

**Descrizione del
Processo di autovalutazione e della stesura
del Piano di Miglioramento
Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro**

INTRODUZIONE

L'uomo si è reso conto da molto tempo della necessità di misurare le cose; le dimensioni di un podere, la quantità di grano in una cesta, la distanza fra una città e un'altra o il tempo necessario per fare un certo viaggio. Queste antiche necessità e i metodi primitivi ideati per poter specificare la quantità di qualcosa si sono trasformati per gradi in una scienza precisa delle misurazioni. Per un sistema di misurazioni è fondamentale disporre di unità ben definite e di campioni precisi e riproducibili. La difficoltà di creare delle unità standard di misura nel campo della sanità è evidente. Si possono misurare il numero di visite oncologiche eseguite o il numero di emocromo con formula prodotti da un'unità operative, ma non disponendo di un sistema di misura atto a collocare le due grandezze è matematicamente impossibile associare queste due quantità. Per risolvere la questione analizziamo cosa vogliamo ottenere dalle due misure dinnanzi descritte:

- a) ottenere un'indicazione sull'efficienza;
- b) ottenere un'indicazione sull'efficacia;
- c) ottenere un'indicazione sull'economicità;

Ecco che all'interno della mera numerazione di grandezze sanitarie esiste implicitamente un sistema di unità di misura che al pari dei sistemi fisici MKS o CGS per la sanità è il sistema EEE. In tal modo il problema della omogeneizzazione di quantità diverse è, apparentemente, risolto. Si deve ridurre il prodotto misurato in efficienza, efficacia, economicità o in elasticità. In tal modo si possono trattare matematicamente grandezze non omogenee. A questo punto ci si pone un'ulteriore dilemma: in sanità possiamo misurare tutto? Fino a che si tratta di numerare pezzi produttivi, prestazioni, ricoveri, atti clinici o amministrativi, le cose sembrano funzionare, ma quando passiamo alla misurazione di grandezze non facilmente numerabili (servizi, qualità, organizzazione del lavoro) le cose cambiano. Questa "Conoscenza Oggettivabile" dei dati attraverso delle semplici misure che possono essere interpretate e capite dai portatori d'interesse interni/esterni, garantirà quella necessaria trasparenza nell'utilizzo delle risorse economiche nonché la misura di quanto affidabili siano le prestazioni sanitarie erogate.

Questa necessità mutua anche dalla consapevolezza che i sistemi sanitari delle nazioni europee hanno tempi e modi sviluppo molto simili. Possiamo distinguere quattro diverse fasi. La fase dell'espansione che si caratterizza per l'enorme diffusione a tutti i livelli della necessità di sanità con un marcato sviluppo della domanda reale ed espressa. Si aumentano i medici a disposizione degli individui si rafforzano le strutture di erogazione delle prestazioni questo grazie ad un sempre maggiore investimento pubblico e si sviluppa l'offerta reale ed indotta. Poiché le risorse finanziarie della comunità non sono infinite, la fase espansionistica ha portato inevitabilmente verso quella del contenimento dei costi. In questa fase si attua il controllo della spesa sanitaria attraverso l'introduzione di listini prezzi i nomenclatori tariffari che indicano quanto pagare per una singola prestazione. Si introduce in questo fase il concetto di azienda o meglio di pseudo-azienda che insiste su di un pseudo-mercato. L'impossibilità di governo economico con le tecniche aziendalistiche porta alla fase della valutazione e misurazione. Si cambia la logica non più cercare di contenere i costi ma soddisfare la necessità di salute della popolazione con le risorse messe a disposizione dal SSN. La necessità di salute può essere espressa come gli interventi massimi che si devono realizzare per evitare un aumento non necessario della spesa sanitaria. Queste tre fasi descrivono molto bene l'evoluzione intrinseca del sistema di misura in sanità che parte come momento di efficacia passando ad una fase di economicità arrivando alla fase dell'efficienza. Per la misura delle quantità sanitarie e la successiva riduzione al sistema di EEE abbiamo bisogno di informazione per conoscere ed oggettivare la misura stessa.

Formazione del consenso e impegno della Direzione

L'intervento rivolto all'applicazione del CAF per il Piano di Miglioramento derivante dalla misura del punto di ottimalità di tutte le prestazioni sanitarie erogate nell'ASP di Catanzaro, necessita del coinvolgimento di alcuni responsabili delle tre aree LEA che sono: Prevenzione, Distrettuale ed Ospedaliera. Si è costituito un gruppo di lavoro coordinato dal Direttore del Servizio Informativo Aziendale che attraverso delle "schede dati" che saranno trattate dal personale del Servizio Informativo Aziendale si andrà a popolare la metrica CAF per la verifica dell'impatto della funzione di ottimalità all'interno delle Unità Operative Coinvolte.

La metodologia è stata proposta alla Direzione Generale che ha condiviso e dato il via, attraverso un apposito atto alla sperimentazione del CAF all'interno dei processi del Servizio Informativo Aziendale. Questo potrebbe consentire la diffusione ad altre U.O./Servizi. Solo attraverso una direzione generale motivata e forte che superi le barriere sia culturali, che di resistenza al cambiamento, si potrebbe giungere ad una pervasività nell'applicazione dell'autovalutazione CAF all'intera azienda.

COINVOLGIMENTO ED IL CONTESTO

La difficoltà di trasparenza sui report e sui dati trasmessi dall'azienda è stata più volte manifestata dai portatori d'interesse interni/esterni. La reportistica interna non è chiara e comprensibile, spesso riporta dei dati che non risultano ai responsabili delle U.O./servizi. Dalla nostra analisi è emerso che la difficoltà risiede nella lettura dei dati stessi e di come questi possano essere significativi di una misura delle linee di prodotto della U.O./servizio. Difficoltà maggiore si è riscontrata per i portatori d'interesse esterni, vuoi per la difficoltà di comunicazione fruibile sulla gestione complessiva dell'azienda che per l'impossibilità di avere un "numero" che possa esprimere l'ottimalità di una prestazione erogata.

Obiettivi generali

L'obiettivo principale del progetto è quello di ricavare per ogni singola prestazione erogata il "Punto di Ottimalità" nell'intorno del quale deve posizionarsi il numero di prestazioni erogate dall'U.O./Servizio per le quali viene garantito il corretto utilizzo delle risorse a fronte di prodotti qualitativamente elevati per soddisfare la domanda di salute. Questa conoscenza permetterà di misurare complessivamente per U.O./Servizio Efficacia, Efficienza, Equità, Soddisfazione, Appropriatazza ed Accessibilità.

Obiettivi specifici

E' opportuno precisare che il "Progetto Integrato di un sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni Sanitarie" proposta in questo formulario, si fonda su un punto di forza basato sulla fruibilità organizzativa dei servizi coinvolti. Infatti i servizi che dovranno fornire i dati di contabilità generale, di contabilità analitica, di produzione e di ricavo sono logisticamente posizionati nella stessa struttura dove oggi si trova il Servizio Informativo dell'ASP di Catanzaro. Dopo questa necessaria premessa che garantirà un avvio a regime del progetto in tempi rapidi, analizziamo i singoli obiettivi specifici ed passi propedeutici per la metodologia proposta nella misura della funzione di ottimalità e della metrica CAF suddividendo la stessa nelle seguenti fasi:

FASE 1: Comunicazione Formativa. In questa fase gli attori interni verranno appositamente formati sia sulla metodologia progettuale dell'ottimalità che sul suo utilizzo finale in termini di soddisfazione del paziente riferendosi ai criteri dell'autovalutazione CAF. Agli attori interni, individuati nei dirigenti che hanno responsabilità di struttura complessa o semplice distinti per aree, verrà somministrato un questionario iniziale sull'attuale soddisfazione nella comunicazione dei dati trasmessi dal controllo di gestione, sui suggerimenti di miglioramento e di quello che secondo loro può essere la nuova

metodologia proposta per i fini del miglioramento della prestazione erogata e di come queste conoscenze garantiscono un contenimento dei costi.

Ai portatori d'interesse esterni (pazienti, organizzazione di categoria, organizzazione di difesa e tutela dei pazienti), sarà comunicata attraverso internet e mass-media la nuova metodologia di gestione introdotta dalla teoria dell'ottimalità e di come questa si tradurrà in miglioramento ed appropriatezza nell'erogazione prestazionale per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. Ovviamente vista la vastità di clienti esterni coinvolti si darà spazio ad appositi forum d'ascolto e discussione. Anche i clienti esterni potranno scaricare un apposito questionario prima e dopo l'intervento. Tale questionario misurerà la soddisfazione del cliente esterno in rapporto delle prestazioni erogate e delle U.O./servizi che le erogano, in un'apposita sessione del questionario, verranno misurate le lamentele ed le disfunzioni segnalate; questo dato sarà confrontato con quello in possesso dell'URP.

FASE 2: abbiamo selezione delle erogazioni sanitarie nella logica del CAF per misurare la funzione di ottimalità, tenendo conto dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza secondo gli atti normativi emanati a livello centrale e regionale centrale. Le U.O./servizi che erogano i LEA scelti saranno a loro volta misurate complessivamente ai fini dell'ottimalità. Questa fase sarà un compito specifico del gruppo di lavoro.

FASE 3: fase della raccolta di tutti i dati di costo e di produttività per le prestazioni sanitarie selezionate costituendo il primo nucleo del modello CAF

FASE 4: completata la raccolta dei dati relativi al calcolo delle funzioni di costo e produttività, e calcolo della FUNZIONE di OTTIMALITA' per le prestazioni sanitarie selezionate nella FASE 2, verifica dell'applicazione del modello CAF al risultato, in riferimento a tutte le U.O./Servizi dell'azienda coinvolti.

FASE 5: questa è la fase della scelta strategia aziendale e dell'applicazione del modello CAF e comunicazione alle U.O./servizi. Riprogettazione dei processi all'interno delle U.O./servizi che hanno dimostrato un allontanamento dal punto di ottimalità e pertanto saranno oggetto di riprogrammazione e di riorganizzazione aziendale. Questo modo di procedere sicuramente premiante per le U.O./servizi che erogano prestazioni ottimali (appropriate e di qualità), e diventa spunto per ripensare e riorganizzare gli interventi nelle U.O./servizi che erogano prestazioni lontani dal punto di ottimalità.

FASE DI PIANIFICAZIONE DELL'AUTOVALUTAZIONE

L'unire l'autovalutazione del modello CAF con l'organizzazione delle prestazione sanitarie attraverso il punto di ottimalità, ci permetterà evidenziare alcune criticità dei nostri clienti, ad esempio: le vostre richieste di salute sono eccessive, richiedete spesso prestazioni inutili od inappropriate, vi fate prescrivere molti medicinali, ricorrete molto spesso all'ospedale per malattie e sintomi che non richiedono ricovero. Queste informazioni al cittadino utente, sul ricorso "distorto" del SSR per il soddisfacimento della domanda di salute, garantirà che lo stesso possa esercitare il principio di Sussidiarietà, nella consapevolezza che i soldi disponibili per finanziare la sanità devono essere adoperati razionalmente, altrimenti occorrerà aumentare i gettiti tributari regionali, prelevandole da stipendi, pensioni e dalle Imprese. Inoltre il cittadino verrà edotto della migliore (ottimale) prestazione che può essere erogata dall'Azienda Sanitaria, contribuendo con la sua partecipazione attiva a migliorarla. Alla stessa stregua ai medici, di Medicina Generale, la nostra metodologia permetterà di fare un serio discorso, ancorché impopolare: egregi signori medici, dovete "responsabilizzarvi" di più, limitare prescrizioni di esami e medicinali alle reali esigenze di salute dei vostri assistiti, convincendoli ad adottare la prevenzione le malattie con stili di vita più corretti, a seguire regole elementari di educazione sanitaria (lotta contro il fumo, contro un'alimentazione scorretta, sedentarietà), che alla fine incidono positivamente proprio sulla spesa sanitaria. Signori medici, dovete evitare di sottostare passivamente a richieste incongrue di

prestazioni da parte dei pazienti e convincerli che dev' essere il medico il soggetto attivo di richieste di prestazioni, evitando richieste inappropriate od inutili di esami a fini diagnostici e di controllo. Anche gli attori principali che sono i dirigenti delle aziende sanitarie ed ospedaliere con la nostra metodologia avranno contezza che: i ricoveri vanno limitati a patologie che richiedono effettivamente assistenza ospedaliera e comunque il periodo di degenza dev'essere rapportato a reali esigenze diagnostico-terapeutiche del paziente ed in alternativa erogare la prestazione attraverso modalità alternative. Occorre comunque aumentare la produttività delle strutture e del personale, incentivare il percorso diagnostico con il ricorso a tecnologie efficaci, coordinare l'attività degli ospedali con i servizi sanitari esistenti sul territorio ed integrare compiutamente il percorso sanitario con quello sociale. Incrementare la produttività vuol dire anche contenere, se non eliminare, le liste di attesa, disciplinando razionalmente anche l'attività libero-professionale dei medici e dei sanitari all'interno degli ospedali e degli ambulatori territoriali.

Dopo questa sintesi affrontiamo le motivazioni di questo intervento progettuale che nascono da due motivazioni principali: miglioramento dei servizi erogati e della soddisfazione dei clienti e riduzione dei costi di funzionamento. Il primo intervento ha come indicatore l'aumento dei clienti/pazienti che partecipano con la metodologia della conoscenza oggettivabile all'appropriatezza ottimale delle prestazioni sanitarie erogate. Questo avverrà attraverso la diffusione via informatica (attraverso il sito istituzionale dell'ASP di Catanzaro), tramite i mass-media e con conferenze-congressi. Il target dei potenziali clienti interni/esterni si aggira sulle 50.000 unità. Dal nostro progetto ci aspettiamo sia un aumento di pazienti che si rivolgono ai nostri servizi che hanno ottenuto punteggi di ottimalità alti (> 7% rispetto all'anno di riferimento 2008) che una diminuzione di quelli insoddisfatti (< 3% rispetto alle lamentele ed disfunzioni segnalate pervenute all'URP o segnalate attraverso il questionario di cui alla FASE 1). Dai clienti interni (dipendenti dell'ASP, MMG, specialisti a contratto) ci aspettiamo una risposta positiva indotta dalla metodologia oggettiva proposta. In questo caso gli indicatori di soddisfazione del cliente interno sarà > 10% di quello misurato allo start della nuova metodologia dell'ottimalità (la rilevazione avverrà attraverso la somministrazione del questionario previsto nella FASE 1). Analogamente contiamo di contenere gli insoddisfatti intorno al 2%.

La riduzione dei costi la si ottiene attraverso una corretta riprogrammazione delle prestazioni sanitarie che si allontanano dal punto di ottimalità. In questo contesto tutte le prestazioni che presenteranno un alto costo unitario di prodotto ed un punto di ottimalità lontano da quello proprio della prestazione, con la nostra metodologia oggettiva verranno riportati all'interno dell'ottimalità cercando di abbattere i costi di funzionamento, attraverso la percentuale normalizzata, al di sotto del 15% del costo prima dell'intervento di verifica dell'ottimalità.

In definitiva la nostra metodologia progettuale garantirà per i tre livelli essenziali ed appropriati di assistenza l'ottimale utilizzo delle risorse investite in funzione del miglior livello qualitativo di erogazione. Con questa conoscenza la direzione generale dell'azienda sanitaria potrà in "corsa" mutare obiettivi ed allocazione delle risorse nella chiara consapevolezza di utilizzo ottimale delle stesse.

Il modello CAF si presta bene alla nuova logica di gestione delle aziende sanitarie, in quanto ripone al suo interno il principio generale della corretta gestione dell'informazione complessiva al fine di ripensare alla TQM nell'erogazione dei servizi. Infatti non serve solo avere la "coscienza" di situazioni all'interno dell'azienda ma occorre avere la "conoscenza oggettivabile" di situazioni aziendali. Questo lo si ottiene tramite una diffusione della cultura di qualità attraverso una misura con le metriche CAF, attraverso un flusso dinamico di autovalutazione in continua provenienza dalle informazioni delle varie strutture e sottostrutture aziendali e gestirlo in modo automatizzato per poter misurare, correlare e controllare fenomeni all'interno di una stessa tipologia d'insieme o tra insiemi differenti. Il ritorno e l'utilizzo di queste informazioni, consente al top management ed al management intermedio di avere il "polso" della situazione dell'azienda o della U.O./servizio. Soltanto così si potrà tamponare situazioni a rischio e nello stesso tempo promuovere iniziative atte

ad avere ricadute aziendali positive. Questa è stata la leva che ha fortemente motivato il Servizi Informativo Aziendale a cimentarsi nell'applicazione della processo di autovalutazione CAF.

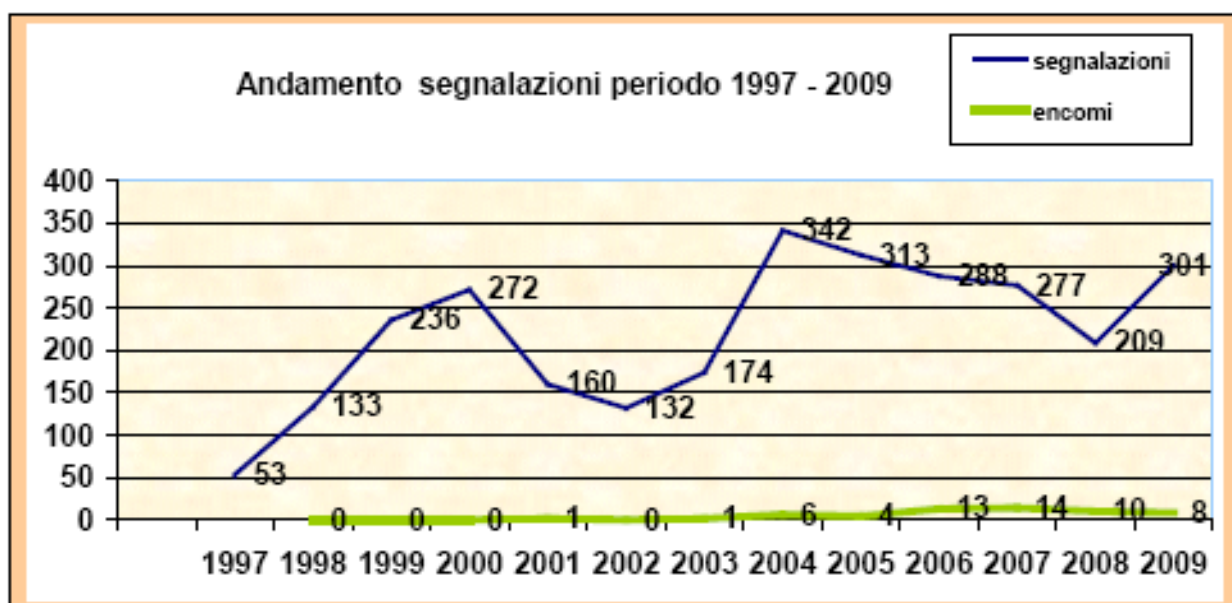
Per raggiungere quest'obiettivo, come dirigente del servizio informativo Aziendale ho iniziato a studiare già dal 2005 la TQM ed i piccoli risultati li ho condivisi con i miei collaboratori. Purtroppo i continui cambiamenti di vertice (un direttore generale cambiato in media ogni 9 mesi) nella nostra azienda, non hanno consentito una diffusiva condivisione della metodica della qualità. Nel corso del 2009 la partecipazione al concorso Premiamo i Risultati, mi ha stimolato all'applicazione Common Assessment Framework come strumento di misura della Qualità all'interno del PdM della teoria dell'ottimalità prestazionale.

L'applicazione dell'autovalutazione è stata fatta nel corso del 2010, non senza alcuni problemi, sfruttando l'occasione della partecipazione dell'azienda al Concorso Premio Qualità PA, in tal modo con la condivisione dell'attuale direttore generale, si è proceduto ad applicare l'autovalutazione con la metodologia CAF ad una parte significativa di servizi erogati dalla nostra azienda.

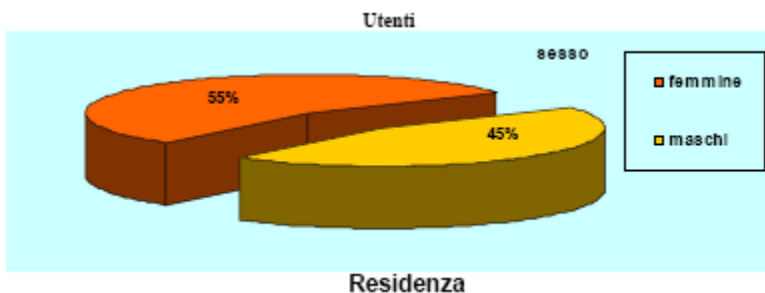
FASE DI ESECUZIONE

Il nostro progetto di miglioramento per l'autovalutazione CAF nasce alla fine del progetto d'implementazione della teoria dell'ottimalità prestazionale. Nei mesi di marzo abbiamo iniziato la Diffusione Comunicativa dell'autovalutazione, attraverso una serie di incontri con le U.O./servizi e con le organizzazioni di Tutela del Malato. Si è implementata la metodologia progettuale ed i questionari anche sul sito www.asp-catanzaro.it. Avendo contattato e comunicato la nuova metodologia di miglioramento per la misura della qualità a tutte le U.O. ed avendo raggiunto gli stakeholder esterni attraverso l'URP e la collaborazione con "Cittadinanza Attiva".

Le segnalazioni sulla qualità percepita delle prestazioni sanitarie dell'ASP di CZ e pervenute formalmente al relativo URP per l'anno 2009 sono state 309 di cui 8 encomi. Altre lagnanze sono state ascoltate e risolte dagli operatori URP ma non sono state formalizzate nel rispetto della volontà degli utenti. Si tratta comunque di problemi statisticamente frequenti ed esaminati nel rapporto. Analizzando l'andamento delle segnalazioni per anno, risulta che , dopo una progressiva flessione dei reclami negli ultimi anni, nel 2009 si ha una crescita mentre resta pressoché stabile la tendenza a porgere encomi .

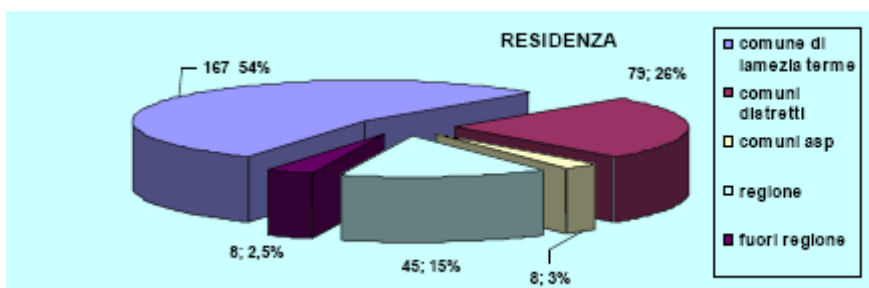


Gli utenti che nel 2009 hanno segnalato disagi o soddisfazione per le prestazioni erogate nelle strutture aziendali dell'area ex AS6 di Lamezia , partecipando al processo di verifica della qualità sono stati 309 di cui 138 maschi e 171 femmine. Ovvero 45 % di uomini e 55 % di donne .



Residenza

Nella distribuzione degli utenti per luogo di residenza, si evidenzia che le segnalazioni sono inoltrate, nel 54% dei casi, dai cittadini del comune di Lamezia Terme, ovvero 167 utenti. Altri 79 utenti, risiedono in altri comuni dell'ambito ex AS6, mentre i restanti 8 abitano nei comuni della provincia di CZ. I residenti in altri comuni della regione sono 45, 10 hanno sede in altre regioni.

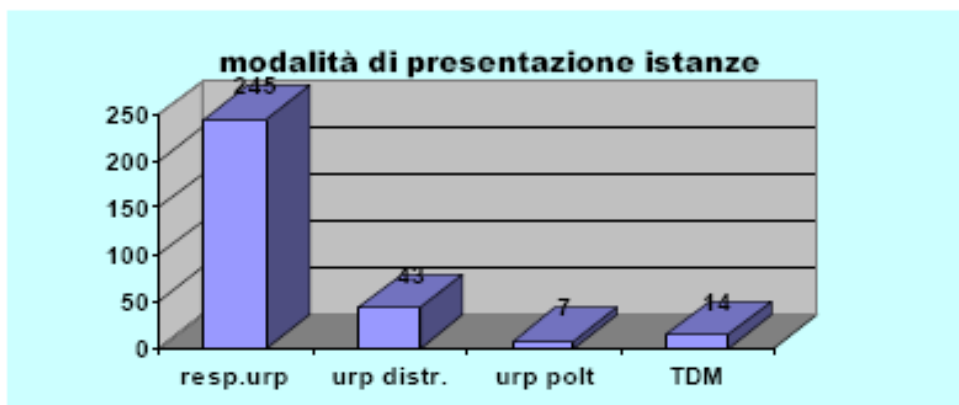


E' in aumento la tendenza a presentare direttamente al responsabile dell'URP le proprie problematiche nel rapporto con i servizi. Nell'anno 2009 hanno fatto uso del rapporto diretto con il responsabile 245 utenti ovvero il 79% dei casi; alcuni attraverso colloquio diretto, altri a mezzo posta elettronica, altri con comunicazione telefonica. Due segnalazioni telefoniche sono pervenute da Linea Amica del Ministero della Funzione Pubblica.

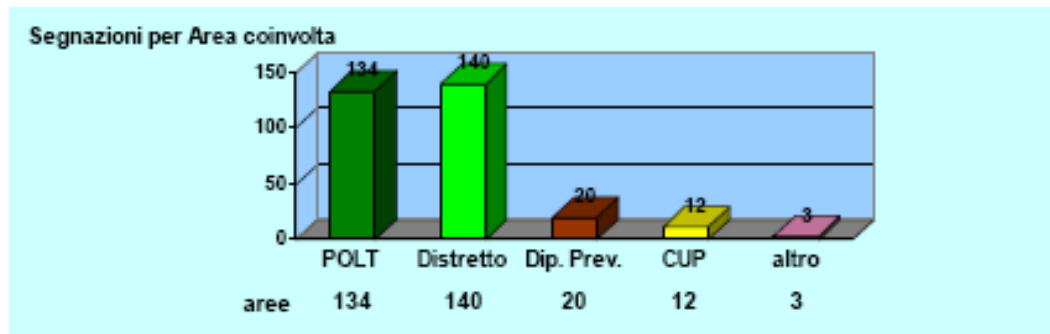
E' un dato che rappresenta il bisogno di ascolto e di attenzione diretta, la fiducia nella possibilità di rappresentare il problema in termini umani e personali e meno in termini burocratici e di contenzioso; tuttavia il notevole incremento nel 2009 è da rapportare soprattutto alla chiusura del front office dell'ospedale di Lamezia, per carenza di personale addetto, e presso il quale si accoglievano istanze degli utenti.

Il 14 % degli utenti, ovvero 43, hanno fatto segnalazione presso lo sportello URP del Distretto del Lamentino, compilando l'apposita scheda con l'ausilio dell'operatore e 7 si sono rivolti allo sportello URP del presidio ospedaliero nel periodo di attività, dato analogo al precedente anno.

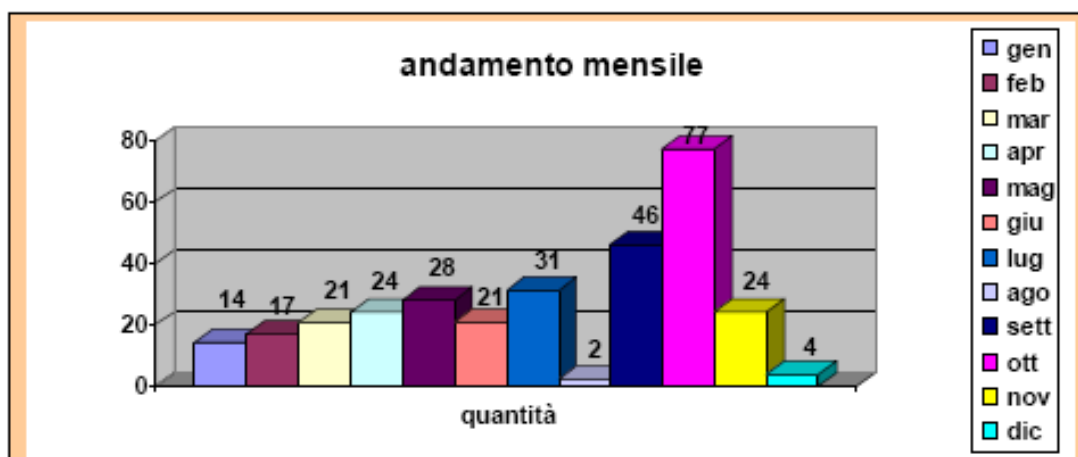
Ne sono pervenuti 14 attraverso la direzione d'ambito inoltrati dall' associazioni dei cittadini(TDM) che ha un suo sportello nell'ospedale di Lamezia Terme.



Sono state ricevute 134 segnalazioni riferite al Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme; quelle riferite a prestazioni erogate dal Distretto del Lamentino sono state 140 (45 %); 12 segnalazioni sono riverite al funzionamento del Centro Unico di prenotazione; le segnalazioni che si riferivano a problemi del dipartimento di prevenzione sono state 20; solo 1 è da ascrivere al presidio di Soveria Mannelli e 2 al distretto del Reventino.



Relativamente all' andamento mensile si può osservare che le segnalazioni sono distribuite su tutti i mesi, con picchi sensibilmente più elevati in autunno .



“Un reclamo è qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta .” I reclami sono stati trattati in forma diretta dall’Ufficio nelle situazioni immediatamente risolvibili, mentre nei casi di più complessa risoluzione sono stati affrontati con le Unità Operative Competenti per avviare gli accertamenti conseguenti e, ottenute le risultanze, si è data comunicazione dell’esito. Vari reclami hanno permesso di avviare miglioramenti attraverso la revisione o l’introduzione di nuove procedure.

I reclami ricevuti nell’anno hanno ottenuto risposta nella totalità dei casi. L’URP in fase di trattamento dei reclami pervenuti, nella forma ammessa dal regolamento di pubblica tutela e scelta dall’utente , ha contattato telefonicamente gli utenti reclamanti per una prima informazione sullo stato del procedimento del reclamo.

Nei casi di reclami posti con scheda, prima dell’avvio del procedimento, sono stati contattati gli utenti per ascoltare e comprendere più ampiamente i motivi della segnalazione, contenere ansie e preoccupazioni, rassicurarli e ristabilire la fiducia ed il dialogo, riconciliandoli con l’azienda.

Relativamente ai tempi di risposta, come si può evincere dalla tabella riassuntiva, 212 reclami ovvero il 70% dei casi, hanno avuto una risposta ed una risoluzione rapida: in tempo reale 163 o entro 3 giorni in 49 casi.

E' stato possibile dare la risposta entro una settimana in 14 casi, in altri 58 casi i reclami sono stati espletati in 15 giorni ed altri 25 casi risolti entro un mese, termine previsto dalla norma.

Gli Encomi non prevedono tempi di soluzione per l'utente che viene informato sull'iter e il valore che la segnalazione ha per l'ASP e per gli operatori e le strutture encomiate. Le UU.OO. interessate hanno ricevuto entro 15 giorni, in media, e sono stati trasmessi con lettera della direzione generale agli operatori coinvolti ed agli uffici del personale perché siano tenuti in conto in fase di valutazione dei risultati e nei curriculum dei dipendenti.

TEMPI DI RISPOSTA PER I RECLAMI

Immediatamente	1-3 gg.	7gg.	15gg	30gg.	Oltre
163	49	14	58	25	0

Nei casi non immediatamente risolti, si è avviata la procedura di trattamento ed al termine del procedimento, è stata data agli utenti la comunicazione della soluzione del reclamo con modalità prevalentemente telefonica. Ogni utente è stato ringraziato per aver contribuito con la loro segnalazione, l'opportunità di migliorare la qualità dell'erogazione dei servizi ASP, potendo aggiornare procedure favorendone lo snellimento o adottando nuovi sistemi più consoni alle esigenze prese in considerazione.

Non è stato possibile trovare soluzione definitiva al problema segnalato nei casi in cui gli stessi riportano a vincoli non superabili nel breve periodo. Come nei casi di reclamo per carenza di personale agli sportelli, di carenza medici o di non funzionamento di attrezzatura obsoleta da sostituire.

Gli utenti nel 97% circa dei casi hanno inteso ringraziare spontaneamente e manifestare soddisfazione per la risposta comunque ricevuta. Si sono dichiarati molto soddisfatti 112 utenti, e 197 soddisfatti.

E' stata apprezzata in particolare la gentilezza del personale URP e l'attenzione dimostrata nei confronti del loro problema, alcuni utenti hanno inteso ritornare personalmente dal responsabile URP in occasione di accessi in ospedale per manifestare il loro apprezzamento.

Quanti hanno utilizzato l'email per inoltrare le loro segnalazioni hanno inviato un messaggio di ringraziamento.

L'URP ha inoltre ricevuto apprezzamento anche da LINEA AMICA del Ministero della Funzione Pubblica per aver accolto e risolto due casi a loro attenzionati. Per le modalità tempestive e la completezza della risposta il nostro URP è stato inserito nei riferimenti territoriali della LINEA AMICA con autorizzazione ad apporre il link nel nostro sito aziendale.

TIPOLOGIA DEI RECLAMI PER AREE DI DIRITTO E SOLUZIONI ADOTTATE

AREA(codici A) : Diritto all' ACCESSIBILITÀ DELLE PRESTAZIONI.

Tale area A registra 123 reclami. Ovvero la più critica nell'anno 2009

A1 Impossibilità a mettersi in contatto telefonicamente con i servizi: 4 casi (CUP)

Un disagio attinente a problemi tecnici connessi a guasti sulla linea telecom ed all'assenza di un dispositivo di attesa quando le linee sono sature.

A3 I lunghi tempi di attesa per prestazioni specialistiche sono stati 24 (nel 2008 erano 9) con un aumento rispetto al precedente anno. Nell'anno 2009 il calendario chiuso ripetutamente di Ecocardio nel reparto di Lamezia è stato particolarmente sentito dagli utenti .

I reclami sui tempi di attesa sono i seguenti:

- oculistica POLT 1

- accertamento invalidità 2
- cardiologia EcoCardio 10
- gastroscopia 2
- Mammografia 1
- TAC 1
- Medicina dello sport 2
- Visita reumatologica 1
- Visita urologia 1
- Ecoanca in TIN 1
- Ecodoppler 2

A5 lunghi tempi per l'accesso ad uffici registra 21 reclami .

Le segnalazioni e le proteste mettono in evidenza la non osservanza degli orari degli uffici di massimo accesso degli utenti. Si riferiscono tutti all'Ufficio Invalidi civili. Come già avvenuto nell'anno 2008, gli utenti hanno fatto presente che si apre in ritardo ed a volte anche se aperto rimane sguarnito di personale.

La conseguenza è l'allungamento della fila e del tempo di attesa. L'Ufficio risente della carenza del personale, insufficiente a coprire la domanda in tempi accettabili. Il malcontento è grave.

A6 lunghi tempi di attesa in fila agli sportelli

In tale area sono compresi 47 reclami riferiti a:

Sportello esenzione per patologia 21; Sportello scelta e revoca medico 20 ,Sportello ticket 5

Sportello accettazione esami di laboratorio 2.

Con tali reclami gli utenti portano all'attenzione dell'Azienda il disagio dell'attesa in piedi per ore davanti agli sportelli, la rabbia per la mancanza di sistemi elimina coda ed il timore di non poter eseguire l'esame specialistico nell'orario prenotato, nei casi di fila allo sportello ticket.

L'aumento nell'anno 2009 dei reclami allo Sportello esenzione per patologia (21) è avvenuto in conseguenza della nuova normativa regionale di esenzione emanata a metà anno.

Molti utenti precedentemente esenti per reddito hanno dovuto attestare la loro condizione patologica per usufruire di prestazioni gratuite.

Analogamente è cresciuto il numero dei paganti allo sportello ticket, con ridotto personale, che non riesce a sopperire rapidamente alla richiesta di pagamento. L'aumento dei paganti è anche conseguenza del dovere di esibizione il modello ISEE (desunto dalla dichiarazione dei redditi) per avere l'esenzione della prestazione, ovvero non basta più l'autocertificazione della condizione socio economica, precedentemente abusata da parte di non aventi diritto oggi paganti.

I 20 reclami per l'attesa allo sportello scelta e revoca medico conferma i disagi annosi degli utenti in fila allo sportello con personale insufficiente a coprire la domanda di scelta o revoca o di rinnovo e rilascio della tessera sanitaria " TEAM " in tempi accettabili. Le ore di apertura nelle giornate attive dello sportello creano file interminabili.

A7: tempi di attesa e difficoltà per erogazione di ausili e pratiche invalidi

Il problema è fatto presente in 7 reclami , analogamente al 2008 . Alcuni reclami evidenziano errori nella fornitura di pannoloni (3),per una protesi e un caso per lungaggini nell'erogazione di un ventilatore polmonare; l'iter infatti, dopo la confluenza nell'ASP di CZ, ha subito un aumento dei tempi per il passaggio degli atti burocratici , predisposti dall'ufficio Invalidi di Lamezia , a Catanzaro e da qui a Soverato, dove è allocata la struttura responsabile ; la pratica fa poi ritorno con processo inverso all'ufficio. Un tempo intollerabile per quanti hanno diritto ad ausili salvavita.

Due casi sono riferiti ai tempi dell'accertamento della commissione per avere diritto ad agevolazioni per invalidi: l'utente sollecita la possibilità di attestare attraverso gli atti già in possesso la propria condizione piuttosto che fare varie visite in commissioni diverse composte comunque da stessi operatori. Un caso (A8) lamenta i tempi lunghi per accertamento dell'invalidità.

A9 : leggi disattese e difficoltà burocratiche

Totale 6 casi : in un caso un utente oncologico lamenta i lunghi tempi della prassi per l'erogazione di farmaci ; un caso lamenta l'iter non rispettato per il ritiro della cartella clinica, dovuta al mancato invio da reparto; un utente segnala la difficoltà al ritiro del referto mammografico per sopraggiunta applicazione della norma che, la esclude per età dal target regionale indicato per lo screening e le impone conseguentemente a pagare la prestazione precedentemente garantiva; un caso raccoglie la lagnanza per la nuova normativa regionale di esenzione, ritenuta ingiusta in quanto disattende il diritto alla cura per gli anziani di basso reddito; un utente lamenta la non applicazione da parte della Regione Calabria e quindi dell'ASP della normativa sulla tessera/carta dei servizi elettronica, che viene applicata funzionalmente in altre regioni. Un ultimo caso, a fine anno, riguarda i dubbi sulla procedura di presentazione della domanda online di accertamento dell'invalidità ancora poco nota ed entrata in vigore nel gennaio 2010 che abroga la modalità cartacea.

AREA(codici B) : DIRITTO ALLA PRESTAZIONE .

Rientrano in questa area i reclami su prestazioni non ottenute o erogate con scarsa qualità percepita da parte dell'utenza . I reclami dei codici B sono stati 103 .

B1, 4 utenti reclamano e sollecitano la fornitura tempestiva di materiale e farmaci . In due casi gli utenti protestano per la non refertazione di esami oculistici, problema causato dalla mancanza di toner nella stampante dell'apparecchiatura; un utente lamenta la negata prestazione odontoiatrica, presentatosi all'ambulatorio gli è stato riferito che non c'era il materiale sanitario per le cure. Un'altra lagnanza è stata inoltrata per mancata lettura di "pap test" nei tempi dichiarati dallo screening : il reparto di anatomia patologica, non aveva potuto eseguire l'esame citologico per carenza di vetrini. Tutti casi che riportano ai ritardi nelle procedure di approvvigionamento ASP.

B2 rientrano 13 casi per prestazione non effettuata a causa di apparecchiatura non funzionante. 11 reclami si riferiscono all' apparecchiatura per ecocardio e prova da sforzo, ormai obsoleti. Un problema che si ripresenta ciclicamente e su cui giungono segnalazioni frequenti anche se non formalizzate. I restanti due chiamano i causa la TAC rotta in radiologia POLT; apparecchiatura usurata dal tempo e sottoposta ad un eccessivo uso in attesa di sostituzione da più di un anno.

B3 rientrano 18 prestazione non effettuata per di assenza del medico ;

Un caso per visita oculista nel POLT , un caso per visita otorinolaringoiatria in POLT, una visita ortopedica, per temporanea assenza del medico. La mancata visita endocrinologia per 3 utenti della Medicina POLT, rimanda alla carenza di personale medico con conseguente chiusura dell'ambulatorio specifico ed impossibilità per l'utente di riferirsi allo stesso specialista per il prosieguo della cura. Un caso per la mancata prestazione di colon-scopia perché lo specialista ha sopperito, in quella giornata, alla carenza di medici in reparto di Chirurgia POLT rientrando nei turni di reparto. Altri 11 pazienti del reparto di dialisi POLT sono stati costretti a migrare in altre strutture aziendali dell'ASP poiché nel POLT non era stata autorizzato il preesistente terzo turno di dialisi.

B4 , 8 reclami, rientrano le prestazioni non ottenute per mancanza di operatori ;

Nel dettaglio risultano carenti : personale OSS(carenza cura igienica del ricoverato)nel reparto di medicina POLT, fisioterapisti per l'Assistenza domiciliare 5 casi; carenza di ostetrica in ambulatorio screening ,due casi.

B5 7 reclami per disfunzioni organizzative

Un caso di rinvio di intervento chirurgico, dopo screening mammografico, per errata programmazione in reparto, rinviata due volte l'utente ha rinunciato all'intervento. Un caso di utente in DH ortopedico che lamenta la mancata prenotazione interna di un rx braccio con conseguente non accettazione in radiologia del paziente. Un utente lamenta l' orario disatteso per un

esame prenotato dal CUP che ledeva il diritto al rispetto dei tempi dell'assistito . Un caso di mancato cambio lenzuola in medicina POLT per procedure interne disattese, ovvero invio alla lavanderia di un numero inferiore di lenzuola sporche rispetto a quelle da ritirare pulite. Tre mancate refertazioni ,di un esame radiologico per screening, di una TAC e di una prestazione di pronto soccorso , attinenti a mancato coordinamento o non caricamento dei dati in computer.

B6 8 reclami per disfunzioni CUP

Ovvero errate prenotazioni e scarsa informazione ricevuta da CUP .

B7 3 casi per scarsa assistenza medica e infermieristica Un paziente sottoposto ad asportazione di fistole ha percepito come poco accurata l'assistenza fornita dal medico in chirurgia POLT; Un utente lamenta la mancata continuità di assistenza logopedia in fisioterapia per trasferimento operatore in altro ufficio, una la non prescrizione di un piano terapeutico in cardiologia che tuttavia va riferito ad una interpretazione della norma difforme da come viene applicata in altre strutture fuori dall'ASP.

B8 si rilevano 11 casi di pagamenti non dovuti.

2 per esami screening , 8 per prestazioni di Pronto Soccorso, 1 per terzo ciclo FKT, che rimandano a procedure non correttamente applicate. 1 farmacia a Lamezia . B9 si rilevano 3 casi di negata prestazione per errata valutazione . Due casi di visita ortopedica in pazienti da pronto Soccorso per disattenzione sulla documentazione INAIL ,un caso, uno per mancato caricamento informatico della consulenza richiesta .

AREA(codici C) : Umanizzazione e diritto alla cortesia

I reclami in questa area sono stati 21.

C1 La scortesie è segnalata in 2 casi, un medico della cardiologia, un medico dell'Ufficio di medicina legale.

C3 Mancato avviso e scarsa informazione ricevuta 13 casi. 2 per spostamento intervento in chirurgia, 1 in ambulatorio di oculistica, 2 nel Pronto soccorso non sufficiente orientamento dei pazienti verso il reparto di Chirurgia , 1 ad opera di un medico di base che non aveva spiegato la procedura da seguire, 1 nel centro trasfusionale per incomprensione sulla necessità di portare nuova prescrizione previamente ad un esame di routine per patologia specifica.

C4 Procedure poco chiare 5 casi : Un caso fa rilevare la differenza nel costo per prestazioni, tra ASP di CZ più cara e Azienda Pugliese; 2 casi lamentano la mancanza di procedure chiare sulla fila e la distanza da tenere nel rispetto della privacy e del diritto di precedenza davanti allo sportello TICKET ospedale di Lamezia; Una procedura complessa per la prescrizione piano per diabetici che comporta il passaggio da due specialisti dello stesso reparto, ed infine la procedura di invio da P.S. in Chirurgia in assenza di nuova segnaletica dopo spostamento reparto che riportano anche al C5 (Segnaletica insufficiente) .

AREA(codici D): Ambiente e Confort

I reclami in questa area nel 2008 sono stati 25, dimezzati rispetto al 2008 .

D1 Ambiente non idoneo e scarsa igiene 4 reclami. Non idoneità dell' ambulatorio screening Pap Test 2 casi; ambiente surriscaldato in ginecologia , un caso ; Broncopneumologia (presenza di un ferretto in cibo) un caso.

D3 sono stati 4 casi su non accessibilità dei percorsi e ambienti 2 non accessibilità del bus nel perimetro ospedaliero; 1 bagno handicap chiuso, 1 mancanza carrozzine in ospedale.

D5 Risamento ambientale 17 casi (raddoppiati rispetto al 2008) : 14 per randagismo, pulci e zecche ; 1 rischio ripetitore antenne, 1 rischio ambientale in parco comunale, 1 odore cucine in vani ospedalieri

In ALTRO si includono 57 segnalazioni del bisogno di assistenza psicologica certa per alunni delle scuole dell'obbligo. Segnalazioni che hanno inteso portare all'attenzione della direzione Generale la necessità di riconoscere ruoli e compiti professionali onde eliminare il rischio di bloccare un'assistenza essenziale agli alunni diversamente abili o con difficoltà di apprendimento per un inquadramento degli psicologici dell'Equipe in ruolo amministrativo.

Altri due casi chiedono nuove procedure per la validazione di certificati della fisioterapia, e all'introduzione dell'autorizzazione all'accesso all'ingresso per un pulmino di accompagnamento anziani.

ENCOMI

Gli utenti che hanno inteso porgere encomi sono stati otto..

Gli encomi inoltrati ai servizi sono relativi a :

- 1 Le SS.CC. POLT: Ostetricia , TIN, Anestesia- rianimazione ed Urologia . L'utente è grato per la coordinazione tra i reparti e la professionalità degli operatori che ha garantito la vita di madre e nascituro.
- 2 SPDC, reparto di Psichiatria. Gli utenti hanno elogiato l'umanità, la cortesia e la disponibilità degli operatori e del direttore dell'U.O.;
- 2 S.C. di Ostetricia e Ginecologia POLT apprezzata in tutto il suo personale;
- 1 S.C. di Ortopedia POLT. L'encomio sottolinea la disponibilità e la dedizione degli operatori, pur in carenza di personale.
- 1 per l'Ufficio Assistenza Domiciliare. L'utente esprime gratitudine per l'umanità e la professionalità profusa verso il padre assistito a domicilio e per il garbo del dirigente.
- 1 per l' Ufficio esenzione per patologie. Il cittadino ha inteso premiare la disponibilità dei medici a fronte di un aumento notevole degli utenti .

AZIONI E PROCEDURE MIGLIORATE A SEGUITO DELLA MISURA DEI RECLAMI

- Prestazioni non ottenute per disfunzioni : nei casi di assenza di personale medico o infermieristico si sono garantite a breve le prestazioni accordando il diritto alla riprenotazione diretta con priorità.
- Prestazione non ottenuta per errata valutazione: rivalutate le procedure e posti in essere i correttivi . Nei casi di prestazioni urgenti è stata data informazione sul diritto di priorità riconosciuta con procedura ASP, e fornita la prestazione.
- Prestazione non ottenuta in Dialisi, dopo le sollecitazioni dei cittadini la direzione aziendale ha autorizzato un terzo turno di dialisi, superando gli ostacoli burocratici, per garantire il diritto alla prestazione nel territorio di residenza.
- Carenza lenzuola in POLT, la Direzione Sanitaria ha effettuato le verifiche sull'iter di consegna delle lenzuola ed ha introdotto una ceck list di controllo da firmare per attestare l'entità dei capi dati e ritirati dai reparti , per evitare la dispersione delle lenzuola lungo l'iter .
- Pagamenti non dovuti, sono state verificate le tariffe applicate nei singoli casi e posti i correttivi sollevando l'utente dal pagamento erroneamente richiesto, rilasciandogli l'attestazione corretta.
- Procedure poco chiare : esposti cartelli di orientamento visibili agli utenti, predisposto opuscolo informativo sui codici e costi del pronto Soccorso.

- CUP problema accessibilità telefonica: dopo la segnalazione è stato attivato ed introdotto come procedura risolutiva un disco di attesa telefonica con diritto di precedenza e certezza di risposta alla chiamata.
- Accessibilità Parcheggi : è stata introdotta la procedura di parcheggio a pagamento differenziato con sconto per studenti e corsisti per aree riservate e controllate nell'accesso, a tutela dei soggetti aventi diritto.
- Apparecchiatura non funzionante : sollecitato e monitorato l'iter di riparazione con chiamate anche alle ditte ed informativa agli utenti. Sollecitato l'iter di riparazione o riacquisto dell'attrezzatura .
- Scarsa informazione in vari casi : preparazione di nuovi modelli sulle procedure e locandine informative negli ambulatori : visita alle madri, accesso in reparto per consegna materiale, ingresso Chirurgia DH e ambulatorio; avviso in P:S.; esposto sulle variazioni ubicazionali di ambulatori; locandina nuovo accesso nel perimetro ospedaliero;
- Leggi disattese : E' stata inoltrata all' Assessorato una lettera di sollecito congiunta con le organizzazioni di tutela utenti per l'accoglimento dei diritti alle prestazioni di FisioKinesi per diversamente abili : non è pervenuta risposta pur sollecitata.
- Sono state accertate le applicazioni delle leggi, su cui si richiedeva chiarezza e data comunicazione delle nuove modalità.
- Scortesia del personale : intervento di discussione ed analisi dei casi con il dirigente U.O. interessata e con gli operatori indicati ; invito ad un ascolto più attento, presentazione delle scuse nei casi riconosciuti di reale disattenzione per cause varie e non dipendenti dall'operatore ed infine dettagliate le cause delle incomprensioni nei casi di errata percezione dell'utenza.
- Scarsa igiene : sollecito potenziamento sistema pulizie con analisi situazione e soluzioni specifiche;
- Accessibilità dei bagni per disabili: apertura garantita con nuova procedura comunicata.
- Surriscaldamento reparti indicazioni su variazioni apertura e chiusura in relazione alle condizioni climatiche
- Risanamento ambientale : codificata e resa nota agli utenti la procedura di accalappiamento cani, e attivate le misure di risanamento, avviati sopralluoghi.

PROBLEMATICHE APERTE PER NUOVI CASI

- Liste sature e tempi di attesa : difficile risoluzione per carenza personale e apparecchiature
- Iter approvazione delibere ausili per invalidi: la nuova procedura standard annuale che doveva prevenire il problema non è stata approvata .

Gli utenti nonostante la riduzione del personale di front office e la ridotta visibilità dell'URP continua a indicare la percezione della qualità , inviando reclami, segnalazioni ed encomi. Cresce l'attesa di possibili miglioramenti sollecitati con i reclami .

L'atteggiamento di critica costruttiva è presente nella generalità dei casi, c'è intenzione da parte dei cittadini a partecipazione al cambiamento della sanità anche e soprattutto a vantaggio di altri cittadini meno consapevoli ed informati, perché non debbano vivere analoghi disagi.

Si ascolta e si raccoglie lo sgomento e la paura dei cittadini che i servizi sanitari nel lamento subiscano una battuta di arresto per la perifericità del territorio rispetto al centro direzionale dell'ASP allocato a Catanzaro.

Resta in molti utenti la tendenza a richiedere l'ascolto dell'URP ed un possibile aiuto sui problemi riscontrati ma senza formalizzare il problema per atteggiamenti di chiusura o timore.

L'ascolto attento e l' esito positivo favorisce la fidelizzazione degli utenti ma a garanzia dei diritti dei cittadini e dell'efficienza del sistema sanitario si attendono decisioni risolutive per il

potenziamento del personale sanitario ed amministrativo degli sportelli nonché l'acquisto delle apparecchiature carenti.

URP - RAPPORTO RECLAMI

ANNO 2009 - Tabella 3

Classificazione del reclamo	Codice	Casi	OK
A: ACCESSIBILITÀ PRESTAZIONI		123	
Difficoltà a mettersi in contatto per telefono	A1	4	
Impossibilità a prenotarsi telefonicamente	A2	0	
Lunghi tempi di attesa per prestazioni sanitarie	A3	24	
Lunghi tempi di attesa per uffici e ambulatori	A4	13	
Orari sportelli inadeguati	A5	21	
Lunghi tempi di attesa per file sportelli	A6	47	
Tempi lunghi, difficoltà in erogazione ausili e iter pratiche invalidi	A7	7	
Tempi lunghi per rimborsi spese sanitarie	A8	1	
Difficoltà burocratiche, leggi disattese	A9	6	
B: DIRITTO ALLA PRESTAZIONE E ALLA QUALITÀ		73	
Prestazione non effettuata per mancanza di materiale e/o farmaci	B1	4	
Prestazione non effettuata per apparecchiatura non funzionante	B2	13	
Prestazione non effettuata per assenza personale medico e sanitario	B3	18	
Prestazione non effettuata per assenza altri operatori	B4	8	
Disfunzioni organizzative rilevate lungo prestazioni	B5	7	
Disfunzioni CUP	B6	12	
Carenza o mancata assistenza medica ed infermieristica	B7	3	
Pagamento non dovuto	B8	11	
Negata prestazione per errata valutazione	B9	3	
C: DIRITTO ALLA INFORMAZIONE CORTESIA E RISPETTO		21	
Comportamento scorretto del personale medico e sanitario	C1	2	
Comportamento scorretto del personale amministrativo (sportello)	C2	0	
Mancato avviso e scarsa informazione ricevuta	C3	13	
Procedure poco chiare	C4	5	
Segnaletica insufficiente	C5	1	
D: CONFORT ALBERGHIERO E AMBIENTE		25	
Scarsa igiene e ambiente non idoneo	D1	4	
Presenza di persone non autorizzate	D2	0	
Accessibilità ai percorsi (scale, ascensori, parcheggi riservati)	D3	4	
Sicurezza (furti, vandalismo ecc..)	D4	0	
Segnalazione per interventi di risanamento ambientale	D5	17	
Altro: Esigenza di psicologi nelle equipe con qualifica certa .		57	
Segnalazione Bisogni		2	
TOTALE GENERALE RECLAMI		301	
E: ENCOMI AL PERSONALE		8	
ENCOMI			
TOTALE GENERALE compresi ENCOMI		309	

Le U.O./Servizi coinvolte sono stati 4, scelte in base alla loro significatività in seno al progetto di misura dell'ottimalità, che sono:

- Dipartimento Ospedaliero
- Dipartimento Amministrativo
- Polo di Botricello
- Medicina dello Sport

Processo di autovalutazione area dei servizi informativo aziendale

Nella qualità di Direttore del Servizio Informativo dell'ASP di Catanzaro, ho individuato le motivazioni e gli scopi del "processo di autovalutazione" secondo il modello CAF, esplicitando il proprio impegno di leader e strutturando il gruppo di supporto per l'applicazione e la diffusione del piano di miglioramento

Si sono valutati i processi dei servizi erogati coinvolgendo le U.O./Servizi attraverso la misura dei punti di ottimalità prestazionale.

Pur essendo superfluo effettuare un qualsiasi tentativo di evidenziare il livello e lo stato di crisi del SSN, all'interno degli ambiti cui è rivolto l'intervento, (tanto è evidente!), è tuttavia opportuna una riflessione: già a partire dalla metà degli anni '80 il Governo ed il Legislatore nazionale hanno attivato un processo di affinamento della riforma del 1978 per cercare di porre un limite alla crisi del sistema che, ormai, appariva ingovernabile nel rapporto tra spesa corrente e prestazioni di servizi. Senza produrre il lungo elenco delle buone intenzioni trasformate in leggi che hanno poi fallito, dei vari piani e programmi mai attuati, dei diversi provvedimenti delle strutture centrali di governo del sistema, (ad esempio, intese fra Stato e Regioni) sarà sufficiente ricordare come in ognuno di tali interventi c'è l'esplicito riconoscimento della difficoltà a governare il sistema stesso e della difficoltà ad eliminarne i rischi di ingovernabilità rilevati in relazione alla spesa sanitaria.

Alla luce di quanto sopra, l'intervento sul piano di miglioramento che si intende ottenere è una soluzione basata sia sull'analisi critica delle esperienze pregresse che sulla considerazione di approcci innovativi alle problematiche dell'efficienza, dell'efficacia (appropriatezza) e della qualità dei prodotti/servizi, maturate in alcuni ambiti dell'ASP di Catanzaro per trasferirli agli altri contesti di erogazione prestazionale.

Le principali aree di criticità che sono emerse dall'applicazione della metodologia CAF, sono:

- eterogeneità culturale e professionale tra gli operatori dell'azienda che porta ad un eccesso di burocratismo, di motivazioni professionali diverse e di diversi interessi economici (diversi CCNL, diversi criteri remunerativi, etc.);
- anomalia del gioco dinamico tra domanda ed offerta nel sistema sanitario, che come è noto sfugge alla normale dialettica di mercato: nella sanità la qualificazione e crescita dell'offerta non porta solo maggiori investimenti, ma induce, a causa di una crescente e non sempre appropriata percezione del bisogno sanitario, ad un aumento progressivo della domanda anche in presenza di prezzi costanti;
- diffusa deresponsabilizzazione dei soggetti generatori di spesa (prescrittori ed utenti);
- diseconomie gestionali determinate dalle circostanze innanzi sommariamente illustrate e dalle difficoltà incontrate nel definire ed attuare appropriati sistemi di gestione: talvolta i rimedi si sono rivelati peggiori del male, in quanto hanno previsto l'applicazione di strumenti di gestione industriale senza considerare il contesto e le problematiche specifiche del sistema sanitario, e senza realizzare quanto necessario sul piano della formazione, dell'adeguamento organizzativo ed organico del personale e dalla realizzazione di sistemi metodologici, strumentali e di supporto.

All'insieme dei fattori critici prima esposti, emersi dall'applicazione dell'autovalutazione, che potremmo definire "strutturali" del sistema azienda, si aggiungono i fattori di criticità che ci investono come riflesso delle più generali tendenze dei sistemi produttivi, economici e di welfare, nelle moderne società post-industriali e che, nel campo della produzione industriale di beni e servizi, prendono il nome di "riduzione dei cicli di vita del prodotto", "gestione delle filiere produttive" e "ingegneria concorrente dei prodotti", "one to one marketing" trasferiti al sistema di erogazioni sanitarie che l'ASP di Catanzaro deve garantire, riguardano:

- la riduzione dei tempi del ciclo di vita dei prodotti e servizi strumentali (dovuta sia all'innovazione tecnologica che allo sviluppo continuo delle tecniche cliniche e diagnostiche) e la progressiva velocizzazione degli adattamenti necessari a fronteggiare nuove domande di servizi
- la crescente complessità dei servizi di diagnostica, assistenza e cura, che sempre più sono multidisciplinari e richiedono altissimi livelli di competenza specialistica e, contemporaneamente, elevati livelli di collaborazione tra specialisti e tra questi e gli altri operatori sanitari (medici di base, personale tecnico, etc.)
- la crescente domanda di personalizzazione dei servizi, sia dovuta al crescente affinamento dei protocolli terapeutici, sempre più tarati sullo specifico paziente, che alla generale

richiesta, da parte dell'utente/paziente di servizi personalizzati sulle proprie esigenze terapeutiche specifiche e non solo, ma anche sui propri tempi, mobilità, disponibilità.

E' del tutto evidente che questi ultimi elementi di criticità, emersi dall'autovalutazione CAF, sono ancor più difficile superamento in un ambiente, come quello dell'azienda sanitaria, affetto da formalismi, rigidità, lentezza se non difficoltà di risposta decisionale (media di permanenza di un Direttore Generale nell'ASP di Catanzaro 9 mesi).

Per completare l'analisi degli elementi di criticità dell'ASP di Catanzaro (ed in generale del SSN) va, infine, rilevato che la stessa struttura istituzionale dell'azienda, fondamentale connotata, come prima esposto da un principio di decentramento decisionale, di partecipazione democratica, di concorrenza tra diversi livelli di autonomia, da una dialettica sindacale articolata, rappresenta di per sé un elemento di complessità che se non ben governato determina ulteriori inefficienze ed incapacità di risposta alla domanda di servizi e qualità degli stessi; al contrario, se opportunamente governato, tale fattore può rappresentare una ricchezza in quanto preziosa risorsa nella gestione razionale del Sistema inteso come articolazione democratica della Società.

Tali problematiche - tutte attinenti l'equilibrio ottimale tra efficienza organizzativa (riduzione dei costi), efficacia dei servizi erogati (capacità di prevenzione delle patologie e cura delle stesse) e qualità percepita dai cittadini (soddisfazione dell'utente) - sono affrontate nel piano di miglioramento derivante dalla metodologia dell'autovalutazione CAF e ciò ha permesso di esplicitare i punti di forza dell'ASP di Catanzaro che sono così riassunte:

1. la valorizzazione del capitale umano presente nel SSR, e nelle istituzioni correlate;
2. il governo della struttura di erogazione dei servizi attraverso la condivisione tra tutti gli stakeholder di obiettivi, procedure e risultati (governo dei L.E.A.);
3. la valorizzazione della partecipazione dell'utente/assistito e delle componenti sociali come risorsa utile ad introdurre maggiore efficienza nel sistema;
4. la collaborazione e cooperazione tra operatori del sistema sanitario come strumento in grado di assicurare più elevati livelli di efficacia e di efficienza.

L'attuazione concreta di tali obiettivi è stata resa possibile attraverso l'infrastruttura ed i servizi forniti dal Servizio Informativo Aziendale, in grado di favorire, gestire e governare la formazione di una Comunità Virtuale tra gli operatori e tra le utenze della ASP.

Com'è noto le Comunità Virtuali, secondo le più recenti impostazioni metodologiche, consistono in un insieme di regole, di metodologie e di tecnologie che determinano un ambiente virtuale capace di complementare e valorizzare (mai sostituire in toto) il capitale e le reti sociali (istituzioni, sistemi produttivi, sistemi professionali, soggetti sociali e cittadini-utenti) che influiscono sui flussi espliciti e impliciti di attività e conoscenze.

Tale visione OLISTICA vede l'insieme dei sistemi, dei problemi e delle funzionalità di qualità come un unico organismo. Tale approccio considera la complessità dell'area esaminata, le molteplici interdipendenze tra entità di business coinvolte, gli attori sociali e gli approcci tecnologici con una visione di integralità sostanziale, come un materializzarsi o una *reductio ad unum* dell'insieme di ecosistemi collaborativi.

In relazione a ciò, nella metodologia dell'autovalutazione CAF si è partiti dalla considerazione della struttura oggettiva, complessa e composita della Comunità del Sistema Sanitario che insiste all'interno dell'area dell'ASP di Catanzaro, che annovera componenti aziendali, istituzionali e sociali che influiscono e determinano la gestione, tra cui:

- Enti sovraordinati (Ministero e Regione);
- organi per l'amministrazione e il governo della struttura (Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria, Direzioni U.O., Direzione Dipartimenti; ecc.);
- varie U.O.;
- funzioni professionali interne ed esterne (medici di base, farmacie, strutture convenzionate, ecc.);
- organizzazioni istituzionali di raccordo con il territorio (conferenza dei Sindaci, Comuni e Sindaci come Autorità Sanitaria Locale);

- organizzazioni sociali (sindacati e rappresentanti delle forze produttive, organizzazioni di volontariato, associazioni dei consumatori, ecc.);
- cittadini e rappresentanze degli assistiti (Tribunale del malato, Comitato Consultivo Misto).

A partire da tale contesto, è presa in considerazione la complessa articolazione dell'ASP sul piano funzionale e territoriale abbiamo inserito il piano di miglioramento della teoria dell'ottimalità che configurare difatti una specifica Comunità Virtuale.

Il progetto di autovalutazione ha l'obiettivo di gestire i rivenienti della creazione di una comunità virtuale tra operatori sanitari, e tra queste e le espressioni sociali e delle utenze, la cui costituzione, gestione e sviluppo sarà facilitata dalla realizzazione di una infrastruttura ICT (Information Communication Technology) a supporto dei servizi di prevenzione, di assistenza di base, specialistica, farmaceutica e altre prestazioni nell'ambito dei servizi territoriali erogati dalla ASP stessa, che sia è in grado di assicurare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- il miglioramento dei servizi per la Prevenzione;
- il contenimento della spesa farmaceutica ed il controllo sulla stessa;
- la riduzione dei tempi d'attesa per le prenotazioni delle prestazioni specialistiche e diagnostiche strumentali;
- il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e convenzionate agli assistiti e del grado di soddisfazione degli stessi (rispetto ai servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, anche attraverso l'introduzione di forme innovative di gestione del rapporto struttura sanitaria/assistiti);
- la fornitura agli operatori sanitari di strumenti in grado di facilitare la propria attività professionale e di promuovere la crescita professionale attraverso lo scambio e l'arricchimento delle conoscenze;
- formazione;
- l'integrazione delle attività svolte dalle strutture sanitarie pubbliche e convenzionate con il lavoro svolto dall'organizzazioni di volontariato e di cooperazione e controllo sociale, allo scopo di valorizzarne i risultati, promuovendo sinergie e forme di cooperazione e collaborazione integrata.

CONCLUSIONI

L'Azienda, in armonia con i principi di trasparenza e di partecipazione, con l'introduzione e diffusività dell'autovalutazione CAF attiverà un sistema di iniziative atte a favorire l'interazione tra organizzazione erogatore di servizi e l'utenza.

La funzione della partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso (vedi **RELAZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO DERIVANTE DALLA MISURA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CON LA METODOLOGIA DEL PUNTO DI OTTIMALITÀ APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA CAF**), anche attraverso le seguenti modalità:

- predisposizione di progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- rilevazione del gradimento dei processi erogativi, da parte dell'utenza feritrice della prestazione sanitaria.

L'Azienda, nell'ambito del Servizio Informativo Aziendale ha provveduto a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle Associazioni di Volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi. La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli standards indicati dalle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti significative (leggi regionali sui diritti dei cittadini, Carte dei diritti del cittadino malato, ecc.) prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e il comfort offerto. Il controllo di qualità, con la misura dell'ottimalità prestazionale, inoltre, dovrà essere effettuato sia in fase di prenotazione ed erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale).

La qualità del servizio erogato è stata, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione (griglie e questionari), anche mediante il monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei dati e dei fatti osservati, documentati o riferiti.