati:

1. Costituzione del Gruppo degli Ecografisti, con coinvolgimento sui temi organizzativi e sulla formazione, aprendo un confronto tra pari.
2. Creazione di un Gruppo misto coi Medici di Medicina Generale sull'analisi della domanda e sulla definizione dei percorsi (esperienza da estendere anche ad altri temi).
3. Offrire garanzie agli utenti sulla qualità delle prestazioni e sulla durata dei percorsi di alcune patologie.
4. Identificazione di un percorso anche per gli obiettivi a lungo termine.

I punti deboli dell'esperienza, invece, consistono principalmente nei seguenti punti.

1. Scarsa percezione, da parte dell'utenza, del lavoro svolto, poiché il tempo di attesa è tutt'ora alto.
2. La necessità di un coinvolgimento degli operatori (specialisti e medici di base) impone una gradualità di tempi che rallentano le tappe (ma ci pare un prezzo indispensabile da pagare).
3. La scelta di non centralizzare le prenotazioni di tutte le prestazioni (per garantire una migliore elasticità delle varie Unità Operative nel mantenere i propri volumi di attività, soprattutto dove gli operatori non sono esclusivamente dedicati all'ecografie) incide negativamente sulla trasparenza per il cittadino. Tale problema può essere alleviato mantenendo una buona collaborazione con i Medici di base.

4.3 Il ruolo delle regioni nel processo di gestione degli standard

La costruzione della Carta dei servizi è un processo tipicamente aziendale; tuttavia, le regioni possono svolgere un ruolo importante per indirizzare, sostenere e verificare l'attuazione della Carta dei servizi, anche con specifico riferimento al tema degli standard.

Le esperienze regionali presenti all'interno del gruppo di lavoro e le informazioni raccolte sulle esperienze di altre regioni permettono infatti di delineare il ruolo delle regioni sul processo di costruzione degli standard su tre aspetti:

- **indirizzo:** benché l'elaborazione di indicatori e standard sia attribuita alle singole aziende, un ruolo regionale può riconoscersi laddove, in piena collaborazione con le Aziende regionali, Usl e ospedaliere, si intenda uniformare alcuni aspetti organizzativi di attività, di servizi erogati, di livelli di qualità, di tempi di attesa, secondo standard ritenuti irrinunciabili negli obiettivi della pianificazione originale
- **supporto tecnico:** la regione può favorire lo sviluppo di progetti e programmi interaziendali, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro aziende-regione (e agenzie, laddove sono costituite), per permettere il reciproco scambio e comunicazione di esperienze, la progettazione e sperimentazione di indagini, la definizione di indicatori, la produzione e diffusione di documentazione, etc.
- **monitoraggio:** la regione può costituire forme di osservatorio sull'attuazione della Carta dei servizi degli standard in particolare, alimentando una base di conoscenza necessaria per il processo di valutazione in cui le regioni svolgono un ruolo di primo piano.

Le schede che seguono illustrano alcuni esempi di attività regionali di supporto al processo di gestione degli standard nelle aziende sanitarie. Anche in questo caso è stato possibile presentare soltanto alcune esperienze regionali, e non condurre un'analisi più approfondita.

SCHEMA 31

L'esperienza dell'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna

L'attività di supporto alle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna fa parte del progetto dell'Agenzia Sanitaria Regionale "Coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali per la definizione delle priorità e la valutazione dei servizi sanitari". Tale progetto è gestito in collaborazione con l'Assessorato alla sanità, e viene condotto prestando attenzione alle interrelazioni col altri aspetti critici del cambiamento delle aziende sanitarie, su cui sono attivi altri progetti, come l'accreditamento, l'introduzione di metodi di miglioramento della qualità, la creazione di una "comunità manageriale" delle aziende sanitarie, etc.

La finalità generale del progetto è quella di supportare le Aziende sanitarie nel processo di adozione della Carta dei servizi; questa finalità è articolata in una serie di obiettivi specifici, quali:

- conoscere lo stato di attuazione della Carta dei servizi nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna
- individuare aree di intervento prioritarie
- individuare criteri e standard comuni per la sezione III della Carta
- produrre indicatori utili alla valutazione da parte dell'utente della qualità dei servizi
- verificarne la validità sul campo
- alimentare le check-list per l'accreditamento
- sperimentare la fattibilità di una Carta dei valori aziendali.

Il censimento effettuato allo scopo di conoscere lo stato di attuazione della Carta dei servizi in tutte le Aziende sanitarie ha mostrato che una significativa percentuale delle Aziende ha evidenziato come principali punti critici proprio la difficoltà di individuare standard, criteri e indicatori. Questa difficoltà viene fatta risalire all'assenza di una "cultura" adatta a recepire i principi della Carta dei servizi, oltre che problemi di natura organizzativa (carenza di una adeguata rete di comunicazione intra-aziendale, scollamento dei referenti aziendali per la qualità, difficoltà di coinvolgimento degli operatori).

La soluzione preliminare al punto critico segnalato è stata quella di creare una rete regionale di referenti aziendali con il compito di individuare - entro luglio 96 - standard, criteri e indicatori fruibili dai cittadini.

Dopo una prima parte di lavoro dedicata a definire un linguaggio comune sul non facile terreno degli standard, due sottogruppi di lavoro hanno identificato standard

relativi all'informazione, alle relazioni con il personale, al comfort e all'accessibilità.

Gli standard identificati sono così descritti:

Informazione L'azienda Usl si impegna ad offrire informazione all'utenza, scritta e verbale, sul funzionamento della struttura e sui percorsi per accedere alle prestazioni

Relazioni con il personale L'Azienda Usl si impegna a garantire all'utente una relazione che abbia le caratteristiche di cortesia e disponibilità, che sia personalizzata e orientata al contesto; si impegna inoltre a garantire la possibilità all'utente di esprimere un suo parere, osservazioni, suggerimenti, reclami.

Comfort Nell'ambito dei progetti di riorganizzazione dei servizi sanitari, l'Azienda Usl si impegna di fronte all'utente di mettere a disposizione ambienti confortevoli, puliti, riscaldati, con possibilità di spazi di soggiorno e di attesa; si impegna inoltre ad avvicinare l'organizzazione alle esigenze del singolo, compatibilmente con le esigenze collettive.

Accessibilità L'azienda garantisce accessibilità ai servizi e alle prestazioni in tempi e modalità che rispettino i bisogni e le condizioni dei cittadini.

Partendo da un patto "di eccellenza" stipulato tra l'Azienda e l'utente, rispetto agli ambiti dell'informazione, delle relazioni con il personale, del comfort, dell'accessibilità, il gruppo di lavoro sta ora identificando i criteri attraverso i quali il cittadino può verificare il livello qualitativo offerto. Nella tabella allegata si presentano i criteri relativi allo standard dell'informazione.

Le proposte del gruppo di lavoro saranno oggetto di validazione da parte dei componenti di altri due sottogruppi regionali coordinati dall'Assessorato alla sanità su informazione e partecipazione degli utenti, e accessibilità alle strutture ospedaliere e territoriali. Partecipano a questi sottogruppi i rappresentanti dei comitati misti consultivi individuati dalla Legge regionale E.R. 19/94 e i referenti aziendali per la qualità e delle direzioni.

La recente costituzione dell'Agenzia sanitaria regionale costituisce un fattore trainante per il rilevante numero di progetti in corso di realizzazione per lo sviluppo e la promozione della qualità assegnate dalla Legge regionale E.R. 50/94 per quanto attiene alle attività di supporto e verifica della qualità delle prestazioni sanitarie.

SCHEMA 32

L'esperienza dell'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia nell'attuazione della Carta dei servizi

La Regione Friuli-Venezia Giulia ha deciso di concretizzare e coordinare i programmi della Carta dei Servizi Sanitari attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro regionale, che si è riunito per la prima volta nell'ottobre 1995. In tale occasione vi è stato un primo scambio di informazioni sullo stato di realizzazione della Carta nelle rispettive aziende e la illustrazione delle priorità individuate a livello regionale, con descrizione del programma attuativo generale proposto.

Si è intesa la Carta dei Servizi come espressione di un processo dinamico, personalizzata presso le singole realtà erogatrici, soggetta a verifica, miglioramenti e integrazioni, definendo la missione delle aziende quella di fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti.

Il ruolo della Regione è stato definito di:

- indirizzo, monitoraggio, coordinamento del processo di attuazione delle Carte riguardanti il proprio territorio (Linee Guida Ministero Sanità 2/95);
- indirizzo sulle modalità di partecipazione e tutela dei cittadini nella fruizione dei Servizi sanitari (LR 12/94);
- verifica dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini anche attraverso l'uso di un sistema di indicatori (DL 502/92 art.14);
- promozione di consultazioni con cittadini e/o organismi di tutela e volontariato (DL 502/92 art.14).

L'esercizio di queste funzioni comporta che la Regione attivi iniziative di:

- verifica congruità progetti predisposti dalle aziende relativamente a: mandato della Carta, corrispondenza tra obiettivi e metodologie poste in essere
- omogeneizzazione obiettivi e procedure, in particolare negli aspetti percepiti dall'utente
- identificazione di ambiti di intervento prioritario di interesse regionale
- promozione di attività di ricerca e sperimentazione di criteri di buona qualità delle attività sanitarie e assistenziali
- formazione per gli operatori coinvolti nelle iniziative di miglioramento e di valutazione

Le indicazioni metodologiche di carattere generale sono state:

- * individuare gli ambiti di priorità
- * definirne gli standard di qualità e di qualità
- * renderli pubblici
- * impegnarsi per la loro realizzazione

* verificare il raggiungimento degli obiettivi e la soddisfazione degli utenti
Per realizzare questo programma, il Gruppo di lavoro regionale deve svolgere funzioni di interfaccia-collegamento tra Regione e singole Aziende, finalizzato a tradurre sul piano operativo i principi fondamentali della Carta, con particolare riguardo a:

- omogeneizzazione delle procedure per l'utente
- individuazione strumenti di misura omogenei
- facilitazione degli scambi di informazioni ed esperienze
- applicazione delle indicazioni nazionali e regionali

In particolare, si propone un'attività su due binari:

- uno omogeneo regionale tendente a garantire la presenza di certe attività di minima in tutte le aziende;
- uno di iniziativa autonoma, nel quale ogni azienda porta avanti le proprie priorità con le modalità che sembrano più appropriate, nell'ambito di quanto indicato dalla Carta.

Tra i punti critici che abbiamo colto, in particolare da parte di alcuni, è la tendenza a:

- considerare l'applicazione della carta non il raggiungimento di obiettivi di trasparenza, umanizzazione, ecc. per il cittadino, ma la produzione formale di documenti, delibere, ecc.
- svolgere iniziative solo quando queste siano utili anche all'azienda (in particolare in termini economici), e non finalizzate principalmente ai diritti del cittadino
- formalizzare le attività con nomina di commissioni aziendali con responsabili di settori o servizi, non in quanto funzionali al raggiungimento di obiettivi o realizzazione di progetti, ma in quanto rappresentanti gerarchicamente i diversi settori dell'azienda
- preoccupazione costante che "altri" possano intervenire nella gestione di componenti dell'azienda, seppur migliorandone i risultati, anche in ambiti che l'azienda stessa non considera o sui quali non ha manifestato interesse
- una insufficiente attenzione alla tematica da parte di alcuni uffici di direzione delle aziende
- una limitata azione progettuale per effettivi cambiamenti organizzativi
- una ridotta integrazione dei programmi per la Carta nella riprogettazione generale delle aziende.

Le successive riunioni hanno prodotto nel gruppo una comprensione dell'importanza del programma e, in particolare, l'utilità di avere un'occasione di confronto e discussione su aspetti ai quali le singole aziende sono chiamate a dare precise risposte, non solo formali, ma sostanziali, con precise implicazioni organizzative e gestionali.

Si sono discussi prioritariamente i temi della semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni specialistiche e ambulatoriali e a tutte le informazioni attinenti; della semplificazione del pagamento del ticket; delle procedure per i ricoveri ospedalieri. Su tali argomenti si sono prodotti dei documenti sintetici, contenenti i principi generali di riferimento e i suggerimenti operativi sui quali vi è stato il consenso del gruppo.

Cogliendo l'opportunità offerta da una rete capillare di attenzione e sensibilità ai temi della qualità costituita dall'esperienza del programma di Accreditamento volontario all'eccellenza, cui partecipano tutti i servizi di Pronto Soccorso della Regione dal 1992, nello scorso mese di maggio, si è svolto in tutti questi servizi un'indagine sul gradimento degli utenti, mediante un questionario, concordato dal gruppo regionale per la Carta, distribuito per due settimane a tutti i pazienti presentatisi ai PS e successivamente dimessi. Si tratta di una prima indagine svolta in modo capillare sulla soddisfazione degli utenti in tutte le strutture sanitarie della nostra Regione. Abbiamo avuto modo di raccogliere oltre 2.700 questionari compilati, per i quali si sta ora provvedendo alla computerizzazione e all'analisi dei dati. I risultati dell'indagine saranno ufficialmente comunicati nel corso della Conferenza dei Servizi prevista per il prossimo settembre (1996).

In queste settimane si sono inoltre svolte delle visite a tutti i servizi di PS della Regione, per valutare direttamente sul campo l'adesione ai criteri di buona qualità inerenti ai diritti e alla soddisfazione degli utenti, utilizzando come strumento lo specifico capitolo predisposto dal programma per l'Accreditamento volontario all'eccellenza.

Si è attivato un gruppo di lavoro sul tema dei reclami, al fine di definire un sistema di classificazione omogeneo degli stessi, anche per finalità di comparazione intra- e inter-aziendale. La proposta è ora in corso di approfondimento.

Si sta per promuovere un gruppo di lavoro di esperti sul tema della qualità dell'alimentazione nelle strutture sanitarie, in quanto la stessa è frequentemente oggetto di critiche, in particolare per quanto attiene a orari antifisiologici, insufficienza organolettica, monotonia. Inoltre, gli operatori coinvolti sul tema dell'alimentazione all'interno degli ospedali, rilevano che vi sono miglioramenti qualitativi apportabili nella nutrizione clinica e nella formulazione dei pasti, vi sono degli sprechi eliminabili, esiste un aspetto di cultura nutrizionale-terapeutica che spesso non viene adeguatamente trasmessa al paziente.

Prossimamente si svolgerà un'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma della Carta dei Servizi nelle singole aziende, basato sullo schema sviluppato a livello nazionale dall'apposito gruppo di lavoro. Verrà anche attivato un programma per la definizione degli standard di qualità, su diverse tipologie di servizi e prestazioni, che le aziende si dovranno impegnare a garantire ai cittadini.

5. CONCLUSIONI

A conclusione di questo documento, vengono riepilogati i principali suggerimenti rivolti alle Aziende sanitarie su come utilizzare effettivamente gli standard di qualità della Carta dei servizi, e alcune raccomandazioni alle regioni e al Ministero della sanità per favorire il processo di attuazione degli standard.

Che cosa sono gli standard di qualità della Carta dei servizi

- Gli standard sono un punto di riferimento per orientare l'azione degli operatori e per facilitare la scelta dei cittadini
- Gli standard hanno una funzione di garanzia: indicano obiettivi di qualità che le Aziende si impegnano ad assicurare agli utenti

Come si esprimono gli standard di qualità della Carta dei servizi

- Gli standard possono essere espressi in forma quantitativa, come valore-soglia o valore medio di indicatori, oppure in forma qualitativa, (c.d. "impegni"), nei casi in cui non sia possibile, o sia riduttivo, o non sia comprensibile agli utenti esprimere lo standard in base a indicatori quantitativi
- In linea di principio è possibile anche esprimere gli standard sulla base di indicatori di soddisfazione; questo modo di formulare gli standard richiede una particolare attenzione alle modalità di rilevazione della soddisfazione (questo tema non è stato affrontato dal Gruppo di lavoro e richiederebbe un gruppo ad hoc)

Quali temi dovrebbero essere trattati dagli standard di qualità della Carta dei servizi

- Gli standard della Carta dei servizi dovrebbero toccare non solo i tempi di attesa, ma anche i temi della personalizzazione e umanizzazione del trattamento sanitario, dell'informazione, del comfort (su questi temi sono più adatti gli "impegni")
- Gli standard della Carta dei servizi non dovrebbero riguardare aspetti tecnici della prestazione sanitaria, ma solo le componenti della qualità del servizio valutabile dal cittadino utente (oltre ai tempi di attesa, personalizzazione e umanizzazione del servizio, informazione, comfort, etc.)

Come definire gli standard relativi ai tempi di attesa

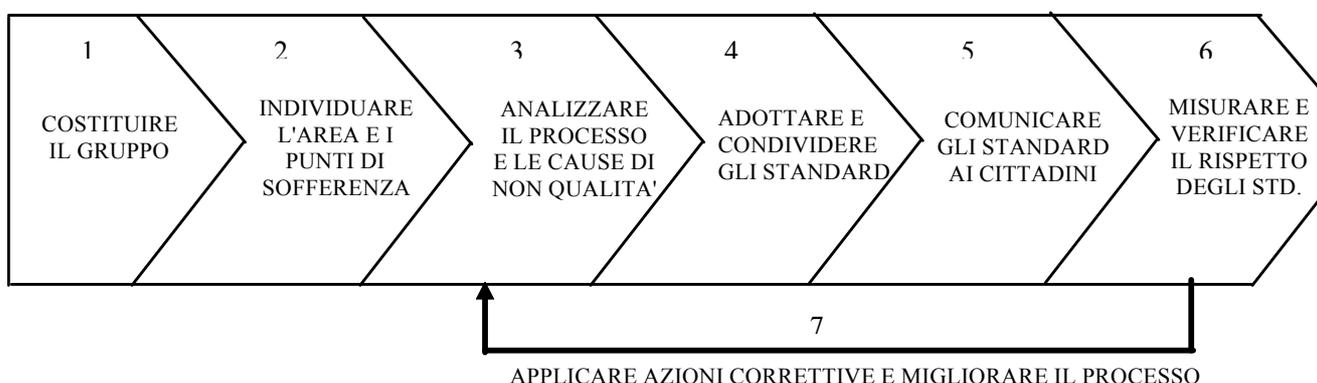
- Per quanto riguarda i tempi di attesa è importante in primo luogo definire bene la metrica degli indicatori su cui è basato lo standard. Un buon indicatore da utilizzare per gli standard nella Carta dei servizi dovrebbe essere significativo (cioè affrontare temi rilevanti per l'utenza), valido (cioè essere accurato e preciso), rilevabile (cioè i dati devono essere disponibili senza eccessivi costi di raccolta), sensibile (cioè deve registrare i miglioramenti e i peggioramenti). Il Gruppo di lavoro propone una scheda per costruire gli standard basati su indicatori quantitativi.
- Gli standard sui tempi di attesa, e più in generale gli standard basati su indicatori quantitativi, possono essere espressi o come standard medi (o standard "generali", basati su valori medi degli indicatori), o come standard minimi (o standard "specifici", basati su valori-soglia degli indicatori).
- Gli standard minimi sono più impegnativi per l'azienda sanitaria. Il Gruppo di lavoro suggerisce di adottare inizialmente standard basati su riferimenti medi, avviare le misurazioni necessarie per verificare i casi che si allontanano dalla media, e pervenire agli standard minimi solo quando si è raggiunta una buona conoscenza della distribuzione dei valori dell'indicatore.

Come formulare gli impegni (standard espressi in forma qualitativa)

- Per quanto riguarda gli impegni (standard espressi in forma qualitativa), è necessario che siano significativi (cioè rilevanti per l'utente) e formulati in modo non generico e verificabile
- A ciascun impegno dovrebbero corrispondere uno o più indicatori oggettivi per il monitoraggio degli impegni. I valori effettivi degli indicatori di monitoraggio dovrebbero essere verificati in sede di Conferenza di servizi con le associazioni di tutela dei diritti degli utenti e di volontariato.
- Per verificare il rispetto degli impegni assunti, le aziende sanitarie possono utilizzare diversi strumenti di verifica, tra cui in particolare, oltre agli indicatori di monitoraggio, anche le indagini di soddisfazione e riscontri o verifiche delle azioni previste negli impegni.
- Per quanto riguarda le strutture, la Carta dei servizi difficilmente può contenere standard relativi alle strutture, perché i tempi per la realizzazione di obiettivi di miglioramento delle strutture generalmente sono più lunghi dei tempi di validità della Carta dei servizi. Comunque la Carta dei servizi è un'occasione anche per lanciare programmi di miglioramento relativi alle strutture, di cui può essere data informazione nella Carta.

Il processo di gestione degli standard

- Gli standard richiedono un processo di gestione, per il quale il Gruppo di lavoro ha suggerito la metodologia rappresentata dalla figura sottostante.



- Per ogni passo del metodo, il Gruppo di lavoro ha raccolto le esperienze dei partecipanti e le propone come esempi di applicazione concreta del metodo.
- Tra i diversi passi del metodo, il Gruppo di lavoro sottolinea in particolare l'importanza del coinvolgimento del personale, perché solo standard condivisi possono essere realmente assicurati all'utenza, e della comunicazione ai cittadini, con modalità semplici, dirette e facilmente comprensibili, anche attraverso i medici di medicina generale. Per questi aspetti si rimanda anche ai risultati degli altri gruppi di lavoro istituiti dal Ministero.
- Le esperienze dimostrano inoltre che, benché gli standard della Carta dei servizi non riguardino gli aspetti tecnico-professionali, la verifica dei risultati effettivi rispetto agli standard può portare a interventi sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, che richiedono competenze mediche.

Il ruolo delle Regioni

- Le esperienze raccolte dal Gruppo di lavoro dimostrano che le Regioni possono avere un ruolo determinante per l'attuazione degli standard della Carta dei servizi. In particolare, le regioni possono:
 - orientare la definizione degli standard aziendali sui tempi di attesa su alcune prestazioni "esemplari" o critiche;
 - attivare programmi di sostegno (osservatori, gruppi di lavoro, progetti pilota, etc.), anche per favorire l'integrazione degli sforzi aziendali sui vari fronti della qualità (qualità del servizio e qualità tecnica) in una logica di Total Quality Management;
 - integrare gli accordi regionali con i medici di medicina generale, prevedendo la sperimentazione di forme di coinvolgimento dei medici di medicina generale sulla Carta dei servizi (utilizzando le indicazioni degli artt. 70, c.3 e 73, c.3 della convenzione nazionale);
 - inserire la Carta dei servizi, e in particolare la fissazione, misurazione e verifica degli standard di qualità, nel processo di programmazione e negoziazione con le Aziende sanitarie.

Considerazioni sulla prosecuzione del lavoro

- Complessivamente, i partecipanti al Gruppo di lavoro ritengono utile il metodo dello scambio di esperienze a fini di diffusione, e suggeriscono al Ministero della sanità di proseguire sulla strada iniziata. In particolare, il Gruppo di lavoro suggerisce la costituzione di un gruppo di lavoro che affronti, in chiave di scambio di esperienze e di metodi, il tema della rilevazione della soddisfazione dell'utenza dei servizi sanitari. La disponibilità di rilevazioni scientificamente fondate e comparabili permetterebbe infatti di poter fare un significativo passo in avanti nell'attuazione degli standard di qualità, anche su temi più delicati e difficilmente oggettivabili come le relazioni con il personale, la conoscenza delle informazioni, etc.
-

APPENDICE

Gli standard nella Carta dei servizi: l'esperienza inglese

Per comprendere meglio la logica degli standard e della Carta dei servizi in Italia è utile considerare l'esperienza inglese a cui si ispira, il programma della Citizen's Charter, avviato nel 1991 e tuttora in corso.

Le Carte di settore fissano gli standard minimi obbligatori per tutte le strutture pubbliche di quel settore. Questi standard possono assumere una forma quantitativa o qualitativa. Per esempio, nel Sistema Sanitario Inglese, la "Carta dei pazienti" (The Patient's Charter) prevede in termini quantitativi l'arrivo dell'ambulanza entro 14 minuti dalla chiamata in zone urbane, e 19 minuti in zone rurali, mentre in termini qualitativi la stessa Carta prevede come standard "il rispetto della privacy, della dignità, delle convinzioni religiose e culturali".

Gli "standard" sono obiettivi che l'amministrazione "si sforza di raggiungere" (aims to meet), dunque non diritti assoluti dell'utente, ma piuttosto impegni presi pubblicamente con l'utenza; gli impegni sono rafforzati dal fatto che ad alcuni standard sono associate forme economiche di rimborso.

Quando invece il governo inglese ha voluto ribadire il carattere "assoluto" di certi impegni assunti nei confronti dei cittadini, li ha chiamati "diritti" (rights) e non "standard" (per es, è un "diritto" dei cittadini poter ottenere il ricovero per qualsiasi prestazione chirurgica entro - attualmente - 18 mesi dalla richiesta; vd scheda esemplificativa per l'elenco completo dei diritti e degli standard contenuti nella Carta dei pazienti).

Gli standard minimi nazionali sono progressivamente aggiornati e migliorati. Per es., inizialmente (1992) la prima versione della Patient's Charter prevedeva il diritto ad ottenere il ricovero entro 24 mesi. Il limite è stato migliorato a livello nazionale nella seconda edizione della Patient's Charter (1994). Dal momento che questi tempi

sembrano particolarmente lunghi (e infatti hanno dato luogo a contestazioni da parte dei medici inglesi), si tenga presente che al termine del periodo Thatcher il numero di cittadini inglesi in attesa di un ricovero con tempi superiori a 24 mesi era di 50.000 unità. (fonte: The Citizen's Charter. First Report: 1992)

Le Carte inglesi hanno dunque validità generale; i livelli regionali, locali e le singole strutture operative possono però migliorare gli impegni (sia gli standard che i "diritti"), in un processo che è alla base della dinamica di tutto il programma "Citizen's Charter" (il cui sottotitolo è, infatti, "raising the standards"). Così, per esempio, il Servizio sanitario scozzese ha introdotto standard più stringenti rispetto all'Inghilterra e al Galles; i singoli ospedali possono identificare propri standard di qualità, ma sono obbligati a fornire almeno i livelli di qualità previsti dalla Carta nazionale.

La Carta dei pazienti ha avuto una diffusione eccezionale (una copia per ogni famiglia), ma ha sollevato delusioni per il livello apparentemente poco ambizioso degli standard e per l'assenza di meccanismi di riconoscimento dei miglioramenti. Una contraddizione che è stata rilevata dagli osservatori è stata la differenza tra l'attenzione data dal Ministero della Sanità inglese alla Carta dei pazienti e la scarsissimo potere riconosciuto alle associazioni dei cittadini, in particolare i CHC (Community Health Council, il principale organismo di rappresentanza degli utenti della sanità inglese).

Il Ministero della Sanità inglese, insieme al NHS Management Executive (un organismo di consulenza interna sui temi gestionali della sanità), hanno preso l'attuazione della Carta molto sul serio, e hanno tenuto alta la pressione sui livelli regionali e distrettuali chiamati ad aggiornare gli standard. Il problema delle liste di attesa è stato affrontato con fondi straordinari; sono state distribuite linee guida alle Authority distrettuali; e soprattutto sono stati raccolti da un'agenzia di valutazione (Audit Commission) i dati dei risultati effettivi degli ospedali per le liste di attesa e gli altri standard, e pubblicati a livello nazionale, aprendo così una sorta di "concorrenza sulla carta" tra le strutture sanitarie.

I 9 STANDARD NAZIONALI CHE IL NHS SI IMPEGNA A RISPETTARE

Rispetto della privacy, della dignità, delle convinzioni religiose e culturali

Strutture fisiche per assicurare accesso a tutti, anche le persone con particolari esigenze

Informazioni a parenti e amici sui trattamenti sanitari, con il consenso del paziente

Tempi massimi di intervento delle ambulanze: 14 minuti in aree urbana, 19 minuti in aree extraurbane

Immediata valutazione delle esigenze di intervento nei reparti di pronto soccorso

Appuntamenti personalizzati negli ambulatori e tempi massimi di attesa per la visita: 30 minuti

Riammissione entro 1 mese nei casi di doppia cancellazione di operazioni

Nomina di un infermiere qualificato o di responsabile di ciascun paziente

Programma di dimissione concordato con il paziente, che include gli aspetti di assistenza sociale e riabilitativa

Le autorità sanitarie locali (regioni e distretti) possono individuare standard più stringenti o altri fattori

I 10 DIRITTI DEL PAZIENTE RICONOSCIUTI DALLA CARTA INGLESE (Nov. 91)

Tutti i cittadini hanno i seguenti diritti:

1. Ricevere assistenza sanitaria sulla base del bisogno clinico e a prescindere dalla propria capacità di pagare
2. Essere iscritti presso un medico di base
3. Ricevere in ogni momento assistenza medica di urgenza da parte del medico di base o del servizio di ambulanze e di pronto soccorso delle strutture ospedaliere
4. Poter ricevere la visita di uno specialista di loro gradimento, e ottenere uno secondo parere se anche il medico di base lo ritiene opportuno
5. Ricevere una chiara spiegazione dei trattamenti e dare un consenso informato comprendendo rischi e alternative
6. Aver accesso alla propria cartella clinica e la garanzia di riservatezza
7. Poter scegliere se essere coinvolti in programmi di ricerca e di formazione medica
8. Ricevere informazione dettagliate sui servizi sanitari, inclusi gli standard di qualità e i tempi massimi di attesa (*)
9. Aver accesso a un trattamento sanitario entro due anni dall'inserimento in lista di attesa*)
10. Ottenere che le proprie lamentele, a chiunque siano fornite del SSN, siano oggetto di indagine e che sia fornita una risposta pronta e completa. (†)

(*) dal mese di aprile 92

ALLEGATO

I modelli per le indagini conoscitive sviluppati, all'interno del programma "Carta dei Servizi pubblici sanitari", dall'Azienda USL n.6 di Palermo (vd scheda n.16) su:

- Diritto all'informazione e accoglienza, barriere architettoniche, riconoscimento del personale, vitto, contesto dell'attesa
- Adeguatezza dei servizi igienici e delle stanze di degenza

PROGRAMMA <<CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI>>

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE n. 6 - PALERMO
DIREZIONE GENERALE

Gruppo "Qualità dei servizi e delle prestazioni" (*)



INDAGINE CONOSCITIVA (1)

DIRITTO ALL'INFORMAZIONE E ACCOGLIENZA, BARRIERE ARCHITETTONICHE,
RICONOSCIMENTO DEL PERSONALE, VITTO, CONTESTO DELL'ATTESA

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

(*) sede: Direzione Generale Azienda U.S.L. n. 6 via G. Cusmano,24 - PALERMO
tel. 091/6667062 fax 091/6667039 (Dr. G. Noto)

1. DIRITTO ALL'INFORMAZIONE E ACCOGLENZA

⇒ esistenza di un operatore addetto a fornire informazioni ad esterni circa il reparto di degenza di pazienti ricoverati presso il presidio:

⇒ presenza di cartelli nei reparti indicanti a chi rivolgersi per chiedere informazioni sul degente, da parte dei parenti

⇒ distribuzione ai pazienti di un opuscolo informativo

⇒ presenza di cartelli indicanti l'ubicazione dei reparti e dei servizi

2. PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE

⇒ (specificare dove sono presenti barriere architettoniche e il tipo di barriera)

3. RICONOSCIMENTO DEL PERSONALE

⇒ cartellini di identificazione del personale:

medici

infermieri

personale ausiliario

altro personale

4. VITTO

⇒ preparazione (appalto, cucina interna)

⇒ trasporto (presenza montacarichi o ascensore)

⇒ distribuzione (carrelli, contenitori, ...)

⇒ presentazione del vitto e consumo (presenza di vassoi, tavoli, sala pranzo)

5. CONTESTO DELL'ATTESA ----->

ambulatori e servizi di diagnostica

⇒ specificare per ogni singola sala di attesa gli arredi e la presenza di servizi igienici, secondo il seguente schema:
(fotocopiare questa pagina per ottenere un numero sufficiente di schede)

1. sala di attesa

- n° posti a sedere _____ : adeguato all'utenza non adeguato all'utenza
- superficie: adeguata all'utenza non adeguata all'utenza
- illuminazione: adeguata non adeguata
- areazione: adeguata non adeguata
- riscaldamento si no
- condizionamento si no
- presenza servizi igienici si no
- condizioni generali (pulizia, stato degli arredi, pareti,...) buone discrete ottime
- note

2. sala di attesa

- n° posti a sedere _____ : adeguata all'utenza non adeguata all'utenza
- superficie: adeguata all'utenza non adeguata all'utenza
- illuminazione: adeguata non adeguata
- areazione: adeguata non adeguata
- riscaldamento si no
- condizionamento si no
- presenza servizi igienici si no
- condizioni generali (pulizia, stato degli arredi, pareti,...) buone discrete ottime
- note

PROGRAMMA <<CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI>>

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE n. 6 - PALERMO
DIREZIONE GENERALE

Gruppo "Qualità dei servizi e delle prestazioni" (*)



INDAGINE CONOSCITIVA (2)

ADEGUATEZZA DEI SERVIZI IGIENICI E DELLE STANZE DI DEGENZA

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

REPARTO _____

(*) sede: Direzione Generale Azienda U.S.L. n. 6 via G. Cusmano,24 - PALERMO
tel. 091/6667062 fax 091/6667039 (Dr. G. Noto)

⇒ PRESIDIO: REPARTO:

1. ADEGUATEZZA DEI SERVIZI IGIENICI

(si intende per servizio igienico il locale in cui sono presenti almeno uno o più wc e uno o più lavandini (anche disposti nell'antibagno))

⇒ numero totale di servizi igienici..... n°

⇒ caratteristiche dei servizi igienici
compilare una colonna per ogni servizio igienico

continua
nella
pagina
seguente

		1° servizio	2° servizio	3° servizio	4° servizio	5° servizio	6° servizio	7° servizio	
servizio igienico nella stanza di degenza		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
servizio igienico per l'utenza, fuori dalla stanza di degenza		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
servizio igienico per il personale		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
Per le seguenti caratteristiche, occorre fare attenzione al tipo di risposta (x oppure n°) e segnare separatamente le cose funzionanti e quelle non funzionanti. Per gli elementi non esistenti: lasciare in bianco le relative caselle.		funzionante non funzionante		funzionante non funzionante		funzionante non funzionante		funzionante non funzionante	
strutturazione per accesso e uso disabili	x ⇄								
appigli	x ⇄								
w.c.	n° ⇄								
scarico acqua w.c.	n° ⇄								
lavandino	n° ⇄								
bidet	n° ⇄								
rubinetti che permettono la miscelazione dell'acqua c/f	n° ⇄								
rubinetti che non permettono la miscelazione dell'acqua c/f	n° ⇄								
dispositivo di chiamata di soccorso	n° ⇄								
chiusura dall'interno e passe-partout dall'esterno (porte w.c.)	n° ⇄								
chiusura dall'interno non apribile dall'esterno (porte w.c.)	n° ⇄								
cestino	n° ⇄								
appendipanni	n° ⇄								
specchio	n° ⇄								
mensola/ripiano	n° ⇄								
erogatore sapone liquido	n° ⇄								
erogatore carta o asciugatore aria calda	n° ⇄								
carta igienica	n° ⇄								
tavoloccia w.c.	n° ⇄								
erogatore per copri water monouso	n° ⇄								
acqua calda sempre	x ⇄								

⇒ PRESIDIO: REPARTO:

continua dalla pagina precedente

⇒ caratteristiche dei servizi igienici

compilare una colonna per ogni servizio igienico

	8° servizio	9° servizio	10° servizio	11° servizio	12° servizio	13° servizio	14° servizio
servizio igienico nella stanza di degenza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
servizio igienico per l'utenza, fuori dalla stanza di degenza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
servizio igienico per il personale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						

Per le seguenti caratteristiche, occorre fare attenzione al tipo di risposta (x oppure n°) e segnare separatamente le cose funzionanti e quelle non funzionanti. Per gli elementi non esistenti: lasciare in bianco le relative caselle.

	tipo risposta	8° servizio		9° servizio		10° servizio		11° servizio		12° servizio		13° servizio		14° servizio	
		funzionante	non funzionante	funzionante	non funzionante	funzionante	non funzionante	funzionante	non funzionante	funzionante	non funzionante	funzionante	non funzionante	funzionante	non funzionante
strutturazione per accesso e uso disabili	x ⇄														
appigli	x ⇄														
w.c.	n° ⇄														
scarico acqua w.c.	n° ⇄														
lavandino	n° ⇄														
bidet	n° ⇄														
rubinetti che permettono la miscelazione dell'acqua c/f	n° ⇄														
rubinetti che non permettono la miscelazione dell'acqua c/f	n° ⇄														
dispositivo di chiamata di soccorso	n° ⇄														
chiusura dall'interno e passe-partout dall'esterno (porte w.c.)	n° ⇄														
chiusura dall'interno non apribile dall'esterno (porte w.c.)	n° ⇄														
cestino	n° ⇄														
appendipanni	n° ⇄														
specchio	n° ⇄														
mensola/ripiano	n° ⇄														
erogatore sapone liquido	n° ⇄														
erogatore carta o asciugatore aria calda	n° ⇄														
carta igienica	n° ⇄														
tavoloccia w.c.	n° ⇄														
erogatore per copri water monouso	n° ⇄														
acqua calda sempre	x ⇄														

⇒ PRESIDIO: REPARTO:

⇒ numero totale docce n°

⇒ numero totale vasche da bagno n°

⇒ caratteristiche dei locali con docce o vasche da bagno
 Compilare una colonna per ogni locale con doccia o vasca da bagno.

		1° doccia o vasca	2° doccia o vasca	3° doccia o vasca	4° doccia o vasca	5° doccia o vasca	6° doccia o vasca	7° doccia o vasca
		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
doccia/vasca collegata con i servizi igienici								
Per le seguenti caratteristiche, occorre fare attenzione al tipo di risposta (x oppure n°) e segnare separatamente le cose funzionanti e quelle non funzionanti. Per gli elementi non esistenti: lasciare in bianco le relative caselle.								
	tipo risposta	funzionante non funzionante						
doccia	x ⇕							
vasca da bagno	x ⇕							
appigli	x ⇕							
appendipanni	x ⇕							
mensola/ripiano	x ⇕							
acqua calda sempre	x ⇕							

⇒ acqua nei servizi igienici

a) acqua potabile sempre si no (specificare perché) _____

c) acqua corrente sempre si no (specificare perché) _____

⇒ PRESIDIO: REPARTO:

2. ADEGUATEZZA DELLE STANZE DI DEGENZA

⇒ numero di stanze di degenza n°

⇒ numero totale posti letto n°

continua
nella
pagina
seguente

⇒ caratteristiche delle stanze di degenza

(compilare una colonna per ogni stanza di degenza, facendo attenzione al tipo di risposta [x, n°] e segnando separatamente le cose funzionanti e quelle non funzionanti. Per gli elementi non esistenti: lasciare in bianco le relative caselle)

	tipo risposta	1° stanza		2° stanza		3° stanza		4° stanza		5° stanza		6° stanza		7° stanza	
		funzionante	non funzionante												
posti letto	n° ⇓														
letto reclinabile	n° ⇓														
armadietto personale	n° ⇓														
comodino	n° ⇓														
sedia	n° ⇓														
tavolino	n° ⇓														
lavabo	n° ⇓														
punto luce individuale	n° ⇓														
dispositivo di chiamata individuale	n° ⇓														
telefono in camera	n° ⇓														
possibilità di oscurare l'ambiente	x ⇓														
riscaldamento centralizzato	x ⇓														
impianto di condizionamento (freddo)	x ⇓														
impianto di climatizzazione (caldo/freddo)	x ⇓														

⇒ PRESIDIO: REPARTO:

continua dalla pagina precedente

⇒ caratteristiche delle stanze di degenza

(compilare una colonna per ogni stanza di degenza, facendo attenzione al tipo di risposta [x, n°] e segnando separatamente le cose funzionanti e quelle non funzionanti. Per gli elementi non esistenti: lasciare in bianco le relative caselle)

	tipo risposta	8° stanza		9° stanza		10° stanza		11° stanza		12° stanza		13° stanza		14° stanza	
		funzionante	non funzionante												
posti letto	n° ⇓														
letto reclinabile	n° ⇓														
armadietto personale	n° ⇓														
comodino	n° ⇓														
sedia	n° ⇓														
tavolino	n° ⇓														
lavabo	n° ⇓														
punto luce individuale	n° ⇓														
dispositivo di chiamata individuale	n° ⇓														
telefono in camera	n° ⇓														
possibilità di oscurare l'ambiente	x ⇓														
riscaldamento centralizzato	x ⇓														
impianto di condizionamento (freddo)	x ⇓														
impianto di climatizzazione (caldo/freddo)	x ⇓														

⇒ PRESIDIO: REPARTO:

⇒ divisori mobili per trattamenti in privacy (paravento)..... n° totale in dotazione al reparto

⇒ biancheria da letto:

◆ stato d'uso della biancheria:	<input type="checkbox"/> in buono stato <input type="checkbox"/> discreto <input type="checkbox"/> in cattivo stato
◆ frequenza di cambio:	ogni n° ____ giorni
◆ uso di lenzuola di carta:	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> qualche volta (specificare)
◆ uso lenzuola pesonali del degente:	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> qualche volta (specificare)
◆ scorte lenzuola in dotazione per posto letto:	n° ____ cambi completi per posto letto
◆ dotazione cuscini:	<input type="checkbox"/> sufficiente per tutti i letti <input type="checkbox"/> insufficiente
◆ dotazione coperte per posto letto:	<input type="checkbox"/> sufficiente per tutti i letti <input type="checkbox"/> insufficiente