

## **UPT – ASL Città di Milano**

### **Monitoraggio e valutazione**

## **CARTE DEI SERVIZI**

### **Strutture Sanitarie di Ricovero e Cura accreditate di Milano**

L'Ufficio di Pubblica Tutela, con il presente lavoro sulle Carte dei Servizi delle Strutture Sanitarie di Ricovero e Cura accreditate milanesi, prosegue l'attività di monitoraggio avviata nel 2001 (seconda verifica nel 2005).

Come sempre l'obiettivo non è quello di definire scale di merito sulle singole Carte (tra l'altro difficilissime vista l'intrinseca difficoltà del tema), piuttosto valutarne il reale grado di adesione alla normativa nazionale che affida alle Carte un ruolo “fortemente innovativo destinato a modificare in modo sostanziale il rapporto tra i cittadini e il SSN”.

Standard di qualità (che differenziano le Carte dalle Guide dei Servizi), meccanismi di verifica (Conferenza annuale di verifica), coinvolgimento (cittadini e loro rappresentanze, operatori) sono gli elementi basilari della funzione “fortemente innovativa” delle Carte. Su di essi particolarmente, si è centrata l'attenzione dei lavori dell'UPT, per verificarne, appunto, la corrispondenza al loro presupposto basilare e per darne conoscenza alle istanze istituzionali e sociali interessate.

#### **Il quadro normativo di riferimento:**

- Decreto Legislativo 20 Dicembre 1992 n. 502 – art. 14 “Diritti del Cittadino”.
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 Gennaio 1994 “Principi sulla erogazione dei servizi pubblici”.
- DPCM 19 Maggio 1995 “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari”.
- Linee Guida n. 2/1995 “Attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale”.
- DGR n. 38133 del 6 Agosto 1998 “Definizione dei requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie”.
- Legge 8 Novembre 2000 n. 328 art. 13. “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali”.

## Situazione Maggio 2008

### Le Carte monitorate:

- Dieci di Aziende Ospedaliere\* e IRCCS Pubblici.
- Dieci di Case di Cura, Ospedali classificati e IRCCS privati accreditati.

\* Rispetto alle verifiche precedenti è entrata nel monitoraggio la Carta dell’Azienda Ospedaliera Niguarda Ca’ Granda che correttamente in precedenza considerava la propria Carta “Guida” e non Carta dei Servizi.

### I rinnovi e gli aggiornamenti:

Strutture Pubbliche	Ultimo aggiornamento	Strutture Private accreditate, Case di Cura	Ultimo aggiornamento
A.O. Fatebenefratelli	2005	Istituto Europeo Oncologia	2008
IRCCS Fondazione Policlinico	2008	Clinica IGEA	2007
A.O. Luigi Sacco	2008	Istituto Ortopedico Galeazzi	2007
A.O. Gaetano Pini	2005	Istituto Cardiologico Monzino	2008
A.O. ICP	2007	Istituto Clinico S. Siro	2005
A.O. S. Carlo Borromeo	2007	Casa di Cura S. Pio X°	2006
Istituto Neurologico Besta	2006	Clinica S. Rita	2006
A.O. S. Paolo	2007	Casa di Cura S. Carlo	2005 (in revisione)
A.O. Niguarda	2006	Ospedale S. Giuseppe	2006
Istituto Nazionale Tumori	2008	IRCCS S. Raffaele	2008

A differenza delle situazioni precedenti, dove prevaleva il cartaceo, la stragrande maggioranza utilizza il sistema informatico.

Solo tre Istituti usano esclusivamente il cartaceo (Istituto Europeo di Oncologia, Ospedale S. Giuseppe, Clinica Igea).

Sito e cartaceo sono utilizzati contemporaneamente dalle Aziende Ospedaliere Istituti Clinici di Perfezionamento, S. Carlo Borromeo, Luigi Sacco e Niguarda, dall’Istituto Neurologico Carlo Besta, dall’Istituto Nazionale dei Tumori e dall’Istituto Ortopedico Galeazzi.

Le altre dieci solo informatico.

Molto differenziate sono le caratteristiche editoriali, compresa la fogliatura (da sette a sessantotto pagine).

Sedici sono le strutture che hanno aggiornato la Carta dal 2006.

All’indiscutibile facilità tecnica di aggiornamento data dal sistema informatico, non corrispondono tempi sensibilmente più ridotti nell’adozione della Carta.

A fronte di una normativa che prevede la verifica annuale dei risultati sugli impegni presi e dei conseguenti aggiornamenti, anche le Carte di più recente aggiornamento (A.O. Luigi Sacco, IRCCS Fondazione Policlinico, IRCCS S. Raffaele, Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Europeo di Oncologia e Istituto Cardiologico

Monzino, casi da considerarsi tra i più favorevoli), hanno avuto tre o quattro anni di gestazione.

La suddivisione delle Carte in schede di reparto o di accoglienza (come specificato più avanti) può rendere meno impervio il lavoro di aggiornamento, rendere più maneggevole lo strumento, semplificarne la lettura e la comprensione.

C'è bisogno di meno marketing, più informazione e comunicazione diretta, partecipe delle necessità delle persone, non tutte, tra l'altro, nelle condizioni di utilizzare il WEB. E' bene tenerne conto, per impedire che l'immissione dello strumento informatico si traduca in un ostacolo per tanti cittadini.

### **Partecipazione e rinnovi, diffusione.**

Persiste lo scarsissimo coinvolgimento del volontariato e delle rappresentanze sociali e istituzionali nei processi di implementazione delle Carte già verificato nei monitoraggi precedenti (solo le A.O. Luigi Sacco e Niguarda, e l'Istituto Clinico S. Siro fanno riferimenti piuttosto generici al coinvolgimento). Eppure, qui, siamo a contraenti imprescindibili per dare vita al “patto” tra strutture di servizio e cittadini-utenti (DPCM del 19 maggio 1995. Carta dei Servizi pubblici sanitari). E' il cuore stesso della Carta che ne esce profondamente leso.

Il referente o nucleo referente della Carta è indicato in otto Carte (IRCCS Fondazione Policlinico, A.O. Fatebenefratelli, A.O. Luigi Sacco, A.O. S. Carlo Borromeo, A.O. Niguarda, Istituto Neurologico Carlo Besta, Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS S. Raffaele).

Quattro sono le indicazioni sulla diffusione della Carta (A.O. Niguarda, Istituto Clinico S. Siro, Clinica Igea, Istituto Nazionale dei Tumori).

### **Presentazione della struttura e principi fondamentali**

Questa parte differisce poco dalle precedenti edizioni.

In quasi tutte le Carte sono presenti i principi fondamentali indicati nella normativa: uguaglianza, imparzialità, continuità assistenziale, diritto di scelta, informazione, partecipazione, efficienza ed efficacia, oltreché obiettivi e fini istituzionali; indicazioni pratiche sulla struttura, come raggiungerla. Non pochi cenni storici.

### **Informazioni sui servizi**

Larga e diffusa continua ad essere l'informazione sui servizi forniti, sull'organizzazione delle strutture e delle unità operative di ricovero e ambulatoriali, sulle procedure di accoglienza e sulla vita interna al ricovero.

Risultano schede informative sui reparti o carte di accoglienza presso IRCCS Fondazione Policlinico, Istituto Neurologico Carlo Besta, A.O. Niguarda, Istituto Clinico S. Siro, Casa di Cura S. Pio X°, Ospedale S. Giuseppe, IRCCS S. Raffaele.

Poca o perlopiù generica l'attenzione riservata alle liste d'attesa e alla loro gestione. Di difficile consultazione quando tenute nei reparti, come avviene, ad eccezione dell'AO S. Carlo Borromeo, in termini pressoché generalizzati per le grandi strutture.

**Consenso informato:** Poche sono le Carte che sembrano dimostrare una corretta considerazione del valore e l'importanza di una esaustiva informazione ai cittadini-utenti. Tra queste l'A.O. S. Carlo Borromeo, l'A.O. Niguarda, l'Istituto Europeo di Oncologia, l'IRCCS S. Raffaele (da ricordare il progetto “ Consenso in corsia” dell'IRCCS Fondazione Policlinico trattato nella Relazione UPT 2007).

Dalle altre invece si evidenziano difficoltà di ordine culturale, professionale e organizzativo a fare del “Consenso” uno strumento non inteso prevalentemente a impedire o a cautelarsi a fronte di danni e cause legali.

**Sistema di valutazione delle strutture:** Risulta l'impegno a stadi differenziati sui programmi stabiliti dalla Regione (Vision 2000, J.C.I.).

**Sportelli anziani:** Segnalati presso Sacco e S. Paolo.

**Informazione ai cittadini stranieri:** Si trovano in lingua italiana in sei carte di strutture pubbliche, in tre private accreditate. L'A.O. Luigi Sacco le riporta in tre lingue straniere.

**Servizi di mediazione linguistico- culturale:** Presenti all'IRCCS Fondazione Policlinico, presso l'A.O. ICP e Luigi Sacco, all'Istituto nazionale dei Tumori con un progetto speciale.

## **Standard di qualità**

Ben poche sono le Carte – come già verificato nei precedenti monitoraggi – che rispondono alla richiesta di standard credibili, corrispondenti alle singole strutture sanitarie, ai servizi forniti all'utenza di riferimento, alle tecnologie disponibili e ai programmi in atto; ai quali fare corrispondere priorità, fattibilità, e tempi di realizzazione definiti e verificabili.

E' qui la parte più innovativa e impegnativa. Ma anche la più complessa e di difficile lettura e valutazione.

Per la maggior parte si dovrebbe parlare di Guide di informazione e non di “Carte”.

Di seguito si da conto del nostro tentativo di lettura.

## **Strutture Pubbliche**

### **A.O. Fatebenefratelli:**

Secondo la Carta non rinnovata del 2005 “L'Azienda è impegnata nell'affrontare e pubblicizzare adeguatamente standard quanti - qualitativi circa le modalità di erogazione dei servizi offerti” tra questi: informazione, accoglienza, sicurezza, igiene, barriere.

### **A.O. Istituto Ortopedico Gaetano Pini:**

Carta non rinnovata, impegni generali e generici.

**IRCCS Fondazione Policlinico, Ospedale Maggiore, Regina Elena e Mangiagalli:**

All'interno del processo graduale di ristrutturazione di tutta la Fondazione, si impegna a garantire quali obiettivi: indagini sulla soddisfazione, monitoraggio di reclami, rilevazioni sui tempi d'attesa, procedura standardizzata sul Consenso Informato, sviluppo sistema qualità, ISO 9001: 2000.

**A.O. Luigi Sacco:**

Impegni generici su: liste d'attesa (contenere i tempi nei limiti fissati dalla Regione Lombardia); indicatori ricavati da indagini di soddisfazione (riporta voti dell'utenza) quali la risposta entro 30 secondi alla prenotazione telefonica; sistema di qualità, adeguamento agli standard della Joint Commission International; cinque progetti di miglioramento (accoglienza ambulatori, semplificazione prenotazioni, efficienza nei pre ricoveri, spazi per oncologici).

**A.O. S. Paolo:**

Impegni generici su: indagini sulla soddisfazione, monitoraggio di reclami, rilevazioni sui tempi d'attesa, procedura standardizzata sul Consenso Informato. Pubblica la “Carta dei diritti e dei doveri”.

**A.O. S. Carlo Borromeo:**

Periodica indagine di soddisfazione. Consenso Informato molto specificato. Altrettanto diffusa la politica della qualità (sistema e regole). Pubblica: I tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali.

**A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento:**

L'Ufficio Qualità sostiene e cura gli aspetti della qualità, con particolare attenzione a efficacia, appropriatezza, sicurezza, continuità della cura e centralità del paziente.

**A.O. Niguarda:**

Schede su Consenso Informato e Privacy, standard di servizio semplificati (tempo di consegna Cartella Clinica in 10 giorni; orari di colloquio con medici; divieto di fumo; ritiro referti; tempo risposta segnalazioni inoltrate via e-mail in 3 giorni).

**Istituto Neurologico Carlo Besta:**

Scheda che riporta sinteticamente i “diritti e doveri”.

**Istituto Nazionale dei Tumori:**

Presenta tra i diritti del paziente, la qualità delle cure, l'informazione, l'accesso alla documentazione, la riservatezza, il reclamo, la ricerca e la donazione, la cura del diabete. Da segnalare il medico di riferimento per il paziente.

## **Strutture Private:**

### **Istituto Clinico S. Siro:**

Ha standard minimi e generici su accoglienza e confort, informazioni sui servizi offerti. (Carta in via di rifacimento).

### **Casa di Cura S. Pio X<sup>o</sup>:**

Parametri: accessibilità, confort ambientali, umanità del personale, semplicità delle procedure (si tratta prevalentemente d'informazioni).

### **Casa di Cura IGEA:**

Definisce standard fattori riferiti genericamente a personalizzazione e umanizzazione, efficacia ed efficienza, riservatezza.

Pubblica i tempi d'attesa per le prestazioni diagnostiche e visite specialistiche (al confronto con i tempi pubblicati nella Carta del 2005 risultano mediamente più alti specie per: gastroenterologia, oculistica, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia).

### **Istituto Europeo di Oncologia (IEO):**

Presenta Diritti e doveri dell'utente.

### **Istituto Ortopedico Galeazzi:**

Considera come standard di qualità i tempi massimi di attesa previsti dalle Delibere Regionali, l'informazione sugli orari e il miglioramento dell'efficienza.

### **Casa di Cura S. Rita:**

E' Impegnata a rispettare i “Diritti del malato” (Legge regionale 48/88) su informazione, riservatezza, dignità e responsabilità personale, reclami, assistenza ai minori, agli anziani e malati gravi.

### **Casa di Cura S. Carlo:**

Considera standard impegni generici riferiti a: tempistica, semplicità delle procedure, informazione, orientamento e accoglienza, struttura, relazioni umane.

Pubblica: i tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali (variazioni medie superiori alla Carta 2004).

### **Istituto Cardiologico Monzino:**

Presenta obiettivi standard generici riferiti a: governo clinico, sicurezza, informazione e privacy, igiene. Come indicatori il rispetto dei tempi d'attesa, tra gli altri 30 giorni dalla prenotazione al ricovero, 2 giorni medi tra ricovero e intervento chirurgico.

### **IRRC S. Raffaele:**

Pubblica la Carta dei Diritti e delle garanzie. Tra questi “una gestione trasparente e documentabile delle liste d’attesa per le attività ambulatoriali”; le modalità per il “Consenso Informato”; e alla tutela (sono pubblicati i moduli per i reclami e per la soddisfazione).

Fissa obiettivi di miglioramento della qualità con i relativi tempi di realizzazione, di cui 8 riferiti alla qualità per il paziente, tra questi da segnalare le azioni per “garantire la figura del medico di riferimento per il paziente e di garantirne la disponibilità”; 18 interessanti processi interni.

Da informazione sulla realizzazione degli obiettivi per il paziente anno 2006.

### **Ospedale S. Giuseppe:**

Presenta “Diritti e doveri degli utenti”; impegno a ridurre i tempi d’attesa rispetto alle norme regionali per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri, standard minimi per i singoli reparti.

E’ l’unica Carta che da i tempi medi d’attesa per i ricoveri e impegni ambulatoriali che fanno seguito al ricovero.

## **Meccanismi di tutela, verifica e partecipazione.**

Assieme agli standard di qualità è questo lo snodo determinante perché le Carte costituiscano quello “strumento fortemente innovativo nel rapporto SSN cittadino-utente”, preconizzato dalla normativa istitutiva.

Non mancano le affermazioni sul cittadino referente primario della Carta o sulla sua centralità per i servizi, sul diritto di verifica degli utenti.

Alcune Carte indicano le indagini di soddisfazione, le segnalazioni e i reclami quali fattori per definire gli interventi, le misure e gli obiettivi di miglioramento.

Grandi assenti, come notato nei precedenti monitoraggi, meccanismi di misurazione oggettiva, di verifica degli impegni assunti, non solo interna alla struttura, di coinvolgimento degli utenti e loro rappresentanze, di strumenti di pubblicizzazione dei risultati quali la Relazione annuale e la Conferenza dei servizi.

Fa eccezione la Carta dell’A.O. Luigi Sacco che informa della partecipazione delle Associazioni di volontariato alla formulazione della Carta e all’elaborazione dei piani di miglioramento.

L’URP con la specificazione dei suoi compiti è presente in tutte le strutture.

E’ significativo che l’UPT sia presente solo in cinque strutture (L’A.O. Niguarda, A.O. Luigi Sacco, A.O. S. Paolo, Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Istituto Cardiologico Monzino) a dispetto del fatto che dovrebbe essere presente in tutte le strutture di ricovero e cura accreditate in quanto requisito richiesto per l’accreditamento.

## **Conclusioni.**

A tredici anni dall'adozione della Carta e dopo i nostri lavori di verifica (tre monitoraggi) è tempo di una libera e profonda riflessione sullo strumento, così come è venuto affermandosi.

Sia pure in un quadro per niente uniforme, da una lettura attenta e continuata nel tempo dei documenti presentati come Carte dalla maggior parte delle strutture erogatrici, risulta un deficit strutturale (pochissimi, qualche unità, i documenti che per un verso o per l'altro sfuggono a questo giudizio) su due elementi basilari quali:

- Una nettissima, pressoché generalizzata insufficienza di standard di qualità, non generici, ma credibili, misurabili e verificabili nei tempi dai cittadini utenti.
- La mancanza in tutte le Carte di meccanismi e strumenti partecipati, di verifica e valutazione degli impegni presi e della loro pubblicizzazione.

Se ne ricava la convinzione che il dato strutturale che inficia la possibilità della Carta di farsi “patto” tra struttura e cittadini-utenti è la separatezza della Carta dal sistema qualità e dai conseguenti obiettivi aziendali. Ciò la porta ad essere più vista quale elemento di informazione e marketing piuttosto che strumento di partecipazione, imprescindibile per un sistema che, rispondendo ai bisogni, da maggiore qualità ed efficienza.

E' sul collegamento funzionale della Carta come sistema con i processi di certificazione (Vision 2000 e J.C.I. ) e valutazione, quali parte integrante del sistema qualità, il terreno sul quale le singole strutture stentano ad esprimersi.

Quale conseguenza abbiamo la fragilità e la genericità se non l'insussistenza degli obiettivi e degli standard anche quando presentati, gli aggiornamenti che in mancanza di riferimenti agli impegni precedenti impediscono la conseguente verifica sul raggiungimento degli impegni e del loro adeguamento.

Se ne deduce la necessità di integrare la Carta come sistema nel sistema di valutazione della qualità dei servizi sul quale operano ASL e strutture erogatrici.

ISO 9000 : 2000 e Joint Commission International sottolineano l'importanza di una corretta gestione dell'informazione, basilare per il sistema qualità delle strutture erogatrici. La Carta dei Servizi della struttura è lo strumento indicato dal DPCM 27 gennaio 1994 e dal DPR 19 maggio 1995, per la comunicazione e l'informazione quale sistema di garanzia della qualità e della partecipazione dei cittadini.

E' un salto qualitativo forte quello che si impone, che presuppone, una chiara manifestazione di volontà da parte istituzionale ed aziendale con:

- Interventi incisivi e continuativi programmati su un terreno dove prevalgono limiti culturali, ancor prima che organizzativi che ostacolano un diffuso impegno e coinvolgimento riguardanti Istituzioni, erogatori, cittadini e forze sociali;
- L'adeguamento dell'attuale quadro normativo, compreso norme e procedure riferite all'accreditamento e alla contrattazione.

Nello specifico ci permettiamo di richiamare alcuni punti, già indicati nella relazione del nostro monitoraggio 2005, funzionali a percorsi che potrebbero facilitare il cambio culturale e organizzativo necessario per costruire un sistema Carta che ci liberi dalle ambiguità e garantisca coerenza ai principi ispiratori della Carta:

1. La definizione di Linee Guida per l'adozione e l'aggiornamento della Carta, rivedendo la DGR 41066/1999 alla luce delle esperienze in corso.
2. Un autorevole referente regionale (l'Osservatorio).
3. Regole atte a dare funzionalità al requisito accreditativo della Carta (DGR 6 agosto 1998).
4. Introduzione nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie di indicatori e standard misurabili, riferiti alle Carte e alla loro trasparenza.
5. Una consistente azione di pubblicizzazione della Carta, del suo valore e importanza, verso i cittadini, gli operatori e la dirigenza delle strutture, con programmi verificabili che ne garantiscano fruibilità, disponibilità e diffusione (sponsorizzando anche edizioni cartacee) verso tutti i fruitori italiani e stranieri.

Gioacchino Ghisio

\* Si ringraziano gli Uffici Relazione con il Pubblico per la gentile collaborazione.