

CAPITOLO 5

DALLA PARTE DEI CITTADINI

ACCREDITAMENTO

Il primo atto regolatorio della Regione Toscana sull'accREDITAMENTO sanitario, che risale al 1999 (legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 "Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedure di accREDITAMENTO") è stato abrogato dall'art. 52 della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'art. 48 della stessa legge. Con essa quindi sono decaduti tutti gli atti regionali conseguenti.

La legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accREDITAMENTO" disciplina i requisiti e le procedure necessarie per l'esercizio, da parte delle strutture pubbliche e private, delle attività sanitarie nelle seguenti tipologie:

- prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e radiologiche nonché di laboratorio;
- prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno;
- prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- requisiti e procedure per l'esercizio degli studi professionali, singoli o associati, medici, odontoiatrici e di altre professioni sanitarie, di cui al capo III;
- requisiti e procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale dei soggetti che intendono erogare prestazioni sanitarie per conto e a carico del servizio sanitario regionale;
- requisiti e procedure per l'attesta-

zione di accREDITAMENTO di eccellenza per le strutture pubbliche e private che si sottopongono volontariamente a processi valutativi orientati al miglioramento continuo della qualità;

- principi per l'accREDITAMENTO dei professionisti e per la promozione della qualità professionale.

In seguito, con la legge regionale 17 ottobre 2012, n. 57 "Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accREDITAMENTO)" sono state apportate modifiche che riguardavano principalmente i seguenti aspetti:

- la disciplina sulle verifiche di compatibilità regionale da parte dei comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1 della legge regionale n. 51/2009 per renderla compatibile con l'introduzione della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) in ambito edilizio;
- la modifica ad alcuni articoli per recepire le specificità delle strutture di medicina trasfusionale rispetto a quanto già normato, a seguito dell'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010;
- l'abrogazione della legge regionale 11 agosto 1993 n. 54 (Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione ed il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti, criteri e procedure per l'iscrizione), con la previsione di disposizioni transitorie per disciplinare il passaggio delle strutture dal sistema degli enti ausiliari al nuovo sistema di autorizzazione ed accREDITAMENTO sanitario;

- l'adeguamento della normativa relativa agli studi professionali soggetti a dichiarazione di inizio di attività (DIA) a seguito dell'entrata in vigore della legge 30 luglio 2010, n. 122, che ha convertito, con modificazioni, il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" che dispone la sostituzione della DIA con la SCIA.

Con decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie" modificato dal decreto del Presidente della Giunta regionale n. 10/R del 22 marzo 2012 è stato definito ed introdotto nell'uso il regolamento, in attuazione dell'articolo 48 della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51.

Il regolamento disciplina modalità ed organizzazione del processo di accreditamento istituzionale. Nel regolamento si definiscono le norme di funzionamento del gruppo di valutazione e si stabilisce che la Giunta regionale è l'organo preposto alla ricezione della domanda e al rilascio del provvedimento di accreditamento previa verifica di funzionalità e sulla base della dichiarazione sostitutiva o attestazione del legale rappresentante della struttura sul possesso dei requisiti prescritti dal regolamento .

Il regolamento indica quale oggetto di accreditamento istituzionale la "struttura organizzativa funzionale" individuata nell'"Unità organizzativa multiprofessionale che aggrega funzioni operative appartenenti a settori omogenei di atti-

vità", in coerenza con quanto previsto dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40.

La Regione Toscana stabilisce che l'accreditamento istituzionale è rilasciato alle strutture sanitarie che raggiungono gli standard base per ogni singola struttura funzionale per almeno il 70% dei requisiti previsti.

Il regolamento disciplina le regole di funzionamento del Gruppo tecnico di valutazione regionale, deputato alla realizzazione delle visite a campione nelle strutture organizzative funzionali per la verifica del possesso dei requisiti dichiarati e del loro mantenimento negli anni successivi.

Successivamente, una serie di decreti dirigenziali e di deliberazioni di Giunta regionale hanno precisato aspetti normativi ed operativi del sistema d'accreditamento vigente ed in particolare:

- le modalità di presentazione delle domande di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie nonché la documentazione da allegare;
- le indicazioni operative per lo svolgimento delle attività di verifica in modo omogeneo su tutto il territorio regionale nei Dipartimenti di prevenzione delle AUSL;
- le modalità per il rilascio dell'autorizzazione indicando gli elementi che debbono obbligatoriamente essere esplicitati negli atti comunali, per consentire l'individuazione del soggetto richiedente, del presidio e delle attività svolte;
- le indicazioni per la dichiarazione sostitutiva attestante il mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria ;
- l'attività di verifica dei dipartimenti di prevenzione, gli specifici indirizzi per la definizione dell'elenco dei documenti che devono essere

predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della verifica stessa concordati dal gruppo di coordinamento dei dipartimenti di prevenzione;

- la modulistica per la richiesta di autorizzazione, nonché per la dichiarazione sostitutiva attestante il mantenimento dei requisiti da mettere a disposizione dei comuni ;
- le liste di autovalutazione quale strumento di valutazione e descrizione della struttura rispetto ai requisiti previsti;
- la modalità delle attività di controllo sulle attestazioni e dichiarazioni sostitutive rilasciate al momento della richiesta di accreditamento istituzionale da parte delle strutture pubbliche e private;
- la percentuale annuale (non inferiore al 10%) dei controlli a campione sul totale delle strutture che risultano aver ottenuto l'accreditamento;
- la modalità, la frequenza ed i criteri per lo svolgimento dei controlli sulle attestazioni e dichiarazioni;
- l'obbligatorietà che le risultanze delle verifiche effettuate dal Gruppo tecnico regionale di valutazione siano riportate alla Commissione regionale per la qualità e la sicurezza.

IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

I requisiti sono concettualmente organizzati seguendo due logiche principali:

- a) la logica organizzativa, per cui i requisiti sono distribuiti sui **percorsi organizzativi** delle diverse aree clinico-assistenziali;
- b) la logica dei contenuti, per cui i requisiti risultano raggruppati in alcune **aree tematiche**.

I PERCORSI ORGANIZZATIVI

Sono stati individuati i requisiti di qualità e sicurezza per undici percorsi clinici nelle seguenti aree clinico-assistenziali:

- area chirurgica
- area oncologica (oncologia e screening)
- area medica
- area critica
- area ortopedico-traumatologica
- area materno-infantile (nascita e pediatrico)
- area dipendenze patologiche
- area della salute mentale
- area emergenza urgenza
- area cure primarie
- area riabilitazione

LE AREE TEMATICHE

I requisiti afferiscono in base ai loro contenuti a quattro aree tematiche:

- **Area Diritti e partecipazione:** i requisiti illustrano le caratteristiche di equità e accessibilità dei servizi e contengono gli elementi della strategia aziendale per la comunicazione e partecipazione del cittadino. Quest'area comprende le seguenti tre sottocategorie: *Equità e Accesso, Umanizzazione, Comunicazione e Partecipazione*;
- **Area Management:** i requisiti riguardano l'organizzazione aziendale, la gestione del personale, dei dati e del rischio clinico. Questa area comprende le seguenti quattro sottocategorie: *Organizzazione del lavoro, Sviluppo del sistema Gestione Rischio Clinico, Formazione e Gestione dati*;
- **Area delle performance assistenziali:** i requisiti si riferiscono al livello di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie. Questa area comprende le seguenti due sottocategorie: *Appropriatezza e qualità*

clinica, Qualità e sicurezza delle attività clinico-assistenziali

- **Area Continuità assistenziale e cooperazione:** i requisiti fanno riferimento alla gestione delle collaborazioni organizzative sia interne che rivolte all'esterno. Questa area comprende i documenti delle seguenti due sottocategorie: *Continuità ospedale-territorio e Cooperazione interna ed esterna*

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE

INDICATORI E STANDARD

Ad ogni requisito è attribuito ai fini della valutazione uno o più indicatori.

Gli indicatori possono essere sia di processo, focalizzati sul modo in cui si realizza una certa attività, sia di esito, focalizzati sul risultato che si ottiene relativamente ad una specifica dimensione.

Ogni indicatore ha uno standard di base che consente la determinazione del corrispondente livello di accettabilità. Gli indicatori e gli standard sono correlati dall'indicazione sulla tipologia di fonte dati alla quale fare riferimento per la misurazione.

REQUISITI ESSENZIALI

Alcuni requisiti (12 su 52) sono stati considerati essenziali, e cioè necessariamente da soddisfare all'interno dell' almeno 70% dei requisiti da possedere da parte della struttura sanitaria.

MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE

È previsto che requisiti, indicatori, standard e tipologia di fonti vengano aggiornati ai fini del miglioramento continuo, delle evidenze scientifiche e delle performance assistenziali del Servizio sanitario regionale.

LE ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE REGIONALE QUALITÀ E SICUREZZA

ANNO 2010

Durante l'intero anno la Commissione approva gli standard di qualità e sicurezza per l'accreditamento istituzionale, elaborati dai gruppi di lavoro tematici, per realizzare i contenuti del regolamento attuativo della legge regionale n. 51/2009.

La Commissione decide di avviare una sperimentazione per testare i requisiti. Vengono individuate: l'Azienda Usl 8, l'AOU Pisana e l'AOU Meyer.

A settembre 2010 la Commissione licenzia l'intero regolamento attuativo che viene approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale in data 24 dicembre 2010, n. 61/R.

La Commissione individua i contenuti e i criteri da inserire nel bando di selezione per la costituzione dell'elenco di cui all'art. 41 della legge regionale n. 51/2009 per la scelta dei componenti del Gruppo tecnico regionale di verifica e stabilisce inoltre i componenti della Commissione incaricati dell'espletamento del bando.

ANNO 2011

Nella gestione della fase di prima applicazione la Commissione stabilisce:

- le modalità di verifica della documentazione presentata dalle Aziende rispetto alle attestazioni dei requisiti di esercizio e ai requisiti di accreditamento;
- un periodo di visite sperimentali su base volontaria da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche per verificare possibili criticità che l'avvio di un nuovo sistema può comportare.

Viene stabilito uno specifico programma di formazione del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV).

La Commissione definisce le modalità di attuazione delle verifiche e le figure aziendali che devono essere presenti, la metodologia e gli strumenti di valutazione

In seguito alla prima applicazione del Regolamento 61R/2010, la Commissione avvia i lavori di aggiornamento e modifica delle parti che presentano criticità.

ANNO 2012

Gli esiti delle visite sperimentali nelle Aziende pubbliche hanno messo in evidenza alcune criticità connesse con l'avvio del nuovo sistema di accreditamento. Il GRTV elabora, attraverso gruppi di lavoro, una proposta di modifica al regolamento. La Commissione prende atto delle criticità e approva le modifiche proposte al regolamento attuativo n. 61R/2010 ed il prolungamento dei termini per il rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale per le strutture sanitarie private dal 31 marzo al 31 luglio. Per alcune criticità emerse nella fase di verifica sperimentale viene ritenuta necessaria una fase di confronto tra il GTRV e i referenti di Area vasta dei Dipartimenti di prevenzione, competenti in materia di requisiti di esercizio.

Vengono definite le linee generali circa le modalità, la frequenza e i criteri dei controlli sulle attestazioni e dichiarazioni rilasciate dalle strutture sanitarie pubbliche e private che vengono riassunte nel decreto dirigenziale n. 1039/2012 che attribuisce alla Commissione stessa il compito di effettuare un sorteggio trimestrale delle strutture sanitarie pubbliche e private da sottoporre a verifica.

Vengono sorteggiate 22 strutture organizzative funzionali (SOF) in tutte le Aziende sanitarie, ISPO, Fondazione Gabriele Monasterio e 40 strutture ambulatoriali private. Al termine del 2012 sono state visitate tutte le strutture sanitarie pubbliche sorteggiate e 16 strutture

sanitarie private nel rispetto della percentuale minima prevista di campionamento per il controllo della attestazioni/dichiarazioni sostitutive.

Due sono le criticità emerse dalle visite:

- il mancato raggiungimento di alcuni requisiti essenziali in sette strutture organizzative funzionali pubbliche;
- il difficile adempimento del requisito M5* (formazione del clinical risk manager) per le strutture private che non hanno avuto l'opportunità di effettuare i corsi di formazione.

La Commissione decide per il primo punto di programmare per ciascuna struttura organizzativa funzionale una verifica di controllo entro uno/tre mesi e dove possibile verificare il recupero della criticità attraverso la verifica documentale, per il secondo, di fornire una interpretazione per il soddisfacimento del requisito da portare a conoscenza di tutti gli interessati.

ANNO 2103

Durante tutto l'anno la Commissione ha effettuato un monitoraggio costante del processo di accreditamento, rispondendo ai quesiti che progressivamente sono stati posti, accogliendo i suggerimenti e le segnalazioni pervenute dalle Aziende in relazione al miglioramento del sistema e alle future revisioni del regolamento n. 61R/2010.

La Commissione inoltre:

- ha provveduto al campionamento degli edifici e delle SOF per le strutture pubbliche e delle strutture sanitarie private accreditate;
- ha promosso l'iniziativa di richiamo al rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 28 del regolamento n. 61/R del 2010 attraverso una nota

dell'assessore alle Aziende pubbliche che non avevano ancora completato il percorso;

- ha valutato positivamente la proposta di revisione del sistema di accreditamento così come descritto nella legge regionale n. 51/2009;
- ha approvato la documentazione relativa all'ultima modifica del regolamento n. 61/R/2010 tra cui anche le procedure per il rinnovo dei valutatori;
- ha approvato le tabelle delle pertinenze sia delle buone pratiche che delle raccomandazioni ministeriali ai fini dell'approccio valutativo;
- ha costituito e dato avvio al gruppo di lavoro per "l'accreditamento di eccellenza";
- ha valutato positivamente la proposta di formazione del GTRV presentata dal coordinatore;
- ha approvato la proposta dei meccanismi incentivanti collegati al sistema di accreditamento per l'anno 2013.

LE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE

Il GTRV è un organismo previsto dall'art. 42 della legge regionale n. 51/2009, è formato da 20 valutatori tratti dall'elenco regionale previsto all'art. 41 della stessa legge. Le funzioni del GTRV sono quelle di valutare i livelli di qualità e sicurezza raggiunti dalle strutture pubbliche e private oggetto di visita e la loro coerenza con quanto dichiarato dal responsabile legale della struttura.

A tale scopo, il gruppo di valutazione organizza e realizza le visite a campione nelle SOF che hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale per la verifica del possesso dei requisiti dichiarati e del loro mantenimento negli anni successivi.

Attraverso le attività di verifica, il gruppo di valutazione incentiva e supporta le strutture sanitarie pubbliche e private a sviluppare al loro interno la cultura del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza.

Il GTRV, per assolvere la sua missione, svolge sia attività di verifica sul campo sia attività di auto-formazione e progettazione operativa a supporto della verifica stessa.

Nell'anno 2012 i componenti del GTRV sono stati impegnati complessivamente per 938 giornate, mentre nell'anno 2013 per 737.

ANALISI DELLE PRATICHE REGIONALI PER LA SICUREZZA (PSP) E DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI (RM)

Dall'attività di verifica si osserva come il requisito M11, che riguarda l'adozione di misure per la sicurezza dei pazienti, ha presentato uno degli aspetti più controversi dell'intero sistema. Nelle 24 verifiche effettuate nel 2013 nel settore pubblico, sono state controllate 215 tra PSP e RM con un 6,5 % di mancata applicazione. Nelle 10 verifiche effettuate nel privato residenziale, sono state controllate 95 tra PSP e RM con un 13,8% di mancata applicazione. In particolare risultano in ritardo di applicazione tre PSP: "riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti", "misura e gestione del dolore" e "introduzione di un braccialetto per l'identificazione dei pazienti".

ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA

L'accreditamento di eccellenza si propone di sostenere un miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza, evidenziando la qualità delle presta-

zioni professionali e confrontando fra loro le performance ottenute da servizi omogenei all'interno di una determinata realtà, o le performance ottenute nel tempo dallo stesso servizio

Nel capo V, art. 34 della legge regionale n. 51 si legge che:

- la Giunta regionale attribuisce l'accreditamento di eccellenza per esprimere il livello di qualità e di eccellenza raggiunto dal soggetto richiedente nell'ambito di un processo valutativo dinamico, ad adesione volontaria, orientato al miglioramento continuo in relazione a obiettivi predefiniti di performance in termini di qualità e sicurezza delle cure sanitarie;
- la Giunta regionale si avvale, per l'attribuzione dell'accreditamento di eccellenza, degli strumenti e delle metodiche mirate alla valutazione della qualità presenti nel sistema regionale;
- i soggetti pubblici e privati richiedono l'accreditamento di eccellenza in relazione a proprie strutture organizzative funzionali già in possesso dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 29
- l'accreditamento di eccellenza può essere inoltre richiesto per specifici processi assistenziali di alta complessità formalmente definiti;
- la richiesta di accreditamento di eccellenza da parte delle Aziende sanitarie pubbliche presuppone la loro costante partecipazione al sistema regionale di valutazione delle performance aziendali e la coerenza della richiesta rispetto all'andamento dei risultati periodicamente misurati dal sistema di valutazione regionale;
- l'accreditamento di eccellenza ha validità per cinque anni e può essere chiesto il rinnovo;

- il rinnovo dell'attestazione di accreditamento di eccellenza è rilasciato dalla Giunta regionale, su istanza di parte, mediante le procedure di cui all'articolo 36;

All'art. 35 "Requisiti per l'accreditamento di eccellenza" si legge:

- i requisiti di qualità richiesti, i correlati indicatori di valutazione e le modalità per l'attribuzione dell'accreditamento di eccellenza sono definiti dal regolamento di cui all'articolo 48;
- la Giunta regionale definisce, con propria deliberazione, gli specifici ulteriori indicatori per l'attribuzione dell'accreditamento di eccellenza correlati agli obiettivi strategici annuali e pluriennali assegnati alle Aziende sanitarie e per promuovere il miglioramento continuo; gli indicatori così definiti sono recepiti, se valutati di costante utilità, negli aggiornamenti del regolamento di cui all'articolo 48.

La Commissione qualità e sicurezza ha costituito il 22 gennaio 2014 un gruppo tecnico con lo scopo di definire una proposta operativa in merito il processo di accreditamento all'eccellenza. Ad oggi la Commissione ha approvato un approccio basato su alcuni requisiti di accesso e alcuni requisiti specifici:

REQUISITI D'ACCESSO

- Qualità e sicurezza del paziente:
 - applicazione PSP pertinenti al 100%
 - formazione per GRC al 90%
 - indicatori MeS qualità e rischio clinico
 - nessun evento sentinella nell'anno precedente
 - affidabilità e resilienza dell'organizzazione

- umanizzazione delle cure (vedi progetto Agenas e requisiti accreditamento istituzionale con performance >90%);
- equità d'accesso (requisiti di accreditamento istituzionale con performance >90% e dati epidemiologici ARS);
- presenza codice etico e dimostrata attività per la prevenzione dei rischi legati alla corruzione e all'applicazione della legge 190;
- valutazione outcome: PNE e PrOSE;
- sicurezza sul lavoro: valutazione infortuni;
- effettuazione della verifica di accreditamento (eventualmente fatta *ad hoc*);
- adozione linee guida società scientifiche di riferimento e valutazione di queste nell'M36 al 100%

REQUISITI SPECIFICI

- Performance;
- capacità d'attrazione;
- utilizzo di tecnologie innovative (appropriatezza rispetto all'attività clinica);
- sistema di data managing;
- expertise dei professionisti;
- attività di ricerca traslazionale;
- relazioni e collaborazioni con altri centri nazionali e internazionali.

Il processo di accreditamento istituzionale e obbligatorio, quando sarà completato con quello, volontario, all'eccellenza, costituirà un cardine della verifica della qualità dei servizi sanitari della Toscana e insieme una molla propulsiva al loro miglioramento continuo. L'equilibrio di questi due aspetti è fondamentale per lo sviluppo di un sistema sanitario al passo con la contemporaneità.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

ORGANIZZAZIONE DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il sistema toscano di gestione del rischio clinico ha compiuto nel 2013 dieci anni. È un modello organizzativo derivato da un confronto scientifico presentato per la prima volta alla Conferenza internazionale "Healthcare Ergonomics and Patient Safety" del 2005¹ a Firenze, sancito nella sua metodologia dal contributo del Centro Gestione rischio clinico (GRC) allo special issue di BMJ Quality and Safety in Health Care "Contribution from ergonomics and human factors" nel 2010², descritto nel trattato di Pascale Carayon "Human Factors and Ergonomics in Health Care and in Patient Safety" nel 2012³.

In questi ultimi cinque anni il modello è andato progressivamente consolidandosi e oggi tutte le aziende sanitarie hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale per la gestione del rischio clinico, avendo al loro interno un'organizzazione della sicurezza delle cure e dei sistemi informativi che rispondono ai requisiti previsti dalla legge regionale n. 51 del 5 agosto 2009.

Ogni azienda sanitaria toscana dispone oggi di un responsabile del rischio clinico che porta avanti il sistema di "reporting and learning" e di un responsabile della qualità e sicurezza delle cure che diffonde e fa applicare le pratiche per la sicurezza. Una peculiarità del modello toscano è l'aver distinto la gestione del rischio nelle suddette linee di funzionamento e l'aver pianificato un sistema di reporting e learning non centralistico ma distribuito nelle unità operative in cui, le banche dati disponibili, si integrano tra loro per identificare, misurare e anticipare il rischio. Si è adottata una strategia

organizzativa focalizzata sul favorire la pratica delle rassegne di mortalità e morbilità e degli audit per eventi significativi, piuttosto che gestire centralmente i dati delle segnalazioni volontarie.

Negli ultimi due anni inoltre si sono attivati i coordinamenti per la gestione del rischio clinico di Area vasta, pensati per supportare la diffusione nelle realtà locali delle soluzioni promosse a livello centrale e per avviare progetti che rispondano a esigenze/interessi specifici che emergono a livello territoriale. I coordinamenti di Area vasta hanno pianificato e prodotto per il 2014/2015 una serie di iniziative importanti sia in termini di formazione che di ricerca: analisi con metodo FMEA e riprogettazione di percorsi clinico-assistenziali; seminari di approfondimento (grand round) sulle aree di rischio maggiori (ginecologia e ostetricia, emergenza e urgenza, chirurgia); definizione di strategie comuni per l'applicazione capillare delle pratiche per la sicurezza (formazione ad hoc, poster, valutazione dei risultati).

SISTEMI INFORMATIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Un dato inconfutabile di questi anni, significativo di una crescita della cultura della sicurezza, è stato l'incrementato numero di segnalazioni di eventi sentinella: 63 segnalazioni nel 2013 (**Figura 5.1**) e di eventi avversi (8985 segnalazioni nel 2013) e la diffusione dell'audit clinico GRC e delle rassegne di mortalità e morbilità (nel 2013, 5756 M&M e 3003 audit) diventati in molte strutture complesse e semplici una pratica clinica routinaria (**Figura 5.2**).

A fronte di questa cultura della sicurezza che cresce permangono ancora in alcune aziende sanitarie delle resistenze verso la gestione del rischio clinico, che si esplicano in un'adesione formale

e senza convinzione alle pratiche per la sicurezza promosse a livello regionale. Si tratta di atteggiamenti culturali superabili valorizzando le attività relative alla qualità e sicurezza delle cure nei criteri di valutazione dei dirigenti e con una formazione accademica dei giovani medici e infermieri che includa maggiormente la sicurezza delle cure.

È attualmente in corso di realizzazione il nuovo Sistema integrato per la Gestione del rischio clinico (Si-Grc) che ci auguriamo possa essere definitivamente operativo entro il 2014. Tale sistema introdurrà importanti cambiamenti in termini di integrazione delle informazioni consentendo una gestione migliore delle segnalazione e dei risarcimenti.

Figura 5.1

Il monitoraggio degli eventi sentinella – Toscana, periodo 2006-2013

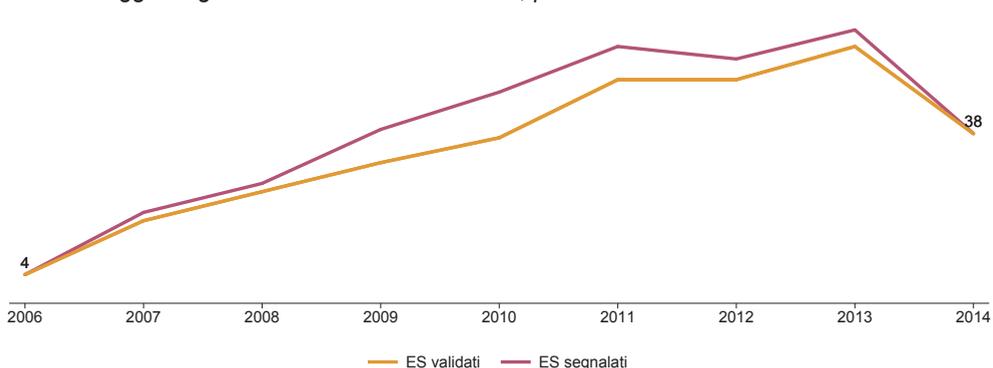
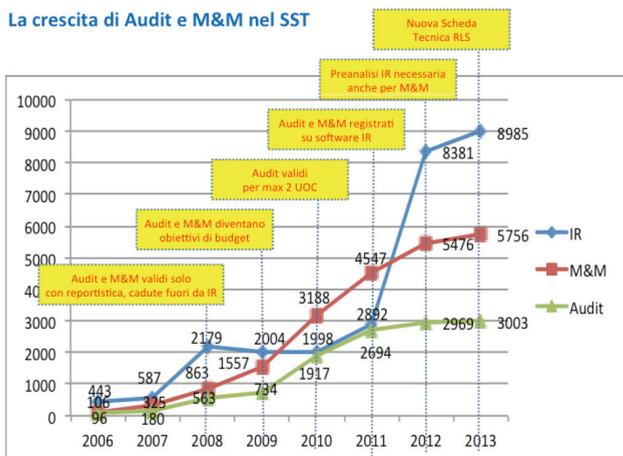


Figura 5.2

Andamento del sistema di reporting and learning



LA GESTIONE DEI RISARCIMENTI

Con la delibera di Giunta regionale Toscana n. 1203 del 2009 è stato intro-

dotto nelle aziende del SSR il modello di gestione diretta delle richieste di risarcimento, che prevede la presa in carico

del rischio di responsabilità civile verso terzi da parte delle aziende dal 1 gennaio 2010. Gli obiettivi di tale gestione sono stati da un lato di ripristinare/rinsaldare il rapporto di fiducia con i cittadini, dall'altro di superare la contrapposizione assicurazione-azienda da una parte e professionista dall'altra⁴.

Nel 2011, è stata approvata la delibera di Giunta regionale n. 1234/2011 che mira a rendere omogenei i comportamenti delle aziende nella procedura di gestione della richiesta di risarcimento e identifica un nuovo attore in questo modello il Comitato regionale valutazione sinistri (CRVS), organo che deve valutare gli importi economici di rilevante entità.

Nel 2014, con la delibera di Giunta regionale n. 62 vengono rafforzate le competenze del CRVS, introducendo l'obbligatorietà del parere per i sinistri sopra i 500mila euro e lasciando la discrezionalità per quelli sotto questa soglia. A ciò si aggiunge la possibilità per il CRVS di visitare le aziende insieme al gruppo itinerante del Rischio clinico (delibera di Giunta regionale n. 62/2014), dedicandosi specificatamente alle modalità di lavoro dei Comitati gestione sinistri (CGS) aziendali.

Il principale attore della gestione diretta è il CGS, un team multidisciplinare che comprende: il dirigente della U.O. Affari generali/legali, il dirigente della U.O. Medicina legale, il Clinical risk manager, un componente della Direzione sanitaria ed, eventualmente, un liquidatore (loss adjuster). L'approccio interdisciplinare riflette la volontà di voler collegare le attività di controllo e anticipazione del rischio a quelle che si riferiscono alla gestione del contenzioso.

Già nel 2012 è iniziata la valutazione dell'efficienza dei CGS con l'introduzione di un indicatore che prevedeva al

numeratore il numero dei sinistri liquidati, respinti, senza seguito, e con la III° valutazione, mentre al denominatore il numero totale delle richieste di risarcimento ricevute nell'anno.

Riguardo alle richieste di risarcimento nell'arco di 4-5 anni perviene alle aziende sanitarie quasi il 100% delle richieste rispetto agli eventi avversi avvenuti in un anno. Nel 2013 sono pervenute 1463 richieste di risarcimento per lesioni personali o decesso del paziente con un trend in evidente riduzione pari al 10,6% per le aziende ospedaliere universitarie e al 4,8% per le aziende sanitarie (**Tabella 5.1 e Figura 5.3**).

Il livello di efficienza dei comitati di valutazione dei risarcimenti è però ancora non ottimale attestandosi nel 2013 al 62% (% sinistri chiusi, liquidati o senza seguito sul totale delle richieste di risarcimento). È necessario intensificare e burocratizzare tale attività ponendosi l'obiettivo almeno del 90% di sinistri chiusi nei prossimi due anni.

Rispetto al sistema assicurativo, la gestione diretta ha consentito una maggiore rapidità di gestione dei risarcimenti sia come numero di pratiche definite che come tempi, ridotti del 30% rispetto alla precedente gestione. È però necessario introdurre, coerentemente ad altri modelli assicurativi, dei meccanismi premianti che valorizzino chi promuove la sicurezza rispetto a chi non applica le pratiche cliniche per gestire il rischio. Da considerare anche la spesa conseguente al prolungarsi delle degenze a seguito degli eventi avversi (complicanze prevenibili), stimata in 126 milioni/anno. Si tratta di costi economici e umani importanti che hanno bisogno di una particolare attenzione politica.

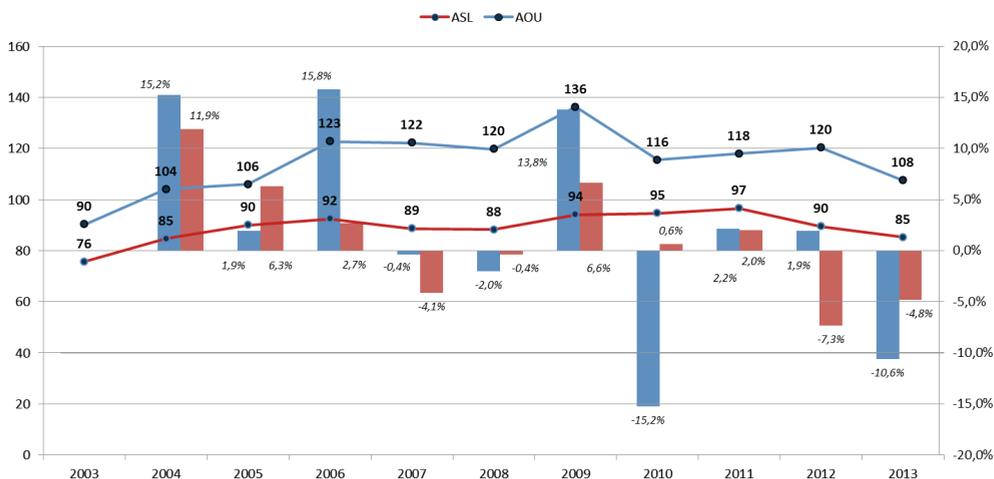
Tabella 5.1

Richieste di risarcimento nelle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico

Aziende	2010	2011	2012	2013	Totale
A.O. Careggi	163	185	219	172	739
A.O. Meyer	13	9	13	16	51
A.O. Pisana	174	183	178	156	691
A.O. Senese	52	92	68	82	294
AUSL 1 - Massa	106	92	82	84	364
AUSL 2 - Lucca	74	89	86	64	313
AUSL 3 - Pistoia	78	85	98	90	361
AUSL 4 - Prato	66	75	60	70	271
AUSL 5 - Pisa	51	52	52	49	204
AUSL 6 - Livorno	157	142	144	153	596
AUSL 7 - Siena	22	37	43	50	152
AUSL 8 - Arezzo	124	123	97	101	445
AUSL 9 - Grosseto	90	86	84	73	333
AUSL 10 - Firenze	91	171	184	139	585
AUSL 11 - Empoli	65	75	53	63	256
AUSL 12 - Viareggio	88	92	75	66	321
ISPO	3	1	3	0	7
Totale	1417	1599	1539	1428	5983

Figura 5.3

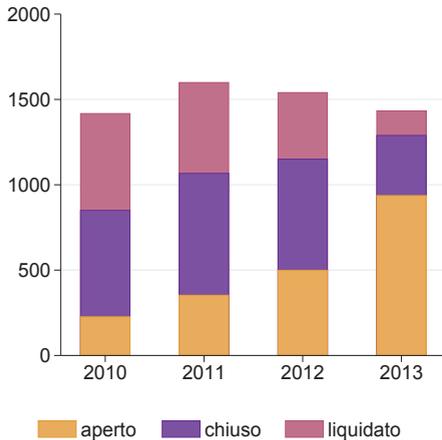
Richieste di risarcimento nelle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere – Toscana, periodo 2003-2013 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico



Nella **Figura 5.4** è mostrato il trend relativo alla risoluzione delle pratiche di risarcimento negli ultimi tre anni.

Figura 5.4

Risoluzione delle richieste di risarcimento – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico



PRATICHE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Durante questi ultimi anni, sono state realizzate alcune attività importanti per l'aggiornamento e l'ampliamento del sistema delle pratiche per la sicurezza del paziente.

In particolare, è stata realizzata la revisione di diverse pratiche per la sicurezza attraverso la partecipazione di gruppi di operatori sanitari esperti che hanno valutato punti di forza e di debolezza nell'applicazione dei requisiti minimi delle pratiche, così come concepite inizialmente all'interno delle strutture operative. Le revisioni si sono così concentrate su alcune pratiche e relative azioni che risultano particolarmente diffuse come pure bisognose di personalizzazioni (vedi schede tecniche nuove pubblicate su <http://www.regione.toscana.it/pratiche-per-la-sicurezza>):

- lavaggio delle mani
- sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi
- prevenzione delle ulcere da pressione
- scheda terapeutica unica per i SERT
- corretta identificazione del paziente
- individuazione precoce del deterioramento clinico del paziente tramite Modified Early Warning Score (MEWS)

Inoltre diverse pratiche sono state reinterpretate per adattarsi al contesto specifico delle cure per il paziente pediatrico dove numerose sono le specificità non solo in termini clinici, ma anche di gestione relazionale con i familiari e di strumenti di umanizzazione delle cure.

Con la delibera di Giunta regionale della Toscana n. 441 del 10 giugno 2013 si sono introdotte alcune importanti novità nel sistema di attestazione volontaria delle pratiche per la sicurezza del paziente identificabili in: cambiamento del nome da buone pratiche a pratiche per la sicurezza del paziente in coerenza con la definizione internazionale, approvazione formale di ogni revisione delle pratiche da parte dell'organismo tecnico definito come Comitato scientifico del Centro GRC, introduzione dell'attestazione volontaria di secondo livello delle pratiche che sarà meglio definita con un successivo atto in via di predisposizione. Le normative sono finalizzate a snellire il processo di approvazione delle pratiche e introdurre sistemi di incentivazione per chi volontariamente introduce nuove pratiche strategiche per migliorare la sicurezza del paziente.

Durante gli ultimi anni sono state messe a punto inoltre alcune nuove pratiche per la sicurezza del paziente che sono formalmente in corso di approvazione e che rispondono a innovative mo-

dalità per prevenire rischi e migliorare la sicurezza del paziente:

- handover, passaggio delle consegne⁵;
- bundle sulla prevenzione delle polmoniti associate a ventilazione meccanica;

- intercettazione e gestione del delirium;
- sicurezza trasfusionale
- riconciliazione terapeutica.

In **Figura 5.5** sono mostrate le icone relative a tutte le pratiche per la sicurezza approvate sino ad oggi in Toscana.

Figura 5.5

Icone relative alle pratiche per la sicurezza adottate in Toscana



LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Ormai la quasi totalità delle aziende sanitarie è inquadrabile nel sistema del bersaglio del Sant'Anna con una valutazione positiva tra il colore verde o verde scuro.

Complessivamente l'organizzazione della gestione del rischio clinico è stata soddisfacente in quasi tutte le aziende sanitarie, classificabili nel 2013 per buona parte (12 su 16) nella fascia verde secondo la valutazione del bersaglio della Scuola Sant'Anna. Tale indicatore

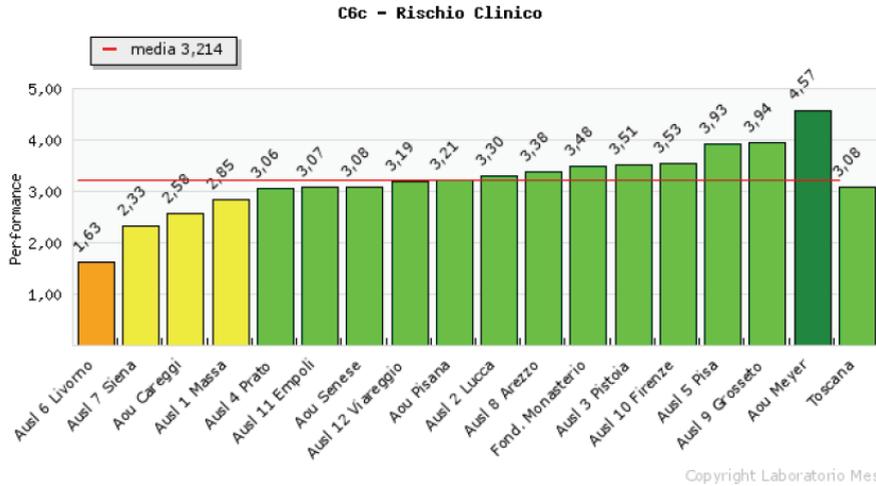
è il risultato complessivo della valutazione di cinque indicatori specifici: indice di richieste di risarcimento, indice di efficienza dei comitati di gestione dei sinistri, capacità di controllo delle cadute, segnalazione degli eventi sentinella e sviluppo del sistema di reporting and learning. Nella **Figura 5.6** sono riportati i dati del 2013.

FORMAZIONE

La formazione per la sicurezza del paziente è un tema che ha acquisito una importanza crescente e sempre di più ne

Figura 5.6

Valutazione dell'organizzazione della gestione del rischio clinico – Toscana, anno 2013 –
Fonte: MeS



avrà, in un'ottica di integrazione di standard comuni per la qualità e la sicurezza in ambito europeo. Nel Sistema sanitario toscano il cambiamento culturale che era necessario imprimere 15 anni fa, quando si iniziava a parlare di sicurezza del paziente e di gestione del rischio clinico, è stato avviato proprio con una esperienza formativa di larga portata, che ha coinvolto gli operatori sanitari ed ha costruito l'ossatura del sistema definendo il ruolo di Clinical risk manager e di facilitatore. Era il 2006. Il curriculum messo a punto dall'OMS per la formazione degli operatori sanitari risale al 2009.

In particolare, in collaborazione con il laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa sono state realizzate ben cinque edizioni del corso avanzato per Clinical risk manager che ha formato centinaia di operatori sanitari, non solo toscani. Si sono inoltre realizzati decine di corsi per facilitatore del rischio clinico in tutte le aziende sanitarie toscane.

Il Forum Risk Management di Arez-

zo, giunto ormai alla nona edizione, rappresenta un evento di straordinaria importanza per il Centro GRC, sempre presente a questa iniziativa con un proprio stand.

Il sistema di gestione del rischio clinico si è consolidato e la strutturazione della sua attività è stata validata sia dalla comunità accademica che ruota intorno al tema del fattore umano che in conferenze scientifiche HEPS (Health Care System Ergonomics and Patient Safety 2006-2010-2014).

Il secondo curriculum per la patient safety, messo a punto dall'OMS nel 2011, è pensato per essere parte integrante della formazione degli specializzandi in medicina ed ha come obiettivi:

- preparare gli studenti alle pratiche per la sicurezza del paziente nei contesti operativi
- promuovere e consolidare la sicurezza del paziente come tema nei curricula delle professioni cliniche
- informare le istituzioni educative sui

temi chiave della patient safety

- tenere in considerazione il contesto lavorativo in modo da conferire autenticità al processo di apprendimento.

Nel 2012 il centro gestione rischio clinico ha iniziato la progettazione degli strumenti multimediali per la formazione degli operatori che sono stati interamente realizzati ideati e progettati dal Centro Gestione rischio clinico in ogni sua singola parte⁶. Gli strumenti interattivi per la formazione sono stati pensati come una cassetta degli attrezzi per il clinical risk manager ed il patient safety manager. Sono quindi uno strumento pensato per il formatore aziendale e come valido ausilio per la progettazione formativa aziendale. Gli strumenti formativi interattivi per la sicurezza sono:

- progettati per il formatore
- offrono ricostruzioni di situazioni lavorative pensate per dare spunti formativi
- sono flessibili ed adattabili a contesti ed a bisogni formativi diversificati
- propongono formati didattici per il lavoro in aula
- raccolgono un repertorio articolato di risorse didattiche e contenuti di approfondimento.

Da alcuni anni la sicurezza del paziente e l'ergonomia organizzativa hanno esteso il proprio ambito d'indagine passando dall'analisi e ricostruzione degli errori e degli eventi avversi allo studio dei contesti che supportano ed alimentano la capacità di rispondere in maniera efficace alle azioni insicure ed alle minacce alla sicurezza del paziente. Il video è una modalità narrativa particolarmente efficace per descrivere la complessità organizzativa e la dimensione umana presente nel contesto

sanitario come in ogni sistema socio-tecnico. In questa ottica il progetto formativo messo in campo con la collaborazione del dr Stavros Prineas ha avuto l'obiettivo di realizzare un prodotto formativo multimediale in cui il discente ha la possibilità di navigare fra le scene esplorando fra i comportamenti degli operatori che ritiene più appropriati alla promozione della sicurezza del paziente. Così facendo l'operatore impara a riconoscere i contesti organizzativi e relazionali favorevoli e sfavorevoli alla diffusione di una cultura della sicurezza. Lo strumento interattivo permette, attraverso la navigazione, di stimolare il pensiero critico e la riflessione sulle pratiche lavorative anche mediante materiali di approfondimento collegato ai temi trattati nei video.

Sono stati selezionati attraverso un'analisi dei temi rilevanti a livello internazionale i nuclei tematici da inserire nello strumento interattivo per la formazione:

- non technical skills
- sicurezza nel percorso chirurgico
- comunicazione difficile con il paziente
- sistemi di incident reporting ed audit clinico
- pratiche per la sicurezza del paziente
- identificazione di cadute, infezioni.

Attraverso un confronto con altri video sulla sicurezza del paziente (Human factors della Queensland University) ed incontri con gli operatori della rete del rischio clinico del SST, sono state individuate le situazioni che per il loro carattere esemplare (sia in senso negativo che positivo) offrivano più stimoli formativi. La sicurezza del paziente non è la prerogativa di un percorso clinico o di un singolo dipartimento. È una proprietà che emerge dall'attività del sistema. È tra-

sversale alle singole unità operative che compongono il sistema. Per diffondere la sicurezza serve un sistema sanitario che sia integrato ed interconnesso. L'integrazione fra professioni, discipline e percorsi organizzativi nasce dal contatto tra individui e dalla crescita di relazioni fra professionisti. La cultura di team è a questo proposito cruciale. Per diffondere i temi della sicurezza del paziente è necessario un approccio di team ed una prospettiva sistemica e non specialistica dell'organizzazione. Gli strumenti interattivi per la sicurezza da questo punto di vista ricostruiscono alcuni casi di realtà operative da cui emerge come mantenere uno stato di sicurezza nel sistema sia uno sforzo continuo e come l'obiettivo da raggiungere sia l'integrazione fra professioni e ruoli.

I due prodotti interattivi 'racconta la tua storia' e 'sicurezza in azione', sono costruiti secondo una logica comune. Entrambi offrono al formatore una categorizzazione dei contenuti formativi molto di dettaglio che permette di scegliere il tema iniziale della formazione.

Tali prodotti sono disponibili a tutti gli operatori sanitari che ne facciano direttamente richiesta al Centro GRC a cui appartiene il copyright.

Altra linea di formazione strategica è la costituzione del GART (Gruppo Accademia del cittadino della Regione Toscana), un gruppo di cittadini al servizio della qualità e sicurezza delle cure.

La centralità del cittadino – e del paziente – nel processo assistenziale e di cura è un fatto imprescindibile in un sistema sanitario moderno e interessato all'efficacia ed efficienza dei servizi offerti, nonché alla qualità e sicurezza delle cure.

Partendo da questo presupposto e dall'importanza che ricopre la formazione nell'ambito della costruzione di

conoscenze e di competenze per un cittadino esperto e partecipe alle iniziative di miglioramento della sicurezza e della qualità dei servizi sanitari, la Regione Toscana ha consolidato la volontà di coinvolgere i rappresentanti delle associazioni di pazienti e di tutela alla definizione di programmi di salute condivisi tra istituzioni e organizzazioni di tutela dei pazienti, anche mediante l'organizzazione di una seconda edizione del percorso formativo "Accademia del cittadino". La prima edizione, dedicata al tema "Migliorare insieme la qualità e la sicurezza delle cure", era stata organizzata dal Centro Gestione rischio clinico e dal settore qualità dei servizi e partecipazione dei cittadini in collaborazione con Partecipa salute dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri. L'edizione era stata realizzata tra il 2009 ed il 2010 con la partecipazione di 40 rappresentanti di associazioni di pazienti e di tutela ed aveva posto basi teoriche e pratiche condivise per la costituzione di un gruppo di cittadini formati ed esperti, il cui obiettivo fosse la partecipazione al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Con la delibera di Giunta regionale n. 46/2012 la Regione Toscana ha istituito il GART, un gruppo di cittadini competenti che porta il punto di vista del cittadino nei gruppi di lavoro istituzionali, dove contribuisce alla definizione di interventi nell'ambito della formazione, della comunicazione e delle valutazioni.

Nel 2013 si è realizzata la seconda edizione dal titolo "Informarsi, valutare e agire per il cambiamento", a cui hanno partecipato una quindicina di associazioni toscane rappresentative di pazienti e associazioni di tutela dei cittadini. Il percorso formativo, strutturato in tre moduli della durata di due giorni ciascuno, ha affrontato i temi della ricerca clinica, delle incertezze in sanità e dei conflitti d'in-

teresse, oltre a quelli dell'interpretazione dei dati sanitari e degli strumenti di partecipazione delle associazioni di cittadini e pazienti. Particolare attenzione è stata dedicata al nuovo ruolo del cittadino nella valutazione della qualità e della sicurezza del sistema sanitario.

SVILUPPO E RICERCA

L'attività di ricerca ha portato alla realizzazione di un discreto numero di pubblicazioni e testi, nell'ambito della patient safety e dell'ergonomia.

Di seguito riportata una sintesi dei lavori pubblicati (sul sito web del Centro <http://www.regione.toscana.it/centro-gestione-rischio-clinico> è disponibile il resto della documentazione).

Particolare importanza hanno assunto le ricerche svolte dal Centro GRC sull'incidenza degli eventi avversi a livello nazionale e regionale.

In questi ultimi cinque anni è stato possibile condurre uno studio negli ospedali del SST (Proceeding 30th International Conference Quality and safety in population in Health and Healthcare. ISQua Edinburgh, 2013)⁷ che ha comportato la revisione retrospettiva di oltre diecimila cartelle cliniche, la metodologia più affidabile per valutare il livello di sicurezza delle cure. Questa ricerca ha determinato negli ospedali toscani un tasso di eventi avversi rispettivamente

nelle aziende ospedaliere-universitarie e territoriali del 5,3% (prevenibili nel 42,6% dei casi) e 1,8% (prevenibili nel 63,1%). A livello nazionale invece l'incidenza determinata è di 5,3.

Seppure i risultati di questi studi non siano del tutto comparabili, il dato ottenuto in Toscana è in linea con quelli di altri studi svolti a livello italiano ed internazionale.

Oltre che da studi specifici, i dati sugli eventi avversi provengono in Toscana dai sistemi di reporting obbligatori e volontario.

Altri importanti studi hanno riguardato il progetto europeo Handover⁸ e i sistemi di valutazione di reporting and learning.

Un progetto di ricerca, accompagnato da formazione ad hoc, particolarmente rilevante è quello realizzato in collaborazione con l'azienda ospedaliero universitaria Careggi, per la definizione di uno score sintetico che permetta di identificare il profilo di qualità e sicurezza per i dipartimenti/aree omogenee di ciascuna azienda. La definizione di un cruscotto di misure da mettere a disposizione dei manager di prima linea è infatti premessa fondamentale per monitorare e anticipare il rischio in maniera dinamica, laddove nasce.

Sono stati altresì prodotti alcuni libri di testo per case editrici internazionali.

NOTE

- 1 Tartaglia R, Bagnara S, Albolino S, Bellandi T. *Healthcare ergonomics and patients safety*. Taylor&Francis, London 2005.
- 2 Albolino S, Tartaglia R, Bellandi T, Amicosante AMV, Bianchini E, Biggeri A. *Patient safety and Incident Reporting: the point of view of the Italian Healthcare Workers* *Qual Saf Health Care* 2010;19(Suppl 3): 8-12.
- 3 Bellandi T, Albolino S, Tartaglia R, Bagnara S. *Human Factors and Ergonomics in Patient Safety Management*. In *Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*, second edition. Boca Raton, Florida (U.S.), CRC PressTaylor & Francis Group, 2012, p. 671-690.
- 4 Vainieri M, Flore E, Tartaglia R, Bellandi T. *Analisi comparata dei modelli di gestione dei sinistri in sanità. Prime evidenze empiriche sui costi dei sinistri*. MECOSAN 2014, 92: 27-53.
- 5 Toccafondi G, Albolino S, Tartaglia R, Guidi S, Molisso A, Venneri F, Peris A, Pieralli F, Magnelli E, Librenti M, Morelli M, Barach P. *The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care*. *BMJ Qual Saf*. 2012 Dec;21 Suppl 1:i58-66.
- 6 Tartaglia R, Vannucci A (a cura di) (2013). *Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica*. Springer Verlag, Milano.
- 7 Albolino S, Bellandi T, Tartaglia R, Biggeri A. *The incidence of adverse events in Tuscany: results from a regional study involving 36 hospitals*. In: *Proceeding 30th International Conference Quality and safety in population in Health and Healthcare*. ISQua Edinburgh, 2013.
- 8 Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, Toccafondi G, Kalkman C, Johnson J K, Schoonhoven L, Vermooij-Dassen M, Wollersheim H, on behalf of the European HAN-DOVER Research Collaborative. *Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers* *BMJ Qual Saf* 2012;21:i39-i49.

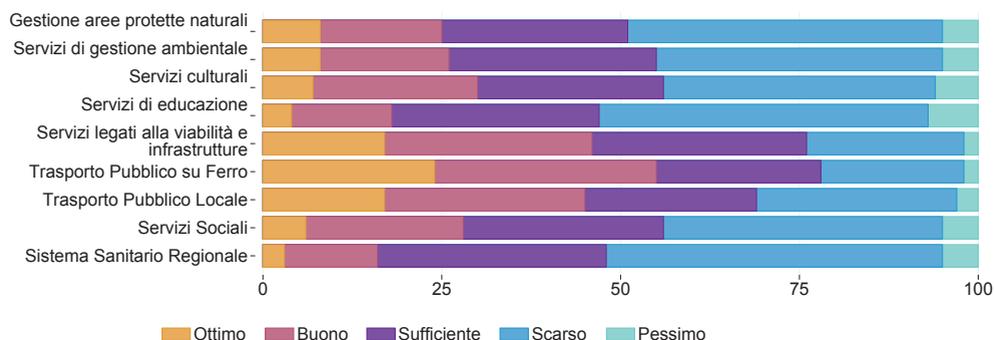
LA PERCEZIONE DEI CITTADINI

«Per definizione, una buona esperienza per l'utente è un buon servizio all'utente»¹. L'esperienza e la soddisfazione degli utenti, ormai da diversi decenni, sono considerate una componente della qualità dei servizi anche in sanità, così come sosteneva Donabedian che alla fine degli anni '80 nel definire le tre dimensioni attraverso cui misurare la qualità (struttura processo e esito) introduceva tra gli esiti da misurare anche la soddisfazione dei pazienti².

Dal 2004 la Regione Toscana con il Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa misura la soddisfazione e l'esperienza con i servizi sanitari della popolazione presente sul territorio regionale³. Nel 2012 si è rilevato che la valutazione che la popolazione dà del Sistema sanitario regionale è migliore di quella degli altri servizi pubblici, quali ad esempio i trasporti, la viabilità, i servizi legati alla cultura: meno del 3% ha infatti un giudizio pessimo, il 12% ha un giudizio scarso, il 33% sufficiente, il 47% buono e il 5% ottimo (Figura 5.7).

Figura 5.7

Come rispondono i cittadini alla domanda "Qual è il suo giudizio sui seguenti servizi?" – Toscana, anno 2012 – Fonte: MeS



Nei paragrafi che seguono sono raccolti alcuni tra i risultati più significativi osservati negli ultimi anni, che fanno riferimento all'esperienza della popolazione avuta con: i servizi territoriali (medici di medicina generale e servizi distrettuali, con un focus sull'assistenza per i pazienti cronici; il percorso nascita; il ricovero ospedaliero ordinario; il Pronto soccorso.

LA MEDICINA GENERALE E I SERVIZI DISTRETTUALI

Il distretto e la medicina di base sono

il principale punto di contatto tra la popolazione e il servizio sanitario. Avere una buona relazione con il proprio medico di famiglia, essere soddisfatti della qualità del distretto e ritenersi informati sui servizi offerti sono elementi che aiutano a realizzare da parte degli operatori sanitari una presa in carico tempestiva, appropriata e di qualità dell'assistito. Con l'obiettivo di indagare tali aspetti, 7.800 utenti toscani maggiorenni hanno partecipato all'ultima indagine telefonica curata dal Laboratorio Mes nel corso del 2012, riportando la propria esperienza in merito.

In generale, la valutazione che la popolazione dà del proprio medico di fami-

glia è positiva (ottima nel 31% dei casi, buona nel 50%), con solo il 9% degli intervistati che non consiglierebbe il proprio medico a parenti o amici.

Nella relazione medico-paziente la comunicazione è un elemento fondamentale, considerato da Sitzia e Wood⁴ una delle componenti più significative della soddisfazione dei pazienti. Come comunicano i medici di medicina generale del Servizio sanitario toscano? L'85% degli assistiti riporta che durante le visite il proprio medico fornisce spiegazioni completamente chiare, mentre il 18% e il 6% dichiara rispettivamente di essere stato coinvolto solo in parte o per niente nelle decisioni prese sulla propria salute durante i colloqui. L'engagement del paziente nel processo assistenziale è un aspetto importante da promuovere, per instaurare una partnership tra paziente e medico con effetti positivi sulla compliance del paziente.

Queste considerazioni valgono anche quando si parla di promozione di stili di vita salutari. Sono numerose le patologie la cui insorgenza è correlata a fattori di rischio quali ad esempio l'alimentazione e l'attività fisica, ed educare il paziente ad una dieta sana ed equilibrata e allo svolgimento di regolare attività fisica può avere un impatto significativo sulla sua qualità della vita. Su questo fronte c'è però ancora molto da fare. Infatti, il 40% della popolazione toscana intervistata dichiara di non aver ricevuto nessun consiglio su alimentazione e attività fisica da parte del proprio medico di famiglia. Più nel dettaglio, l'iniziativa dell'attività fisica adattata è stata presentata dai medici di medicina generale solo al 15% degli assistiti con più di 65 anni che hanno risposto al questionario.

Per quanto concerne i servizi distrettuali, l'indagine del 2012 rileva che

i servizi più utilizzati dalla popolazione intervistata sono quelli finalizzati all'erogazione di esami diagnostici (60%) e visite specialistiche (18%), mentre 11 cittadini su 100 si rivolgono al distretto per motivi amministrativi. La valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta accedendo ai servizi presenti nel distretto è ottima nel 10% dei casi, buona nel 57%, sufficiente nel 28%, scarsa nel 5% e pessima solo nel 1%. Alcuni aspetti che appaiono particolarmente critici riguardano l'accesso ai servizi distrettuali (il 19% della popolazione dichiara che gli orari di apertura dei servizi sono pessimi o scarsi rispetto alle proprie esigenze) e il comfort delle strutture (pessimo o scarso per il 13% degli intervistati). La relazione con il personale riceve valutazioni mediamente positive: ad esempio, la gentilezza del personale con cui gli utenti entrano in contatto è buona o ottima in più del 70% dei casi.

Infine, questa stessa indagine ha ribadito ancora una volta che, in generale, la comunicazione istituzionale e i processi di informazione verso la popolazione vanno fortemente potenziati: infatti poco più di 1 cittadino su 2 dichiara di ritenersi per niente informato (14%), o poco informato (39%) a proposito dei servizi offerti dalla propria AUSL. Questo risultato necessita di una riflessione particolare, che prende spunto anche da quanto osservato in uno studio pubblicato nel 2010, proprio sui dati di esperienza della popolazione toscana⁵, da cui è emerso che i cittadini che hanno una minore conoscenza del sistema sanitario e dell'offerta assistenziale e che accedono ai servizi solo se accompagnati dagli attori del sistema sono quella parte della popolazione che presenta un maggior bisogno di assistenza perché anziana e con una o più patologie croniche.

I PAZIENTI CRONICI E IL MODELLO ASSISTENZIALE DELLA SANITÀ DI INIZIATIVA

È proprio pensando ai pazienti cronici, che necessitano di una presa in carico pro-attiva, che il Piano sanitario regionale (PSR) 2008-2010 lanciava una delle sfide più innovative degli ultimi anni per il Sistema sanitario toscano: «[...] assumere il bisogno di salute prima che la malattia cronica insorga, si manifesti o si aggravi [...]». È nata così nel 2010 la “sanità di iniziativa”, il modello assistenziale che si ispira al *Chronic Care Model* di Edward Wagner⁶ e muove i suoi primi passi in Toscana grazie alla costituzione di 56 moduli (aggregazioni volontarie di medici di medicina generale) multi professionali, che vedono attribuire alla figura dell’infermiere un ruolo strategico nella presa in carico del paziente cronico.

A distanza di circa un anno, un campione di 6.606 pazienti, diabetici o con scompenso cardiaco, è stato contattato telefonicamente dal gruppo di ricerca del Laboratorio Mes per misurare l’impatto che questa innovazione assistenziale ha prodotto sull’esperienza di cura e sugli *outcome* percepiti degli stessi pazienti.

Prima di tutto, l’indagine ha rivelato che tra le ragioni che hanno indotto i pazienti ad accettare questo nuovo paradigma assistenziale c’è soprattutto la fiducia nel proprio medico di famiglia (71%) e il desiderio di avere un punto di riferimento nella gestione della malattia cronica (28%). I pazienti si recano in ambulatorio sulla base di una programmazione periodica dei controlli (*follow up*) e prima degli appuntamenti vengono ricontattati telefonicamente (73%).

Nelle visite di controllo, in cui il paziente incontra l’infermiere del modulo, il paziente dichiara di ricevere informazioni su una sana alimentazione (93%),

sull’attività fisica (94%), sul consumo di alcolici (91%) e sul fumo (97%), utili a migliorare gli stili di vita. Al tempo stesso l’infermiere monitora lo stato di salute del paziente attraverso la misurazione della pressione (97%), della glicemia (95%), e della circonferenza della vita o del peso corporeo (94%). Mentre solo per il 39% dei pazienti diabetici è di prassi il controllo del piede (61%).

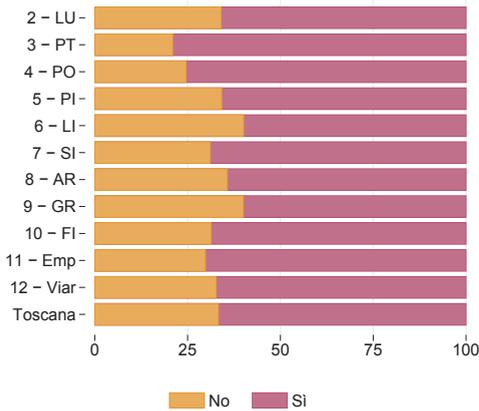
Per il paziente la nuova squadra composta da medico di famiglia e infermiere funziona (è ottima o buona per il 90% dei pazienti), inoltre l’88% dei pazienti ha completa fiducia nell’infermiere e solo 9 volte su 100 i pazienti si rivolgono al medico di famiglia per chiedere informazioni o conferme rispetto a quanto detto o fatto dall’infermiere durante la visita di controllo. Lo specialista appare ancora poco “integrato” all’interno del team multiprofessionale: l’accesso alle visite specialistiche, regolato dal Centro unico di prenotazione, avviene solo 15 volte su 100 attraverso una prenotazione fatta direttamente dal personale del modulo, mentre il 68% dei pazienti si rivolge al CUP da solo o con l’aiuto di un parente. Lo specialista è presente nella sede dell’ambulatorio del modulo nel 6% dei casi. Eppure alcune analisi⁷ hanno mostrato che l’esperienza e gli *outcome* riportati dai pazienti sono migliori proprio quando il paziente sa che nello stesso edificio sono presenti tutti gli attori che reputa importanti per la propria assistenza (medico di famiglia, infermiere e specialista).

Infine, i pazienti, a distanza di circa un anno dall’avvio della sanità di iniziativa, concludono di essere in grado di gestire meglio la propria malattia a casa (63%), di essere più informati (67%) e di aver osservato dei benefici sulla propria salute (67%), osservando un migliora-

mento, totale o parziale, nell'assistenza ricevuta (86%) (Figura 5.8).

Figura 5.8

Come rispondono i pazienti diabetici o con scompenso cardiaco, assistiti dai primi moduli pilota della Sanità d'iniziativa alla domanda "Da quando è stato per la prima volta all'ambulatorio delle malattie croniche pensa di avere avuto dei benefici in termini di salute?" – Toscana, anno 2012 – Fonte: MeS



IL PERCORSO NASCITA E L'ESPERIENZA DELLE DONNE

Tra il 2012 e il 2013 è stata condotta la quarta edizione dell'indagine "Il percorso nascita in Toscana: l'esperienza delle donne", che ha visto protagoniste circa 4.600 donne che hanno partorito in uno dei 25 punti nascita della Regione Toscana⁸.

La valutazione che le donne danno del percorso nascita è complessivamente positiva, con il 61% delle donne molto o completamente soddisfatte e il 33,1% abbastanza soddisfatte.

Continua ad essere un punto debole del percorso il coordinamento tra le tre fasi del parto, parto e post-partum. Il 14% delle donne lo ritiene inesistente o

poco presente, mentre il 9,7% ha avuto difficoltà a capire a chi rivolgersi nelle varie fasi. Questi risultati, letti congiuntamente ai dati clinico-assistenziali misurati con gli indicatori C7b e C7a del sistema di valutazione della performance dedicati alla misurazione della qualità del percorso materno-infantile relativamente all'attività ospedaliera e consultoriale, mostrano come in nessun contesto territoriale della Regione Toscana si possa osservare una *best practice* in grado di assicurare performance di ottima o buona qualità in tutte e tre le fasi del percorso, facendo emergere invece delle peculiarità o sul territorio o all'interno del singolo punto nascita.

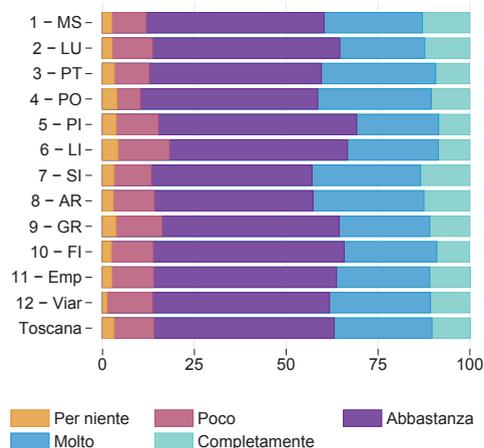
Tornando all'esperienza delle donne, si osserva che la qualità percepita dei servizi sanitari disponibili durante la gravidanza è complessivamente molto buona, con solo il 3% che esprime un giudizio pessimo o scarso. Lo stesso vale per l'accessibilità ai servizi: il 95% delle donne riporta di non aver incontrato difficoltà, o di averne incontrate poche. In generale, l'83% delle donne consiglierebbe sicuramente il consultorio o la struttura o il professionista che le ha seguite durante la gravidanza.

Ottima o buona risulta essere l'assistenza ospedaliera ricevuta durante il parto (83%), con valutazioni positive anche sul lavoro di squadra tra i professionisti (79%). Questi risultati positivi aiutano a capire perché l'84% delle donne consiglierebbe sicuramente il punto nascita a parenti o amici, seppur con un'ampia variabilità tra i punti nascita (72-95%).

Infine, le donne sicuramente consiglierebbero ad altre donne (4 volte su 5) il consultorio o il professionista che le ha seguite nella fase del puerperio (Figura 5.9).

Figura 5.9

Come rispondono le donne alla domanda “Ritiene che ci sia stato coordinamento tra gli operatori sanitari?” – Toscana, anno 2012 –
Fonte: MeS



IL SERVIZIO DI RICOVERO OSPEDALIERO ATTRAVERSO GLI OCCHI DEI PAZIENTI

Sono circa 5.500 i pazienti che hanno compilato nel 2014 il questionario sul servizio di ricovero ospedaliero (ricovero in regime ordinario)⁹, tra i quali prevalgono valutazioni positive dell'assistenza complessiva (buona o ottima per l'84% dei rispondenti), dell'organizzazione del reparto (buona o ottima per il 79%) e del modo di lavorare insieme dei medici e degli infermieri (buona o ottima nell'81% dei casi). Ben l'81% dei pazienti raccomanderebbe sicuramente il reparto a parenti e amici in caso di bisogno.

Un miglioramento sostanziale si osserva, nel processo di comunicazione, in una fase cruciale dell'assistenza quale l'ammissione in reparto. Il 54% dei pazienti (il 14% in più rispetto al 2011) dichiara infatti di aver ricevuto informazioni complete sul percorso assistenziale che stava iniziando. Mentre richiede una maggiore attenzione la comunica-

zione “ordinaria”, che sta nelle risposte del personale alle domande dei pazienti e dei familiari. Le risposte ricevute dai medici sono sempre chiare per il 72% dei rispondenti, e per il 64% quando invece le domande sono poste agli infermieri. È quasi raddoppiata rispetto al 2011 la percentuale dei familiari che hanno sistematicamente difficoltà a parlare con i medici (15%). Migliorano i risultati che fanno riferimento a un comportamento che medici e infermieri assumono durante le visite, e cioè parlare davanti al paziente come se il paziente non fosse lì presente (nel 2013 ciò non accade mai rispettivamente per il 66 e 67% dei pazienti) (Figura 5.10).

Che cosa accade invece quando il paziente torna a casa? Più dei due terzi del campione (71%) ha completamente chiaro cosa è stato fatto durante il ricovero, e l'85% non ha sentito il bisogno di chiedere un secondo parere ad un altro ospedale o specialista, a differenza dell'11% che lo ha richiesto e del 4% che, pur avendone sentito il bisogno, ha preferito non farlo.

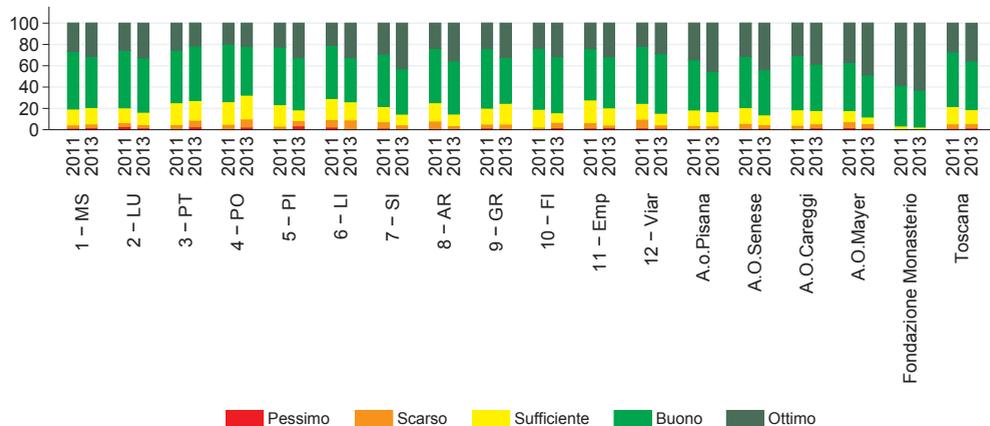
Il ricorso a Internet è ad oggi limitato: solo un quarto dei pazienti decide di consultare il web, ad esempio per avere maggiori informazioni su quanto è stato detto o fatto durante il ricovero (14,1%), o su come gestire la propria malattia a casa (7,9%). Per i pazienti ospedalieri la comunicazione via web non è tra i canali preferiti, infatti solo l'8,3% vorrebbe poter comunicare via mail con il personale del reparto nel caso in cui sentisse il bisogno di ricevere informazioni o consigli sul proprio stato di salute, mentre il 39,5% utilizzerrebbe il telefono.

IL PRONTO SOCCORSO ATTRAVERSO LE VALUTAZIONI DEGLI UTENTI

Qual è il giudizio degli utenti sul Pronto soccorso? Dall'elaborazione dei 5.374 questionari raccolti nel 2013¹⁰ è emerso che il 67% dei pazienti dà una valutazio-

Figura 5.10

Come rispondono i pazienti ospedalieri alla domanda “Come valuta complessivamente il modo di lavorare insieme dei medici e degli infermieri del reparto?” – Toscana, anno 2012 – Fonte: MeS



ne ottima o buona della qualità complessiva dell'assistenza ricevuta, ed il 24% sufficiente.

L'indagine ha permesso di rilevare le opinioni dei pazienti rispetto a diverse dimensioni: il rapporto con i medici e gli infermieri, il grado di coinvolgimento del paziente e di umanizzazione dell'assistenza, l'accoglienza, i tempi di attesa e il comfort delle strutture in cui è erogato il servizio.

I risultati mostrano che il rapporto del paziente con il personale è molto soddisfacente, con particolare riferimento alla fiducia riposta nel personale medico e in quello infermieristico (97% per entrambi). Lo stesso può dirsi del grado di umanizzazione nel rapporto con i medici (ne è soddisfatto l'89% dei pazienti) ed infermieri (90%), della disponibilità del personale in caso di bisogno (97%) e della chiarezza delle informazioni alle dimissioni (97%). Altri aspetti presentano invece possibili margini di miglioramento: i tempi di attesa, giudicati adeguati dal 68,5% dei pazienti (36,7% con valu-

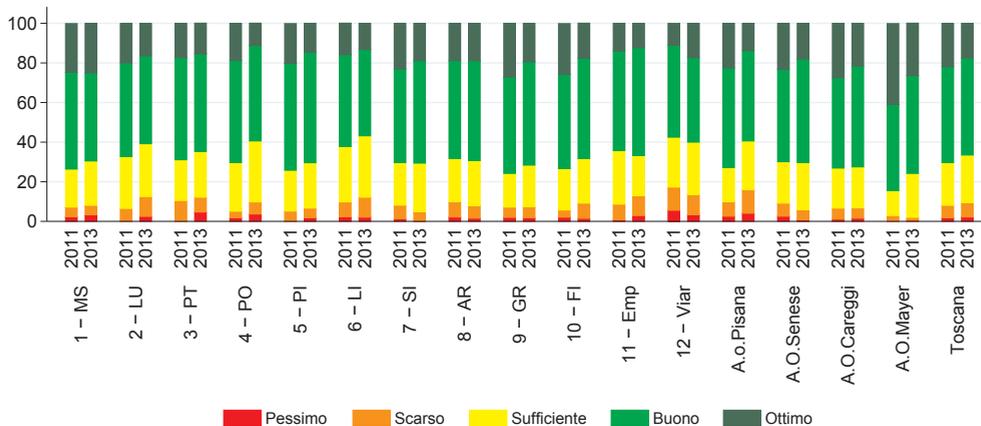
tazione ottima o buona), ma insoddisfatti dal 31,5%.

Migliora la valutazione sulla gestione del dolore: nel 2013 gli utenti che danno una valutazione positiva sono pari al 77%, sebbene permanga la presenza del 23% di pazienti insoddisfatti.

Aumenta la percentuale dei pazienti che conoscono effettivamente il codice colore assegnato al triage. La conoscenza del codice colore, esplicitando qual è la priorità d'accesso al servizio assegnata al paziente e rendendo dunque comprensibile le motivazioni di un'eventuale attesa, può contribuire a ridurre l'ansia e l'insoddisfazione degli utenti. È per questo che sarebbe opportuno ridurre la percentuale di pazienti che dichiara di non conoscere il codice colore che gli è stato assegnato (19%) o che non gli è stato comunicato (13%). È da sottolineare che il dato, pur mostrando ancora margini di miglioramento, è nettamente migliorato rispetto agli anni scorsi, quando la percentuale di coloro che ignoravano il codice colore ammontava anche al 50%.

Figura 5.11

Come rispondono i pazienti alla domanda “Qual è il suo giudizio sulla qualità dell’assistenza ricevuta nel Pronto soccorso?” – Toscana, triennio 2011-2013 – Fonte: MeS



NOTE

- Berry L, Wall E, Carbone L (2006). “Service clues and customer assessment of the service experience: lessons from marketing”, *Academy of Management Perspectives*, Vol. 20 No. 2, pp.43-57.
- Donabedian A (1988). “The quality of care. How can it be assessed?”, *JAMA*, Vol. 260, No. 12, pp. 1743-1748.
- Nuti S (a cura di) (2008). *La valutazione della performance in sanità*, Bologna, Il Mulino.
- Sitzia J, Wood N (1997). “Patient satisfaction: a review of issues and concepts”, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 45, No. 12, pp. 1829-1843.
- Mengoni A, Murante AM, Nuti S, Tedeschi P (2010). “Segmentazione e marketing per la sanità pubblica”, *Mercati e competitività*, Vol. 1, pp.119-139.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002). “Improving Primary Care for Patients with Chronic illness”, *JAMA*; Vol. 288, No. 14, pp.1775-1779.
- Murante AM, Nuti S (2013). “Does quality of care for patients with chronic diseases improve when CCM professionals work in the same building?” Oral presentation EHMA Annual Conference, Milan, 26-28 June 2013.
- Nuti S, Murante AM (2013). *Il Percorso Nascita in Toscana: l’esperienza delle donne. Report 2012-2013* Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant’Anna.
- Murante AM, Nuti S (2014). “Il servizio di Ricovero Ospedaliero Ordinario: l’esperienza dei pazienti toscani. Report 2013-2014”, Pacini Editori.
- Nuti S, Panero C, Maracchi L (2014). “Il servizio di Pronto Soccorso: l’esperienza dei pazienti toscani. Report 2013”, Dedizioni.

INTEGRITÀ E TRASPARENZA

Secondo l'indagine condotta nel 2013 da Eurobarometro¹ sulla corruzione, la media europea di coloro che percepiscono l'illegalità come diffusa è del 75%: la classifica è guidata dalla Grecia (99%), mentre l'Italia si colloca al secondo posto grazie al 97% dei 1.020 intervistati tra febbraio e marzo 2013 che condividono questa percezione.

Agli italiani la corruzione appare diffusa specialmente nelle istituzioni pubbliche locali e regionali (92%), dove la tangente e le relazioni personali vengono giudicate per l'88% degli intervistati come il modo più efficace per ottenere un servizio pubblico (la media europea è del 73%). Per il 90% degli italiani la corruzione è un "fenomeno culturale".

L'indagine si focalizza poi nell'ambito sanitario, dove, per quanto riguarda l'Italia, si apprende che il 27% degli intervistati (media EU-27: 18%) ha avuto la sensazione di dover accordare un pagamento extra o un regalo di valore al personale medico o infermieristico prima di ricevere l'assistenza, avendolo poi effettivamente corrisposto a seguito del trattamento ricevuto, mentre il 17% dichiara che tale pagamento extra o regalo è stato richiesto in anticipo (media EU-27: 8%). Il 15%, inoltre, non è a conoscenza delle modalità con cui segnalare i comportamenti illeciti, e il 40% ritiene che non ci sia protezione per chi effettua le segnalazioni (media EU-27: 31%).

La percezione sulla diffusione della corruzione a livello internazionale, e in particolare in ambito sanitario, può trovare un riscontro nelle stime dei costi che essa produce. Il rapporto "Illuminiamo la salute"², redatto nel giugno 2013 da Libera, Avviso Pubblico, Coripe Piemonte e Gruppo Abele, quattro soggetti storicamente impegnati nella lotta all'il-

legalità, segnala alcune stime dei costi della corruzione in sanità.

Se negli Stati Uniti si valuta che una quota compresa tra il 5% e il 10% della spesa sostenuta dai programmi pubblici Medicare e Medicaid sia assorbita da pratiche illegali, la Rete europea contro le frodi e le corruzioni nel settore sanitario³ ha stimato come queste attacchino il 5,6% del budget sanitario in Europa.

In Italia, poi, le stime effettuate dalla sola Guardia di finanza, limitatamente ai reati effettivamente accertati in ambito sanitario, calcolano una perdita erariale di 1,6 miliardi di euro nel triennio 2010-2012. Infine, tra le statistiche citate dal rapporto⁴ redatto dall'Autorità nazionale per l'anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ANAC) nel dicembre 2013, sul primo anno di attuazione della legge 190/2012, oltre la metà delle condanne per reati di corruzione e concussione avrebbe riguardato dipendenti di amministrazioni statali (62%). Il fenomeno appare però rilevante anche nei comuni (12%), nelle aziende unità sanitarie locali (AUSL) e aziende ospedaliere (12%) e negli enti di previdenza e assistenza (12%), mentre i reati che riguardano province, regioni e università risultano residuali. I settori in cui i reati di concussione e corruzione risultano più ricorrenti sono: gli affari economici generali, commerciali e del lavoro (40%); i servizi generali (19%), di cui è parte rilevante l'amministrazione finanziaria e fiscale; la sanità (12%); l'ordine pubblico e sicurezza (12%), che include la giustizia; la difesa (8%).

Questo è quindi il quadro a livello locale e internazionale, dove le politiche per la prevenzione della corruzione si trovano ad agire. Il percorso normativo italiano si è recentemente consolidato con la promulgazione della legge 6 no-

vembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica amministrazione), cui hanno fatto seguito il decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 (Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi), il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni), il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico) e infine il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici).

Il processo di adeguamento ai requisiti della normativa è ancora in corso, per cui non è facile trovare dati che registrino l'impatto della legge 190 sugli eventi illeciti.

Il già citato rapporto dell'Anac sottolinea come alla data del 30 novembre del 2013, ad un anno dall'entrata in vigore della legge, l'adeguamento ai requisiti sia in alcuni casi carente. Tra questi vi è la nomina dei responsabili della prevenzione della corruzione (RPC) nelle amministrazioni, che a quella data non aveva trovato piena attuazione in nessun comparto, neanche nelle amministrazioni di grandi dimensioni come i ministeri. Nelle aziende del Servizio sanitario nazionale, in particolare, le nomine del RPC erano state effettuate nel 34% dei casi.

Dati più aggiornati sul monitoraggio della trasparenza e del rispetto da parte di tutte le Aziende sanitarie italiane di alcuni impegni anticorruzione è stato

però condotto nell'ambito della petizione per la trasparenza nella sanità pubblica promossa da "Riparte il futuro". La campagna⁵, denominata "Obiettivo 100%" e sostenuta dalle associazioni Libera, Avviso Pubblico, il Gruppo Abele di Don Luigi Ciotti, in collaborazione con la rete "Illuminiamo la salute"⁶, è stata lanciata il 9 dicembre dello scorso anno richiedendo alle aziende sanitarie di tutta Italia la segnalazione dei documenti pubblicati sul sito istituzionale e rilevanti ai fini di:

- trasparenza dei vertici dell'organo di indirizzo politico;
- nomina del responsabile anticorruzione;
- redazione del piano triennale di prevenzione dell'anticorruzione.

Alla data del 25 luglio 2014, i risultati della rilevazione, come indicato in **Tabella 5.2**, rilevano una media nazionale di requisiti pubblicati online del 94%. Il Piemonte, la Liguria, il Molise e la Basilicata hanno raggiunto l'obiettivo del 100%; tutte le altre regioni si posizionano al di sopra della soglia dell'89%, tranne la Campania (82%) e la Calabria (addirittura al 69%), che chiudono la classifica.

La buona performance della Toscana, che come indicato in **Tabella 5.3** riporta un punteggio del 97%, è dovuta soprattutto al raggiungimento dell'obiettivo 100% da parte della metà delle aziende, in particolare da tre delle 4 aziende ospedaliere universitarie (AOU) - Le Scotte di Siena, il Meyer di Firenze e il Santa Chiara di Pisa - e da cinque delle 12 aziende unità sanitaria locale AUSL (la AUSL 1 di Massa Carrara, l'Azienda sanitaria di Firenze (ASF), la AUSL 11 di Empoli, la AUSL 3 di Pistoia e la AUSL 8 di Arezzo). L'azienda rimasta più indietro con la pubblicazione dei requisiti rimane al momento la AUSL 6 di Livorno.

Tabella 5.2

Raggiungimento dell'obiettivo di trasparenza delle Aziende sanitarie per regione – Italia, anno 2014 – Fonte: www.riparteilfuturo.it/sanita/obiettivo-100p

	Punteggio Trasparenza
Basilicata	100%
Liguria	100%
Molise	100%
Piemonte	100%
Abruzzo	99%
Friuli	99%
Lombardia	97%
Toscana	97%
Marche	96%
Veneto	96%
Sardegna	95%
Media nazionale	94%
Sicilia	94%
Umbria	94%
Emilia-Romagna	93%
Puglia	92%
Lazio	89%
Trentino	89%
Valle d'Aosta	89%
Campania	82%
Calabria	69%

Il tema dell'integrità, e soprattutto quello speculare della corruzione, sono di grande attualità in questo momento storico e coinvolgono tutte le istituzioni e i settori della nostra società: le risorse scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole. L'illegalità produce effetti non solo economici ma anche sulla salute delle popolazioni (riduce l'accesso ai servizi, peggiora gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile) e minano la fiducia nel sistema di tutela della salute.

Per queste ragioni è necessaria man-

Tabella 5.3

Raggiungimento dell'obiettivo di trasparenza delle Aziende sanitarie – Toscana, anno 2014 – Fonte: www.riparteilfuturo.it/sanita/obiettivo-100p#toscana

Azienda	Punteggio Trasparenza
AOUS	100%
AOU Meyer	100%
AOUP	100%
AUSL 1	100%
AUSL 3	100%
ASF	100%
AUSL 11	100%
AUSL 8	100%
Media Toscana	97%
AOUC	94%
AUSL 2	94%
AUSL 4	94%
AUSL 5	94%
AUSL 7	94%
AUSL 9	94%
AUSL 12	94%

tenere una forte attenzione su come vengono attuate in Toscana le azioni per la prevenzione della corruzione secondo le indicazioni della legge 190/2012. Tali strumenti non devono costituire per le aziende sanitarie e gli enti territoriali un mero adempimento burocratico, piuttosto il veicolo attraverso il quale diffondere la cultura dell'integrità, del monitoraggio dei rischi di illegalità all'interno delle organizzazioni, valorizzando il ruolo di chi quotidianamente lavora per offrire in modo competente e trasparente servizi di qualità, che creano valore per il benessere della popolazione.

NOTE

- 1 2014 Special Eurobarometer 397. "Corruption": ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_397_en.pdf European Healthcare Fraud & Corruption Network:
- 2 European Healthcare Fraud & Corruption Network: www.ehfcn.org
- 3 Illuminiamo la salute, pubblicazioni: <http://www.illuminiamolosalute.it/pubblicazioni/>
- 4 Anac (2013). Rapporto sul primo anno di attuazione della legge N. 190/2012: <http://www.anticorruzione.it/?p=10616>
- 5 Riparte il futuro: <http://www.riparteilfuturo.it/sanita/>
- 6 Illuminiamo la salute, chi siamo: <http://www.illuminiamolosalute.it/chi-siamo/>

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

II RICORSO AI SERVIZI SANITARI

I dati esposti nel presente paragrafo sono ricavati¹ dall'indagine Istat multi-scopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". La rilevazione² viene svolta circa ogni 5 anni a partire dal 1980 e si configura come un fondamentale strumento oltre che di osservazione delle condizioni di salute della popolazione, di monitoraggio del ricorso ai servizi sanitari e del rapporto del cittadino con quest'ultimi. Il campione per consentire stime regionali e sub-regionali, anche nell'indagine del 2012-2012, come per la precedente indagine del 2004-2005, è stato ampliato passando da 24mila a circa 60mila famiglie, distribuite in 1.456 comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

CONSUMI SANITARI: VISITE MEDICHE, ACCERTAMENTI, RICOVERI OSPEDALIERI E PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE

In Toscana, come nel resto del paese, in base alle risposte fornite, aumenta il ricorso a prestazioni extra-ospedaliere e diminuiscono i ricoveri.

Nel 2012, nelle 4 settimane precedenti l'intervista, 570mila toscani si sono sottoposti a visite mediche³ specialistiche (escluse quelle odontoiatriche), 270mila ad accertamenti⁴ specialistici e 420mila ad analisi del sangue (escludendo i controlli effettuati durante eventuali ricoveri ospedalieri o in day hospital).

Le persone ricoverate⁵ in ospedale nei 3 mesi precedenti la rilevazione sono state circa 103mila. Rispetto al 2005, è aumentata la quota di persone che sono ricorse a prestazioni sanitarie extra-ospedaliere, mentre è diminuita la quo-

ta dei ricoverati (dal 3,2% al 2,8%, tassi standardizzati). I tassi sono aumentati in particolare per le visite specialistiche (dal 12,9% al 15,5%) e, in misura più contenuta, per le analisi del sangue (dal 10,3% all'11,4%) e gli accertamenti specialistici (dal 7,2% a al 7,5%). Per le persone che si sono sottoposte a visite specialistiche, la crescita osservata riguarda soprattutto gli ultrasessantacinquenni (dal 18,4% a al 24,6%), mentre per gli accertamenti specialistici (dal 10,0% al 10,4%) e le analisi del sangue (dal 16,9% al 17,8%) l'aumento riguarda in maniera minore gli ultrasessantacinquenni. Il ricorso all'ospedale è diminuito per entrambi i generi a partire dai 65 anni, passando dal 6,7% al 5,1%.

Aumenta il numero di visite mediche, sia generiche che specialistiche. Nelle 4 settimane precedenti l'intervista, nel 2012 sono state effettuate oltre 2,1 milioni di visite mediche, di cui oltre 1 milione di tipo generico e 1 milione di tipo specialistico. Rispetto al 2005 il numero di visite per 100 persone è aumentato, passando da 58,5 a 60,1. Controllando l'effetto dell'età, i tassi sono rispettivamente 56,8 e 57,5, come mostra la **Figura 5.12**, dove vengono rappresentate le regioni italiane per quintili di distribuzione: si nota come la Toscana sia passata dal quarto quintile nel rank delle regioni italiane al secondo quintile.

Permane il divario di genere, che si accentua in particolare nell'età riproduttiva: tra i 25 e i 54 anni, oltre 1 donna su 2 effettua visite mediche a fronte di 1 uomo su 3.

Le visite specialistiche per 100 persone (**Figura 5.13**) non variano nel periodo dal 2005 al 2012, mentre in Italia subiscono un lieve aumento passando da 25 a 28,9.

Gli accertamenti diagnostici effettuati nelle 4 settimane precedenti la rilevazio-

Figura 5.12

Visite mediche, sia generiche che specialistiche, non odontoiatriche effettuate nelle quattro settimane precedenti la rilevazione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anni 2012 e 2005 – Fonte: ISTAT

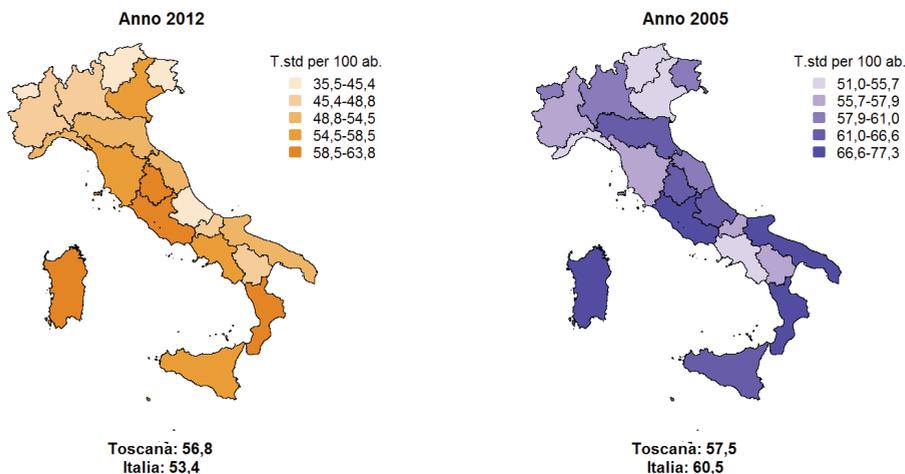
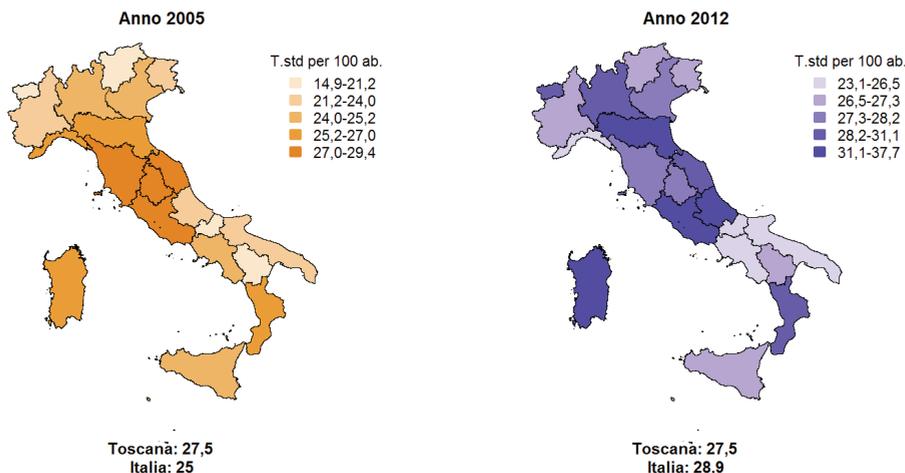


Figura 5.13

Visite specialistiche effettuate nelle 4 settimane precedenti la rilevazione per regione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anni 2012 e 2005 – Fonte: ISTAT

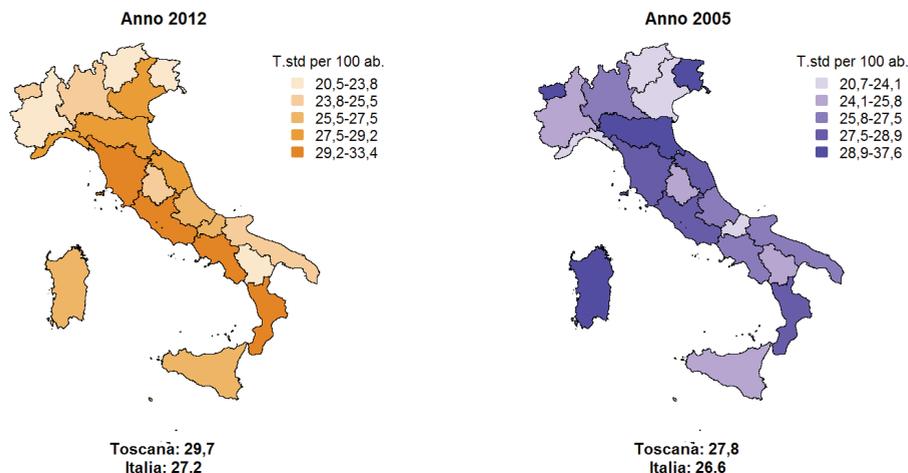


ne in Toscana sono stimati in circa 1,07 milioni, pari a 29,1 per 100 persone (27,8 tasso standardizzato), escludendo i controlli effettuati durante eventuali ricoveri ospedalieri o in day hospital. Rispetto al 2005, come mostra la **Figura 5.14**, si ha una diminuzione di circa 74mila accertamenti, passando da un tasso di 29,7 ad

uno di 27,8 nel 2012. Anche in Italia il numero di accertamenti rapportato alla popolazione si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo (da 27,2 per 100 persone nel 2005 a 26,6 nel 2012), così come la quota di persone che ha effettuato almeno un accertamento (da 11,7 a 12,1 tassi standardizzati).

Figura 5.14

Accertamenti diagnostici effettuati nelle 4 settimane precedenti la rilevazione per regione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anni 2012 e 2005 – Fonte: ISTAT



Il ricorso ad accertamenti diagnostici diminuisce rispetto al 2005 tra le persone che dichiarano scarse o insufficienti le risorse economiche della famiglia (-10%).

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUATE

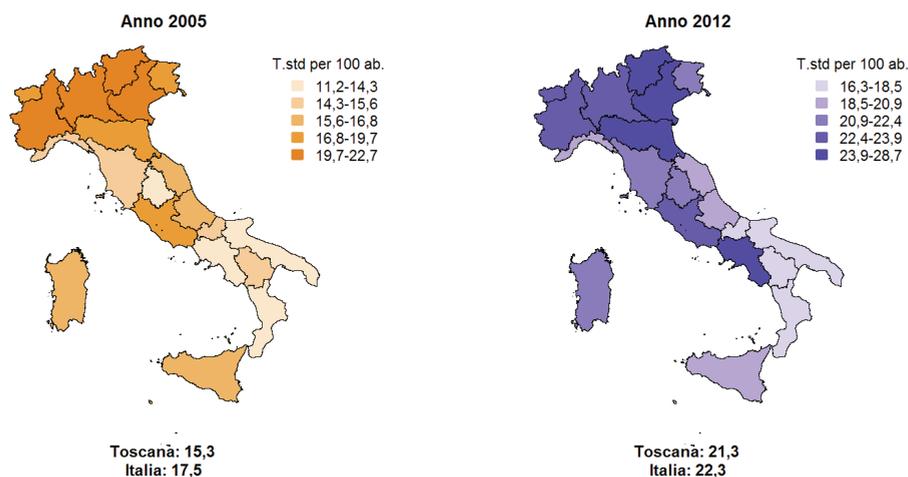
Rispetto al 2005, è aumentata la quota

di coloro che hanno pagato il ticket per le visite specialistiche (dal 15,3% al 21,3%), mentre risulta in calo la quota di chi ha pagato interamente, con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale (dal 51,7% al 46,5%). Permane quasi invariata la quota di coloro che non ha pagato nulla: 33,1% nel 2005, 32,2% nel 2012.

Come evidenziato in **Figura 5.15**,

Figura 5.15

Popolazione che ha pagato il ticket per ultima visita specialistica (escluse le odontoiatriche) per regione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anni 2012 e 2005 – Fonte: ISTAT



seppur con differenze nel territorio italiano, l'aumento al ricorso di visite specialistiche con pagamento del ticket riguarda tutte le regioni. Il ricorso a visite specialistiche con pagamento del ticket è in sensibile aumento tra le persone di 65 anni e più: in Italia si passa dal 6,5% al 12,9%, mentre in Toscana dal 3,2% all'11,1%.

Per gli accertamenti specialistici aumenta, rispetto al 2005, la quota di persone che hanno pagato interamente, incluso un eventuale rimborso (dal 19,6% al 25,8% nel 2012) e si riduce la quota di quelle che non hanno pagato nulla (dal 46,0% al 40,6%), mentre resta sostanzialmente invariata la quota di chi ha pagato il ticket. Tra le persone con più di 65 anni, si riduce la quota di coloro

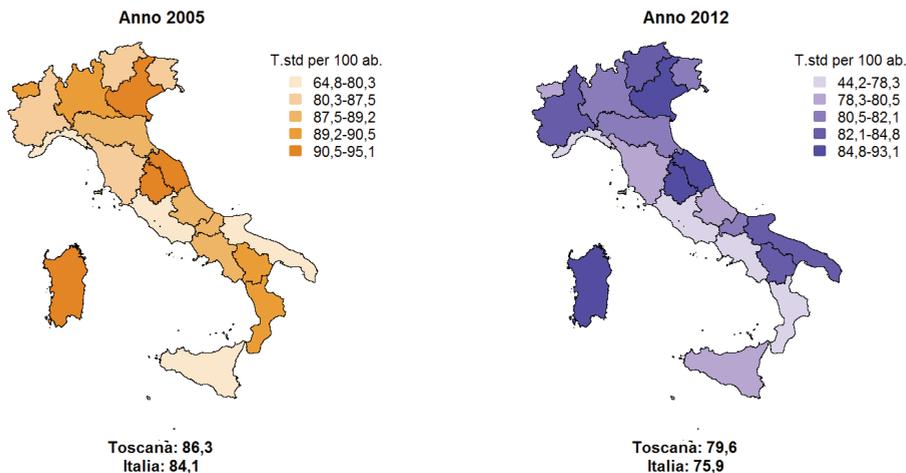
che non hanno pagato nulla (dal 75,9% al 56,5%), aumenta la quota di chi ha pagato il ticket (dal 9,8% al 23,8%) e coloro che hanno pagato interamente passano dal 14,2% al 19,7%.

Le modalità di spesa per analisi del sangue risultano cambiate in Toscana rispetto al 2005. Anche se nel 2012 il 51,6% non ha pagato niente per l'ultima analisi effettuata a fronte del 52,5% nel 2005, il 34,4% paga il ticket (40,1% nel 2005) e il 14,0% ha pagato per intero l'analisi (7,4% nel 2005).

Tra gli ultrasessantacinquenni coloro che non pagano nulla per un'analisi del sangue sono passati dall'86,3% nel 2005 al 79,6% nel 2012 (**Figura 5.16**).

Figura 5.16

Persone di 65 anni e più che non hanno pagato per l'ultima analisi del sangue effettuata per regione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anni 2012 e 2005 – Fonte: ISTAT



VISITE ODONTOIATRICHE

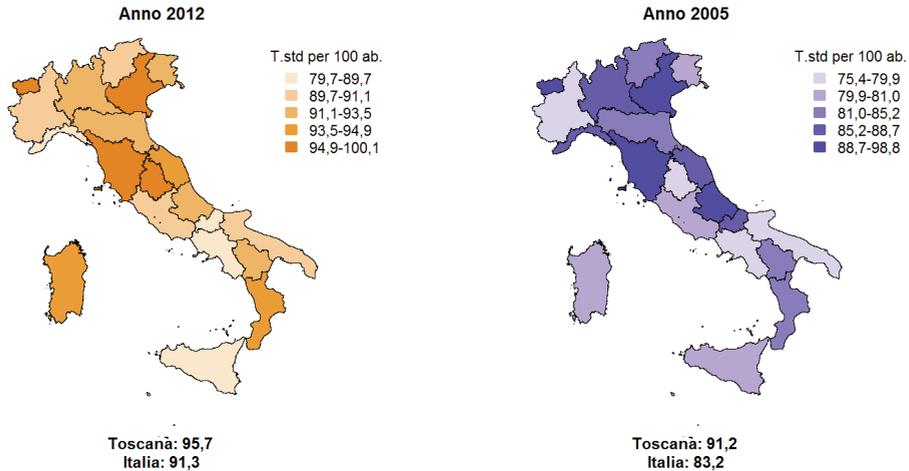
L'odontoiatria è la specializzazione con la quota più elevata di visite a pagamento intero (91,2%). Tuttavia la diminuzione rispetto al 2005 del numero di visite odontoiatriche si è accompagnata ad

una relativa diminuzione della percentuale di visite a pagamento intero (-4,5% rispetto ai tassi standardizzati) (**Figura 5.17**). La quota di visite a pagamento intero si è ridotta in misura minore rispetto al resto del paese (dal 91,3% all'83,2%).

Alla domanda su quando è stato dal

Figura 5.17

Visite odontoiatriche a pagamento intero effettuate nelle 4 settimane precedenti la rilevazione per regione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anni 2012 e 2005 – Fonte: ISTAT



dentista/ortodontista l'ultima volta, (periodicità dell'ultima visita), scende lievemente la proporzione di toscani che dichiara di esserci stato negli ultimi 12 mesi (dal 44,3% nel 2005 al 41,6% nel 2012), con un trend simile a quello osservato in Italia (dal 39,3% al 38,1%). Aumenta la proporzione di persone che dichiarano di esserci stata da oltre 1 anno rispetto all'intervista ed entro 3 anni, che passa dal 24,2% al 30,4%, e scende la proporzione di chi non ci è mai stato, che passa dal 7,2% al 5,9% (in Italia dal 11,2% al 8,2%).

Analizzando le risposte per tipo di trattamento effettuato e genere, si nota come in Toscana, tra le persone che hanno fatto visite odontoiatriche negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista, scende la proporzione di coloro che ha effettuato una visita di controllo o una pulizia denti: dal 74,8% nel 2005 al 65,6% per i maschi e dal 74,3% nel 2005 al 69,9% del 2012 per le femmine.

Diminuiscono le estrazioni in entram-

bi i generi, dal 18,2% al 9,1%, e decrementano in misura maggiore le otturazioni, che tra coloro che hanno effettuato una visita negli ultimi 12 mesi passano dal 44,0% al 24,0%.

RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE O ALL'ACQUISTO DI FARMACI

In Italia più di 1 persona su 10 rinuncia a prestazioni odontoiatriche per motivi economici. Sono le visite e i trattamenti odontoiatrici le prestazioni a cui si rinuncia più frequentemente.

Queste informazioni vengono rilevate per la prima volta nell'indagine sul fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie nell'indagine del 2012-2012.

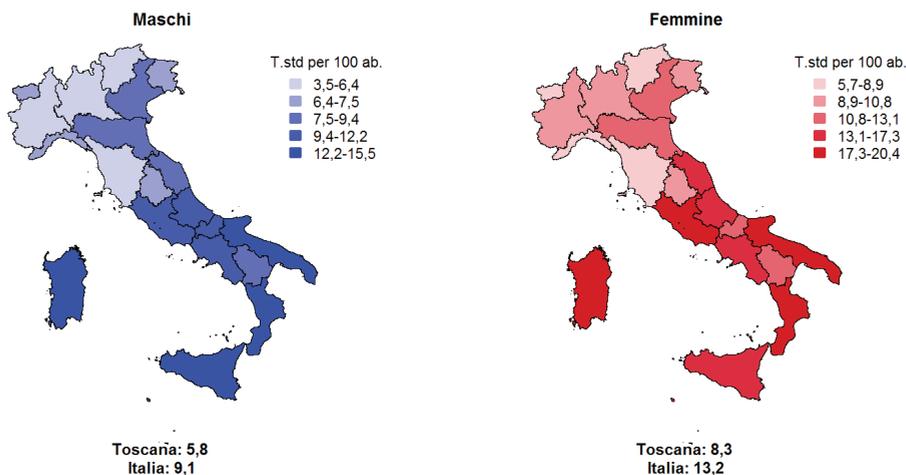
Negli ultimi 12 mesi rispetto all'intervista, in Toscana hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (visite mediche, accertamenti specialistici, interventi chirurgici) o all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno, il 7,3% degli intervistati. Sono più spesso le donne a rinunciare: l'8,5% rispetto al 5,9% dei maschi (tassi stan-

standardizzati per età per 100 persone sono 8,3 e 5,8). Tale differenza si accentua nella classe 45-64 anni, in cui rinuncia a livello nazionale il 17,9% delle donne, contro il 12,7% degli uomini. In **Figura 5.18** si mostra la distribuzione per regione. Si nota come il dato toscano sia in-

feriore alla media italiana, che si attesta su un tasso standardizzato del 9,1 nei maschi e 13,2 nelle femmine, posizionandosi sia per i maschi che per le femmine nel primo quintile di distribuzione (rappresentato dalle 4 regioni con valori più bassi, il 20% di tutte le regioni).

Figura 5.18

Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (visite mediche, accertamenti specialistici, interventi chirurgici) o all'acquisto di farmaci negli ultimi 12 mesi per regione – Tassi standardizzati per età per 100 abitanti – Italia, anno 2012 – Fonte: ISTAT



Per tipologia di servizio, in Italia la quote di persone che rinunciano alle prestazioni è il 7,7% per le visite specialistiche, il 4,7% per gli accertamenti diagnostici, il 2,5% per la riabilitazione, solamente lo 0,8% per gli interventi chi-

urgici. Il 4,1% rinuncia all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno: tra questi più del 70% perché avrebbe dovuto pagarli interamente di tasca propria, il 25% perché il ticket era troppo elevato.

NOTE

- 1 *Attraverso l'interfaccia che l'ARS ha predisposto per facilitare la navigazione tra le domande dell'indagine Multiscopo, accessibile all'indirizzo web: www.ars.toscana.it/multiscopo/inizio.html*
- 2 *Indagine di tipo campionario, condotta mediante 4 distinte rilevazioni a cadenza trimestrale, anche per tener conto dell'effetto stagionale dei fenomeni, di particolare rilievo per le problematiche della salute. Consente di conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di qualità della vita, mettendo a disposizione un ampio ventaglio di informazioni sulla diffusione di patologie croniche, sulla salute percepita, condizioni di disabilità, stili di vita e prevenzione, ricorso ai servizi sanitari.*
- 3 *Visite mediche - Le visite mediche sono rilevate con riferimento a quelle effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista. Non sono comprese quelle effettuate presso la Guardia medica, il Pronto soccorso, durante un ricovero o in regime di day hospital, sono invece incluse le visite effettuate per svolgere attività sportiva e/o lavorativa. Le visite mediche generiche sono quelle effettuate dal medico di famiglia. Tra le visite specialistiche sono rilevate le visite: geriatriche, cardiologiche, ostetrico-ginecologiche, odontoiatriche, otorino-laringoiatriche, ortopediche, neurologiche, psichiatriche-psicologiche, urologiche, gastroenterologiche, dietologiche, dermatologiche, altro tipo di visita specialistica.*
- 4 *Accertamenti diagnostici – Sono esami di tipo clinico per la valutazione dello stato di salute. Sono esclusi quelli effettuati durante un ricovero ospedaliero o in day hospital. Per accertamenti di laboratorio si intendono analisi del sangue e delle urine. Negli accertamenti specialistici sono inclusi gli altri tipi di accertamenti, quali: radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, elettrocardiogramma, pap-test ecc.*
- 5 *Ricoveri ospedalieri – Sono rilevati i ricoveri con almeno un pernottamento in ospedale, istituto di cura convenzionato o in casa di cura privata. Si precisa che non vanno considerati i lungo-degenti quando la durata della degenza supera i 2 anni.*