

**Ricerca autofinanziata AgeNaS**  
**La valutazione partecipata  
del grado di umanizzazione  
delle strutture di ricovero**

**RISULTATI REGIONALI E AZIENDALI**  
**Regione Emilia-Romagna**

aprile 2018

**Il documento è stato predisposto all'interno del Progetto Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Redazione è a cura di**

**Vittoria Sturlese** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Giovanni Ragazzi** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Redazione e impaginazione a cura di**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
aprile 2018

**Copia del documento può essere scaricata dal sito Internet**

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

**Un ringraziamento particolare va ai Referenti civici regionali, alla Cabina di regia regionale, al Centro regionale di informazione sul benessere ambientale (CRIBA) e a tutti i referenti aziendali della ricerca per il contributo alla elaborazione del documento** (le affiliazioni si riferiscono al momento dello svolgimento delle ricerche e dei progetti presentati)

<b>Vera Serra</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Michele Dal Pozzo</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Diletta Priami</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Francesca Terri</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Vanessa Vivoli</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Ottavio Nicastro</b>	Direzione generale cura della persona, salute e welfare
<b>Elisa Porcu</b>	Direzione generale cura della persona, salute e welfare
<b>Leris Fantini</b>	Centro regionale di informazione sul benessere ambientale (CRIBA)
<b>Piera Nobili</b>	Centro regionale di informazione sul benessere ambientale (CRIBA)
<b>Gabriella Fabbri</b>	Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
<b>Giuseppina Poletti</b>	Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
<b>Remo Martelli</b>	Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
<b>Alessandra Affatato</b>	Azienda USL della Romagna
<b>Mario Azzali</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Rossella Barresi</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
<b>Giuseppina Bergamini</b>	Azienda USL di Modena
<b>Nunzia Boccaforno</b>	Azienda USL della Romagna
<b>Francesca Bravi</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
<b>Laura Biagetti</b>	Azienda USL di Bologna
<b>Giovanna Campaniello</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
<b>Filippo Caniglia</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
<b>Mirella Cantaroni</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
<b>Sara Castellari</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Elisabetta Cattozzi</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Cristiana Damini</b>	Azienda USL di Parma
<b>Paola Delle Donne</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
<b>Sabina De Feo</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Loris Dirani</b>	Maria cecilia Hospital
<b>Sara Milani</b>	Maria cecilia Hospital
<b>Loretta Muraro</b>	Azienda USL di Bologna
<b>Antonella Padovani</b>	Azienda USL di Imola
<b>Andrea Paltrinieri</b>	Istituti Ortopedici Rizzoli
<b>Anna Pavani</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
<b>Maria Puddu</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
<b>Claudia Reggiani</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Giorgia Valpiani</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

Il presente documento è finalizzato a presentare gli esiti della rilevazione condotta tramite la *checklist* per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero predisposta da AgeNaS, il set minimo di indicatori della Regione Emilia-Romagna e le evidenze CRIBA, al fine di renderli disponibili per una loro diffusione a livello aziendale e per procedere all'individuazione di eventuali azioni di miglioramento.



# INDICE

<b>1. ELEMENTI DI CONTESTO .....</b>	<b>7</b>
1.1. Background .....	7
1.2. La Ricerca autofinanziata 2015 .....	9
<b>2. GLI STRUMENTI DELLA RILEVAZIONE E LA LORO INTERCONNESSIONE .....</b>	<b>13</b>
2.1. La <i>checklist</i> per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero..	14
2.2. Il set minimo di indicatori RER: il percorso di definizione .....	16
2.3. Le evidenze CRIBA (area 2 della <i>checklist</i> ) e il percorso di lavoro partecipato .....	17
<b>3. ELEMENTI PER LA SOSTENIBILITÀ ORGANIZZATIVA DELLA RICERCA .....</b>	<b>19</b>
3.1. Le <i>équipe</i> miste locali: il valore aggiunto della ricerca .....	19
3.2. I referenti civici regionali e la Cabina di regia regionale .....	20
3.3. I moduli formativi rivolti alle <i>équipe</i> .....	21
<b>4. I RISULTATI DELLA RILEVAZIONE .....</b>	<b>23</b>
4.1. Area 1 – Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto della persona .....	25
4.2. Area 2 – Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura .....	30
4.3. Area 3 – Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza .....	37
4.4. Area 4 – Cura della relazione con il paziente e il cittadino .....	41
4.5. L’umanizzazione delle cure per la “sicurezza del paziente” .....	45
<b>5. ELEMENTI DI SPENDIBILITÀ DELLA RICERCA .....</b>	<b>49</b>
5.1. Il miglioramento della qualità all’interno delle organizzazioni sanitarie .....	49
5.2. Un set minimo regionale per la valutazione delle <i>performance</i> dal lato del cittadino...	50
5.3. Le connessioni con il nuovo processo di accreditamento .....	53
<b>ALLEGATI .....</b>	<b>57</b>
Allegato 1. Cronoprogrammi .....	59
Allegato 2. <i>Checklist</i> AgeNaS - Item selezionati dalla <i>checklist</i> per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero .....	61
Allegato 3. Set minimo RER: modifiche attuate nel corso della rilevazione RA 2015.....	85
Allegato 4. Evidenze CRIBA (area 2 della <i>checklist</i> ) .....	91



# 1. ELEMENTI DI CONTESTO

L'umanizzazione è identificata come un obiettivo del Servizio sanitario nazionale ribadito nell'ultimo **Piano sanitario nazionale 2006-2008** e confermato dal 2015 al 2017 quale obiettivo di **carattere prioritario** e di rilievo nazionale dallo Stato e dalle Regioni (Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015; Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 181/CSR del 26/10/2017).

Le Regioni/Province autonome sono inoltre state impegnate ad adeguare la propria **normativa sull'accreditamento** delle strutture sanitarie in funzione di alcuni requisiti fondamentali e omogenei a livello nazionale, tra i quali - appunto - l'umanizzazione (Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 32/CSR del 19/2/2015; Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 259/CSR del 20/12/2012; Delibera Giunta Regione Emilia-Romagna n. 1943 del 4/12/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie").

La Regione Emilia-Romagna (Direzione generale Cura della persona, salute e welfare) ha aderito al Progetto di Ricerca autofinanziata 2015 (promossa dall'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali - AgeNaS) "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", tramite la rilevazione da parte di *équipe* miste aziendali (composte da operatori e cittadini) della presenza/assenza di una serie di caratteristiche di qualità contenute all'interno di una *checklist*. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale è stata individuata quale referente tecnico-scientifico per il coordinamento delle attività inerenti al progetto.

Il progetto di AgeNaS si propone di promuovere una terza fase del ciclo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti, avviato con i due progetti di ricerca corrente (2010 e 2012), perseguendo i seguenti obiettivi:

- valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero pubbliche;
- mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione che possa, attraverso una rilevazione periodica (triennale), assicurare la disponibilità di informazioni per supportare le azioni delle Regioni/Province autonome, del Ministero della salute e delle organizzazioni dei cittadini;
- attivare una rete nazionale e regionale per la rilevazione periodica del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti.

## 1.1. Background

L'adesione della Regione Emilia-Romagna alla Ricerca autofinanziata 2015 è avvenuta in continuità con le attività di ricerca sviluppate nelle precedenti edizioni, in particolare la Ricerca corrente 2012 "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza" - promossa da AgeNaS e dall'Agenzia di valutazione civica - che aveva come obiettivo la revisione e l'adattamento alla realtà regionale di sistemi di valutazione già esistenti.

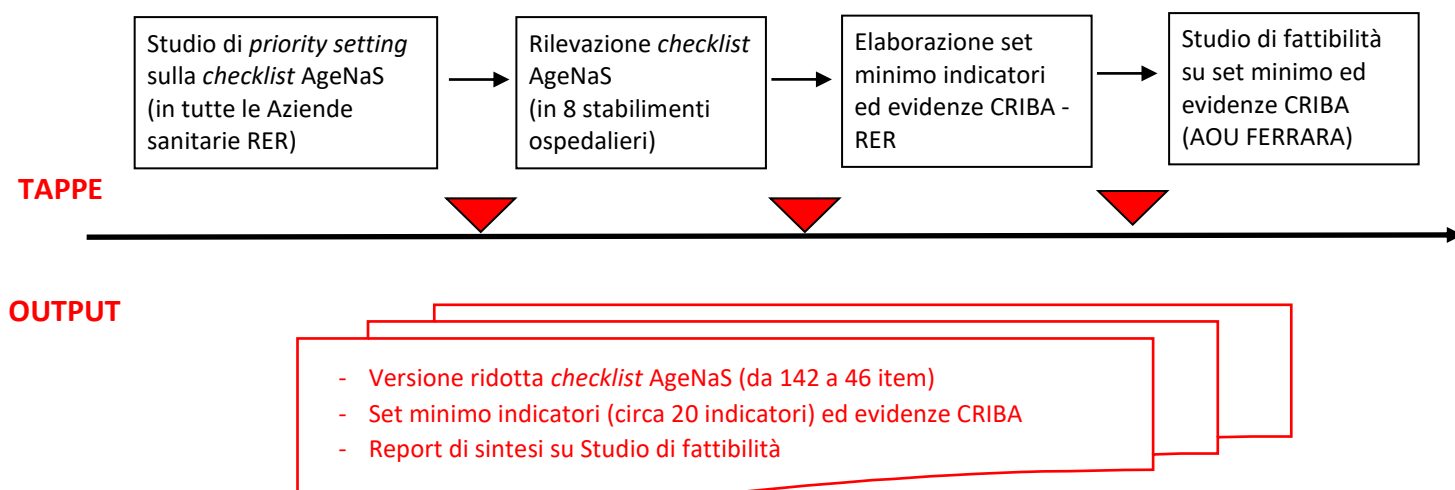
La Ricerca corrente 2012 ha consentito un adattamento del percorso proposto da AgeNaS alla realtà dell'Emilia-Romagna in base a elementi di fattibilità che potessero rendere replicabile la rilevazione nel tempo.

In particolare, sono state condotte alcune azioni cruciali (Figura 1):

- **riduzione del numero di *item* della *checklist* AgeNaS** tramite uno studio di *priority setting*. Il *priority setting* è stato svolto da *équipe* miste cittadini/operatori a cui è stato chiesto di mettere in ordine di importanza criteri e *item* (142 *item* contenuti nella *checklist* fornita da AgeNaS), attribuendo le priorità in base al grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. L'attribuzione è avvenuta con un metodo di *ranking* effettuato *online* su piattaforma Internet dedicata. Gli *item* risultati prioritari sono 40 (46 se si considerano le specifiche): da una loro lettura è sembrato che restituissero un disegno di valutazione coerente e sostenibile;
- **integrazione degli *item* della *checklist* AgeNaS con indicatori quantitativi** (principalmente proporzioni), per esplorare gli stessi ambiti di qualità in maniera quantificabile. L'analisi si è concentrata sui 46 *item* emersi come prioritari, al fine di trasformarli in indicatori. Per circa 20 di questi *item* è stato possibile definire: numeratore e denominatore, livello organizzativo su cui effettuare la misurazione (Azienda, UO, ...), tipo di indicatore (proporzione, media, ...), un possibile valore soglia. Per alcuni ambiti, soprattutto strutturali, il CRIBA (Centro regionale di informazione sul benessere ambientale) ha fornito dettagliati elenchi di criteri (evidenze CRIBA) che hanno aiutato a trasformare una valutazione prevalentemente qualitativa in una graduazione quantitativa;
- **conduzione di uno studio di fattibilità** (iniziato nel luglio 2015), che ha visto l'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara come primo campo di sperimentazione per la rilevazione degli indicatori contenuti nel set minimo in base alla procedura partecipata (*équipe* mista cittadini/operatori) proposta da AgeNaS. La rilevazione degli indicatori ha previsto tre modalità di acquisizione delle informazioni: esame documentale, osservazione diretta tramite sopralluogo, interrogazione database dedicati.

Gli esiti degli studi condotti sono stati consegnati all'Agenzia sanitaria e sociale regionale per un loro utilizzo nell'attuale Ricerca (RA 2015).

Figura 1. Fasi della precedente Ricerca corrente 2012 e output prodotti



## 1.2. La Ricerca autofinanziata 2015

La partecipazione della Regione Emilia-Romagna al Progetto AgeNaS è connotata da una serie di attività, finalizzate a validare un **set minimo di indicatori** di valutazione delle strutture di degenza dal punto di vista del cittadino, a partire dall'analisi e implementazione della **checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione nelle strutture ospedaliere** proposta da AgeNaS (*Figura 2 e Allegato 1*). In questo modo il set minimo potrà essere assunto in altri processi di programmazione e di valutazione, condotti dalla stessa Regione Emilia-Romagna (Piano sociale e sanitario, Piano strategico, Piano delle azioni, Obiettivi per le Aziende sanitarie, SIVER). Tale progetto si è pertanto affiancato alle attività di ascolto già in corso in regione, come ulteriore opportunità di arricchimento del sistema.

Le attività sviluppate dalla Regione Emilia-Romagna per la ricerca AgeNaS nel biennio 2016-2017 hanno riguardato la rilevazione da parte di *équipe* miste (composte da professionisti e cittadini) del grado di umanizzazione in 13 stabilimenti ospedalieri (*Tabella 1*) tramite gli strumenti qui anticipati e dettagliati nel Capitolo 2:

- *checklist* per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero
- set minimo di indicatori
- evidenze CRIBA per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

Durante la rilevazione, per ognuno degli strumenti sono stati compilati dei Diari di bordo contenenti eventuali criticità riscontrate.

**Tabella 1. Stabilimenti ospedalieri nei quali è stata condotta la procedura di rilevazione**

<b>AZIENDE/STABILIMENTI (n. posti letto)</b>
AUSL ROMAGNA (STABILIMENTO "INFERRMI" DI RIMINI: 558 p.l.)
AOU S. ANNA DI FERRARA (ARCISPEDALE S.ANNA/CONA: 710 p.l.)
AUSL FERRARA (STABILIMENTO DI CENTO: 157 p.l.)
AUSL IMOLA (STABILIMENTO "S. MARIA DELLA SCALETTA": 330 p.l.)
AUSL BOLOGNA (IRCCS/OSPEDALE "BELLARIA": 147 p.l.+108 p.l. Irccs)
AOU "S. ORSOLA" BOLOGNA (1.546 p.l.)
IOR (IRCCS - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI: 324 p.l.)
AOU POLICLINICO MODENA (691 p.l.)
AUSL MODENA (STABILIMENTO DI CARPI: 280 p.l.)
AUSL PARMA (STABILIMENTO DI FIDENZA: 254 p.l.)
AOU PARMA (OSPEDALI RIUNITI: 1.136 p.l.)
AUSL PIACENZA (STABILIMENTO "GUGLIELMO DA SALICETO": 559 p.l.)
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO "VILLA MARIA CECILIA" (200 p.l.)

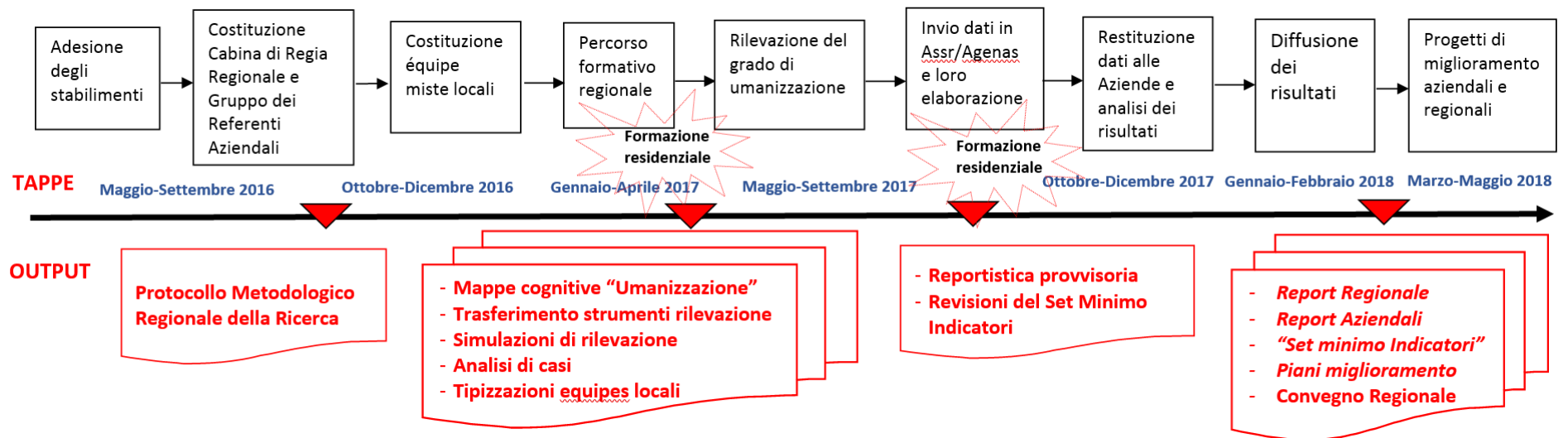
Fonte: Anagrafe Strutture sanitarie e sociosanitarie. Ultimo aggiornamento: 16/3/2016.

NB. Nel numero di posti letto sono inclusi quelli in regime di *day hospital*, *day surgery* e ricovero ordinario.

La Ricerca autofinanziata 2015 in Emilia-Romagna ha seguito le seguenti fasi, producendo in ogni fase alcuni prodotti (*Figura 2*):

- scelta degli stabilimenti nei quali condurre la rilevazione: ogni Azienda sanitaria (ad eccezione dell'Azienda USL di Reggio Emilia, che non ha aderito) ha candidato uno stabilimento ospedaliero;
- costituzione della Cabina di regia regionale e del Gruppo dei referenti aziendali;
- scelta e reclutamento dei componenti per le *équipe* miste locali;
- realizzazione del percorso formativo regionale rivolto alle *équipe* miste locali;
- rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere da parte delle *équipe* miste locali tramite gli strumenti predisposti;
- invio dei dati in Agenzia sanitaria e sociale regionale/Age.NaS, per l'elaborazione;
- restituzione dei dati alle Aziende e analisi dei risultati;
- diffusione dei risultati a livello aziendale e regionale;
- progettazione di eventuali azioni di miglioramento a livello aziendale e regionale.

**Figura 2. Fasi della Ricerca autofinanziata 2015 e output prodotti**



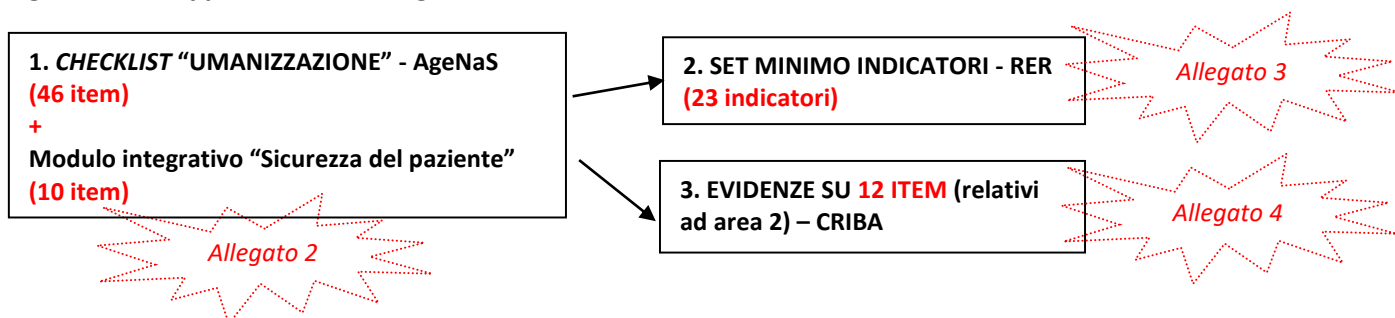


## 2. GLI STRUMENTI DELLA RILEVAZIONE E LA LORO INTERCONNESSIONE

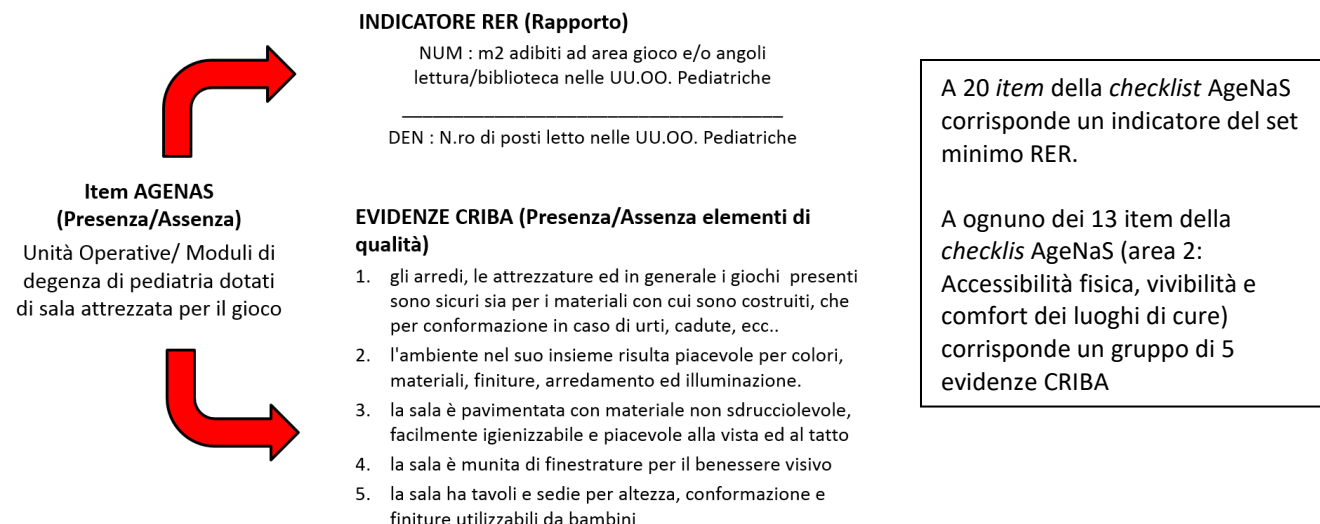
Nelle Figure 3 e 4 sono rappresentati gli strumenti utilizzati per la rilevazione partecipata dell'umanizzazione, in particolare:

1. *checklist* per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero (46 *item* selezionati e 10 *item* selezionati dal Modulo integrativo "Sicurezza del paziente") - AgeNaS
2. set minimo di indicatori (23 indicatori) - ASSR/Regione Emilia-Romagna
3. evidenze CRIBA per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero - ASSR/Regione Emilia-Romagna

**Figura 3. Rappresentazione degli strumenti di rilevazione utilizzati**



**Figura 4. Logica di interconnessione fra i tre strumenti: un esempio**

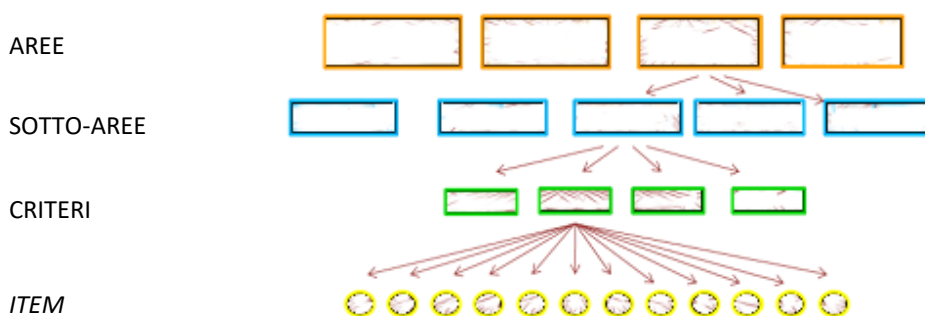


## 2.1. La *checklist* per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

La *checklist* rappresenta l'oggetto dell'adesione alla Ricerca autofinanziata 2015 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" (AgeNaS) (*Allegato 2*).

È una lista di controllo con una architettura ad albero (*Figura 5*), che contiene un elenco di *item* (*Figura 6*), vale a dire variabili quantitative e parametri qualitativi che registrano fenomeni ritenuti indicativi di "umanizzazione" nell'ambito di un singolo stabilimento di cura.

**Figura 5. Architettura ad albero della *checklist* per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero**



La *checklist* presenta al suo interno due tipologie di *item* distinti in base alla modalità attraverso la quale deve essere ricercata l'evidenza oggettiva che giustifica quanto affermato nella risposta data:

- *ITEM* DI OSSERVAZIONE DIRETTA per servizi o elementi che possono essere osservati direttamente;
- *ITEM* CON PROVE DOCUMENTALI che indicano le evidenze oggettive che devono essere fornite tramite documenti, atti, procedure scritte per elementi che potrebbero non essere direttamente osservabili.

Le risposte ai diversi *item* vengono espresse con modalità "chiuse":

- in termini dicotomici di PRESENZA-ASSENZA (nella maggior parte dei casi);
- con più di due modalità predefinite;
- in termini numerici di RAPPORTO

Nell'attuale edizione della ricerca, AgeNaS ha reso disponibile anche un modulo integrativo di 10 *item* sulla "Sicurezza del paziente".

Figura 6. Matrice della struttura di valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. Confronto fra versione completa (AgeNaS) e versione prioritizzata (RER)

Sezione 2 - Struttura della checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero													
AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri NAZIONALE	N. Criteri RER	N. Item NAZIONALE	N. Item RER	Totale Item NAZIONALE	Totale Item RER					
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	10	10	5	1	48	15					
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno			4	3							
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti			9	1							
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"			5	1							
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili			4	3							
		1.2.2 Rispetto della riservatezza			3	1							
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche			3	1							
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto			4	2							
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali			5	1							
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure			6	1							
	2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica			2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	9			9	3	1	46	11
					2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto					9	1		
		2.2 Logistica e segnaletica			2.2.1 Orientamento e segnaletica					2	1		
2.2.2 Percorsi interni			2	1									
2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	7	1									
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"	4	2									
		2.3.3 Comfort alberghiero	7	1									
2.4 Comfort generale della struttura		2.4.1 Comfort dei servizi comuni	8	2									
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa	4	1									
3 Accesso alle informazioni, semplificazioni e trasparenza		3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione	5	5		4	1		21	6		
	3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		3			2							
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8			1							
		3.2.2 Accesso alle informazioni	4			1							
		3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web	2			1							
4 Cura della relazione con il paziente/ cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	5	4	15	1	27	8					
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente			4	2							
	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino	5			4								
	4.2 Relazione con il cittadino	4.2.2 Accoglienza			2	1							
		4.2.3 Formazione del personale di contatto			1	0							
			29	28			142	40					

Nota. Il numero complessivo degli *item* presenti nella *checklist* di AgeNaS è di 142 (144 con i sotto-*item*), mentre quelli individuati come prioritari per la rilevazione in Emilia-Romagna sono 40 (46 con i sotto-*item*). All'interno della *checklist* sono stati individuati *item* che sono requisiti di accreditamento generali e specifici nel sistema regionale.

## 2.2. Il set minimo di indicatori RER: il percorso di definizione

La *checklist* AgeNaS è stata integrata con indicatori quantitativi (principalmente proporzioni), per esplorare gli stessi ambiti di qualità in maniera quantificabile. In questo modo è stato definito un set minimo di indicatori (*Allegato 3*), la cui rilevazione all'interno degli stabilimenti ospedalieri ha seguito la medesima procedura partecipata prevista per la *checklist*.

Il significato metodologico di questa operazione, dall'*item* "si/no" all'indicatore "0-100", può essere delineato nella seguente maniera:

- la rilevazione degli indicatori non sostituisce il riscontro tipo "visita ispettiva", ma si integra con essa;
- un indicatore che esplori lo stesso ambito di un *item* ne approfondisce l'esame;
- gli indicatori rendono confrontabili le organizzazioni fra di loro e permettono un monitoraggio di ogni organizzazione nel tempo;
- in alcuni casi è possibile che l'*item* accerti la presenza/assenza di una struttura o di un'opportunità, mentre l'indicatore esplora in maniera quantitativa aspetti come il risultato o l'utilizzo.

L'elaborazione del set minimo di indicatori ha comportato l'impegno della Cabina di regia regionale e del Gruppo dei referenti aziendali in un continuo processo di **elaborazione-sperimentazione di rilevazione-revisione**, alla luce dei rilevanti elementi di fattibilità e spendibilità presenti a livello locale. L'intento è stato quello di produrre degli indicatori che consentissero sia di misurare effettivamente i fenomeni e le caratteristiche di qualità suggerite dagli *item* della *checklist*, sia di condurre le misurazioni con gli strumenti (flussi aziendali e regionali) già esistenti.

Per ciascuno degli *item* della *checklist* ritenuti prioritari, si è tentato di definire dei criteri di calcolo a rapporto e di valutazione:

- numeratore e denominatore
- livello organizzativo su cui effettuare la misurazione: Azienda, UO, ...
- tipo di indicatore: proporzione, media, ...
- un possibile valore soglia (che attualmente può essere definito solo in relazione alla media regionale rilevata)

In Allegato 3 sono riportati il set minimo e la procedura di revisione attuata: emerge come a partire dai 46 *item* della *checklist* AgeNaS non sia stato possibile pervenire alla produzione di un indicatore a rapporto per ogni *item*, sia per la natura stessa della caratteristica da rilevare (ad esempio, la presenza di un bar non può essere declinata con un rapporto numerico) sia per l'assenza e la non omogeneità dei flussi informativi da cui raccogliere i dati.

La procedura di rilevazione del set minimo nei 13 stabilimenti (oggetto di sperimentazione della presente Ricerca) ha rappresentato un importante elemento per la revisione degli indicatori elaborati dalla Cabina di regia, in quanto ha consentito di individuare gli elementi di fattibilità e di efficacia. Le informazioni rilevate hanno permesso di ridurre ulteriormente il numero degli indicatori.

### 2.3. Le evidenze CRIBA (area 2 della *checklist*) e il percorso di lavoro partecipato

Dal 2015 il Centro regionale di informazione sul benessere ambientale dell'Emilia-Romagna è stato coinvolto all'interno del Gruppo dei referenti aziendali e della Cabina di regia regionale, con la finalità di acquisire pareri e suggerimenti in relazioni agli *item* della *checklist* dell'area 2 "Accessibilità, vivibilità e comfort dei luoghi di cura", relativi allo spazio costruito delle strutture sanitarie.

Compreso il mandato della Ricerca nonché le richieste sull'applicazione della normativa tecnica in relazione ai suddetti *item*, i referenti del CRIBA hanno esplicitato il *framework* teorico e valoriale di riferimento del loro servizio, partendo dai diritti sanciti dalla Convenzione ONU, ratificata dallo Stato Italiano con la Legge 18/2009, e dalla legge 67/2006. Per meglio chiarire l'approccio, si riporta un breve stralcio della prima relazione, del 17/12/2014.

*Lo scopo di questo documento è di definire il termine **umanizzazione** riferito all'ambiente costruito, nel presente caso alle strutture di ricovero e cura. Oggi non parliamo più e solo di accessibilità, bensì di **inclusione** di tutti/e nei differenti luoghi dell'abitare che, per dirsi includenti, debbono sempre consentire a chiunque di esperirli in modo autonomo e con soddisfazione. Quando si approccia alle caratteristiche ambientali, pertanto, più che di umanizzazione si parla di **benessere ambientale**.*

Le varie normative cogenti, fra le quali le due sopra menzionate, e i riferimenti culturali forniscono quindi una visione inedita - per meglio dire "olistica", ricomprendendo i temi dell'accessibilità, vivibilità e comfort nella più ampia dimensione del

*ben-vivere e del bene-stare di tutti/e, ossia dell'usabilità dei luoghi con agio, soddisfazione e traendone godimento.*

Si ribadisce ancora:

*Tale trasformazione ha di fatto superato la possibilità della prescrizione a favore della **prestazione ambientale ed oggettuale**. Non solo, lo stesso DM 236/1989, con quanto contenuto all'art. 7.2, prevede la possibilità di migliorare in termini prestazionali ciò che la norma stabilisce come prescrizioni minime (n.d.r.: non massime). La prestazione si basa su criteri di vivibilità complessiva che vanno a definire di volta in volta ogni singolo spazio, attrezzatura, arredo ed oggetto in uso, creando un sistema ambientale coeso e riconoscibile."*

Alla luce di questa nuova prospettiva è stata condotta una prima riflessione sui singoli *item* della *checklist* AgeNaS, al fine di meglio individuare la modalità di loro elaborazione e valutazione, dove veniva evidenziata la necessità di approfondimenti qualitativi degli *item* strutturali individuati.

A seguire questo primo avanzamento di lavoro, in accordo con i Referenti aziendali e la Cabina di regia, il CRIBA-ER ha elaborato una proposta nella quale ad ogni singolo *item* della *checklist* assegnava le cosiddette **evidenze CRIBA** per meglio valutare la qualità dell'ambiente. Ad esempio, per l'*item* 51.1 (Presenza di un piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali) sono state elaborate 29 evidenze selezionate dal CRIBA come prioritarie.

Successivamente, valutando la difficoltà della rilevazione e della successiva valutazione, è stato ridotto il numero di "evidenze CRIBA" fino ad un **massimo di cinque per singolo item**, risultato ottenuto tramite il coinvolgimento e la consultazione diretta del Gruppo dei referenti aziendali e della Cabina di regia.

La lista delle evidenze CRIBA (*Allegato 4*) collegate agli *item* (contenuti nell'area 2 della *checklist*) è stata oggetto di valutazione della presente Ricerca, tramite osservazione diretta all'interno degli stabilimenti da parte delle *équipe* miste (appositamente formate al compito).



### 3. ELEMENTI PER LA SOSTENIBILITÀ ORGANIZZATIVA DELLA RICERCA

#### 3.1. Le *équipe* miste locali: il valore aggiunto della ricerca

Le *équipe* miste locali si possono considerare il valore aggiunto della ricerca; esse hanno avuto il compito di condurre le attività connesse alla rilevazione degli *item* all'interno delle Aziende sanitarie che hanno aderito, sotto il coordinamento del referente aziendale appositamente individuato.

Per la costituzione dell'*équipe* operativa i Comitati consultivi misti hanno rappresentato un punto di riferimento, di pratica del dialogo e di sviluppo della cultura collaborativa tra servizi/organizzazione e cittadini/associazioni, e pertanto sono stati l'interlocutore privilegiato per lo sviluppo di percorsi di partecipazione. Tuttavia, nelle Aziende in cui lo si è ritenuto opportuno il processo partecipativo è stato ampliato anche ad altri gruppi di cittadini (sindacati degli anziani, associazioni che operano nell'assistenza sanitaria, ecc.), tenendo conto delle specificità locali e coinvolgendo in ciò i CCM medesimi.

I criteri suggeriti per la composizione dell'*équipe* locale sono stati:

- presenza di almeno due cittadini;
- composizione mista con il 50% di operatori e il 50% di cittadini;
- numero adeguato alla complessità della struttura sanitaria, da un minimo di 4 componenti a un massimo di 12 componenti.

Le *équipe* sono composte in maniera variabile da una Azienda all'altra (Tabella 3):

- referente aziendale (e collaboratori) della ricerca
- referenti Uffici di Staff (Urp, Qualità, Gestione del rischio, Ufficio Tecnico, Accoglienza, ...)
- componenti dei Comitati consultivi misti aziendali (cittadini e operatori)
- altri *stakeholder* (es. membri delle associazioni di volontariato attive all'interno delle Aziende)
- operatori (medici e infermieri) di specifiche UU.OO appartenenti allo stabilimento oggetto di rilevazione.

Tabella 3. Composizione delle *équipe* miste locali RER

CITTADINI	ASSOCIAZIONI	PROFESSIONISTI
66	39	77

A.P.T. - Associazione pazienti tiroidei, ADISCO, AISM, AISTOM, ALICE, ALZHEIMER, AMA, AMICA, ANTEAS, ARIP Fidenza, ASA97, Ass. Il Seno di poi, Associazione "Il sogno di Lucrezia", Associazione A.M.A.C.I. -Genitori e Amici Chirurgia Pediatrica Gozzadini "Onlus", Associazione AIPA Pazienti Anticoagulati, Associazione Arcobaleno, Associazione Parkinsoniani, AUSER, AVIS/AIDO, AVO, CISL Pensionati, Cosmohelp, Croce blu, Croce Rossa Italiana, DDM - Difensore per Diritti del Malato, Federconsumatori, GAPS, Gruppo volontari IOR, LILT, Penso (Per non soffrire), Perledonne, Porta aperta al carcere, SPI CGIL, TDM – Cittadinanzattiva, UDI, VASP, Vita che rinasce, Associazione "Bimbo Tu", Associazione "Senodi poi"

18 medici  
27 infermieri  
20 amministrativi (Uffici di staff)  
12 altre professioni (uffici di staff)

### 3.2. I referenti civici regionali e la Cabina di regia regionale

Nell'attuale edizione di ricerca è stata introdotta la figura del **referente civico regionale** (in Emilia-Romagna all'interno del Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino - CCRQ sono stati scelti tre referenti, 1 per ogni Area vasta); si tratta di cittadini esperti nella partecipazione civica che, prendendo parte alla Cabina di regia regionale, affiancano, aiutano e sostengono il referente scientifico regionale nell'opera di coinvolgimento dei cittadini. In Figura 7 viene definito il ruolo del referente civico.

**Figura 7. Ruolo del referente civico regionale**

#### AGISCE CON UN TRIPLICE RUOLO

1. è un “**facilitatore**” in grado di raccogliere eventuali problematiche provenienti dal versante civico e favorendo la costruzione di risposte adeguate ed efficaci;
2. è un “**agente tecnico**”, vale a dire agevola il lavoro delle equipe locali sul versante metodologico interfacciandosi con loro nella valutazione e condivisione delle evidenze;
3. è un attore “**politico**” che, rispettando le prerogative e il ruolo del Referente Regionale, supporta l'interlocuzione con le direzioni aziendali, media tra la componente civica e quella aziendale, si impegna nel seguire anche le fasi successive alla valutazione.

In particolare, l'azione dei referenti civici regionali ha assicurato la presenza “attiva” dei cittadini nelle diverse fasi del processo valutativo, in accordo con il referente regionale. In particolare, essi hanno:

- collaborato alle attività della Cabina di regia regionale, assicurando la rappresentanza della componente civica;
- promosso la rappresentanza, la partecipazione e il ruolo dei cittadini nelle *équipe* locali, per le attività di raccolta dei dati nelle strutture sanitarie;
- supportato l'organizzazione dei corsi regionali di formazione per le *équipe* locali e partecipato alle attività formative;
- supportato, laddove necessario, l'organizzazione e il coordinamento delle visite presso le strutture sanitarie coinvolte (mettendosi a disposizione delle *équipe* locali per chiarimenti sull'utilizzo della *checklist* e per necessità ulteriori di formazione);
- facilitato la collaborazione tra componente civica e aziendale delle *équipe* locali;
- supportato il referente regionale nel favorire la diffusione dei dati raccolti;
- favorito l'inclusione del punto di vista dei cittadini nella definizione dei Piani di miglioramento a livello regionale.

La **Cabina di regia regionale** rappresenta invece un organismo di coordinamento del progetto. In Emilia-Romagna essa è stata composta da:

- Agenzia sanitaria e sociale regionale (3 referenti)<sup>1</sup>
- Direzione generale Cura della persona, Salute e welfare (1 referente)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vittoria Sturlese (responsabile scientifico), Giovanni Ragazzi (supporto metodologico), Michele Dal Pozzo (integrazione con i requisiti del processo di accreditamento).

<sup>2</sup> Servizio Presidi ospedalieri –Ottavio Nicastro (raccordo con la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare).

- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (2 referenti)<sup>3</sup>
- Aziende sanitarie (11 referenti aziendali)<sup>4</sup>
- referenti civici regionali - 3 referenti scelti dal CCRQ - Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi dalla parte dei cittadini<sup>5</sup>
- CRIBA – Centro regionale di informazione sul benessere ambientale<sup>6</sup>

Il gruppo ha svolto funzioni di coordinamento e di servizio alla realizzazione del progetto, presidiando sia gli elementi di contenuto e metodo sia gli elementi di sostenibilità aziendale dell'indagine. In particolare, ha collaborato alle seguenti azioni:

- perfezionamento della *checklist* AgeNaS e del set minimo di indicatori RER prima della rilevazione;
- progettazione e organizzazione del corso di formazione regionale rivolto alle *équipe* miste locali;
- assistenza al processo di analisi dei risultati e alla loro divulgazione a livello regionale e locale;
- validazione del set minimo e scelta degli indicatori rilevanti per la Regione Emilia-Romagna agli obiettivi di *policy* regionale;
- creazione banca dati regionale delle buone pratiche.

### 3.3. I moduli formativi rivolti alle *équipe*

Le *équipe* miste hanno seguito uno specifico addestramento e si sono avvalse dell'assistenza tecnica dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (Progetto Innovazione sociale e Funzione Formazione), della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare (Servizio Assistenza ospedaliera) e del CRIBA (Centro regionale di informazione sul benessere ambientale) per presidiare tutti i passaggi della rilevazione.

La formazione rivolta ad ogni Area vasta è stata organizzata come di seguito riportato:

- una **giornata d'avvio** rivolta a tutta l'*équipe* locale, nella quale sono stati affrontati i seguenti temi: inquadramento della ricerca, metodologia di rilevazione partecipata, focus su set minimo di indicatori per la valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, focus su "accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura", focus su "sicurezza del paziente", lettura/esame della *checklist* in gruppi di lavoro, domande e osservazioni sulla metodologia e sulla *checklist* in plenaria, domande e osservazioni sull'organizzazione locale delle attività di rilevazione da parte delle singole *équipe*;
- una **seconda giornata** dedicata in parte alla condivisione del "costrutto teorico di umanizzazione" proposto da AgeNaS, in parte alle evidenze CRIBA, in relazione al tema del benessere ambientale rivolta a tutte le *équipe* locali coinvolte (mattino), e alla simulazione della rilevazione direttamente sul campo, ovvero all'interno della struttura ospedaliera individuata (Parma, Bologna e Rimini), a cui hanno partecipato due membri di ogni *équipe* locali coinvolte, suddivisi in sottogruppi di lavoro ognuno affiancato e coadiuvato da un tecnico CRIBA;

<sup>3</sup> Sezione qualità e Accreditamento –Sara Carzaniga e Giorgia Duranti (riferimento di progetto a livello nazionale).

<sup>4</sup> Giovanna Campaniello e Maria Puddu (Azienda ospedaliero-universitaria di Parma), Giuseppina Bergamini e Vanessa Vivoli (Azienda USL di Modena), Laura Biagetti (Azienda USL di Bologna), Filippo Caniglia e Anna Pavani (Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna), Francesca Bravi e Giorgia Valpiani (Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara), Nunzia Boccaforno e Alessandra Affatato (Azienda USL Romagna).

<sup>5</sup> Giuseppina Poletti (CCM - Azienda USL di Parma), Gabriella Fabbri (CCM, Azienda USL Romagna) e Remo Martelli (CCM, Azienda USL di Imola).

<sup>6</sup> Piera Nobili.

- una **terza giornata**, successiva alla fase di rilevazione, dedicata ad approfondire gli aspetti relazionali del lavoro svolto nelle *équipe* miste.

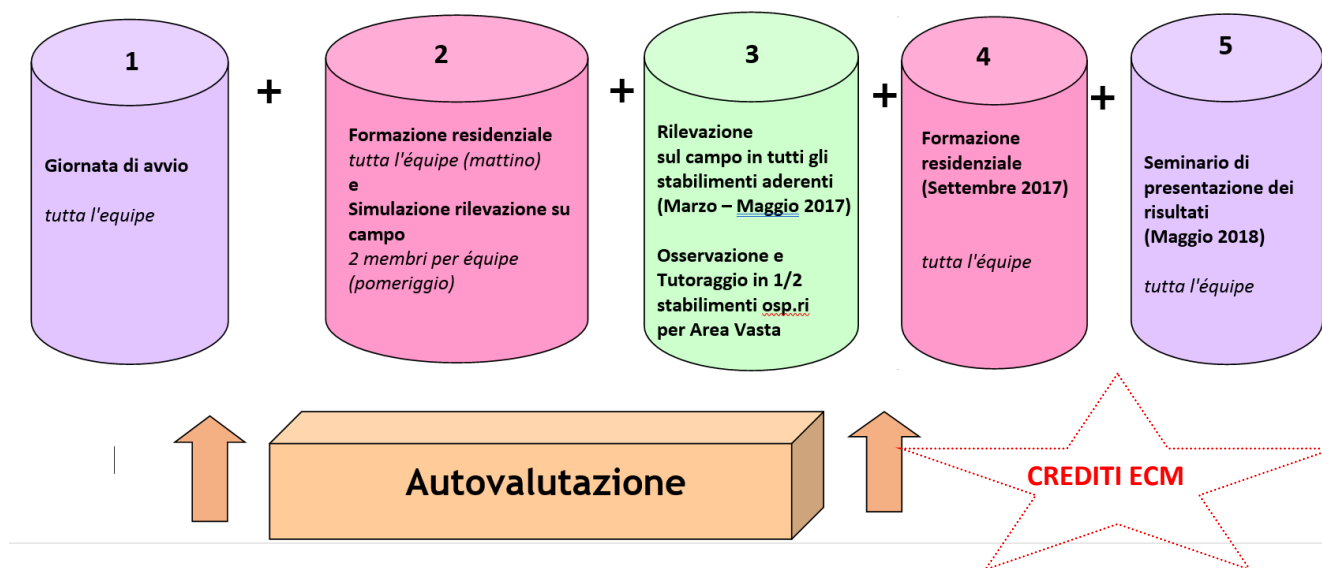
In questa edizione della ricerca si è scelto di effettuare un maggiore investimento nella formazione rivolta ai componenti delle *équipe* miste locali per verificare il loro effettivo valore aggiunto. Il progetto formativo realizzato ha consentito di approfondire maggiormente:

- la conoscenza del metodo e degli strumenti da utilizzare;
- la concettualizzazione di un costrutto di umanizzazione condiviso a livello regionale;
- la cura degli aspetti di clima relazionale all'interno delle *équipe*, superando i rispettivi ruoli dei componenti (operatori e cittadini);
- l'utilizzo in pratica degli strumenti tramite simulazioni di rilevazioni in loco propedeutiche alle rilevazioni locali.

Sono state utilizzate diverse metodologie formative quali lavori in plenaria e in piccoli gruppi, laboratori esperienziali (*role playing*, simulazioni della rilevazione sul campo), supervisione e analisi dei casi.

Il percorso condotto ha portato a un consolidamento nelle *équipe* locali dei presupposti teorici e tecnici ma soprattutto di quelli motivazionali, necessari a supportare fattivamente (e non formalmente) le diverse fasi della ricerca.

**Figura 8. Struttura del progetto formativo rivolto alle équipes miste locali**



## 4. I RISULTATI DELLA RILEVAZIONE

Di seguito vengono presentati i risultati della rilevazione condotta tramite gli strumenti *checklist* per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, set minimo di indicatori RER ed evidenze CRIBA.

### NOTA METODOLOGICA PER LA LETTURA DEI DATI

Prima di commentare i dati è opportuno esplicitare gli elementi che ne consentono una corretta lettura in relazione al contesto oggetto di valutazione (*Figura 9*).

- **Checklist AgeNaS (colore verde)**  
la media è calcolata sugli *item* che presentano, nella maggior parte dei casi, una modalità di risposta dicotomica, nella quale alla risposta “no” viene attribuito punteggio “0”, alla risposta “sì” viene attribuito punteggio “10” (solo in pochi casi la risposta sì viene declinata con tre opzioni e corrispondente punteggio 5, 7,5 e 10) e alla risposta “non pertinente” non viene attribuito alcun punteggio. **Il punteggio medio regionale è rappresentato dalla media delle 13 strutture ospedaliere che hanno condotto la rilevazione.**
- **Set minimo di indicatori RER (colore azzurro)**  
si tratta di una sperimentazione finalizzata alla revisione e validazione degli indicatori in base a elementi di fattibilità, validità e affidabilità. Le informazioni rilevate non verranno utilizzate per fare confronti fra le Aziende. Per tale motivo saranno presentati solo i valori regionali. I valori presentati sono il risultato medio del rapporto a livello regionale e risentono ancora di una forte disomogeneità per modalità e fonti di rilevazione locale, e per mancata standardizzazione.
- **Evidenze CRIBA - area 2 (colore giallo)**  
si tratta di una sperimentazione finalizzata sia a fornire informazioni di qualità aggiuntive a livello aziendale (rispetto a quelle rilevate con la *checklist*) sia a valutare il livello medio regionale di risposte affermative fornite alle singole evidenze (per definire uno standard). Le evidenze CRIBA possono essere molto utili ai fini di una restituzione aziendale.

La Figura 10 fornisce una prima fotografia generale, presentando i punteggi medi complessivi aziendali su tutti gli *item* della *checklist* AgeNaS e confronto con la media regionale. Occorre tenere conto che le strutture ospedaliere presentano caratteristiche di alta variabilità e differenziazione – ad esempio, fra ospedali di grandi dimensioni, spesso sede di centri *Hub* metropolitani (le Aziende ospedaliero-universitarie) e ospedali di piccole dimensioni e sede di centri *Spoke* a livello distrettuale (stabilimenti ospedalieri che sono parte delle Aziende USL); fra stabilimenti pubblici e cliniche private accreditate (che ospitano poche e definite specialità); fra stabilimenti che sono strutturalmente edificati a “padiglioni” e altri invece a “monoblocco”.

Figura 9. Esempio per una corretta lettura dei dati

72.1 AGENAS	Unità Operative/Moduli di degenza di pediatria dotati di sala attrezzata per il gioco	MEDIA AGENAS (RANGE: 0-10): 9,3
SET MINIMO RER	m2 adibiti ad area gioco e/o angoli lettura/biblioteca nelle UU.OO. Pediatriche/N.ro di posti letto nelle UU.OO. Pediatriche	3,04 (RANGE: 0,6-7,79)
72.1.1	gli arredi, le attrezzature ed in generale i giochi presenti sono sicuri sia per i materiali con cui sono costruiti, che per conformazione in caso di urti, cadute, ecc.	SOMMA SI'/MEDIA CRIBA: 4,15
72.1.2	l'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento ed illuminazione	
72.1.3	la sala è pavimentata con materiale non sdruciolevole, facilmente igienizzabile e piacevole alla vista ed al tatto	
72.1.4	la sala è munita di finestrate per il benessere visivo	
72.1.5	la sala ha tavoli e sedie per altezza, conformazione e finiture utilizzabili da bambini	

I 13 stabilimenti sono dotati di sale attrezzate per il gioco nelle UUOO di Pediatria (media=9,3)

In media nei 13 stabilimenti 3,04 m2/ogni posto letto sono dedicati ad area attrezzata per il gioco

Le aree attrezzate per il gioco nei 13 stabilimenti presentano almeno 4 delle evidenze Criba

Figura 10. Punteggi medi complessivi per struttura ospedaliera e RER (checklist AgeNaS)

Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	Punteggio medio item selezionati dalla checklist Umanizzazione
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	↑ 9,1
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	↑ 9,1
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	↑ 8,2
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	↑ 9,0
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	↓ 6,8
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	↑ 8,9
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFERMII" RIMINI	↑ 8,4
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	↑ 8,1
PR	PARMA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	↑ 8,9
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	↑ 8,1
FE	FERRARA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	↑ 8,9
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	↑ 8,0
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	↑ 9,0
EMILIA-ROMAGNA (13 strutture)			8,5

Rispetto alla **checklist Umanizzazione** il punteggio medio regionale (8,5) mostra un alto livello di *performance* di tutto il sistema.

L'analisi dei punteggi per singolo stabilimento ospedaliero evidenzia tre tipologie di *performance*: un **primo gruppo**, composto da 7 stabilimenti con valori che superano la media regionale; un **secondo gruppo**, composto da 5 stabilimenti con valori molto vicini al punteggio regionale; **uno stabilimento** che presenta un valore al di sotto della media regionale seppure superi la "sufficienza".

#### 4.1. Area 1 – Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto della persona

All'interno dell'Area 1 sono oggetto di valutazione tutti gli aspetti di funzionalità organizzativa finalizzati al riconoscimento e al rispetto dell'identità della persona, nella considerazione che la condizione di base (cioè il ricovero ospedaliero) che vivono le persone (sia pazienti sia familiari) già le sottopone a una condizione di fragilità e a un completo stravolgimento dei luoghi, dei tempi e delle abitudini di vita (*Tabella 4 e Figura 11*).

All'organizzazione sanitaria viene chiesto di considerare e dare spazio a quelli che nelle Carte dei diritti europee (del malato e del bambino) sono considerati "diritti esigibili", per evitare la "de-personalizzazione" delle cure e il relativo impatto negativo (ormai dimostrato in letteratura) sulle condizioni di salute. In particolare, gli aspetti considerati rilevanti sono:

- fragilità fisica, psicologica e sociale;
- bisogno di socialità e di continuità nelle abitudini di vita;
- bisogno di supporto relazionale e affettivo (in particolare da parte dei bambini ricoverati);
- rispetto delle differenze linguistiche, culturali e religiose;
- rispetto della riservatezza;
- diritto a un adeguato trattamento delle condizioni di dolore fisico, dovuto alla condizione patologica e/o ai trattamenti sanitari ricevuti;
- diritto a un accompagnamento dignitoso nella fase di fine vita.

In generale i punteggi medi registrati dagli item contenuti nell'Area 1 della *checklist* risultano elevati sia a livello regionale sia per singola struttura (*Figura 11*)

- **7 item su 17 presentano il punteggio massimo (=10)**
- **6 item su 17 presentano un punteggio fra 8 e 10**
- **1 solo item presenta un punteggio basso (<2,5)**

Merita una valutazione specifica l'**item n. 29** "Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità operativa di medicina generale", che ha registrato un basso valore (1,8). Sia durante le visite in loco sia in sede di analisi e commento dei dati con i referenti aziendali e in Cabina di regia regionale, è emerso che in generale la stanza non è specificamente dedicata ai pazienti terminali ma è prassi spostare in altra stanza il paziente terminale o chi è in stanza con lui.

I pazienti terminali, i loro parenti e amici necessitano di un luogo che sappia accompagnare l'uno al fine vita sostenuto dalle terapie palliative e del dolore, gli altri alla perdita di una persona cara; le prassi in uso all'interno delle Aziende sposano una idea di umanizzazione che prevede la gestione della fase terminale in luoghi diversi dall'ospedale, presenti sul territorio (ad esempio il proprio domicilio o l'*hospice*).

L'analisi dell'**item n. 25** evidenzia che in 6 strutture su 13 non è presente "materiale (depliant, modulo, ecc.) per informare coloro che accedono al Pronto soccorso (se coscienti e capaci) della possibilità di fornire indicazioni circa i soggetti che possono essere informati della prestazione di Pronto soccorso".

Le riflessioni sviluppate durante gli incontri regionali (Cabina di regia e Gruppo dei referenti aziendali) in merito agli *item*/indicatori dell'area 1 hanno indirizzato la decisione verso una serie di proposte migliorative:

- modificare alcuni *item* della *checklist*, in particolare accorpate in un solo *item* e relativi indicatori i numeri 31 e 38 riferiti ai servizi di interpretariato e mediazione, in quanto in alcune Aziende il servizio di mediazione culturale svolge entrambe le funzioni;
- eliminare alcuni indicatori dal set minimo RER, in particolare il n. 1 sulla presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici (per le difficoltà incontrate nella rilevazione) e il n. 29 (per la non completa pertinenza della sua rilevazione all'interno delle strutture ospedaliere);
- riformulare gli indicatori 20.1, 20.2, 20.3 relativi al dolore. L'indicatore così formulato non si presta a una valutazione accurata del fenomeno, in quanto la dicitura "adeguato controllo del dolore" potrebbe essere interpretata in maniera diversa. Inoltre, nelle realtà che ancora non hanno una gestione informatizzata delle cartelle cliniche, la rilevazione può essere impegnativa per organizzazione e calcolo;
- elaborare eventuali azioni di miglioramento di livello regionale, in riferimento alle criticità riscontrate negli *item* n. 1 e n. 29.

**Tabella 4. Punteggi medi complessivi RER - area 1**

legenda  checklist AgeNaS  set minimo RER  evidenze CRIBA

NUM	TESTO <i>ITEM</i> AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA <sup>7</sup>	VALORI RILEVATI
<b>1 AGENAS</b>	Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici	8,6 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. consulenze psicologiche eseguite/N. pazienti ricoverati con diagnosi oncologica	0,82 (range: 0,18-2,08; DS: 0,53)
<b>7 AGENAS</b>	Presenza di progetti / attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/adolescente	8,9 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. pazienti in età scolare (5/10 anni scuola primaria, 11/14 anni scuola secondaria di primo grado) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza, che hanno usufruito di progetti/attività scolastica /N. pazienti in età scolare (5/10 anni scuola primaria, 11/14 anni scuola secondaria di primo grado) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza	0,64 (range: 0,13-1; DS:0,38)
<b>8 AGENAS</b>	Presenza di uno o più progetti/ attività per favorire le esigenze ludiche del bambino e promuoverne le emozioni positive	9,1 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. ore dedicate in una settimana a progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino da parte di associazioni di volontariato operanti in ambito pediatrico / 7 giorni	3,95 (range: 0,34-16,58; DS: 4,71)
<b>9.1 AGENAS</b>	Orario di visita della struttura sanitaria nei giorni feriali	7,7 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. ore di apertura giornaliera di ciascuna UO (giorni feriali) / totale UUOO di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione	4,54 (range: 0,07-11,65; DS:3,86)
<b>13 AGENAS</b>	Possibilità per un genitore di assistere il proprio figlio ricoverato senza limiti di orario	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. di posti letto con dotazione di poltrona-letto per genitore nelle UUOO pediatrie / N. posti letto nelle UUOO pediatrie	0,95 (range:0,55-1; DS:0,14)
<b>20.1 AGENAS</b>	Adozione di linee guida e/o protocolli per il trattamento del dolore nell'UO di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica-livello a media intensità di cure	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. pazienti con adeguato controllo del dolore (scala di misurazione) entro 24h. / N. totale pazienti ricoverati nello stesso periodo	0,95 (range:0,62-1; DS: 0,11)
<b>20.2 AGENAS</b>	Adozione di linee guida e/o protocolli per il trattamento del dolore nell'UO di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. pazienti con adeguato controllo del dolore (scala di misurazione) entro 24h / N. totale pazienti ricoverati nello stesso periodo	0,95 (range: 0,73-1; DS: 0,09)

<sup>7</sup> In Tabella 4 vengono riportati i valori rilevati solo per quegli *item* della *checklist* che è stato possibile trasformare in un corrispettivo indicatore “set minimo RER” o gli *item* per i quali sono state elaborate delle evidenze CRIBA.

NUM	TESTO <i>ITEM</i> AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA	VALORI RILEVATI
<b>20.3 AGENAS</b>	Adozione di linee guida e/o protocolli per il trattamento del dolore nelle UUOO / Moduli di degenza per pazienti oncologici	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. pazienti con adeguato controllo del dolore (scala di misurazione) entro 24h / N. totale pazienti ricoverati nello stesso periodo	0,94 (range: 0,73-1; DS: 0,11)
<b>29 AGENAS</b>	Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità operativa di medicina generale / Modulo di degenza di Area funzionale medica-livello a media intensità di cure	1,8 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	Numero di stanze riservate per pazienti terminali nelle UUOO Medicina Generale/totale stanze presenti nelle UUOO Medicina Generale	0,11 (range: 0-0,63; DS: 0,22)
<b>CRIBA</b>	È presente un bagno ad uso esclusivo della camera, accessibile e usabile per persone con disabilità fisiche e sensoriali	2,77 (somma sì/media CRIBA)
<b>CRIBA</b>	La superficie della stanza consente l'uso di un letto per il <i>caregiver</i> familiare, senza compromettere la mobilità interna con ausili alla mobilità e con attrezzature sanitarie.	
<b>CRIBA</b>	Il letto permette la regolazione della rete mediante motorizzazione e i comandi sono fruibili dal paziente	
<b>CRIBA</b>	Gli interruttori di camera e il campanello di chiamata sono facilmente raggiungibili dal paziente allettato	
<b>CRIBA</b>	Sono presenti finestrate che garantiscono il benessere visivo, ossia la possibilità di guardare l'esterno anche da sdraiati o seduti	
<b>31 AGENAS</b>	Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)	10
<b>SET MINIMO RER</b>	Numero di richieste per assistenza di interprete evase/anno	2.305,27 (range: 4-17.000; DS: 3.750,39)
<b>38 AGENAS</b>	Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)	10
<b>SET MINIMO RER</b>	Numero di richieste per assistenza di mediatore evase/anno	1.673,08 (range: 0-7.870; DS: 2.481,87)
<b>44 AGENAS</b>	Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc.)	9,2 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	Numero di Unità operative nelle quali sono presenti una o più procedure operative (software, <i>checklist</i> dimissioni, case manager o operatore di riferimento), attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ecc.) / totale UUOO di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione	1

**Figura 11. Punteggi per struttura ospedaliera e “media” RER per singolo item della checklist AgeNaS (area 1)**

			Area 1																
			Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona																
Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	1	7	8	9.1	13	20.1	20.2	20.3	24	25	26	29	31	34	37	38	44
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	10	NP	0	5	10	10	10	10	10	0	10	0	10	10	10	10	10
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	10	0	10	10	10	10	10	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	10	10	10	10	10	10	10	10	NP	NP	5	0	10	10	10	10	10
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	NP	NP	NP	5	NP	10	10	NP	10	0	10	0	10	10	0	10	10
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	10	NP	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFIRMI" RIMINI	5	10	10	10	10	10	10	10	10	0	5	0	10	10	10	10	10
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	NP	NP	NP	5	NP	NP	10	NP	NP	NP	10	NP	10	10	0	10	0
PR	PR	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	5	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	0	10	10
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	5	10	10	10	10	10	10	10	0	0	10	0	10	10	10	10	10
FE	Ferrara	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	10	10	10	5	10	NP	10	10	NP	0	10	NP	10	10	0	10	10
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10
PUNTEGGIO MEDIO per ITEM			8,6	8,9	9,1	7,7	10,0	10,0	10,0	10,0	8,0	4,5	9,2	1,8	10,0	10,0	6,9	10,0	9,2

**13.** Possibilità per un genitore di assistere senza limiti di orario il proprio figlio ricoverato  
**20.1, 20.2, 20.3.** Adozione di linee guida e/o protocolli per il trattamento del dolore nelle UUOO di medicina generale, chirurgia generale, oncologia

**25.** Presenza di materiale (depliant, modulo, ecc.) per informare coloro che accedono al Pronto Soccorso (se coscienti e capaci) della possibilità di fornire indicazioni circa i soggetti che possono essere informati della prestazione di Pronto Soccorso

**29.** Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella UO di medicina generale

**31.** Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete  
**34.** Possibilità di assistenza religiosa per cattolici  
**38.** Possibilità di usufruire della assistenza di un mediatore

## 4.2. Area 2 – Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura

Per quanto riguarda le dimensioni di qualità dell'area 2 è stato possibile condurre un'analisi degli *item*, dando evidenza anche delle informazioni raccolte tramite il set minimo rispetto ai quali sono state sviluppate le evidenze da CRIBA (*Tabella 5 e Figura 12*).

In generale nell'analisi e valutazione dei risultati sono emerse, più che negli altri, diverse criticità sia perché ogni struttura corrisponde a modelli spaziali e organizzativi differenti, alcuni dei quali di non recente costruzione, sia perché gli stabilimenti ospedalieri sono strutture complesse per funzione, funzionamento, procedure sanitarie, fruizione e uso da parte di un'utenza multiforme che va dal manutentore al medico, dal paziente ricoverato a quello ambulatoriale a quello del Pronto soccorso, dal visitatore temporaneo a chi presta assistenza, dai fornitori agli impiegati d'ufficio e ai tecnici.

Tant'è che la soddisfazione di alcuni *item* avviene più tramite procedure interne che non tramite luoghi dedicati o ricavando la funzione richiesta in spazi d'attesa o di risulta, essendo la struttura di piccole dimensioni (è il caso del n. 88 - Presenza di un bar), o dia esiti negativi in quanto le strutture indagate non sono di recente costruzione (è il caso del n. 63 - Presenza di percorsi dedicati al raggiungimento delle sale operatorie da parte dei pazienti ricoverati).

In generale i punteggi medi registrati dagli *item* della *checklist* contenuti nell'area 2 risultano elevati sia a livello regionale sia per singola struttura (*Figura 12*)

- **4 item su 14 presentano il punteggio massimo (=10)**
- **5 item su 14 presentano un punteggio fra 8 e 10**
- **2 item su 14 presentano un punteggio basso (<2,5)**

Meritano una valutazione specifica gli **item n.51.1-51.2** "Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali" che hanno registrato un basso valore (1,8 e 0,8). L'indicatore RER corrispondente (*Tabella 5*) evidenzia una percentuale del 66% di interventi prioritari realizzati per l'eliminazione delle barriere fisiche su quelli pianificati. Di fatto in molte strutture (e per diversi motivi) non è presente un piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali; per questo è stato difficile reperire l'informazione e i valori della media regionale sono bassi.

In riferimento all'**item 91.5**, in 4 stabilimenti su 10 non è presente nella sala d'attesa del Pronto soccorso un "display luminoso che informa in tempo reale sul n. di pazienti in attesa per ogni codice triage" (media AgeNaS = 5,6) e ove presente non ha le caratteristiche minime di qualità raccomandate da CRIBA (media dei sì = 1,54).

Si sottolinea l'alto valore dell'**item 54** della *checklist* (media = 9,6) relativo alla "presenza di posti auto per disabili", e in quasi tutte le strutture il corrispondente indicatore RER presenta un valore pari all'8% superando il requisito previsto dalla legge; tuttavia essi non presentano tutte le caratteristiche di qualità raccomandate da CRIBA (media dei sì = 2,77).

Le riflessioni sviluppate durante gli incontri regionali (Cabina di regia e Gruppo dei referenti aziendali) in merito agli *item*/indicatori dell'area 2 hanno indirizzato la decisione verso una serie di proposte migliorative:

- migliorare la qualità degli *item*/indicatori (*item* n. 51.1 e 51.2) relativi alla presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali;
- proporre eventuali azioni di miglioramento di livello regionale, in riferimento alle criticità riscontrate;
- definire quale sia per ogni indicatore lo standard regionale (numero di evidenze CRIBA) cui tendere;
- individuare gli indicatori prioritari per una eventuale valutazione delle *performance* aziendali.

In particolare, la proposta di creare delle azioni di miglioramento a livello regionale è stata declinata con delle attività specifiche che saranno coordinate insieme al Servizio Strutture, Tecnologie e sistemi informativi, e al Servizio Assistenza ospedaliera (della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare):

- definire linee guida prestazionali per la redazione di un Piano di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali (PEBA) in ambito ospedaliero che tengano conto di tutte le disabilità e di tutte le diverse tipologie di frequentatori della struttura: pazienti, personale di ogni tipo, visitatori;
- definire percorsi formativi rivolti alle Aziende (a livello di Area vasta) per strutture dell'ambito tecnico, CCM, Consulte sui contenuti delle linee guida;
- realizzare *checklist* di controllo per la successiva attuazione del PEBA, adeguate alle diverse tipologie di strutture (con livelli prestazionali diversi). Le evidenze CRIBA saranno quindi comprese all'interno dei PEBA e serviranno a verificare la realizzazione delle attività in essi contenute.

**A riguardo del Piano di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali, occorre spiegare che sotto questo nome si prevede in realtà di allargare l'orizzonte delle linee guida inserendo anche la lettura delle strutture dal punto di vista del *wayfinding*<sup>8</sup> e del benessere ambientale, intendendo con questo approfondire anche le tematiche legate al riconoscimento e all'orientamento spaziale, nonché al comfort e alla piacevolezza dei luoghi, delle attrezzature e degli arredi.**

---

<sup>8</sup> In base alla definizione di Kevin Lynch nel libro *The Image of the City* (MIT Press, 1960), letteralmente *wayfinding* significa trovare la strada e riguarda dunque tutti gli artefatti dei quali ci si può avvalere nella ricerca di una meta. Lynch richiama l'attenzione sui nomi delle vie, numeri civici e altri tipi di segnali urbani, ma è importante sottolineare che il *wayfinding* non riguarda unicamente artefatti esplicitamente comunicativi; comprende anche gli artefatti in senso generale, gli artefatti strumentali, e quindi, parlando di città e di luoghi, anche gli arredi urbani e – perché no – le pavimentazioni, la posizione degli edifici, l'uso del verde, e altro ancora.

**Tabella 5. Punteggi medi complessivi RER - area 2**

legenda  checklist AgeNaS  set minimo RER  evidenze CRIBA

NUM	TESTO ITEM AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA <sup>9</sup>	VALORI RILEVATI
<b>51.1 AGENAS</b>	Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali. Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche.	1,8 (range: 0-10)
<b>51.2 AGENAS</b>	Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali. Piano aziendale di eliminazione delle barriere sensoriali.	0,8 (range: 0-10):
<b>SET MINIMO RER</b>	N. interventi prioritari realizzati per l'eliminazione delle barriere fisiche / N. interventi pianificati per l'eliminazione delle barriere fisiche	0,66 (range: 0-1; DS: 0,47)
<b>51.1</b>	Gli accessi alla struttura ospedaliera non presentano dislivelli, ovvero in loro presenza sono corredati da rampe munite di corrimano e battiruota con una pendenza massima del 5% per consentirne l'uso in autonomia	3,38 (somma sì/media CRIBA)
<b>51.2</b>	L'usabilità in autonomia dei bagni di camera e pubblici è garantita per l'accostamento con ausili alla mobilità ai sanitari presenti	
<b>51.3</b>	Nei bagni di camera e pubblici è consentita la mobilità interna anche in presenza di una persona d'aiuto	
<b>51.4</b>	L'allarme è posizionato in modo da essere facilmente raggiungibile da ogni parte del bagno anche da posizione sdraiata	
<b>51.5</b>	Le camere di degenza consentono il movimento autonomo anche con ausili alla mobilità, e l'accostamento ed usabilità dei diversi arredi ed attrezzature di camera	
<b>54 AGENAS</b>	Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura	9,8 (range: 0-10):
<b>SET MINIMO RER</b>	N. posti auto riservati ai disabili/N. posti auto	0,08 (range:0,03-0,23; DS: 0,06)
<b>54.1</b>	I posti auto riservati sono vicini agli ingressi della struttura ospedaliera	2,77 (somma sì/media CRIBA)
<b>54.2</b>	I dislivelli fra l'area dei posti auto riservati e l'ingresso sono superati sia da scale che da rampa munita di corrimano e battiruota con pendenza massima al 5% per consentirne l'uso in modo autonomo	
<b>54.3</b>	Esistono posti auto riservati in numero superiore a quelli richiesti dalla normativa	
<b>54.4</b>	I posti auto riservati sono collegati all'ingresso mediante camminamento protetto con una pensilina dalle intemperie	
<b>54.5</b>	I posti auto riservati sono protetti con una pensilina dalle intemperie	
<b>62 AGENAS</b>	Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione	10

<sup>9</sup> In Tabella 4 vengono riportati i valori rilevati solo per quegli *item* della *checklist* che è stato possibile trasformare in un corrispettivo indicatore "set minimo RER" o gli *item* per i quali sono state elaborate delle evidenze CRIBA.

NUM	TESTO ITEM AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA	VALORI RILEVATI
62.1	Agli ingressi è presente un punto informativo ben identificato e visibile anche da distante	3,54 (somma sì/media CRIBA)
62.2	Il punto informativo ha personale formato alla relazione anche con persone con disabilità diverse	
62.3	La segnaletica direzionale si avvale di colori e simboli/pittogrammi facilitanti la lettura e comprensione	
62.4	Esistono sinottici generali che restituiscono l'insieme della struttura ospedaliera e danno informazioni sulle diverse funzioni da raggiungere	
62.5	Lungo i percorsi orizzontali e verticali si trovano segnaletiche statiche che indichino la direzione per raggiungere i luoghi cercati per successivi punti d'avvicinamento	
63.1 AGENAS	Presenza di collegamenti che consentono ai ricoverati dell'Unità operativa di chirurgia generale / Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure - di raggiungere il blocco operatorio con un percorso interno	9,2 (range: 0-10)
63.1	Il percorso è sufficientemente ampio per il passaggio di un letto e di una persona affiancati	2,77 (somma sì/media CRIBA)
63.2	Il percorso è interdetto al pubblico	
63.3	Il percorso ha una illuminazione solo laterale e diffusa	
63.4	Il percorso è piacevole per colori e materiali di finitura	
63.5	Il percorso non è rumoroso	
69.1 AGENAS	N. stanze dotate di servizi igienici interni nell'UO di medicina generale / N. totale stanze nell'UO di medicina generale	10
69.1.1	L'usabilità in autonomia dei bagni di camera è garantita per l'accostamento con ausili alla mobilità ai sanitari presenti	3,23 (somma sì/media CRIBA)
69.1.2	Nei bagni di camera è consentita la mobilità interna anche in presenza di una persona d'aiuto	
69.1.3	L'allarme è posizionato in modo da essere facilmente raggiungibile da ogni parte del bagno anche da posizione sdraiata	
69.1.4	I bagni di camera presentano corrimani e maniglioni quali ausili alla mobilità e alla sicurezza	
69.1.5	Le ante chiuse a chiave dall'interno hanno l'apertura facilitata di soccorso in esterno	
69.2 AGENAS	N. stanze dotate di servizi igienici interni nell'UO di chirurgia generale/ N. totale stanze nell'UO di chirurgia generale	9,5 (range: 0-10)
69.2.1	L'usabilità in autonomia dei bagni di camera è garantita per l'accostamento con ausili alla mobilità ai sanitari presenti	3,08 (somma sì/media CRIBA)
69.2.2	Nei bagni di camera è consentita la mobilità interna anche in presenza di una persona d'aiuto	
69.2.3	L'allarme è posizionato in modo da essere facilmente raggiungibile da ogni parte del bagno anche da posizione sdraiata	
69.2.4	I bagni di camera presentano corrimani e maniglioni quali ausili alla mobilità e alla sicurezza	
69.2.5	I pavimenti, i sanitari, le rubinetterie e gli arredi nonché gli accessori garantiscono per prestazioni la sicurezza dell'utilizzatore	
72.1 AGENAS	Unità operative/ Moduli di degenza di pediatria dotati di sala attrezzata per il gioco	9,3 (range: 0-10)
SET MINIMO RER	m <sup>2</sup> adibiti ad area gioco e/o angoli lettura/biblioteca nelle UUOO Pediatriche / N. posti letto nelle UUOO Pediatriche	3,04 (range: 0,61-7,79; DS: 2,21)

NUM	TESTO ITEM AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA	VALORI RILEVATI
72.1.1	Gli arredi, le attrezzature ed in generale i giochi presenti sono sicuri sia per i materiali con cui sono costruiti, che per conformazione in caso di urti, cadute, ecc.	4,15 (somma sì/media CRIBA)
72.1.2	L'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento ed illuminazione	
72.1.3	La sala è pavimentata con materiale non sdruciolevole, facilmente igienizzabile e piacevole alla vista ed al tatto	
72.1.4	La sala è munita di finestrate per il benessere visivo	
72.1.5	La sala ha tavoli e sedie per altezza, conformazione e finiture utilizzabili da bambini	
<b>74 AGENAS</b>	Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto soccorso	7,8 (range: 0-10)
74.1	La sala d'attesa è ricavata in una stanza apposita	2,38 (somma sì/media CRIBA)
74.2	L'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento, illuminazione	
74.3	È corredata da un display ottico e acustico per la chiamata all'ambulatorio di riferimento in base al codice dato	
74.4	È corredata da un blocco bagni dedicato ai bambini completo di attrezzature per l'accudimento dei più piccoli	
74.5	La sala è pavimentata con materiale non sdruciolevole, facilmente igienizzabile e piacevole alla vista ed al tatto	
<b>88 AGENAS</b>	Presenza di un bar	9,2 (range: 0-10)
88.1	La distribuzione interna degli arredi ed attrezzature consente la mobilità a persone che usano ausili	2,85 (somma sì/media CRIBA)
88.2	Presenza di almeno due tavoli che consentano l'accostamento e l'inserimento del poggiatesta al di sotto del piano a persone su sedia a ruote	
88.3	Bancone di servizio avente una porzione per accogliere almeno due persone (cm 150) posta ad altezza cm 75 da pavimento	
88.4	Sono in vendita bevande e alimenti privi degli allergeni principali (uova, latte, zuccheri, glutine, frutta a guscio)	
88.5	La cassa ha in posizione visibile, anche per chi è basso di statura o si trova su una carrozzina, un display per la lettura da parte di persone con disabilità uditive o straniere	
<b>91.1 AGENAS</b>	Sala d'attesa del Pronto soccorso con ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)	10
91.1.1	È corredata da un blocco bagni dedicato; i bagni sono accessibili da persone con disabilità	3 (somma sì/media CRIBA)
91.1.2	È corredata da un display ottico ed acustico per la chiamata all'ambulatorio di riferimento in base al codice dato	
91.1.3	L'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento ed illuminazione	
91.1.4	È illuminata naturalmente da finestrate basse per il benessere visivo	
91.1.5	Sono presenti distributori di bevande e alimenti anche privi dei principali allergeni (latte, uova, zuccheri, glutine, frutta a guscio)	

NUM	TESTO ITEM AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA	VALORI RILEVATI
<b>91.5 AGENAS</b>	Sala d'attesa del Pronto soccorso con presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul n. Di pazienti in attesa per ogni codice di triage	5,6 (range: 0-10)
<b>91.5.1</b>	Il cambio di chiamata è avvisato anche da sonoro (voce indicante il codice) per persone non vedenti, ossia il display è ottico/acustico	1,54 (somma sì/media CRIBA)
<b>91.5.2</b>	Il display è collocato su almeno due pareti contrapposte per essere visto dalle persone in attesa comunque siano voltate	
<b>91.5.3</b>	Il display ha un contrasto elevato fra fondo e scritte che ne consente la lettura anche a persone ipovedenti	
<b>91.5.4</b>	Il display è posto in posizione alta in modo da ridurre eventuali interferenze	
<b>91.5.5</b>	Il font utilizzato e la sua altezza ne consentono la lettura anche da distante	

Figura 12. Punteggi per struttura ospedaliera e “media” RER per singolo *item checklist* AgeNaS (area 2)

			Area 2													
			Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura													
Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	51.1	51.2	54	62	63.1	69.1	69.2	72.1	74	76	84	88	91.1	91.5
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	NP	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	0	0	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	0
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	NP	0	10	10	10	10	10	10	NP	10	0	10	NP	NP
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	0	0	7,5	10	10	10	4	NP	NP	10	0	0	10	NP
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	0	0	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFERMII" RIMINI	0	0	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	0
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	10	5	10	10	10	NP	10	NP	NP	10	10	10	NP	NP
PR	PR	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0
FE	Ferrara	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	0	5	10	10	10	10	10	3	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	0	0	10	10	10	NP	10	10	10	10	10	10	10	0
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	0	0	10	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10
PUNTEGGIO MEDIO per ITEM			1,8	0,8	9,8	10,0	9,2	10,0	9,5	9,3	7,8	10,0	7,5	9,2	10,0	5,6

**51.1** Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche  
**51.2** Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere sensoriali

**62** Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione

**69.1** Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni

**76.** Possibilità di scelta nel menù tra due o più opzioni per i pazienti a dieta libera

**91.1** Sala d’attesa del pronto Soccorso con ambiente dedicato a tale funzione

**91.5** Sala d’attesa del pronto Soccorso con presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul n. di pazienti in attesa per ogni codice triage

### **4.3. Area 3 – Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza**

All'interno dell'Area 3 sono oggetto di valutazione tutti gli aspetti di funzionalità organizzativa finalizzati a garantire l'appropriato accesso, la semplificazione e la trasparenza (*Tabella 6 e Figura 13*). Da lungo tempo la Regione Emilia-Romagna ha recepito i dettami della normativa finalizzata a incentivare percorsi partecipati di elaborazione delle Carte dei servizi. La Carta dei servizi è infatti uno strumento oltremodo importante per un'organizzazione che rende trasparenti i percorsi e i processi all'esterno.

I temi della semplificazione e della trasparenza vengono qui intesi e valutati su un duplice piano, ovvero:

- semplificazione delle modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni sanitarie;
- semplificazione delle modalità di accesso alle informazioni, che rappresenta uno dei pre-requisiti del precedente punto.

In tal senso, la semplificazione riguarda principalmente aspetti organizzativi e burocratici che tendano a facilitare:

- una gestione unitaria della richiesta e dei percorsi, la riduzione degli accessi e dei tempi di attesa agli sportelli;
- la garanzia di collegamenti funzionali e di passaggi documentali fra diversi servizi/uffici affrancando il cittadino da percorsi amministrativi tortuosi;
- una appropriata collocazione e polifunzionalità dei punti di accesso alle prestazioni;
- un'adeguata informazione sui servizi erogati, anche attraverso lo sviluppo di strumenti informatici.

L'informazione al cittadino rappresenta quindi uno dei temi maggiormente presi in considerazione all'interno dei programmi delle politiche sulla salute. Sono stati predisposti servizi per facilitare l'accesso all'informazione, ad esempio gli Uffici relazioni con il pubblico (URP) e il Numero verde. Sono stati messi a punto strumenti e programmi per accrescere la conoscenza su contenuti specifici e per diffondere notizie utili per orientare i cittadini nella scelta dei trattamenti, come materiali divulgativi o siti internet. Le modalità con cui vengono trasmesse le informazioni al paziente, sono tutti fattori che incidono sulla comprensione che il paziente acquisisce delle sue condizioni di salute/malattia, sulla sua capacità di memorizzare quanto gli è stato detto, sul grado di soddisfazione che gli può derivare dall'incontro con le organizzazioni sanitarie e con i professionisti.

In generale i punteggi medi registrati dagli *item* della *checklist* contenuti nell'Area 3 risultano elevati sia a livello regionale sia per singola struttura (Figura 13)

- **3 item su 8 presentano il punteggio massimo (=10)**
- **3 item su 8 presentano un punteggio fra 8 e 10**
- **1 item su 8 presenta un punteggio basso fra 4 e 8**
- **1 item su 8 presenta il punteggio di 2,5**

Gli aspetti che qualificano positivamente questa area di valutazione sono rappresentati da:

- semplificazione delle modalità di prenotazione tramite CUP (telefono o web).
- semplificazione dell'accesso alla documentazione sanitaria (on line o tramite invio a domicilio).
- presenza di procedure di semplificazione dei percorsi pre-operatori.
- sviluppo e potenziamento delle informazioni (servizi disponibili e tempi di attesa) tramite web e numero telefonico per l'informazione al pubblico.

Tuttavia (Tabella 6) a fronte della presenza di procedure o di documentazione che regolano il percorso, i "pazienti operati che hanno usufruito del percorso pre-operatorio in un unico accesso" (**item n. 99**) sono il 59% e i "pazienti con prescrizione in dimissione da ricovero ordinario che hanno usufruito del servizio di erogazione diretta dei farmaci" (**item n. 101.1**) sono il 46% sulla totalità dei dimessi.

Inoltre in 4 strutture non vi è la "possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite proprio MMG" (**item n. 96.3**); l'item non è applicabile in 7 strutture in quanto si tratta di Aziende ospedaliere/IRCSS/strutture private.

Le riflessioni sviluppate durante gli incontri regionali (Cabina di regia regionale e Gruppo dei referenti aziendali) in merito agli *item*/indicatori dell'area 3 hanno indirizzato la decisione verso una serie di proposte migliorative:

- migliorare la qualità dell'item n. 96.3 relativo alla possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite proprio MMG. L'item della *checklist* non presenta l'opzione di risposta "non pertinente" e quindi implica per Aziende ospedaliere/ IRCSS/ strutture private (per le quali non è prevista questa funzione), la scelta obbligata dell'opzione "No" = 0. Ciò ha causato un consistente abbassamento della media regionale, in maniera "impropria";
- definire meglio le modalità di calcolo dell'indicatore RER n. 99 (N. pazienti operati che hanno usufruito del percorso pre-operatorio in un unico accesso (escl. urgenze) / N. pazienti operati (escl. Urgenze), per le difficoltà di rilevazione incontrate. In particolare, le difficoltà nel calcolo sono dovute al fatto che: non esiste un flusso che calcola direttamente l'indicatore; inoltre in molte realtà il numero di accessi di un paziente è generalmente superiore a 1 (almeno 2 accessi), il primo accesso è necessario per svolgere tutti gli accertamenti diagnostici e visita chirurgica, il secondo accesso, invece, è funzionale alla visita anestesiologicala. La domanda emersa a seguito della rilevazione è: l'unico accesso è da considerare requisito di semplificazione del percorso?
- verificare meglio il dato rilevato e le modalità di calcolo dell'indicatore RER n. 101 (N. pazienti con prescrizione in dimissione da ricovero ordinario che hanno usufruito del servizio di erogazione diretta dei farmaci / N. pazienti dimessi da ricovero ordinario) per le difficoltà nel selezionare la quota di pazienti al denominatore (infatti non tutti i pazienti dimessi hanno bisogno di una terapia farmacologica).

**Tabella 6. Punteggi medi complessivi RER - area 3**

legenda  *checklist* AgeNaS  set minimo RER  evidenze CRIBA

NUM	TESTO <i>ITEM</i> AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA <sup>10</sup>	VALORI RILEVATI
<b>99 AGENAS</b>	Presenza di una o più procedure di semplificazione del percorso pre-operatorio	9,2 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. pazienti operati che hanno usufruito del percorso pre operatorio in un unico accesso (escl. urgenze) / N. pazienti operati (escl. Urgenze)	0,59 (range: 0-1; DS: 0,35)
<b>101.1 AGENAS</b>	Presenza di una qualsiasi documentazione inerente agli obblighi relativi alla prescrizione e alla consegna dei farmaci per i pazienti visitati o in dimissione	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. pazienti con prescrizione in dimissione da ricovero ordinario che hanno usufruito del servizio di erogazione diretta dei farmaci / N. pazienti dimessi da ricovero ordinario	0,46 (range: 0,27-0,96; DS: 0,19)

<sup>10</sup> In Tabella 6 vengono riportati i valori rilevati solo per quegli *item* della *checklist* che è stato possibile trasformare in un corrispettivo indicatore “set minimo RER” o gli *item* per i quali sono state elaborate delle evidenze CRIBA.

**Figura 13. Punteggi per struttura ospedaliera e “media” RER per singolo item (area 3)**

Titolo del grafico			Area 3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza							
Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	96.2	96.3	99	101.1	102.2	111	114.1	114.7
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	10	10	10	10	10	5	10	10
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	10	10	10	10	10	10	10	10
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	10	0	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	10	0	10	10	10	10	10	10
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	10	0	10	10	10	10	10	10
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	10	10	10	10	10	5	10	10
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFERRMI" RIMINI	10	0	10	10	10	10	10	10
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	10	0	10	NP	0	5	10	10
PR	PARMA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	10	0	10	10	10	5	10	10
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	10	0	0	10	NP	10	10	10
FE	FERRARA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	10	0	10	10	NP	5	10	10
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	10	0	10	10	NP	5	0	10
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	10	0	10	10	NP	5	10	10
<b>PUNTEGGIO MEDIO per ITEM</b>			<b>10,0</b>	<b>2,5</b>	<b>9,2</b>	<b>10,0</b>	<b>8,9</b>	<b>7,5</b>	<b>9,2</b>	<b>10,0</b>

**96.2** Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite telefono

**96.3** Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite proprio MMG

**101.1** Presenza di una qualsiasi documentazione inerente agli obblighi relativi alla consegna dei farmaci per il proseguimento della terapia prescritta per i pazienti visitati o in dimissione

**114.7** Presenza sul sito web aziendale dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie

#### 4.4. Area 4 – Cura della relazione con il paziente e il cittadino

All'interno dell'Area 4 sono oggetto di valutazione tutti gli aspetti volti al miglioramento della relazione fra professionisti e pazienti/cittadini, sia in termini di cura della comunicazione clinica finalizzata all'*empowerment* individuale sia in termini di comunicazione delle informazioni volte a facilitare l'accesso ai servizi e lo svolgimento del percorso di cura (*Tabella 7 e Figura 14*).

L'elemento che qualifica tali aspetti è rappresentato da una parte dall'investimento aziendale in percorsi formativi rivolti ai professionisti dall'altra nella produzione di materiale informativo (collegato o meno alla Carta dei Servizi) sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e fruizione delle prestazioni.

Tale Area comprende inoltre una sezione di *item* volti alla verifica del grado con cui l'Azienda tiene conto dell'insoddisfazione espressa dai cittadini tramite le segnalazioni (reclami) e fornisce un riscontro tramite la valutazione delle criticità e la realizzazione di azioni di miglioramento.

In generale i punteggi medi registrati dagli *item* della *checklist* contenuti nell'Area 4 risultano elevati sia a livello regionale sia per singola struttura (*Figura 14*)

- **7 item su 11 presentano il punteggio massimo (=10)**
- **2 item su 11 presentano un punteggio fra 8 e 10**
- **2 item su 11 presentano un punteggio fra 4 e 8**
- **non vi sono item con valori <2,5**

Gli aspetti che qualificano positivamente questa area di valutazione sono rappresentati da:

- realizzazione di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione rivolti a medici e a infermieri.
- presenza della Carta dei Servizi (o di materiale informativo) contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni.
- realizzazione di una qualche forma di analisi periodica qualitativa dei reclami e realizzazione di azioni/progetti di miglioramento collegate alle criticità.
- presenza di un "Punto informazioni" nell'atrio dell'ingresso principale

Tuttavia (*Tabella 7*) a fronte della "realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto" i medici che hanno partecipato sono il 38% e gli infermieri il 42%; a fronte della "realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione della fase del fine vita" solo il 33% degli operatori sanitari ha partecipato.

Inoltre in poche realtà è stata predisposta una Carta dei servizi per il percorso nascita.

Le riflessioni sviluppate durante gli incontri regionali (Cabina di regia regionale e Gruppo dei referenti aziendali) in merito agli item/indicatori dell'area 4 hanno indirizzato la decisione verso una serie di proposte migliorative:

- definire dei percorsi / iter aziendali per la predisposizione della Carta dei Servizi per il percorso nascita (item n. 139);
- definire meglio le modalità di calcolo degli indicatori RER n. 132.1, 132.2, 133 relativi al monitoraggio delle attività formative dedicate ai temi della comunicazione clinica, della relazione di aiuto e della gestione del fine vita; infatti, per il numeratore si sono incontrate difficoltà nel trovare la categoria specifica ECM "comunicazione clinica" o "relazione d'aiuto", e per quanto riguarda il denominatore esso non tiene conto dei grandi ospedali con un alto numero di dipendenti (in Unità operative nelle quali non sono necessari corsi sulla comunicazione clinica, l'invito non viene fatto a tutti);
- migliorare la formulazione dell'indicatore RER n. 137.1 (N. analisi quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP negli ultimi 24 mesi) in quanto troppo generica la dizione "analisi quali-quantitativa" (meglio usare una indicazione specifica "report") e del 137.2

**Tabella 7. Punteggi medi complessivi RER - area 4**

legenda  checklist AgeNaS  set minimo RER  evidenze CRIBA

NUM	TESTO ITEM AGENAS/ INDICATORE SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA <sup>11</sup>	VALORI RILEVATI
<b>132.1 AGENAS</b>	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto per medici	9,2 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. medici che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto negli ultimi 36 mesi / N. medici della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi	0,38 (range: 0,07-1; DS: 0,32)
<b>132.2 AGENAS</b>	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto per infermieri	9,2 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. infermieri che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto negli ultimi 36 mesi / N. infermieri della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi (valore medio annuo)	0,42 (range:0,04-0,68; DS: 0,20)
<b>133 AGENAS</b>	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione della fase del fine vita per gli operatori sanitari	6,7 (range: 0-10)
<b>SET MINIMO RER</b>	N. operatori sanitari (Medici/Infermieri/OSS) che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla gestione della fase del fine vita nelle UUOO / N. sanitari (Medici/Infermieri/OSS) in servizio nelle UUOO Rianimazione, Oncologia, Medicina e Pediatria negli ultimi 36 mesi	0,33 (range: 0-1; DS: 0,39)
<b>136.2 AGENAS</b>	Presenza della Carta dei Servizi contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. UUOO che forniscono materiale informativo (collegato o meno alla Carta dei Servizi) sui servizi forniti e modalità di accesso e fruizione delle prestazioni / N. totale UUOO	0,97 (range: 0,75-1; DS: 0,07)
<b>137.1 AGENAS</b>	Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. analisi quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP negli ultimi 24 mesi	2,85 (range:1-5; DS: 1,41)
<b>137.2 AGENAS</b>	Realizzazione di una o più azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata sui reclami pervenuti	10
<b>SET MINIMO RER</b>	N. azioni di miglioramento realizzate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi /N. totale azioni di miglioramento programmate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi	0,74 (range: 0,12-421,6; DS:421,56)

<sup>11</sup> In Tabella 7 vengono riportati i valori rilevati solo per quegli *item* della *checklist* che è stato possibile trasformare in un corrispettivo indicatore "set minimo RER" o gli *item* per i quali sono state elaborate delle evidenze CRIBA.

**Figura 14. Punteggi per struttura ospedaliera e “media” RER per singolo item (area 4)**

Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	Area 4 Cura della relazione con il paziente ed il cittadino										
			116	132.1	132.2	133	135.2	136.2	136.4	137.1	137.2	139	140
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	NP	10
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	10	0	0	0	10	10	10	10	10	0	10
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFERMÌ" RIMINI	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	10	10	10	0	10	10	10	10	10	NP	10
PR	PR	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10
FE	Ferrara	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	10	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	10	10	10	0	10	10	10	10	10	NP	10
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
PUNTEGGIO MEDIO per ITEM			10,0	9,2	9,2	6,7	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	5,6	10,0

**116** Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato

**135.2** Disponibilità della Carta dei Servizi sul sito web  
**136.2** Presenza della Carta dei Servizi contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni  
**136.4** Presenza della Carta dei Servizi contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni  
**137.1 e 137.2** Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) e realizzazione di azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata

**139** Predisposizione di una Carta dei Servizi per il Percorso Nascita

**140** Presenza di un "Punto informazioni" nell'atrio dell'ingresso principale

#### 4.5. L'umanizzazione delle cure per la "sicurezza del paziente"<sup>12</sup>

Il tema della partecipazione e del coinvolgimento dei cittadini per la sicurezza delle cure è da diversi anni al centro dell'attenzione del dibattito internazionale.

Nel 2016, l'Imperial Patient Safety Translational Research Centre (PSTRC) del National Institute for Health Research (NIHR) ha definito il coinvolgimento del paziente, a vari livelli e con diverse modalità, come uno dei quattro pilastri per la sicurezza del paziente.<sup>13</sup> Anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha inserito il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari tra le priorità per uno sviluppo globale della sicurezza dei pazienti.

In Italia, vanno sicuramente nella direzione tracciata dalle indicazioni internazionali sulla sicurezza delle cure le due ricerche - coordinate da AgeNaS e alle quali ha partecipato anche la Regione Emilia-Romagna - dal titolo "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" e "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" (di cui questo documento presenta i risultati), finalizzate alla costruzione di un sistema di valutazione non soltanto dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari, ma anche della loro capacità di *engagement* del cittadino e della loro equità.

L'attenzione della Regione Emilia-Romagna rispetto al coinvolgimento del cittadino, in particolare per quanto attiene alla sicurezza delle cure, non è certo nuova. A tal proposito, si ricorda che il sistema informatizzato per la rilevazione e gestione delle segnalazioni dei cittadini è operativo sin dal 2003 e prevede la possibilità di contrassegnare - e quindi porre all'attenzione del *risk manager* aziendale - segnalazioni di pertinenza per la sicurezza delle cure.

L'importanza della "voce" dell'utente per segnalare disfunzioni, criticità, o - più semplicemente - per suggerire una diversa prospettiva all'organizzazione sanitaria è nota e riconosciuta da tempo in Emilia-Romagna: non a caso infatti, vi sono state diverse indicazioni regionali, a partire da quelle fornite nel 2009 con la Delibera di Giunta n. 602, affinché ogni Azienda sanitaria si dotasse di un Piano-programma aziendale di gestione del rischio, in cui fossero definite le diverse funzioni coinvolte, per garantire un approccio multidisciplinare alla complessità del sistema. Tra le diverse funzioni è sempre stata raccomandata la sinergia tra gli Uffici Relazioni con il pubblico, gestori del *database* delle segnalazioni dei cittadini, e i *risk manager* aziendali. Tale raccomandazione è stata quindi rafforzata dalla richiesta (con le DGR n. 1544/2010 e n. 732/2011) di adottare un registro dei pericoli e di utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi.

Nel 2016, la Regione Emilia-Romagna ha reso disponibile alle Aziende sanitarie pubbliche e private le *Linee di indirizzo per la elaborazione del piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della regione Emilia-Romagna*, nelle quali il coinvolgimento e la partecipazione del cittadino sono richiamati in diversi punti:

- le segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio *database* regionale URP, tra le fonti informative essenziali che devono sempre essere prese in considerazione;
- tra gli elementi di qualità di un Piano-Programma

---

<sup>12</sup> A cura di Ottavio Nicastro ed Elisa Porcu (Servizio Assistenza ospedaliera, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna).

<sup>13</sup> Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016  
<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf> (ultimo accesso aprile 2018)

*(...) il riferimento alla presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico. Devono essere evidenziate le attività che mettono in relazione la sicurezza dei pazienti (...);*

- la presentazione del Piano-programma ai Comitati consultivi misti aziendali.

In coerenza con tale prospettiva, il Servizio Assistenza ospedaliera, titolare della funzione regionale sulla sicurezza delle cure, ha collaborato attivamente con l’Agenzia sanitaria e sociale regionale per l’implementazione del progetto “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”, in particolare per quanto attiene il “modulo sicurezza del paziente”.

A partire dalla *checklist* per la rilevazione del grado di umanizzazione nelle strutture ospedaliere proposta da AgeNaS, sono stati selezionati alcuni indicatori di valutazione, tra quelli relativi alla sicurezza del paziente, più strettamente rispondenti ai programmi e alle attività regionali, al fine di una loro verifica e soprattutto finalizzati alla costruzione di piani di miglioramento. Tale selezione è stata pertanto seguita da una fase di riadattamento alla realtà locale per alcuni indicatori, mentre per altri è stata sufficiente una loro trasposizione.

Successivamente, il Servizio Assistenza ospedaliera - Settore rischio clinico ha collaborato alla formazione delle *équipe* locali, in particolare per gli indicatori del modulo sicurezza del paziente: obiettivo di questa fase è stata non soltanto l’illustrazione alle *équipe* locali degli *item* specifici, quanto soprattutto la focalizzazione sulla necessità di una loro verifica non unicamente documentale ma anche rispetto alla presenza e funzionalità di un sistema aziendale (ad esempio, riguardo a un sistema di segnalazione di incidenti e situazioni di pericolo, conosciuto e utilizzabile anche da parte degli utenti della struttura).

Parallelamente, nell’ambito degli incontri periodici del Servizio Assistenza ospedaliera - Settore rischio clinico con i referenti aziendali per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, è stato presentato il progetto e periodicamente sono stati forniti aggiornamenti sull’avanzamento delle attività.

I risultati delle rilevazioni da parte delle *équipe* locali sono senz’altro positivi, principalmente per avere introdotto tale doppia modalità di “verifica” – documentale e mediante evidenza di funzionalità – con il coinvolgimento e lo “sguardo” dell’utente. Il lavoro svolto sin qui è stato quindi un’occasione di incontro e di dialogo in tema di sicurezza delle cure tra prospettive diverse, nel tentativo sinergico di costruire un comune “dizionario” e orizzonte di riferimento.

Proprio in tale ottica, l’analisi dei risultati ha posto l’attenzione sulla necessità di favorire la conoscenza della possibilità, da parte dei cittadini, di segnalare incidenti, situazioni di pericolo o semplici criticità alle quali hanno assistito, direttamente o indirettamente.

Se infatti nelle organizzazioni pubbliche sembra sostanzialmente presente un sistema aziendale per la segnalazione da parte degli utenti di incidenti e di situazioni di rischio (*Figure 15 e 16, item 1*), d’altra parte risulta migliorabile la “visibilità” di tale sistema mediante materiale informativo quali avvisi, poster, ecc. per renderlo facilmente accessibile e noto al pubblico (*Figura 16, item 2.1*).

A tale fine, quale azione di miglioramento la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare ha previsto la realizzazione nel corso del 2018 della campagna di comunicazione “*Engagement* di pazienti e familiari per il miglioramento della sicurezza delle cure”, in tema di informazione sulle attività promosse dalle Aziende sanitarie regionali per il miglioramento della sicurezza delle cure e il coinvolgimento di pazienti e familiari su specifiche attività. Nell’ambito di tale attività, sarà ribadita la possibilità per i pazienti e i loro familiari e l’utilità per le strutture sanitarie di ricevere segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti, da cui trarre spunti per il miglioramento.

Figura 15. Punteggi medi complessivi per struttura ospedaliera e RER (modulo integrativo sulla sicurezza del paziente)

Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	Punteggio medio item selezionati da Modulo sicurezza
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	↓ 4
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	↑ 10
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	↑ 9
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	↑ 10
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	↑ 10
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	↓ 4
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFERMII" RIMINI	↑ 10
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	↑ 7
PR	PARMA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	↑ 9
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	↑ 10
FE	FERRARA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	↓ 3
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	↑ 10
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	↑ 9
EMILIA-ROMAGNA (13 strutture)			8,1

Rispetto al **modulo Sicurezza** il punteggio medio regionale (8,1) mostra un alto livello di *performance* a livello di sistema.

L'analisi dei punteggi per singolo stabilimento ospedaliero evidenzia tre tipologie di *performance*:

un **primo gruppo**, composto da 9 stabilimenti con valori che superano la media regionale;

uno **stabilimento** con un valore molto vicino alla media regionale;

un **terzo gruppo** composto da 3 stabilimenti che presentano un valore al di sotto della media regionale.

**Figura 16. Punteggi medi complessivi per struttura ospedaliera e RER per singolo item (MODULO INTEGRATIVO SULLA SICUREZZA DEL PAZIENTE)**

Provincia	Comune	Denominazione Struttura interna	Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente (RER)									
			1	2	2.1	3	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4
PC	PIACENZA	OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	10	0	0	0	10	10	0	10	0	0
PR	FIDENZA	OSPEDALE FIDENZA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MO	CARPI	OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
FE	CENTO	OSPEDALE "SS.MA ANNUNZIATA" CENTO	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
BO	IMOLA	OSPEDALE CIVILE NUOVO "S.MARIA DELLA SCALETTA"	10	10	10	0	0	0	0	0	0	10
RN	RIMINI	OSPEDALE "INFIRMI" RIMINI	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
RA	COTIGNOLA	MARIA CECILIA HOSPITAL	10	0	0	10	10	10	10	10	0	10
PR	PARMA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10
BO	BOLOGNA	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
FE	FERRARA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	10	10	0	0	0	0	0	0	0	10
BO	BOLOGNA	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MO	MODENA	OSPEDALE "POLICLINICO"	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0
PUNTEGGIO MEDIO per ITEM			10,0	8,5	6,2	7,7	8,5	8,5	7,7	8,5	6,9	8,5

In generale i punteggi medi registrati dagli *item* contenuti nel modulo "Sicurezza del paziente", risultano abbastanza elevati sia livello regionale seppur non si registrino uguali *performance* in tutte le Aziende (Figura 15):

- 1 *item* su 10 presenta il punteggio massimo (=10)
- 5 *item* su 10 presentano un punteggio fra 8 e 10
- 4 *item* su 10 presentano un punteggio fra 6 e 8
- non vi sono *item* con valori <2,5

1. Presenza di un sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei "quasi errori" (*near misses*)

2. Presenza di un sistema aziendale codificato per consentire agli utenti della struttura sanitaria di segnalare incidenti e situazioni di rischio alle quali hanno assistito  
 2.1 Il sistema di cui al punto 2 è esplicitamente previsto e comunicato dall'organizzazione in documenti/ avvisi/ poster accessibili al pubblico

## 5. ELEMENTI DI SPENDIBILITÀ DELLA RICERCA

### 5.1. Il miglioramento della qualità all'interno delle organizzazioni sanitarie

La Ricerca AgeNaS considera come fase conclusiva e cruciale quella della predisposizione di azioni di miglioramento attraverso un percorso di analisi aziendale delle criticità, prima interno all'*équipe* locale e poi allargato ad altri testimoni significativi (Direzioni aziendali/dipartimentali, Direzione di presidio, Uffici di Staff).

Alle *équipe* miste locali è stato consegnato il *Documento di indirizzo per la predisposizione e il monitoraggio dei Piani di miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero*, predisposto da AgeNaS con la collaborazione delle Regioni, contenente suggerimenti su: attori da coinvolgere, fasi del processo di predisposizione, criteri in base ai quali poter classificare le azioni di miglioramento e modalità di rappresentazione dei piani di miglioramento; sono infine proposte alcune indicazioni relative alla realizzazione e al monitoraggio dei piani di miglioramento, con individuazione degli attori da coinvolgere, della possibile tempistica di realizzazione e modalità di attuazione.

Per ciascuno degli *item* critici individuati, si propone di definire tre tipi di azione:

- azioni di miglioramento **dirette**: si tratta di azioni puntuali che una volta realizzate eliminano direttamente la criticità rilevata;
- azioni di miglioramento **indirette**: sono quelle azioni che solo insieme ad altre concorrono alla risoluzione delle criticità di norma più complesse;
- azioni di miglioramento **generali**: si tratta di quelle azioni volte non tanto a intervenire su un *item* specifico ma ad affrontare la problematica più ampia ad esso connessa.

Ciascuna azione di miglioramento (collegata al rispettivo item/indicatore) potrà essere classificata secondo i seguenti tre criteri:

- costo (costo "0", costi bassi, costi alti)
- rilevanza (regionale o aziendale, bassa o alta)
- tempo (breve, medio e lungo termine).

In riferimento alle **azioni a rilevanza regionale**, nell'attuale fase di ricerca l'Agenzia sanitaria e sociale regionale/Cabina di regia regionale stanno svolgendo una serie di incontri con i Servizi della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare per proporre attività/progettualità ad impatto regionale, a partire dagli *item*/indicatori risultati particolarmente critici. Potrebbero rientrare fra dette azioni, ad esempio, quelle che presuppongono adeguamenti straordinari del sistema informativo regionale oppure che richiedono investimenti strutturali/edilizi che necessitano di specifico finanziamento a livello regionale, oppure che prevedono percorsi formativi su temi connessi all'umanizzazione (ad esempio, il fine vita). Le azioni concordate saranno inserite nei Piani di attività dell'Agenzia sanitaria e sociale e della Direzione generale.

Successivamente alla predisposizione e all'adozione dei Piano di miglioramento, si avvierà la fase di realizzazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento previste dal Piano: a tal fine l'Agenzia sanitaria e sociale regionale sta predisponendo un *data set* finalizzato alla registrazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento di livello aziendale e regionale.

## 5.2. Un set minimo regionale per la valutazione delle *performance* dal lato del cittadino

La Ricerca AgeNaS ha reso disponibile un set minimo di Indicatori per valutare la qualità dei servizi dal lato del cittadino (*Tabella 9*). Si rendono ora necessari una serie di passaggi che consentano:

- la validazione scientifica del set minimo.
- la scelta degli indicatori che è prioritario rilevare ai fini di verificare la qualità e il raggiungimento di obiettivi cruciali per il sistema sanitario regionale.

Per tutti gli indicatori saranno individuati i valori-soglia (standard). Lo standard andrebbe inteso come il migliore livello di assistenza che può essere offerto ai pazienti, e non la media regionale.

In tal modo il set minimo potrà essere assunto in altri processi di programmazione e di valutazione delle *performance* condotti dalla stessa Regione Emilia-Romagna (Piano sociale e sanitario regionale, Piano strategico, Piano delle azioni, Obiettivi per le Aziende, SIVER).

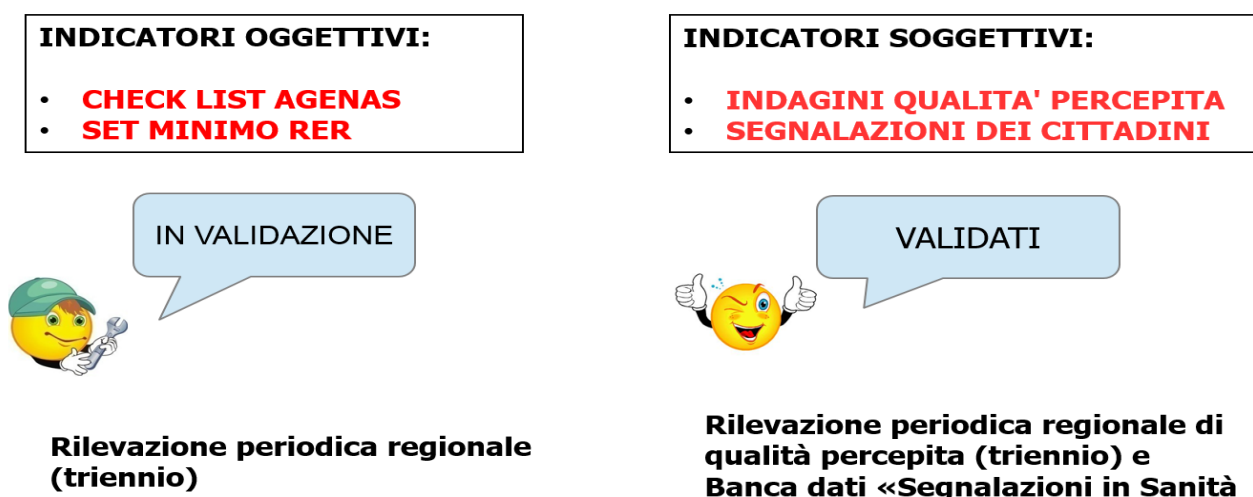
L'uso degli indicatori di umanizzazione desunti dalla *checklist* AgeNaS permette di passare dalla logica "esiste/non esiste" a valutazioni più articolate e approfondite, seppure non esaustive. Per alcuni aspetti cruciali messi in luce dalla rilevazione degli *item*, si potrebbero utilizzare altri strumenti quali i **questionari di qualità percepita** dei pazienti o il **sistema informativo Segnalazioni in sanità** (banca dati alimentata dagli URP che produce una reportistica aziendale e regionale). Tali strumenti consentirebbero di approfondire precise dimensioni di qualità: accoglienza, trattamento del dolore, continuità delle cure ospedale-territorio, aspetti alberghieri, somministrazione e comprensibilità del consenso informato, comunicazione medico-paziente. Questa proposta recupererebbe aspetti importanti, che altrimenti sarebbero scartati.

Dal 2014, grazie al lavoro di elaborazione e analisi condotto a partire dai dati di qualità percepita raccolti nei diversi servizi (compresi quelli di degenza), sono state individuate alcune misure essenziali meritevoli di monitoraggio. L'analisi condotta ha permesso quindi di individuare gli indicatori di qualità da utilizzare per misurare le *performance* aziendali dal punto di vista del cittadino.

Gli indicatori selezionati dal questionario "La qualità della cura in ospedale" saranno oggetto di uno specifico approfondimento a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, in un documento dedicato alla valutazione delle *performance* dal punto di vista dei cittadini.

In tal modo si verrebbe a configurare un sistema di valutazione della qualità dal lato del cittadino composto da indicatori oggettivi (rilevazione *checklist* AgeNaS e set minimo RER) e da indicatori soggettivi (indagini di qualità percepita e Sistema informativo dei cittadini) (*Figura 17*).

Figura 17. Una ipotesi per valutare le *performance* dal lato dei cittadini in Emilia-Romagna



**Tabella 8. Set minimo RER dopo la rilevazione RA 2015**

TESTO ITEM AGENAS	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER
<b>AREA 1 - PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA</b>	
7	N. pazienti in età scolare (5/14 anni) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza, che hanno usufruito di progetti (attività scolastica / N. pazienti in età scolare (5/14 anni) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza
8	N. ore dedicate in una settimana a progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino da parte di associazioni di volontariato operanti in ambito pediatrico / 7 giorni
9	N. ore di apertura giornaliera di ciascuna UO (giorni feriali) / totale UU OO di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione
13	N. posti letto con dotazione di poltrona-letto per genitore nelle UUOO Pediatrie / N. posti letto nelle UUOO pediatrie
20 - medicina generale (20.1), chirurgia generale (20.2), e oncologia (20.3)	N. cartelle contenenti la scala (NRS) compilata/ N. cartelle consultate nello stesso periodo N. pazienti con dolore inferiore a 3 (scala NRS) dopo effettuazione di terapia antalgica / N. pazienti con rilevazione del dolore superiore a 3 (scala NRS)
31 - <b>ACCORPATO A N. 38</b>	N. richieste per assistenza di mediazione/interpretariato evase (anno)/ N. richieste per assistenza di mediazione/interpretariato (anno)
38 - <b>ACCORPATO A N. 31</b>	N. richieste per assistenza di mediazione/interpretariato evase (anno) / N. richieste per assistenza di mediazione/interpretariato (anno)
44	N. UO nelle quali sono presenti una o più procedure operative (software, <i>checklist</i> dimissioni, <i>case manager</i> o operatore di riferimento), attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro <i>setting</i> assistenziale (assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ecc.) / N. totale UUOO di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione
<b>AREA 2 - ACCESSIBILITÀ FISICA, VIVIBILITÀ E COMFORT DEI LUOGHI DI CURA<sup>14</sup></b>	
69.1	N. stanze dotate di servizi igienici interni accessibili nella UO di medicina generale /N. totale stanze nella UO di medicina generale
69.2	Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità operativa di chirurgia generale / Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure
72.1	m <sup>2</sup> adibiti ad area gioco e/o angoli lettura/biblioteca nelle UUOO Pediatriche/N. posti letto nelle UUOO Pediatriche

<sup>14</sup> A seguito della rilevazione, la maggioranza degli indicatori/evidenze CRIBA sono stati eliminati dal set minimo in quanto diverranno parte integrante delle *checklist* (evidenze CRIBA) che saranno allegate alle Linee guida regionali per la redazione del PEBA (Piano di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali). Questa rappresenta un'azione di miglioramento di livello regionale individuata a seguito della rilevazione "RA 2015" (vedi commento ai dati dell'area 2, *Paragrafo 4.2*).

TESTO ITEM AGEÑAS	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER
<b>AREA 3 - ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA</b>	
99	N. pazienti operati che hanno usufruito del percorso pre operatorio in un unico accesso (escl. urgenze) / N. pazienti operati (escl. urgenze)
101.1	N. pazienti con prescrizione in dimissione da ricovero ordinario che hanno usufruito del servizio di erogazione diretta dei farmaci / N. pazienti dimessi da ricovero ordinario
<b>AREA 4 - CURA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE/CITTADINO</b>	
132.1	N. medici che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto negli ultimi 36 mesi / N. medici della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi
132.2	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per infermieri / N. infermieri della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi (valore medio annuo)
133	N. operatori sanitari (medici/infermieri/OSS) che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla gestione della fase del fine vita nelle UUOO rianimazione, oncologia, medicine e pediatrie negli ultimi 36 mesi / N. operatori sanitari (medici/infermieri/OSS) in servizio nelle UUOO rianimazione, oncologia, medicine e pediatrie negli ultimi 36 mesi
136.2	N. UUOO che forniscono materiale informativo (collegato o meno alla Carta dei Servizi) sui servizi forniti e modalità di accesso e fruizione delle prestazioni/ N. totale UUOO
137.1	N. report sui reclami ricevuti dall'URP negli ultimi 24 mesi
137.2	N. azioni/progetti di miglioramento realizzate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi / N. totale azioni/progetti di miglioramento programmate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi

### 5.3. Le connessioni con il nuovo processo di accreditamento

Il processo di accreditamento ha contribuito negli anni a un miglioramento della qualità nell'erogazione dei servizi e prestazioni sanitarie ai cittadini attraverso la rimodulazione e innovazione delle strutture organizzative, volte all'efficienza e soprattutto all'efficacia degli interventi rivolti alla popolazione, seppure in una condizione in cui la componente economica ha condizionato non poco le scelte in materia sanitaria.

Anche a livello europeo si è riscontrato un interesse all'accreditamento come elemento di valutazione istituzionale, ai fini della promozione del miglioramento continuo per aspetti direttamente collegati all'assistenza; non per ultimo la direttiva 2011/24/UE - concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera - ha previsto un sistema di accreditamento nazionale quale garanzia del diritto a ricevere "un trattamento equo per tutti i pazienti in base ai loro bisogni di assistenza sanitaria", nel rispetto dei "valori superiori di universalità, di accesso a un'assistenza di elevata qualità, di equità e di solidarietà".

L'adesione al progetto promosso da AgeNaS "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" si colloca in un momento in cui tutte le Regioni vengono chiamate a impegnarsi nell'adeguamento della propria normativa sull'accreditamento in tema di umanizzazione delle cure, così previsto dall'Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 32/CSR del 19/2/2015 e Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 259/CSR del 20/12/2012).

Tale orientamento viene confermato anche dai più recenti interventi normativi, fra questi la nuova Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" in cui all'art. 1 comma 2 viene promossa e valorizzata la "relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato [...]", al comma 8 si afferma che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" e al comma 10 si introduce il tema della formazione per i medici e gli altri esercenti le professioni sanitarie in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

A partire dagli anni 2000, e in particolare nell'ultimo decennio, l'umanizzazione delle cure è oggetto di particolare interesse in Emilia-Romagna; su questo tema si sono strutturati alcuni importanti progetti tra cui quello su "Equità e partecipazione" che ha visto impegnato nelle attività progettuali un gruppo di lavoro misto che, attraverso la rilettura del modello di accreditamento, ha elaborato una specifica *checklist* di autovalutazione, i cui requisiti vengono applicati volontariamente e in modo sperimentale all'interno di diversi Dipartimenti delle Aziende sanitarie pubbliche di tutto il territorio emiliano-romagnolo e sui risultati dei quali nascono conseguenti azioni di miglioramento.

Nell'ambito del presente Progetto regionale, all'interno del gruppo di lavoro misto la Funzione Accreditamento – Organismo tecnicamente accreditante dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha definito ed esaminato il set di indicatori per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero; ha inoltre contribuito alla prioritizzazione dei criteri di umanizzazione, utile per l'individuazione del set minimo di indicatori da ricercare nelle strutture di degenza.

Il primo criterio utilizzato per la scelta del set minimo è stato quello di ricercare fra gli *item*/indicatori proposti da AgeNaS quelli che erano già oggetto di rilevazione con altre modalità, come ad esempio i requisiti specifici di accreditamento relativi alle diverse discipline, al fine di evitare la raccolta dello stesso dato in momenti diversi, ad opera di *équipe* differenti, ma rivolta agli stessi interlocutori ottimizzando al contempo l'utilizzo delle risorse.

In concomitanza a queste attività, per effetto del recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2012 con Delibera della Giunta regionale n. 1311/2013 sono stati ridefiniti i requisiti generali di accreditamento che connotano il nuovo modello regionale di accreditamento, nel quale il processo di umanizzazione all'interno

delle strutture sanitarie pubbliche e private e la centralità dell'utente assumono una importanza strategica nel perseguimento della qualità espressa dalle organizzazioni sanitarie.

Considerata l'importanza del tema umanizzazione che caratterizza uno dei criteri entro cui sono stati definiti i requisiti, nel gruppo di lavoro di ridefinizione dei requisiti di accreditamento è stato previsto il coinvolgimento attivo di alcuni componenti della Cabina di regia regionale, al fine di coordinare gli esiti delle attività di lavoro di entrambi i gruppi.

Il nuovo modello di accreditamento dell'Emilia-Romagna, preso atto dei criteri previsti dagli Accordi Stato-Regioni, prevede di fatto un coinvolgimento attivo del cittadino nel processo assistenziale e di cura, nel ruolo non solo di fruitore di servizi che il sistema sanitario regionale garantisce, ma come co-responsabile del sistema; tanto è vero che i criteri e gli elementi di valutazione riportati in Tabella 10 dimostrano quanto sia di interesse il coinvolgimento del cittadino nel nuovo modello.

È evidente quindi l'interesse nella rilevazione - sia nel nuovo modello di accreditamento sia nel progetto di ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" - della affiliazione attiva del cittadino nel complesso sistema sanitario e contestualmente la rilevazione degli elementi necessari a creare una politica di umanizzazione ed equità nel percorso di diagnosi, cura, riabilitazione e *follow up* nelle strutture sanitarie.

Attraverso le visite sul campo per la rilevazione dei nuovi criteri di accreditamento saranno pertanto tenute in considerazione anche le risultanze derivate dal set minimo di indicatori e delle *checklist* per la valutazione partecipata messe in campo dalle *équipe* miste per quelle Aziende o strutture sanitarie che hanno aderito alla sperimentazione. Questo elemento consolida ancor più l'attenzione della Regione Emilia-Romagna al tema dell'ascolto, del coinvolgimento, della progettazione di percorsi di cura, in cui la consapevolezza di tutti gli attori gioca un fondamentale ruolo proattivo nel perseguimento di elevati standard qualitativi delle *performance* e di migliori esiti sullo stato di salute dei cittadini.

Il lavoro compiuto sino ad ora, che ha visto il coinvolgimento attivo e l'integrazione dei vari soggetti, ha portato a un arricchimento e crescita del sistema, proprio perché favorisce l'espressione dei diversi punti di vista e consente l'ascolto delle reciproche necessità.

L'accreditamento rappresenta pertanto lo strumento di sistema e la cornice normativa all'interno della quale trovano spazio metodologie di lavoro che favoriscono l'integrazione e l'ascolto di tutte le componenti, creando una cultura che valorizza un approccio all'ascolto di diversi attori e lo mette a sistema attraverso i processi di miglioramento.

**Tabella 9. Nuovo modello di accreditamento della Regione Emilia-Romagna: criteri in cui si prevede un coinvolgimento attivo del cittadino ed elementi di valutazione**

NUMERO	CRITERIO	ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE
<b>Criterio 2</b>	<p>La struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza.</p> <p>La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali</p> <p>L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza.</p>	<p>Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.</p> <p>La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi.</p>
<b>Criterio 5</b>	<p>L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai <i>caregiver</i> e ai cittadini.</p> <p>L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e <i>caregiver</i> delle scelte clinico – assistenziali e delle attività di promozione della salute.</p> <p>L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, <i>caregiver</i>) ai fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale</li> <li>- migliorare i percorsi assistenziali</li> <li>- migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente</li> <li>- prevenire i disservizi.</li> <li>- coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale</li> <li>- migliorare i percorsi assistenziali</li> <li>- migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente</li> <li>- prevenire i disservizi</li> </ul>	<p>Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione.</p> <p>Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.</p> <p>È prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.</p> <p>Sono in uso strumenti di ascolto interni all'azienda, promossi dalla Regione, derivanti dalla letteratura (es: indagini qualità percepita, focus group, indagini etnografiche, ecc.).</p> <p>Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, <i>caregiver</i> e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento). È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi.</p> <p>Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.</p> <p>Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il ri-accadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.</p> <p>Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza</p>
<b>Criterio 7</b>	<p>7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.</p>	<p>È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici</p>

(continua)

NUMERO	CRITERIO	ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE
<b>Criterio 8</b>	8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.	<p>Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità.</p> <p>È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali.</p> <p>Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti.</p> <p>È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA.</p>

ALLEGATI



## Allegato 1. Cronoprogrammi

### CRONOPROGRAMMA SCHEDA 1 (LIVELLO AZIENDALE)

AZIONI	MESI	2016						2017									
		LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	SETT	OTT	NOV	DIC
Scelta degli stabilimenti nei quali condurre la rilevazione																	
Scelta e reclutamento dei componenti le <i>équipe</i> miste locali																	
Realizzazione della campagna informativa regionale e aziendale																	
Partecipazione al corso di formazione regionale rivolto alle <i>équipe</i> miste locali – <b>RILASCIO CREDITI ECM</b>																	
Rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere tramite <i>équipe</i> miste																	
Trasmissione dei dati rilevati all'ASSR e ad AgeNaS, per la successiva elaborazione																	
Restituzione della reportistica alla Direzione aziendale e ai CCM aziendali per la individuazione delle azioni di miglioramento																	
Elaborazione azioni di miglioramento in seno a board aziendali																	
Pubblicazione dei risultati su sito web regionale e aziendale																	
Presentazione della reportistica e dei piani delle azioni di miglioramento a cura della Direzione aziendale																	
Attuazione e verifica dei piani delle azioni di miglioramento		<b>2018</b>															

**CRONOPROGRAMMA SCHEDA 2 - (LIVELLO REGIONALE)**

AZIONI	MESI	2016						2017									
		LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	SETT	OTT	NOV	DIC
Perfezionamento del "set minimo" di indicatori																	
Predisposizione materiale informativo per campagna aziendale																	
Predisposizione pagina web su sito ASSR nella quale inserire il materiale utile alle Aziende/ <i>équipe</i> miste locali																	
Progettazione e organizzazione del corso di formazione regionale rivolto alle <i>équipe</i> miste locali																	
Monitoraggio/assistenza alle <i>équipe</i> miste locali durante la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere																	
Assistenza al processo di analisi dei risultati e alla loro divulgazione a livello locale																	
Assistenza/monitoraggio elaborazione azioni di miglioramento in seno ai board aziendali																	
Pubblicazione dei risultati su sito web regionale																	
Validazione set minimo e scelta degli indicatori rilevanti per la RER agli obiettivi di <i>policy</i> regionale																	
Creazione banca dati regionale delle buone pratiche		<b>2018</b>															

**Allegato 2. Checklist AgeNaS - Item selezionati dalla checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero**

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica	
<b>Area 1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona</b>					
<b>Sotto-area 1.1. Attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona</b>					
<b>Criterio 1.1.1. Funzione di supporto psicologico</b>					
<b>1</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici</b>	<p>Solo per le strutture nelle quali ci sono una o più UUOO specialistiche di oncologia e/ o ematologia oncologica e/ o chirurgia oncologica. Laddove ci siano più UUOO di questo tipo e tra queste vi siano situazioni differenti, rispondere con riferimento alla UO di Oncologia medica.</p> <p><b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> solo per le strutture con le specialità di oncologia e/o ematologia oncologica presenti nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure o la specialità di chirurgia oncologica presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure.</p> <p>Il servizio può essere realizzato dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, ecc., nell'ambito di specifici accordi scritti.</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sì, è prevista la rilevazione dello stato di ansia e depressione attraverso questionario/colloquio per tutti i pazienti presi in carico, con successiva pianificazione del supporto psicologico</li> </ul>			10
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sì, è fornita consulenza psicologica su eventuale richiesta, ma non rientra in un programma specifico</li> </ul>			5
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ no</li> </ul>			0
		<p>NON PERTINENTE: Nella struttura non ci sono UUOO specialistiche di oncologia e/ o ematologia oncologica e/ o chirurgia oncologica/ le specialità di oncologia e/o ematologia oncologica nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure - o la specialità di chirurgia oncologica nell'Area chirurgica a media intensità di cure.</p>			NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 1.1.2. Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno</b>				
7	DOC	<b>Presenza di progetti/ attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/ adolescente</b>	Solo per le strutture nelle quali ci sono UUOO/Moduli di degenza di pediatria che effettuano ricoveri (ricoveri in DH, ricoveri in degenza ordinaria) di bambini/adolescenti in età scolastica (scuola dell'infanzia, primo ciclo, secondo ciclo). Solo attività in corso. Attuabile anche tramite web	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non ci sono Unità operative/ Moduli di degenza di pediatria		NP
		NON PERTINENTE: I ricoveri pediatrici registrano una degenza media breve, pertanto non si è ravvisata la necessità di avviare tali progetti		NP
8	DOC	<b>Presenza di uno o più progetti/ attività per favorire le esigenze ludiche del bambino e promuoverne le emozioni positive</b>	Solo per le strutture nelle quali ci sono UO/Moduli di degenza di pediatria. Esempi: animazione in ludoteca, spazio incontro con personale dedicato, clownterapia, arteterapia, spettacoli teatrali e proiezioni cinematografiche, educazione musicale, Pet Therapy, laboratori musicali, ecc. I progetti/attività possono essere realizzati dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, ecc., nell'ambito di specifici accordi scritti.	
		· sì, tali progetti/ attività rientrano in un programma in tale settore avviato nell'ospedale da più di 12 mesi		10
		· sì, tali progetti/ attività rientrano in un programma in tale settore avviato nell'ospedale negli ultimi 12 mesi		7,5
		· sì, tali progetti/ attività sono stati realizzati negli ultimi 12 mesi, ma non rientrano un programma specifico		5
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non ci sono UUOO/Moduli di degenza di pediatria		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
9	DOC/OSS	Orario di visita della struttura sanitaria	Si intende l'orario di visita valido per la maggioranza delle UO di degenza/ Moduli di degenza (con esclusione di quelle Unità/ Moduli che possono presentare esigenze operative specifiche, quali ad es. malattie infettive, ecc.). Se nel conteggio finale non si evidenzia una maggioranza di UUOO/Moduli, scegliere la risposta più favorevole.	
9.1		giorni feriali		
		· oltre 6 ore		10
		· da 4 a 6 ore		5
		· inferiore a 4 ore		0

Criterio 1.1.3. Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti				
13	DOC	<b>Possibilità per un genitore di assistere senza limiti di orario il proprio figlio ricoverato</b>	Solo per le strutture nelle quali ci sono UUOO/Moduli di degenza di pediatria	
		· con la dotazione sia di posto letto/poltrona-letto, che della possibilità di fruire di mensa gratuita/ a prezzo convenzionato		10
		· con la dotazione di un posto letto/ poltrona-letto		7,5
		· con la possibilità di fruire di mensa gratuita/ a prezzo convenzionato		5
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non ci sono UUOO/Moduli di degenza di pediatria		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 1.1.4 "Ospedale senza dolore"</b>				
20	DOC	Adozione di linee guida e/o protocolli per il trattamento del dolore		
20.1		nell'Unità operativa di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica-livello a media intensità di cure	Solo per le strutture nelle quali ci sono Unità operative di medicina generale. Se presenti più UUOO di medicina generale, prendere come riferimento quella con il maggior numero di posti-letto. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> solo per le strutture con la specialità di medicina generale presente nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente l'Unità operativa di medicina generale/ specialità di medicina generale nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure		NP
20.2		nell'Unità operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure	Solo per le strutture nelle quali ci sono Unità operative di chirurgia generale. Se presenti più UUOO di chirurgia generale, prendere come riferimento quella con il maggior numero di posti-letto. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> solo per le strutture con la specialità di chirurgia generale presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente l'Unità operativa di chirurgia generale/ specialità di chirurgia generale presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
20.3		nelle Unità operative/ Moduli di degenza per pazienti oncologici	Solo per le strutture nelle quali ci sono una o più UUOO specialistiche di oncologia e/ oematologia oncologica e/ o chirurgia oncologica. Laddove ci siano più UUOO di questo tipo e tra queste vi siano situazioni differenti, rispondere con riferimento alla Unità operativa di Oncologia medica. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> solo per le strutture con le specialità di oncologia e/o ematologia oncologica presenti nell'Area medica a media intensità assistenziale o la specialità di chirurgia oncologica presente nell'Area chirurgica a media intensità assistenziale.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non ci sono UUOO specialistiche di oncologia e/ o ematologia oncologica e/ o chirurgia oncologica/ le specialità di oncologia e/o ematologia oncologica nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure - o la specialità di chirurgia oncologica nell'Area chirurgica a media intensità di cure.		NP

Sotto-Area 1.2 Rispetto della privacy				
Criterio 1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili				
24	DOC/ OSS	Presenza di attività/ iniziative di informazione circa il diritto delle donne a partorire in anonimato	Solo per le strutture nelle quali ci sono UUOO/ Moduli di degenza di ostetricia. Solo attività in corso. L'informazione può essere presente anche sul sito web della struttura.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non ci sono UUOO/ Moduli di degenza di ostetricia		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
25	DOC	<b>Presenza di materiale (depliant, modulo, ecc.) per informare coloro che accedono al Pronto soccorso (se coscienti e capaci) della possibilità di fornire indicazioni circa i soggetti che possono essere informati della prestazione di Pronto soccorso</b>	Solo per le strutture nelle quali c'è il Pronto soccorso. Se presenti più Pronto soccorso, prendere come riferimento il Pronto soccorso generale (non specialistico). È possibile rispondere positivamente anche quando la comunicazione della possibilità di scegliere chi informare è data nell'ambito della procedura informatizzata di accesso al Triage.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non c'è Pronto soccorso		NP
26	DOC	<b>Presenza di materiale (depliant, modulo, ecc.) per informare i ricoverati (se coscienti e capaci) della possibilità di decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza</b>	È possibile rispondere positivamente anche quando la comunicazione della possibilità di decidere quali soggetti possono essere informati del ricovero, è data nell'ambito della procedura informatizzata di accettazione.	
		· sì		10
		· no		5
<b>Criterio 1.2.2 Rispetto della riservatezza</b>				
29	DOC	<b>Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità operativa di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica-livello a media intensità di cure</b>	Prendere come riferimento l'Unità operativa di medicina generale. Se presenti più UUOO di medicina generale, prendere come riferimento quella con il maggior numero di posti-letto. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> prendere come riferimento la specialità di medicina generale presente nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure. La possibilità di assicurare una stanza ai pazienti terminali deve essere scritta in uno dei documenti che sono consegnati ai pazienti (Carta dei Servizi, depliant del reparto) o prevista in una procedura operativa.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non c'è l'Unità operativa di medicina generale / specialità di medicina generale nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure	0	NP

<b>N. item</b>	<b>Modalità rilevazione</b>	<b>Item</b>	<b>Note esplicative per una corretta interpretazione</b>	<b>Codifica</b>
<b>Sotto-Area 1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa</b>				
<b>Criterio 1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche</b>				
31	DOC	<b>Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)</b>	<p>Si può rispondere positivamente anche quando tale assistenza è stata affidata in maniera formale ad operatore preposto ad altre funzioni (ad es. dal mediatore culturale, da un operatore URP, operatore socio-sanitario, ecc.), o quando tale assistenza è prevista per periodi limitati dell'anno.</p> <p>L'assistenza dell'interprete può essere realizzata anche in partnership con associazioni, cooperative, ecc., nell'ambito di specifici accordi scritti.</p> <p>L'assistenza dell'interprete può svolgersi anche a distanza, tramite strumenti quali telefono, teleconferenza.</p>	
		· sì		10
		· no		0
<b>Criterio 1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto</b>				
34	DOC	<b>Possibilità di assistenza religiosa per cattolici (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)</b>		
		· sì		10
		· no		0
37	DOC	<b>Possibilità di Onoranze Religiose consone alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza</b>		
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali</b>				
38	DOC	<b>Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)</b>	Servizio rivolto agli stranieri/ immigrati per offrire ai pazienti appartenenti ad altre culture un intervento che di regola si articola sui seguenti piani: rendere comprensibile e accessibile l'offerta dei servizi, svolgere attività di traduzione e favorire la comprensione reciproca di significati e bisogni. L'assistenza del mediatore può essere realizzata anche in partnership con associazioni, cooperative, ecc., nell'ambito di specifici accordi scritti.	
		· sì		10
		· no		0
<b>Sotto-Area 1.4 Continuità delle cure</b>				
<b>Criterio 1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure</b>				
44	DOC	<b>Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc.)</b>	Questo tipo di procedure è finalizzato a pianificare il processo di dimissione per i soggetti che si trovino in condizioni di fragilità e a programmare le attività nelle fasi di pre-dimissione, dimissione, post-dimissione per qualificare ed ottimizzare il percorso del paziente in DP con l'obiettivo, tra l'altro, di: - superare la frammentazione tra le aree di assistenza e garantire la continuità nella presa in carico e nell'erogazione delle prestazioni definite nel piano assistenziale; - favorire la collaborazione e l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali; - limitare il periodo di ricovero alle effettive necessità; - ridurre la re-ospedalizzazione a breve termine.	
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Area 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura</b>				
<b>Sotto-Area 2.1. Accessibilità fisica</b>				
<b>Criterio 2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali</b>				
<b>51</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali</b>	Il Piano si intende presente quando si riferisce al periodo di osservazione corrente, oppure quando si è concluso, da non più di 12 mesi, con l'effettuazione, documentata da Report conclusivo, degli interventi previsti.	
<b>51.1</b>		<b>piano di eliminazione delle barriere fisiche</b>		
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: nella struttura sono già stati effettuati interventi di eliminazione di tutte le barriere fisiche da più di 12 mesi, con report conclusivo attestante le eliminazioni - oppure: la struttura è di recente costruzione e priva di barriere	Verificare evidenza documentale del report	NP
<b>51.2</b>		<b>piano di eliminazione delle barriere sensoriali</b>	Per barriere sensoriali si intende la mancanza d'accorgimenti e segnalazioni che permettano l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.	
		· sì, per tutti i tipi di barriere sensoriali		10
		· sì, ma solo per alcuni tipi di barriere sensoriali		5
		· no		0
		NON PERTINENTE: nella struttura sono già stati effettuati interventi di eliminazione di tutte le barriere sensoriali da più di 12 mesi, con report conclusivo attestante le eliminazioni – oppure: la struttura è di recente costruzione e priva di barriere	Verificare evidenza documentale del report	NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto</b>				
54	OSS	<b>Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura</b>	Nel presente <i>item</i> ci si riferisce sia a parcheggi gratuiti sia a parcheggi a pagamento.	
		· sì, presenti sia all'interno del perimetro della struttura, che presenti in parcheggio adiacente alla struttura o nelle immediate vicinanze (max 100 metri dall'ingresso del perimetro ospedaliero)		10
		· sì, presenti solo all'interno del perimetro della struttura		10
		· sì, presenti solo nel parcheggio adiacente alla struttura o nelle immediate vicinanze (max 100 metri dall'ingresso del perimetro ospedaliero)		7,5
		· no		0
		NON PERTINENTE: la struttura insiste su un territorio in cui è impossibile la circolazione degli autoveicoli (ad esempio la città di Venezia)		NP
<b>Sotto-Area 2.2. Logistica e segnaletica</b>				
<b>Criterio 2.2.1 Orientamento e segnaletica</b>				
62	OSS	<b>Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione</b>	Possono essere adottate diverse soluzioni, quali: percorsi colore, totem digitali, simboli, ecc.	
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 2.2.2 Percorsi interni</b>				
63	OSS	<b>Presenza di collegamenti che consentono: - ai ricoverati dell'Unità operativa di chirurgia generale / Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure - di raggiungere il blocco operatorio con un percorso interno;</b>	Si intende come percorso interno il percorso non all'aperto, o anche l'eventuale percorso esterno interamente isolato con tettoia e protezioni laterali (es. tunnel).	
63.1		<b>ai ricoverati dell'Unità operativa di chirurgia generale / Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure - di raggiungere il blocco operatorio con un percorso interno</b>	Solo per le strutture in cui sono presenti UUOO di chirurgia generale. Se presenti più UUOO di chirurgia generale, prendere come riferimento quella con il maggior numero di posti-letto. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> solo per le strutture con la specialità di chirurgia generale presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente l'Unità operativa di chirurgia generale/ specialità di chirurgia generale presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure		NP
<b>Sotto-Area 2.3. Reparti di degenza "a misura d'uomo"</b>				
<b>Criterio 2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza</b>				
69	OSS	<b>Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni</b>	Con "interni" si intendono i servizi igienici che - collocati all'interno della stanza – sono ad esclusivo uso dei pazienti ivi ricoverati ed ai quali è possibile accedere solo dall'interno della stanza stessa.	
69.1		<b>nell'Unità operativa di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica - livello a media intensità di cure</b>	Se presenti più UUOO di medicina generale, prendere come riferimento quella con il maggior numero di posti-letto. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> prendere come riferimento la specialità di medicina generale presente nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure.	
		· numero delle stanze di degenza dell'Unità operativa di medicina generale dotate di servizi igienici interni		valore del rapporto approssimato per eccesso
		· numero totale delle stanze di degenza dell'Unità operativa di medicina generale		
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente l'Unità operativa di medicina generale/ specialità di medicina generale nell'Area funzionale medica – livello a media intensità di cure		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
69.2		<b>nell'Unità operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure</b>	Se presenti più UUOO di chirurgia generale, prendere come riferimento quella con il maggior numero di posti-letto. <b>In caso di organizzazione secondo il modello assistenziale per intensità di cure:</b> prendere come riferimento la specialità di chirurgia generale presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure.	
		· numero delle stanze di degenza dell'Unità operativa di chirurgia generale dotate di servizi igienici interni		valore del rapporto approssimato per eccesso
		· numero totale delle stanze di degenza dell'Unità operativa di chirurgia generale		
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente l'Unità operativa di chirurgia generale/ specialità di chirurgia generale presente nell'Area funzionale chirurgica – livello a media intensità di cure		NP
<b>Criterio 2.3.2 Reparti di degenza “a misura di bambino”</b>				
72	OSS	<b>Unità operative/ Moduli di degenza di pediatria dotati di:</b> - sala attrezzata per il gioco - angoli lettura/ biblioteca	Solo per strutture nelle quali ci sono UUOO/ Moduli di degenza di pediatria.	
		NON PERTINENTE: Nella struttura non sono presenti UUOO/ Moduli di degenza di pediatria		NP
72.1		<b>sala attrezzata per il gioco</b>		
		· numero di Unità operative pediatriche dotate di sala attrezzata per il gioco		valore del rapporto approssimato per eccesso
		· numero totale delle Unità operative pediatriche		
74	OSS	<b>Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto soccorso</b>	Solo se il Pronto soccorso è anche pediatrico. Si intende attrezzata con giochi e/ o arredi adatti.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente il Pronto soccorso pediatrico		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 2.3.3 Comfort alberghiero</b>				
76	DOC	Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera		
		· sì		10
		· no		0
<b>Sotto-Area 2.4 Comfort generale della struttura</b>				
<b>Criterio 2.4.1 Comfort dei servizi comuni</b>				
84	OSS	Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona	Ad esempio: sapone, spazzolini, dentifricio, assorbenti, ecc.	
		· sì		10
		· no		0
88	OSS	Presenza di un bar		
		· sì		10
		· no		0
<b>Criterio 2.4.2 Comfort delle sale d'attesa</b>				
91	OSS	Sala d'attesa del Pronto soccorso con:	Solo per le strutture nelle quali c'è il Pronto soccorso. Se presenti più Pronto soccorso, prendere come riferimento quello generale (non specialistico). Si intende come sala d'attesa il luogo di primo accesso dove gli utenti, con eventuali accompagnatori, attendono di entrare negli ambienti interni dedicati all'assistenza sanitaria. Non bisogna considerare eventuali ulteriori ambienti nei quali gli utenti possono essere indirizzati in funzione del codice di triage assegnato.	
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente il Pronto soccorso		NP
91.1		ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)		
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
91.5		<b>presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul n. di pazienti in attesa per ogni codice di triage</b>	Solo per le strutture nelle quali c'è il Pronto soccorso. Se presenti più Pronto soccorso, prendere come riferimento quello generale (non specialistico). Si intende come sala d'attesa il luogo di primo accesso dove gli utenti, con eventuali accompagnatori, attendono di entrare negli ambienti interni dedicati all'assistenza sanitaria. Non bisogna considerare eventuali ulteriori ambienti nei quali gli utenti possono essere indirizzati in funzione del codice di triage assegnato. L'Accordo Stato-Regioni del 25 ottobre 2001 (GU n.285 del 7-12-2001) prevede che "A livello ospedaliero, la funzione di triage deve essere attivata in tutte le unità operative di pronto soccorso - accettazione, purché correlata al numero degli accessi (omissis). Tale funzione dovrà essere assicurata in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno. Gli ospedali che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi per anno, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati e irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, ecc.) devono garantire la funzione di triage proporzionalmente alle necessità	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: la struttura ha meno di 25.000 accessi per anno al PS e non si trova ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari		NP

Area 3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza				
Sotto-Area 3.1 Semplificazione delle procedure				
Criterio 3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione				
96	DOC	<b>Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite:</b>	Indifferentemente dal sistema di prenotazione utilizzato (CUP aziendale, provinciale o regionale). Si intendono le prestazioni erogate in regime istituzionale (con esclusione, quindi, di quelle erogate in regime intramoenia). Per le case di cura fare riferimento al CUP che gestisce le prestazioni erogate in convenzione con il SSN.	
96.2		<b>telefono</b>		
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
96.3		<b>proprio medico di medicina generale - MMG</b>	Si può rispondere sì anche se è possibile non per tutti, ma per la maggior parte dei MMG.	
		· sì		10
		· no		0

**Criterio 3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni**

99	DOC	<b>Presenza di una o più procedure di semplificazione del percorso pre-operatorio</b>	Solo per strutture che effettuano attività chirurgica. Si intende la definizione di servizi e/o percorsi che rendono più semplice lo svolgimento degli esami preoperatori per coloro i quali devono essere sottoposti a interventi chirurgici programmati (es. riduzione degli accessi, centralizzazione della sede dove effettuare gli esami, individuazione di sedi sul territorio, ecc.)	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non si effettua attività chirurgica		NP

101	DOC	<b>Presenza di una qualsiasi documentazione inerente agli obblighi relativi alla prescrizione e alla consegna dei farmaci per i pazienti visitati o in dimissione</b>	Per “qualsiasi documentazione” si intende sia eventuali documenti in cui si richiamano gli obblighi di legge, sia documenti che testimoniano il rispetto di tali obblighi (ad es. ricevuta/consegna farmaco, registro della farmacia ospedaliera, ecc.) Per pazienti visitati si intende negli ambulatori e nei Pronto soccorso; per quelli dimessi si intende dalle unità operative di degenza.	
101.1		<b>consegna farmaci per il proseguimento della terapia prescritta</b>		
		· sì	ð	10
		· no	ð	0
		NON PERTINENTE: a livello regionale non è previsto tale obbligo o la struttura è una casa di cura	ð	NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Sotto-Area 3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza</b>				
<b>Criterio 3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria</b>				
102	DOC	<b>Possibilità di ricevere a domicilio e on line referti di esami di laboratorio</b>	La modalità di conoscibilità dei referti "on line" può realizzarsi tramite la ricezione del referto presso la casella di posta elettronica dell'interessato, oppure tramite il collegamento al sito Internet della struttura sanitaria ove è stato eseguito l'esame clinico, al fine di effettuare il download del referto.	
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente il Centro Prelievi		NP
102.2		<b>on line</b>		
		· sì		10
		· no		0
<b>Criterio 3.2.2 Accesso alle informazioni</b>				
111	DOC/OSS	<b>Presenza di un numero telefonico aziendale e/ o della struttura sanitaria per l'informazione al pubblico</b>		
		· sì, gratuito		10
		· sì, a pagamento	Se presenti sia il numero a pagamento che quello gratuito, barrare la casella relativa al numero telefonico gratuito.	5
		· no		0
<b>Criterio 3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web</b>				
114	OSS	<b>Presenza nel sito web aziendale di:</b>		
114.1		<b>elenco dei servizi on line disponibili nel sito web</b>		
		· sì		10
		· no		0
114.7		<b>tempi di attesa per le prestazioni sanitarie</b>		
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Area 4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino</b>				
<b>Sotto-Area 4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente</b>				
<b>Criterio 4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale</b>				
116	DOC	<b>Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato</b>	Nella procedura deve essere descritto lo svolgimento dei processi di informazione sul consenso ed espressione dello stesso.	
		· sì		10
		· no		0
<b>Criterio 4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente</b>				
132	DOC	<b>Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto per medici e infermieri</b>	Si fa riferimento a corsi di formazione per il personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura, in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni.	
132.1		<b>per i medici</b>		
		· sì		10
		· no		0
132.2		<b>per gli infermieri</b>		
		· sì		10
		· no		0
-	-	NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
133	DOC	<b>Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione della fase del fine vita per gli operatori sanitari</b>	Si fa riferimento a corsi di formazione per il personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura, in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni. Solo per le strutture nelle quali sono presenti Unità operative intensive per pazienti critici (terapie intensive/ rianimazioni, unità coronariche, stroke unit) e Unità operative specialistiche per pazienti oncologici.	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		NP
		NON PERTINENTE: Nella struttura non sono presenti Unità operative intensive per pazienti critici, né Unità operative specialistiche per pazienti oncologici		NP
<b>Sotto-Area 4.2 relazione con il cittadino</b>				
<b>Criterio 4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino</b>				
135	OSS	<b>Disponibilità della Carta dei Servizi</b>		
135.2		<b>disponibilità della Carta dei Servizi su sito web</b>		
		· sì		10
		· no		0
136	DOC	<b>Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche:</b>	Se non è presente la Carta dei servizi (e si è risposto "No" ad entrambe le domande dell' <i>item</i> precedente), rispondere negativamente anche a tutti i sotto- <i>item</i> di questo <i>item</i> .	
136.2		<b>contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni</b>		
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
136.4		contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni		
		· sì		10
		· no		0
137	DOC	<b>Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) e realizzazione di azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata</b>	L'analisi può essere effettuata a livello "periferico" (URP della struttura di ricovero) o al livello "centrale" (URP dell'Azienda).	
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		NP
137.1		<b>realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)</b>		
		· sì		10
		· no		0
137.2		<b>realizzazione di una o più azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata sui reclami pervenuti</b>	Si intende l'attuazione di provvedimenti su una o più problematiche generali emerse dall'analisi effettuata dei reclami.	
		· sì		10
		· no		0
139	DOC	<b>Predisposizione della Carta dei servizi per il percorso nascita</b>	Solo in caso di presenza del punto nascita nella struttura ospedaliera	
		· sì		10
		· no		0
		NON PERTINENTE: Nella struttura non è presente l'Unità operativa/ Modulo di degenza di ostetricia		NP

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Criterio 4.2.2 Accoglienza</b>				
140	OSS	Presenza di un "Punto informazioni" nell'atrio dell'ingresso principale	Nel punto informazioni ci devono essere operatori con il compito di fornire informazioni sui ricoveri, sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. Tale compito può essere svolto anche da eventuali operatori presenti all'ingresso (centralino, portineria) purché formalmente assegnato loro.	
		· sì		10
		· no		0

## Modulo Integrativo sulla sicurezza del paziente

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
<b>Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente</b>				
1	DOC	<b>Presenza di un sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei “quasi errori” (near misses)</b>	<p>Si intende la procedura che ha come oggetto il sistema di Incident Reporting, vale a dire il sistema attraverso il quale l’organizzazione sanitaria raccoglie la segnalazione da parte degli operatori, di eventi significativi incidenti o near misses cioè quasi-incidenti, avvenimenti che avrebbero potuto evolvere in incidenti) al fine di identificare e implementare interventi correttivi e migliorare, quindi, la sicurezza per il paziente e per gli operatori nella struttura sanitaria.</p> <p>La procedura deve prevedere l’indicazione della tipologia dell’evento da segnalare, colui che segnala e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (cosa, chi, a chi, come segnalare).</p> <p>Evidenza di funzionalità del sistema e di utilizzo dei dati contenuti nel DB Incident Reporting (reportistica, valutazione dei dati presenti nel report e conseguenti azioni di miglioramento).</p>	
		· sì		10
		· no		0
2	DOC	<b>Presenza di un sistema aziendale codificato per consentire agli utenti della struttura sanitaria di segnalare incidenti e situazioni di rischio alle quali hanno assistito</b>	<p>Presenza del sistema ed evidenza di funzionalità del sistema e di utilizzo dei dati contenuti nel DB “Segnalazioni dei cittadini” relative alla sicurezza delle cure (reportistica, valutazione dei dati presenti nel report e conseguenti azioni di miglioramento).</p>	
		· sì		10
		· no		0
2.1	DOC/OSS	<b>Il sistema di cui al punto 2 è esplicitamente previsto e comunicato dall’organizzazione in documenti/ avvisi/ poster accessibili al pubblico</b>	<p>Evidenza della presenza di documenti/ avvisi/ poster che segnalano la possibilità da parte del cittadino di segnalare incidenti e situazioni di rischio e che ne incentivano l’utilizzo</p>	
		· sì		10
		· no		0

<b>N. item</b>	<b>Modalità rilevazione</b>	<b>Item</b>	<b>Note esplicative per una corretta interpretazione</b>	<b>Codifica</b>
<b>3</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari</b>	Evidenza documentale (nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità)	
		· sì		10
		· no		0
<b>3.1</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari e nello specifico di: chi e quando deve comunicare l'accadimento dell'evento avverso</b>		
		· sì		10
		· no		0
<b>3.2</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari: dove e come deve essere comunicato l'accadimento dell'evento avverso</b>	Evidenza documentale (nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità)	
		· sì		10
		· no		0
<b>3.3</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari e nello specifico dei contenuti della comunicazione (la descrizione dei fatti, cosa si sta facendo per limitare e mitigare le conseguenze dell'evento, le misure intraprese dalla struttura sanitaria)</b>	Evidenza documentale (nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità)	
		· sì		10
		· no		0
<b>3.4</b>	<b>DOC</b>	<b>Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari e nello specifico di: modalità di presa in carico del paziente nel post evento e azioni di sostegno/supporto per pazienti e familiari</b>	Evidenza documentale (nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità)	
		· sì		10
		· no		0

N. item	Modalità rilevazione	Item	Note esplicative per una corretta interpretazione	Codifica
3.5	DOC	<b>Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni su soggetti e modalità con cui si forniscono a pazienti e familiari informazioni rispetto alla gestione di una eventuale controversia</b>	Evidenza documentale (nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità)	
		· sì		10
		· no		0
4	96	<b>Presenza nel Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio del riferimento alla presenza di politiche, procedure e attività relative alla partecipazione dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico e al loro coinvolgimento per il miglioramento del livello di sicurezza delle cure</b>	Presenza del report relativo alle segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio nell'ambito delle fonti informative del Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio. Presenza nel Piano-programma di politiche, procedure e attività relative alla partecipazione dei pazienti	
		· sì		10
		· no		0



**Allegato 3. Set minimo RER: modifiche attuate nel corso della rilevazione RA 2015<sup>15</sup>**

TESTO ITEM AGE <sub>NAS</sub>	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER	DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE (MIN. 1 MAX. 5)	RIFORMULATO	RILEVABILE	ELIMINATO DAL SET MINIMO
<b>AREA 1 - PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA</b>					
1 - Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici	N° di consulenze psicologiche eseguite/N° pazienti ricoverati con diagnosi oncologica	<b>3,2</b>	<b>X</b>		<b>X</b>
7 - Presenza di progetti/attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/adolescente	Numero di pazienti in età scolare (5/14 anni) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza, che hanno usufruito di progetti (attività) scolastica / Numero di pazienti in età scolare (5/14 anni) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza	<b>4</b>	<b>X</b>		
8 - Presenza di uno o più progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino e promuoverne le emozioni positive	Numero di ore dedicate in una settimana a progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino da parte di associazioni di volontariato operanti in ambito pediatrico / 7 giorni	<b>1,7</b>		<b>X</b>	
9 - Orario di visita della struttura sanitaria nei giorni feriali	Numero di ore di apertura giornaliera di ciascuna Unità operativa (giorni feriali) / totale UUOO di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione	<b>1,3</b>		<b>X</b>	
13 - Possibilità per un genitore di assistere il proprio figlio ricoverato senza limiti di orario	Numero di posti letto con dotazione di poltrona-letto per genitore nelle UUOO Pediatrie / Numero di posti letto nelle UUOO pediatrie	<b>1,3</b>		<b>X</b>	

<sup>15</sup> **Legenda voci in colonna**

- DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE = Valore dichiarato dalla *équipe* mista locale nel corso della rilevazione condotta "RA 2015"
- RIFORMULATO = Riformulato a seguito della rilevazione per difficoltà incontrate nel raccogliere il dato
- RILEVABILE = Utilizzabile così come è
- ELIMINATO DAL SET MINIMO = Eliminato per difficoltà di rilevazione e/o impossibilità di una sua riformulazione come indicatore

**NB** In Tabella è possibile visualizzare il testo degli indicatori nella versione definitiva, a seguito delle attività di revisione condotte dalla Cabina di regia; gli indicatori definitivi sono evidenziati con il colore dell'area di riferimento (gli altri sono stati eliminati dal set minimo ma rimangono rilevabili come item della *checklist* Age<sub>NaS</sub>)

TESTO ITEM AGE <sub>NAS</sub>	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER	DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE (MIN. 1 MAX. 5)	RIFORMULATO	RILEVABILE	ELIMINATO DAL SET MINIMO
20 - Presenza di uno o più protocolli per il trattamento del dolore nelle Unità operative di medicina generale (20.1), chirurgia generale (20.2), e oncologia (20.3)	Numero di cartelle contenenti la scala (NRS) compilata (U.O di medicina generale) / Numero cartelle consultate nello stesso periodo Numero di pazienti con dolore inferiore a 3 (scala NRS) dopo effettuazione di terapia antalgica (U.O di medicina generale)/ Numero di pazienti con rilevazione del dolore superiore a 3 (scala NRS)	3.9 4 3.5	X		
24 - Presenza di attività/iniziative di informazione circa il diritto delle donne a partorire in anonimato					X
25 – Presenza di materiale (depliant, scheda, modulo, ecc.) per informare coloro che accedono al Pronto soccorso (se coscienti e capaci) della possibilità di fornire indicazioni circa il soggetto che possono essere informati della prestazione di Pronto soccorso					X
26 - Presenza di materiale (depliant, scheda, modulo, ecc.) per informare i ricoverati (se coscienti e capaci) della possibilità di decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza					X
29 - Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità operativa di medicina generale	Numero di stanze riservate per pazienti terminali nelle UU.OO Medicine Generale/totale stanze presenti nelle UU.OO Medicine Generale	1			X
31 - Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata) – <b>ACCORPATO A N.38</b>	Numero di richieste per assistenza di mediazione/ interpretariato evase (anno)/ n.ro richieste per assistenza di mediazione/interpretariato (anno)	2,3	X		
35 - Possibilità di assistenza religiosa per cattolici (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)					X
37 - Possibilità di Onoranze Religiose consone alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza					X
38 - Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata) – <b>ACCORPATO A N.31</b>	Numero di richieste per assistenza di mediazione/ interpretariato evase (anno)/ n.ro richieste per assistenza di mediazione/interpretariato (anno)	2	X		

TESTO ITEM AGE <sub>NAS</sub>	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER	DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE (MIN. 1 MAX. 5)	RIFORMULATO	RILEVABILE	ELIMINATO DAL SET MINIMO
44 - Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ecc.)	Numero di Unità operative nelle quali sono presenti una o più procedure operative (software, <i>checklist</i> dimissioni, case manager o operatore di riferimento), attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ecc.) / totale UU. OO. di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione	1,2		X	

#### AREA 2 - ACCESSIBILITÀ FISICA, VIVIBILITÀ E COMFORT DEI LUOGHI DI CURA<sup>16</sup>

51 - Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche (51.1) e sensoriali (51.2)	Numero di interventi prioritari realizzati per l'eliminazione delle barriere fisiche/Numero di interventi pianificati per l'eliminazione delle barriere fisiche	2,3			X
54 - Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura	Numero di posti auto riservati ai disabili/Numero di posti auto	1,4			X
62 - Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione		1,7			X
63.1 - Presenza di collegamenti che consentono: - ai ricoverati dell'Unità operativa di chirurgia generale di raggiungere il blocco operatorio con un percorso interno		1,7			X
69.1 - Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità operativa di medicina generale	Numero stanze dotate di servizi igienici interni accessibili nell'Unità operativa di medicina generale/Numero totale di stanze nell'Unità operativa di medicina generale	2,2	X		
69.2 - Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità operativa di chirurgia generale	Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure	1,9	X		

<sup>16</sup> La maggioranza degli indicatori/evidenze CRIBA, a seguito della rilevazione, sono stati eliminati dal Set Minimo in quanto diverranno parte integrante delle *checklist* (evidenze CRIBA) che saranno allegate alle Linee guida regionali per la redazione del PEBA (Piano di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali). Questa rappresenta un'azione di miglioramento di livello regionale individuata a seguito della rilevazione "RA 2015" (vedi commento ai dati area 2, *Paragrafo 4.2*).

TESTO ITEM AGENAS	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER	DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE (MIN. 1 MAX. 5)	RIFORMULATO	RILEVABILE	ELIMINATO DAL SET MINIMO
72.1 - Unità operative pediatriche dotate di sala attrezzata per il gioco e di angoli lettura/biblioteca	m2 adibiti ad area gioco e/o angoli lettura/biblioteca nelle UUOO Pediatriche/N. di posti letto nelle UUOO Pediatriche	0		X	
74 - Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto soccorso		1			X
76 - Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera					X
84 - Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona					X
88 - Presenza di un bar		1			X
91.1 - Sala d'attesa del Pronto soccorso con: - ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)		1,2			X
91.5 - Sala d'attesa del Pronto soccorso con: - presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul n. di pazienti in attesa per ogni codice di triage		2,5			X

AREA 3 - ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA					
96.2 - Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite: telefono					X
96.3 - Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite: proprio MMG (medico di medicina generale)					X
99 - Presenza di una o più procedure di semplificazione del percorso pre-operatorio	Numero di pazienti operati che hanno usufruito del percorso pre operatorio in un unico accesso (escl. urgenze) / Numero pazienti operati (escl. urgenze)	3,5		X	
101.1 - Presenza di una qualsiasi documentazione inerente agli obblighi relativi alla prescrizione e alla consegna dei farmaci per i pazienti visitati o in dimissione	Numero di pazienti con prescrizione in dimissione da ricovero ordinario che hanno usufruito del servizio di erogazione diretta dei farmaci / Numero di pazienti dimessi da ricovero ordinario	2,2		X	
102.2 - Possibilità di ricevere online referti di esami di laboratorio					X
111 - Presenza di un numero telefonico aziendale e/o della struttura sanitaria per l'informazione al pubblico					X

TESTO ITEM AGE <sub>NAS</sub>	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER	DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE (MIN. 1 MAX. 5)	RIFORMULATO	RILEVABILE	ELIMINATO DAL SET MINIMO
114.1 - Presenza nel sito web aziendale di: elenco dei servizi online disponibili nel sito web					X
114.7 - Presenza nel sito web aziendale di: tempi di attesa per le prestazioni sanitarie					X

AREA 4 - CURA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE/CITTADINO					
116 - Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato					X
132.1 - Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per i medici	Numero di medici che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto negli ultimi 36 mesi / Numero di medici della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi	3,6		X	
132.2 - Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per gli infermieri	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per infermieri / Numero di infermieri della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi (valore medio annuo)	4		X	
133 - Realizzazione negli ultimi 24 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione della fase del fine vita per gli operatori sanitari	Numero di operatori sanitari (Medici/Infermieri/OSS) che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla gestione della fase del fine vita nelle UUOO Rianimazione, Oncologia, Medicina e Pediatria negli ultimi 36 mesi / Numero di operatori sanitari (Medici/Infermieri/OSS) in servizio nelle UUOO Rianimazione, Oncologia, Medicina e Pediatria negli ultimi 36 mesi	4		X	
135.2 - Disponibilità della Carta dei Servizi su sito web					X
136.2 - Presenza della Carta dei Servizi contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni	Numero di UUOO che forniscono materiale informativo (collegato o meno alla Carta dei Servizi) sui servizi forniti e modalità di accesso e fruizione delle prestazioni/ Numero totale di UUOO				
136.4 - Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche: contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni					X

TESTO <i>ITEM</i> AGE <sub>NAS</sub>	TESTO INDICATORE "SET MINIMO" RER	DIFFICOLTÀ RILEVAZIONE (MIN. 1 MAX. 5)	RIFORMULATO	RILEVABILE	ELIMINATO DAL SET MINIMO
137.1 - Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)	Numero di report sui reclami ricevuti dall'URP negli ultimi 24 mesi	2,3	X		
137.2 - Realizzazione di una o più azioni e/o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata sui reclami pervenuti	Numero di azioni/progetti di miglioramento realizzate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi / Numero totale di azioni/progetti di miglioramento programmate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi	3,7	X		
141 - Predisposizione della Carta dei servizi per il percorso nascita					X
142 - Presenza di un "Punto informazioni" nell'atrio dell'ingresso principale					X

**Allegato 4. Evidenze CRIBA (area 2 della checklist)**

NUM	TESTO ITEM AGENAS/SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA
<b>29 AGENAS</b>	<b>Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità operativa di medicina generale / Modulo di degenza di Area funzionale medica-livello a media intensità di cure</b>
<b>SET MINIMO RER</b>	<b>Numero di stanze riservate per pazienti terminali nelle UUOO Medicina Generale/totale stanze presenti nelle UU.OO Medicina Generale</b>
<b>29.1</b>	è presente un bagno ad uso esclusivo della camera, accessibile e usabile per persone con disabilità fisiche e sensoriali
<b>29.2</b>	la superficie della stanza consente l'uso di un letto per il caregiver familiare, senza compromettere la mobilità interna con ausili alla mobilità e con attrezzature sanitarie.
<b>29.3</b>	il letto permette la regolazione della rete mediante motorizzazione e i comandi sono fruibili dal paziente
<b>29.4</b>	gli interruttori di camera e il campanello di chiamata sono facilmente raggiungibili dal paziente allettato
<b>29.5</b>	sono presenti finestrate che garantiscono il benessere visivo, ossia la possibilità di guardare l'esterno anche da sdraiati o seduti
<b>51.1 AGENAS</b>	<b>Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali. Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche.</b>
<b>51.2 AGENAS</b>	<b>Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali. Piano aziendale di eliminazione delle barriere sensoriali.</b>
<b>SET MINIMO RER</b>	<b>Numero di interventi prioritari realizzati per l'eliminazione delle barriere fisiche/Numero di interventi pianificati per l'eliminazione delle barriere fisiche</b>
<b>51.1</b>	gli accessi alla struttura ospedaliera non presentano dislivelli, ovvero in loro presenza sono corredati da rampe munite di corrimano e battiruota con una pendenza massima del 5% per consentirne l'uso in autonomia
<b>51.2</b>	l'usabilità in autonomia dei bagni di camera e pubblici è garantita per l'accostamento con ausili alla mobilità ai sanitari presenti
<b>51.3</b>	nei bagni di camera e pubblici è consentita la mobilità interna anche in presenza di una persona d'aiuto
<b>51.4</b>	l'allarme è posizionato in modo da essere facilmente raggiungibile da ogni parte del bagno anche da posizione sdraiata
<b>51.5</b>	le camere di degenza consentono il movimento autonomo anche con ausili alla mobilità, e l'accostamento ed usabilità dei diversi arredi ed attrezzature di camera
<b>54 AGENAS</b>	<b>Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura</b>
<b>SET MINIMO RER</b>	<b>Numero di posti auto riservati ai disabili/Numero di posti auto</b>
<b>54.1</b>	i posti auto riservati sono vicini agli ingressi della struttura ospedaliera
<b>54.2</b>	i dislivelli fra l'area dei posti auto riservati e l'ingresso sono superati sia da scale che da rampa munita di corrimano e battiruota con pendenza massima al 5% per consentirne l'uso in modo autonomo
<b>54.3</b>	esistono posti auto riservati in numero superiore a quelli richiesti dalla normativa
<b>54.4</b>	i posti auto riservati sono collegati all'ingresso mediante camminamento protetto con una pensilina dalle intemperie
<b>54.5</b>	i posti auto riservati sono protetti con una pensilina dalle intemperie

NUM	TESTO ITEM AGENAS/SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA
<b>62 AGENAS</b>	<b>Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione</b>
62.1	agli ingressi è presente un punto informativo ben identificato e visibile anche da distante
62.2	il punto informativo ha personale formato alla relazione anche con persone con disabilità diverse
62.3	la segnaletica direzionale si avvale di colori e simboli/pittogrammi facilitanti la lettura e comprensione
62.4	esistono sinottici generali che restituiscono l'insieme della struttura ospedaliera e danno informazioni sulle diverse funzioni da raggiungere
62.5	lungo i percorsi orizzontali e verticali si trovano segnaletiche statiche che indichino la direzione per raggiungere i luoghi cercati per successivi punti d'avvicinamento
<b>63 AGENAS</b>	<b>Presenza di collegamenti che consentono ai ricoverati dell'Unità operativa di chirurgia generale / Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure - di raggiungere il blocco operatorio con un percorso interno</b>
63.1	il percorso è sufficientemente ampio per il passaggio di un letto e di una persona affiancati
63.2	il percorso è interdetto al pubblico
63.3	il percorso ha una illuminazione solo laterale e diffusa
63.4	il percorso è piacevole per colori e materiali di finitura
63.5	il percorso non è rumoroso
<b>69.1 AGENAS</b>	<b>Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità operativa di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica - livello a media intensità di cure</b>
<b>SET MINIMO RER</b>	<b>Numero stanze dotate di servizi igienici interni accessibili nell'UO di medicina generale/Numero totale di stanze nell'UO di medicina generale</b>
69.1.1	l'usabilità in autonomia dei bagni di camera è garantita per l'accostamento con ausili alla mobilità ai sanitari presenti
69.1.2	nei bagni di camera è consentita la mobilità interna anche in presenza di una persona d'aiuto
69.1.3	l'allarme è posizionato in modo da essere facilmente raggiungibile da ogni parte del bagno anche da posizione sdraiata
69.1.4	i bagni di camera presentano corrimani e maniglioni quali ausili alla mobilità e alla sicurezza
69.1.5	le ante chiuse a chiave dall'interno hanno l'apertura facilitata di soccorso in esterno
<b>69.2 AGENAS</b>	<b>Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure</b>
<b>SET MINIMO RER</b>	<b>Numero di stanze dotate di servizi igienici interni accessibili nell'UO di chirurgia generale/Numero totale di stanze nell'UO di chirurgia generale</b>
69.2.1	l'usabilità in autonomia dei bagni di camera è garantita per l'accostamento con ausili alla mobilità ai sanitari presenti
69.2.2	nei bagni di camera è consentita la mobilità interna anche in presenza di una persona d'aiuto
69.2.3	l'allarme è posizionato in modo da essere facilmente raggiungibile da ogni parte del bagno anche da posizione sdraiata

NUM	TESTO ITEM AGENAS/SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA
69.2.4	i bagni di camera presentano corrimani e maniglioni quali ausili alla mobilità e alla sicurezza
69.2.5	i pavimenti, i sanitari, le rubinetterie e gli arredi nonché gli accessori garantiscono per prestazioni la sicurezza dell'utilizzatore
<b>72.1 AGENAS</b>	<b>Unità operative/Moduli di degenza di pediatria dotati di sala attrezzata per il gioco</b>
<b>SET MINIMO RER</b>	<b>m<sup>2</sup> adibiti ad area gioco e/o angoli lettura/biblioteca nelle UUOO Pediatriche/N.ro di posti letto nelle UUOO Pediatriche</b>
72.1.1	gli arredi, le attrezzature ed in generale i giochi presenti sono sicuri sia per i materiali con cui sono costruiti, che per conformazione in caso di urti, cadute, ecc.
72.1.2	l'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento ed illuminazione
72.1.3	la sala è pavimentata con materiale non sdruciolevole, facilmente igienizzabile e piacevole alla vista ed al tatto
72.1.4	la sala è munita di finestrate per il benessere visivo
72.1.5	la sala ha tavoli e sedie per altezza, conformazione e finiture utilizzabili da bambini
<b>74 AGENAS</b>	<b>Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto soccorso</b>
74.1	la sala d'attesa è ricavata in una stanza apposita
74.2	l'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento, illuminazione
74.3	è corredata da un display ottico e acustico per la chiamata all'ambulatorio di riferimento in base al codice dato
74.4	è corredata da un blocco bagni dedicato ai bambini completo di attrezzature per l'accudimento dei più piccoli
74.5	la sala è pavimentata con materiale non sdruciolevole, facilmente igienizzabile e piacevole alla vista ed al tatto
<b>88 AGENAS</b>	<b>Presenza di un bar</b>
88.1	la distribuzione interna degli arredi ed attrezzature consente la mobilità a persone che usano ausili
88.2	presenza di almeno due tavoli che consentano l'accostamento e l'inserimento del poggiatesta al di sotto del piano a persone su sedia a ruote
88.3	bancone di servizio avente una porzione per accogliere almeno due persone (cm 150) posta ad altezza cm 75 da pavimento
88.4	sono in vendita bevande e alimenti privi degli allergeni principali (uova, latte, zuccheri, glutine, frutta a guscio)
88.5	la cassa ha in posizione visibile, anche per chi è basso di statura o si trova su una carrozzina, un display per la lettura da parte di persone con disabilità uditive o straniere
<b>91.1 AGENAS</b>	<b>Sala d'attesa del Pronto soccorso con ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)</b>
91.1.1	è corredata da un blocco bagni dedicato; i bagni sono accessibili da persone con disabilità
91.1.2	è corredata da un display ottico ed acustico per la chiamata all'ambulatorio di riferimento in base al codice dato
91.1.3	l'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento ed illuminazione
91.1.4	è illuminata naturalmente da finestrate basse per il benessere visivo

NUM	TESTO ITEM AGENAS/SET MINIMO RER/EVIDENZE CRIBA
91.1.5	sono presenti distributori di bevande ed alimenti anche privi dei principali allergeni (latte, uova, zuccheri, glutine, frutta a guscio)
91.5 AGENAS	<b>Sala d'attesa del Pronto soccorso con presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul n. di pazienti in attesa per ogni codice di triage</b>
91.5.1	il cambio di chiamata è avvisato anche da sonoro (voce indicante il codice) per persone non vedenti, ossia il display è ottico/acustico
91.5.2	il display è collocato su almeno due pareti contrapposte per essere visto dalle persone in attesa comunque siano voltate
91.5.3	il display ha un contrasto elevato fra fondo e scritte che ne consente la lettura anche a persone ipovedenti
91.5.4	il display è posto in posizione alta in modo da ridurre eventuali interferenze
91.5.5	il font utilizzato e la sua altezza ne consentono la lettura anche da distante