

Comitato Consultivo Aziendale ASP 3. Catania

1° Relazione annuale - Integrale

Sommario: 1. Premessa – 2. Programmazione aziendale ospedaliera e territoriale (art. 2 lett. a) del D.A. 15.4.2010 – 3. Prevenzione ed educazione sanitaria (art. 2 lett.c) e g) del D.A. 15.4.2010 – 4. Funzionamento dei servizi aziendali (art. 2 lett.d) ed m) del D. A. 15.4.2012 – 5. Qualità art.2 lett. h), i), l) del D.A. 15.4.2010 – 6. Carta dei diritti e dei doveri. Rapporti con l'URP (art. 2 lett. f), n), o) del D.A. 15.4.2010.

1. Premessa.

I Comitati Consultivi Aziendali sono previsti dal D.A. 15.4.2010 per favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale dell'Azienda al fine di migliorare la qualità dei servizi, per adeguarli sempre più ai nuovi bisogni socio-sanitari caratterizzati da crescente complessità. E' anche interesse dell'Azienda, per possibili contributi, coinvolgere i Comitati e consultarli sui temi relativi ad aspetti della qualità considerati rilevanti, nella accessibilità, nei percorsi clinici ed assistenziali, nelle dimissioni, nelle modalità di ascolto, ecc...Sotto tale aspetto si ritiene opportuno rappresentare la utilità che l'Azienda curi, anche per le associazioni facenti parte del Comitato, periodici percorsi formativi teorico-pratici nei quali approfondire temi particolarmente sentiti e attuali, o sperimentare metodologie e tecniche più utilizzate nelle indagini quali-quantitative.

Va infine sottolineata la necessità di diffondere la conoscenza dei Comitati all'interno ed in particolare all'esterno dell'Azienda essendo essi poco noti. Al riguardo appare utile disporre di un locale, ove le Associazioni possono incontrarsi, alternarsi nella gestione di uno sportello al servizio dei cittadini e conservare gli atti amministrativi.

Di seguito si riferisce sull'attività del Comitato nel suo primo anno di funzionamento ed in particolare delle materie di competenza di ciascun gruppo di lavoro a suo tempo costituito.

2.Programmazione aziendale ospedaliera e territoriale, (art. 2 lett.a) del D.A)

Il tema della programmazione ospedaliera e territoriale è quello nel quale in assoluto i cittadini identificano la sanità nei suoi aspetti di cura, riabilitazione e prevenzione. Di quest'ultimo argomento si rinvia alla parte della relazione su prevenzione ed educazione sanitaria E' invece importante considerare l'aspetto della cura delle malattie che, in relazione alla natura e gravità, può richiedere ospedalizzazione o assistenza in ambulatorio o a domicilio.

Per molto tempo, l'unico luogo di cura riconosciuto idoneo è stato l'ospedale; ad esso ci si è rivolti, anche quanto se ne poteva fare a meno e dentro le corsie si restava spesso parcheggiati per lungo tempo. Frutto questo di una cultura ospedalocentrica che, se per certi aspetti tranquillizzava il paziente e la famiglia che naturalmente si sentivano più sicuri con le cure in ospedale, d'altra parte avviava nel Paese un processo organizzativo dannoso e quanto meno discutibile, del quale sono a tutti note le conseguenze in termini di sprechi di ogni genere, economici, di risorse umane, strutturali, tecnologici ecc. L'introduzione dei DRG e la nuova legge regionale di riordino del servizio sanitario L. 14.4.2009 n. 5 ha dato una sterzata al servizio sanitario regionale portando una rivoluzione non sempre condivisa dall'intera classe medica e da talune comunità locali. I posti letto sono stati drasticamente ridotti e buona parte di essi aspettano di essere riconvertiti per essere adeguati alle mutate esigenze epidemiologiche e di cura dei cittadini. Questo cambiamento non sempre ha avuto

benefici effetti; anzi tante volte ha inciso negativamente sulle necessità di ricoveri immediati, mancando la disponibilità di posti letto, inducendo gli utenti a scelte diverse, anche in conflitto con gli interessi regionali (emigrazione sanitaria fuori regione). D'altra parte il ritardo con cui si va attuando la riconversione di talune strutture, spesso comporta l'inappropriatezza di prestazioni pagate dai cittadini con lunghe attese nei pronto soccorso (vedi codici bianchi e verdi).

Il Comitato, per il numero di ospedali presenti all'interno dell'Azienda e soprattutto per il tempo limitato a disposizione, non ha potuto avviare compiute procedure di monitoraggio sulla assistenza ospedaliera nella nostra provincia, peraltro in corso di stabilizzazione sia per l'assetto definitivo che per la riconversione di presidi ancora adibiti a ricoveri.

Vengono comunque attenzionate le problematiche che interessano gli Ospedali di Bronte e Paternò (Punti nascita, ecc), Militello V. C. (potenziamento servizi di rianimazione, avviamento PTA ecc), Caltagirone (completamento lavori di ristrutturazione), Acireale (potenziamento personale P.S., OBI ed astanteria, Cardilogia, PTA ecc), Giarre (lavori di manutenzione e potenziamento servizi, mancata attuazione della legge di riordino, riduzione dei servizi ospedalieri, migliore collocazione dei servizi territoriali (PPI, consultori familiari) possibilmente ove operavano l'ex ospedale ed ex INAM). Su tante delle problematiche sopra esposte alcune comunità, rappresentate da Sindaci, consiglieri Comunali e comitati di cittadini, hanno manifestato con cortei ed assemblee. Su tali proteste si richiama l'attenzione perché, nel rispetto dei ruoli istituzionali si avvii un sereno confronto, presenti le autorità governative, per dirimere e risolvere i problemi che interessano la salute dei cittadini.

Nell'ambito della pianificazione territoriale, il Comitato ritiene segnalare che da parte dell'Azienda ci sia maggiore attenzione nei confronti dei pazienti in coma, oggi ricoverati in strutture non compatibili, con lo stato patologico. Trattasi di quelle persone che "permangono in stato di grave alterazione della coscienza" dopo aver concluso il tradizionale percorso di cura e riabilitazione per le cosiddette gravi cerebro-lesioni acquisite. Secondo le linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza, varate in data 5.5.2011 dalla Conferenza unificata Stato Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, l'assistenza dovrebbe puntare, quando è possibile, al rientro a domicilio del paziente, con tutta una serie di servizi da garantire; oppure, negli altri casi, al ricorso a strutture specializzate **le Suap - speciali unità di accoglienza permanente** - o ai **domicili protetti**. Questi ultimi, quali strutture sociali in cui coabiterebbero più pazienti, si configurano come modelli di assistenza integrata dove la ASP territoriale garantisce le competenze sanitarie di assistenza domiciliare mentre il supporto gestionale viene fornito dal comparto sociale, da associazioni di volontariato, dalle famiglie stesse, "tutti sottoposti ad adeguato training formativo". Giova sottolineare che l'apertura ed esercizio delle Suap e dei domicili protetti (per questi ultimi l'Assessore per la Salute si è riservato di intervenire) potrebbero rendere disponibili posti letto delle rianimazioni tuttora occupati da pazienti che non necessitano di cure intensive, configurandosi così un vero e proprio deficit di appropriatezza.. Per quanto riguarda la nostra provincia era prevista l'apertura di una struttura Suap di 20 posti letto a Caltagirone (vedi D.A. 28.12.2007 G. U. n. 7 del 8.2.2008). Poichè tali posti letto non sono ancora a regime di attività, vengono ora sostituite con altrettanti posti letto da attivare invece presso l'Ospedale Basso Ragusa di Militello V.C. (vedi Decreto assessoriale del 21.12.2011 relativo alla istituzione di una nuova rete regionale delle Speciali unità di accoglienza permanente (SUAP)).

Da anni si parla di strutture di accoglienza per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza. Il Comitato auspica che da parte dell'ASP vengano promosse ed adottate le azioni necessarie perché si attivi la struttura della SUAP a Militello entro il corrente anno al fine di assicurare ai pazienti in questione un adeguato approccio assistenziale e riabilitativo.

- Dai tecnici dei Ministeri della salute e di giustizia vengono indicazioni per un prossimo esodo di pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari. Occorre

prepararsi in tempo ed individuare centri psichiatrici ad hoc per ospitare i dimessi. A tale fine appare opportuno segnalare che si crei un coordinamento dei dipartimenti di salute mentale che dovranno prendersi carico degli internati mentre ancora sono in OPG e preparare le strategie di ritorno nel territorio di origine. Forse è auspicabile che venga creata una sezione per la tutela della salute mentale dei detenuti nel nostro territorio. Perciò è bene pensare a realizzare programmi di cura e riabilitazione condivisi tra tutti i servizi territoriali competenti integrati con i servizi sociali comunali per inserimento nel contesto di appartenenza.

Nell'ambito della programmazione sanitaria ed ospedaliera va sottolineata una particolare attenzione ai disturbi psichiatrici, come la schizofrenia, il disturbo bipolare e la depressione maggiore che costituiscono una emergenza sociale che la politica e le istituzioni sanitarie non possono ignorare. Trattasi di disturbi mentali disabilitanti e molto diffusi che colpiscono circa il 10% della popolazione mondiale ed oltre 6.000.000 di italiani con costi sociali enormi che in Italia si stimano vicino ai 14.000.000.000 di Euro annui. Nel nostro Paese il costo sociale medio annuo della schizofrenia è altissimo con oltre 7.000.000.000 di Euro, solo seconda alla Germania.

I disturbi psichiatrici sono tra le principali cause di malattie e disabilità abbassando in media di 8-25 anni l'aspettativa di vita; se i disturbi mentali non sono diagnosticati e trattati precocemente progrediscono in modo irreversibile con grave scadimento della qualità della vita peraltro compromessa dal problema dello stigma sociale. Riflessi non indifferenti comportano i disturbi mentali nel campo del lavoro, i cui costi indiretti significativi riguardano licenziamento, assenze dal lavoro, perdita di produttività, assistenza informale dei parenti che si stima intorno a 9 ore al giorno per paziente.

I costi dei disturbi psichiatrici sono ancora maggiori quando schizofrenia e disturbo bipolare esordiscono durante l'infanzia danneggiando gravemente la carriera scolastica del giovane e l'esordio nel mondo del lavoro; circa la metà delle persone con disturbi psichiatrici sviluppa la malattia prima dei 14 anni.

Da recenti dati emersi nel IV Congresso internazionale "Innovazione in psichiatria, Innopsy 2011" l'Italia, diversamente da altri paesi occidentali, mostra eccessiva attenzione agli aspetti socio-assistenziali dei disturbi mentali tralasciando quelli propriamente clinici, psicobiologici e psicofarmacologici. Alla clinica quindi bisogna fare più attenzione con l'aiuto di specifici esami tipo RMN e PET, di cui i servizi psichiatrici dovrebbero servirsi, specie quando si tratta di giovani e di inizi della grave patologia.

Su tali aspetti è bene che la Direzione Aziendale rifletta, potenziando adeguatamente le risorse umane di specialisti e psicologi che nel settore psichiatrico si ritengono imprescindibili.

- Sull'argomento "psichiatria" il Comitato sottolinea la necessità di un maggiore collegamento tra i Servizi territoriali di medicina di base (medici di famiglia e pediatri) ed i servizi di salute mentale attraverso intese formative, al fine di intercettare in tempo anomalie psichiatriche nei soggetti in assistenza.

Sulla materia, non ultima di importanza, si richiama l'attenzione per una rimodulazione dei posti letto per Tso, del tutto insufficienti nella nostra Provincia e che costringe pazienti e famiglie a lunghi e snervanti viaggi anche a Palermo, Agrigento e fuori Regione. Ci sembra doverosa l'attenzione a questi soggetti che per la loro fragilità e lo stigma vivono completamente emarginati.

- Promuovere iniziative dirette alla formazione dei medici e degli operatori sanitari per una efficace lotta al tabagismo come dipendenza, causa di patologia e di inquinamento ambientale in un quadro integrato ed inscindibile da quello che deve essere il ruolo dei sanitari. Perciò, istituire centri per il trattamento del tabagismo, definiti anche ambulatori per smettere di fumare, fornendo agli interessati percorsi terapeutici che li accompagnino, rafforzando anche le motivazioni del fumatore alla cessazione e alla prevenzione della ricaduta. Il fumo da sigaretta è a tutti noto che fa male e non deve essere considerato una abitudine o un vizio, bensì un disturbo da dipendenza che l'OMS ha identificato come la principale causa di morte. Il supporto dei medici e dei pediatri di base e degli altri operatori

sanitari opportunamente formati certamente può contribuire a cambiare credenze errate ed insegnare buone pratiche comportamentali e strategie educative e psicologiche efficaci.

- Le recenti linee guida in materia di ristorazione ospedaliera ed assistenziale e su cui opportunamente nell'ottobre scorso è stato organizzato dall'ASP 3 Convegno su ristorazione e celiachia, prevedono che venga elaborata una Carta dei servizi della ristorazione al fine di assicurare migliori pasti ai ricoverati negli ospedali dell'Azienda. Poiché l'Azienda dispone di un eccellente servizio di vigilanza sulla ristorazione ospedaliera nell'ambito del SIAN, si ritiene segnalare che tale servizio potrebbe coordinare un tavolo di lavoro per la messa a punto della carta in questione. Al tavolo è bene che intervengano, per i contributi di esperienze, anche i rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato delle sezioni di Acireale, Giarre, Caltagirone e Catania, presenti nelle commissioni vitto

- Infine e per concludere, il Comitato resta in attesa dei Piani Attuativi Aziendali da adottare ai sensi della Legge 14.4.2009 n. 5 in applicazione del Piano della Salute 2011-2013, (di cui recentemente sono state emanate linee guida regionali) e dei programmi annuali di attività (art. 2, comma 2 del D.A. 15.4.2010), su cui il Comitato è chiamato ad esprimere parere e formulare proposte.

3. Prevenzione ed educazione sanitaria (art. 2 lett.c), lett. g) del D.A).

Quando parliamo di prevenzione è bene ricordare quanto disse il Premio nobel James Heckman “ investire nel capitale umano sin dalla tenera età produce effetti di lungo periodo”. Ed è proprio così. Certo Heckman sicuramente si riferiva agli investimenti ai fini economico-sociali che devono essere fatti tenendo conto della crescita umana, biologica, culturale, economica ecc. Quella espressione ha comunque una valenza anche nel campo della salute pubblica, perché, è indubbio, il rilevante ruolo che può avere l'educazione alla salute sin dalla tenera età su cui peraltro l'Assessorato regionale sanità si è speso autorizzando Unità operative di educazione alla salute, disciplinandole con specifiche Linee guida (GURS n. del 15.4.2011) riguardanti l'attività e l'assetto organizzativo. Le attività di educazione e di promozione alla salute sono strumenti per: assicurare uguali opportunità di accesso ai servizi; favorire la maturazione di una coscienza responsabile nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale; favorire stili di vita sani e sviluppare la capacità di partecipare attivamente alle cure della propria salute ecc. Gli effetti positivi degli stili di vita sono a tutti noti perché danno benessere per il cuore, la respirazione, la mobilità articolare ed altri apparati; in particolare l'attività fisica regolare porta al miglioramento del metabolismo, a lungo termine della funzione cardiaca, contribuendo a mantenere la capacità di equilibrio, la coordinazione motoria, il benessere generale.

La strategia della promozione del bene –essere sembra oggi rappresentare, nell'ottica delle politiche sanitarie del nostro Paese, un punto focale per conseguire gli obiettivi primari della sanità pubblica. L'educazione alla salute pertanto interpreta il processo formativo attraverso il quale gli individui assumono conoscenza e coscienza del mantenimento della propria integrità.

Tale processo, come sopra sottolineato, dovrebbe iniziare sin dalle prime tappe della vita e continuare per tutto il corso della esistenza: migliorare gli stili di vita, le attitudini e le abilità di ciascuna persona, modificando comportamenti, evitando fattori o atteggiamenti o anche credenze che possono comportare rischi potenziali per la propria o altrui vita immanenti o anche futuri.

L'educazione alla salute, nell'ambito di una grande azienda quale è l'ASP 3, non può e non deve occuparsi solo della trasmissione delle informazioni sui fattori di rischio di malattia o contagi vari, ma deve anche fornire strumenti, strategie e metodologie atti a rendere attuabili ed efficaci le motivazioni di cambiamento.

Perciò l'ASP 3 ha da tempo individuato nell'unità operativa di educazione alla salute aziendale (U.O.E.S.A.) lo strumento principe atto a favorire, a tutti i livelli ed in tutti i distretti di appartenenza dell'Azienda l'acquisizione della cultura della promozione della

salute. Gli incontri che il gruppo di lavoro ha avuto con il Responsabile dell'UOESA, rendono conto dei percorsi formativi intrapresi nel territorio provinciale, dei processi di costruzione di competenze, della realizzazione di alleanze con altri attori del territorio nell'ottica del potenziamento delle risorse (empowerment) che l'UOESA aziendale ha posto in essere.

Prendendo atto dei progetti avviati e conclusi, dei report degli ultimi anni di attività dell'UOESA, si è dell'avviso che vengano analiticamente riconsiderati i percorsi metodologico/operativi attraverso il raffronto dei modelli in uso con le più proficue esperienze nazionali ed internazionali; che venga aumentata l'alfabetizzazione di tutti gli operatori del settore sui modelli teorici e progettuali, specie sulle evidenze di efficacia da compiersi attraverso eventuali corsi di formazione specifici; il che ovviamente deve avvenire nell'ambito di tutti i distretti dell'ASP in modo da rendere omogenea, condivisa ed in rete con le Agenzie educative esistenti nel territorio, l'offerta (con tutte le eventuali specificità di realtà bene individuate) di informazione e di promozione alla salute in tutto il territorio. Naturalmente, rafforzando e ridistribuendo in rete i progetti in essere già avviati o programmati dall'Azienda, si evidenzerebbero "i punti di forza", le criticità e gli eventuali punti di intervento.

Nello studio ed analisi delle problematiche relative alla educazione e prevenzione sono state raccolte proposte di attività su cui si richiama l'attenzione dell'Azienda per l'eventuale avviamento di progetti, stante il loro interesse sociale e sanitario. Tutto ciò naturalmente richiede una preventiva indagine sul territorio di riferimento per trovare conferma nella necessità dell'intervento formativo. Dopo di che individuata la natura del problema, pensare ad implementare un progetto per coinvolgere le categorie di persone interessate.

Così si propone di dare attenzione:

- alle ludopatie, fenomeno non più occasionale od emergente ma sempre più imminente ed incombente specie oggi con la possibilità di giochi on-line; tale problematica recentemente è stata evidenziata anche in sede governativa dai Ministri della salute e per la cooperazione. In merito, vanno incoraggiate e potenziate le iniziative dei Sert dell'Azienda ed in particolare del Sert Ct 2 polo di riferimento per il gioco d'azzardo-

- alla promozione di programmi e comportamenti per ridurre il tasso di incidenti e l'utilizzo dei sistemi di protezione individuale per contenere numero ed entità di traumi. Si tratta di promuovere la cultura della sicurezza stradale utilizzando modalità educative diverse e coinvolgendo il target dei destinatari in maniera attiva. Su tale argomento vanno avviate iniziative che hanno lo scopo di incidere profondamente sui comportamenti a rischio per la propria integrità fisica e che spesso conducono alle tristi notizie sui giornali o in televisione di giovani morti in incidenti stradali, specie nei fine settimana. Una esigenza che trova riscontro sia nelle direttive del PSN che nelle indicazioni dell'OMS e dell'ONU che hanno istituzionalizzato la Giornata mondiale della sicurezza stradale;

- alla "campagna di prevenzione della talassemia" per la quale, insieme ad alcune associazioni di pazienti e all'UOES, sono stati coinvolti con contatti anche formali, varie Istituzioni tra cui il Comune di Catania, la Provincia Regionale, l'Ordine dei medici, la Curia arcivescovile di Catania in modo tale da favorire e rendere attuabile la prevenzione presso tutte le coppie che intendano procreare, procedendo per tappe successive: prima nell'area metropolitana e dopo nell'ambito di tutti i distretti dell'ASP. Di tale campagna si interessa l'ASP, ove il Comune di Catania non intenda assumerne in linea principale e diretta, l'iniziativa come sembra desumersi dai mancati riscontri.

- alla promozione di azioni ed interventi nell'area delle dipendenze patologiche e su cui l'Assessorato regionale per la salute ha emanato il Decreto 4.7.2011 contenente indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dell'area dipartimentale delle dipendenze patologiche e dei servizi territoriali dipendenze delle aziende sanitarie provinciali (G.U. n. 31 del 22.7.2011); in particolare va attenzionato l'abuso di alcol, la cui insidia sociale spesso nasce tra i giovani nelle famiglie, prima che nei pub. In Italia, mentre cala il consumo, purtroppo cresce l'abuso di alcol tra i giovani; secondo i dati del Censis il 75% dei giovani fra i 15 ed i 24 anni si definiscono consumatori di alcol. E' preoccupante tra i

giovani la moda emergente del binge drinking, cioè lo sbalzo da abbuffata di alcol consumato in poco tempo e fuori pasto; a tal riguardo il dott. La Rocca rappresentante dell'APCAT Catania Onlus (Associazione provinciale dei Club alcolici territoriali) facente parte del Comitato Consultivo Aziendale propone all'ASP di istituzionalizzare annualmente "corsi di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcol correlati e complessi" (Metodologia Hudolin). Tali corsi rivolti al volontariato ed aperti a professionisti, operatori dei settori delle dipendenze, medici di famiglia, assistenti sociali, ecc., servono a formare ed attivare sul territorio nuovi gruppi di auto-aiuto multifamiliari (Club Alcológico). I nuovi Club collaborano con i servizi aziendali e soprattutto con i SerT, ponendosi come grande opportunità di trattamento e di riabilitazione territoriale in alternativa ai ricoveri nelle classiche comunità terapeutiche residenziali. L'APCAT Catania Onlus è disponibile a collaborare con l'Ufficio formazione permanente dell'ASP, anche come partner nell'organizzazione dei corsi di sensibilizzazione di cui trattasi che non dovrebbero avere costi aggiuntivi.

- alla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana coinvolgendo i medici di famiglia attraverso i quali creare una vera e propria cultura generalizzata a sostegno dell'attività fisica nella terza età;

- alla diffusione della cultura della prevenzione e della cura della salute specie tra i giovani, utilizzando le nuove tecnologie e la multicanalità: personal computer, cd-rom i-pod, web, televisione. Esperienze di questo tipo sono state già attuate in ASL della Repubblica tra cui l'ASL di Asolo (progetto Poket salute) dove, digitando il sito dell'azienda, si può accedere ad una serie di lezioni e mini corsi multimediali che insegnano come comportarsi nei casi più diffusi di emergenza.

Tanti altri progetti si potrebbero suggerire come la lotta al tabagismo per la prevenzione della dipendenza dal fumo sottolineata al punto 2; perciò non mancherà l'occasione per proporli. Intanto con riferimento al recente Decreto 20.2.2012 che "approva le Linee guida per la organizzazione delle unità operative per l'educazione e la promozione della salute ed attivazione dei piani aziendali per l'educazione e la promozione della salute", si richiama l'attenzione sulle proposte avanti elencate, perchè le stesse possano essere recepite nel piano aziendale del corrente anno da approvare entro il 31 c.m. e su cui il Comitato dovrà esprimere il proprio parere (art. 2 lettera c) D. A. 15.4.2010).

A conclusione si ritiene doveroso rappresentare che educare alla salute e alla prevenzione significa diffondere il valore della responsabilità sociale verso gli altri, promuovendo la donazione degli organi, nella consapevolezza che il trapianto di organi nel trattamento di talune patologie è essenziale e che muoiono ogni giorno in Europa circa dieci persone in attesa di trapianto; una mortalità che raggiunge il 30% per i pazienti che aspettano un cuore, un rene, un polmone ecc. Perciò è importante continuare nella campagna intrapresa dall'Azienda sanitaria e dalle Associazioni del Volontariato a diffondere la cultura della donazione degli organi compreso il sangue insufficiente nella nostra Regione. Responsabilità sociale è anche verso la propria salute. Per aumentare la capacità dei cittadini di adottare stili di vita consoni occorre anche creare condizioni ambientali favorevoli affinché i cittadini possano realmente modificare le loro cattive abitudini ed iniziare ad adottare nuovi modelli salutari cercando di intervenire sui diversi determinanti di salute: ambiente, condizioni sociali ed economiche, stili di vita ed accesso ai servizi. A tal fine occorre intervenire sui temi più ampi della salute: obesità, allattamento al seno, fumo, alcol, incidenti domestici e infortuni sul lavoro ecc. Il che richiede un progetto che dovrebbe interessare non solo pazienti affetti da particolari patologie, ma tutti i cittadini, gli adolescenti, i bambini, gli anziani gli immigrati col coinvolgimento dei numerosi partner della comunità locale: Comune, Provincia, Regione, Università, istituzioni scolastiche, strutture sanitarie, associazioni di medici e pazienti. Ma questo è un grosso progetto di politica sanitaria di fronte al quale occorre consapevolezza e responsabilità politico-istituzionale.

4. Funzionalità dei servizi aziendali (art. 2 lett. d), m) del D.A).

La funzionalità dei servizi sanitari è quella che più colpisce i cittadini sin dal primo impatto con le strutture di cui hanno bisogno; e ciò si verifica sia al momento in cui devono produrre una istanza, che quando devono usufruire di una prestazione. L'efficienza delle strutture e dei servizi svolge quindi un ruolo determinante per il gradimento e la soddisfazione dell'utente. Nella realtà purtroppo le lamentele dei cittadini non sono eccezioni, anche se non possono non evidenziarsi che buoni servizi esistono e best practice si registrano in tanti settori della P.A.; si vorrebbe comunque che tali pratiche fossero generalizzate al massimo e non costituire invece isole particolari. D'altra parte non può non rilevarsi la responsabilità in cui incorrono certi utenti che spesso contribuiscono con i loro comportamenti a rendere scarsamente efficienti i servizi. Su tale fronte questo Comitato esprime il proprio impegno con gli strumenti di cui dispone per contribuire al miglioramento civico e culturale dei cittadini.

In relazione a continue segnalazioni dei cittadini sulla stampa, presso cui lamentano ritardi vari nella erogazione di prestazioni, il Comitato chiede:

a) interventi presso le Commissioni sanitarie, ove vengano accertati ritardi, e presso l'INPS per la liquidazione delle provvidenze agli **invalidi civili** parziali e totali, rimuovendo gli ostacoli che impediscono un iter celere delle pratiche, ponendo fine ai disagi patiti dai cittadini. E' impensabile ed ingiusto che le conseguenze dei ritardi devono sempre ricadere sui soggetti deboli, i quali invece hanno diritto ad avere dalla P.A. risposte tempestive. Per quanto di competenza delle Commissioni sanitarie occorre scoraggiare che i malati intrasportabili vengano trasportati in auto ambulanza o in macchina per essere ivi visitati: non è deontologico e corretto. Il soggetto intrasportabile, dietro certificato medico, non può che essere visitato a domicilio;

b) venga accelerata l'attivazione del CUP per **una efficace lotta alle liste di attesa** approvando un piano di contenimento dei tempi di prenotazione per la specialistica, al fine di rispettare, nei casi differibili, termini di attesa contenuti. "Nove mesi per una ecografia a San Giorgio" è scritto su La Sicilia del 10.9.2011. Oggi, il piano dell'ASP in attuazione di normative nazionali e regionali ha fissato tempi di attesa differenziati solo per n. 53 prestazioni individuando quattro classi di priorità: **Urgente** per prestazioni da effettuare entro 48 ore, **Breve** per prestazioni da effettuare entro 10 giorni, **Differibile** per prestazioni da effettuare entro 60 giorni, **Programmabile** da effettuare entro 180 giorni.

Per ciascuna classe di priorità i medici di famiglia sono tenuti a riportare nella ricetta del servizio sanitario regionale le iniziali delle classi suindicate e precisamente U-B-D-P. Tale disciplina è bene che sia estesa anche alle altre prestazioni, oggi non comprese, perchè il diritto alla salute non può subire limiti e quindi, qualora un cittadino non ottiene la prestazione entro i tempi sopra segnati, l'Azienda sanitaria lo può indirizzare ad altra struttura, purchè si garantisca il rispetto del tempo di prenotazione. Nel caso in cui il tempo di attesa non può essere rispettato, l'Azienda si deve far carico di ricorrere a prestazioni concordando una intesa nel quadro della libera professione del medico ospedaliero, con cliniche private (facendosi carico dei relativi costi) o con specialisti del territorio. In questo quadro va letto quanto segnalato al Presidente del CCA da un giovane utente che da Catania ha dovuto ricorrere all'Ospedale di Militello V. C. per l'applicazione di un Holter pressorio prescritto dallo specialista, in quanto se voleva farlo in una struttura più vicina o nel Capoluogo, avrebbe dovuto aspettare almeno un mese; e ciò sia presso struttura pubblica che privata accreditata. L'interessato quindi si è dovuto sobbarcare a fare tanta strada da Catania a Militello e non per un solo giorno, con costi che ha dovuto sopportare la famiglia in termini di tempo e carburante. A tal fine il Comitato richiama l'attenzione dell'Azienda perchè venga fatta una indagine circa il numero di Holter operanti nelle strutture pubbliche e private e, ove ne accerti la insufficienza, ne disponga una dotazione adeguata alle esigenze. Così peraltro sarà possibile fare prevenzione efficace. A quest'ultimo riguardo il Comitato richiama l'attenzione del personale sanitario impegnato ad erogare le prestazioni specialistiche negli ambulatori distrettuali, perchè ci sia il massimo impegno

nella produttività e nel lavoro, stante peraltro il difficile momento che attraversa il SSR a causa delle scarse risorse; che dai responsabili venga esercitata la necessaria vigilanza affinché le liste di prenotazioni siano congrue come numero ed evase nella loro completezza evitando buchi ingiustificati che, se potranno fare comodo a qualche sanitario che lavorerà di meno, sarà scomodissimo per chi attende una visita od una prestazione. Perciò è importante ottimizzare le risorse e le apparecchiature; per queste ultime si segnala di valutare l'utilizzo di quelle degli ambulatori ospedalieri, per cui negli orari in cui sono ferme per mancanza del personale, ne venga consentito l'uso anche agli specialisti del territorio.

Agli utenti e soprattutto anziani che prenotano prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUP vengano date adeguate informazioni su ubicazione dell'ambulatorio, orari in cui verrà effettuata la prestazione ed il nominativo del medico che la erogherà.

c) Potenziare al massimo livello la consegna per e-mail di analisi e quanto altro possibile utilizzando strumenti elettronici e, ove occorra, assicurare un servizio a domicilio per malati cronici od anziani non autosufficienti e soli.

d) Nell'ambito della tutela delle persone con disabilità il Comitato ritiene segnalare alla Direzione Generale che vengano assunte iniziative per la semplificazione in materia di forniture di ausili e protesi di serie come bastoni, stampelle, materiali antidecubito, oggetti monouso ecc. per i quali potrebbe essere sufficiente la prescrizione del medico di famiglia (e quindi non più quella dello specialista) e l'autocertificazione del diritto per invalidità accertata, evitando, in tal modo, code agli sportelli dell'ASP. Si potrà così semplificare e agevolare i controlli per scovare i furbi che non ne hanno diritto. Questa esperienza è presente in Toscana presso cui possono essere attinte informazioni.

e) Il 12 ottobre del 2011 l'ASP 3 in collaborazione con l'Associazione per la difesa dell'ambiente e della salute ha organizzato un interessante convegno sul tema: "difendiamo la salute dalle intossicazioni da sostanze e metalli pesanti". Il convegno ha avuto seguito, anche per l'impegno profuso dalla Presidente della Associazione, con incontri vari anche a livello accademico, diretti alla organizzazione di un centro clinico diagnostico per l'accertamento della cura della malattia denominata sensibilità chimica multipla. Trattasi di patologia riconosciuta come rara dalla sola Regione Lazio, non di facile accertamento, che oltre a strutture di analisi e del costituendo Centro diagnostico abbisogna della collaborazione dei medici di famiglia nelle indagini epidemiologiche e loro selezione per l'avviamento al Centro di cui trattasi che, si spera, abbia allocazione presso il Policlinico universitario. Pertanto su tale problematica si richiama l'attenzione per un attivo coinvolgimento dei medici di famiglia nel delicato lavoro.

f) Va ancora attenzionata la necessità che, ai disabili riconosciuti con handicap grave (art. 3 comma 3 legge 104/92), nelle visite ed accertamenti venga data priorità assoluta rispetto ad altri utenti, esibendo la dichiarazione ex legge 104/92 ed accedere così ai servizi senza affrontare lunghe attese pregiudizievoli per la loro salute. L'iniziativa, che è espressione alta di solidarietà, può trovare seguito diramando apposita circolare a tutti i servizi ambulatoriali dei distretti e degli ospedali.

g) viene infine proposto, che venga predisposto apposito servizio H nell'ambito della unità operativa competente in grado di fornire adeguate indicazioni per la soluzione di delicati problemi relativi a prestazioni che i disabili, per la loro minorazione fisica o psichica, devono affrontare ma che rifiutano.

5. Qualità art. 2 lett. h), lett. i) e lett. l del D.A.)

Il tema della qualità è oggi particolarmente sentito in quanto è diventato obiettivo di ogni azienda sanitaria, costituendo elemento essenziale per un buon servizio all'utente e quindi per la sua soddisfazione. La qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed è un attributo normale di ogni attività assistenziale, assieme al volume ed ai costi. La buona qualità dell'assistenza sanitaria è un diritto di ogni paziente

e di ogni comunità ed è diventata una priorità nelle politiche sanitarie aziendali. La normativa sul SSN pone tra i principali obiettivi da realizzare il controllo di qualità delle prestazioni sanitarie. Anche il modello di governo delle Aziende è istituzionalmente orientato al miglioramento continuo della qualità dei servizi in tutte le linee di attività. Ma che significa qualità? In stretta sintesi, con qualità, si intende fornire al cittadino prestazioni eccellenti dal punto di vista tecnico e commisurate alle sue effettive necessità. Giudice finale quindi del processo di qualità delle cure è il cittadino in prima persona al quale vanno forniti gli strumenti qualitativi adeguati per meglio oggettivare il suo giudizio ed alcune garanzie di fondo che assicurino la trasparenza degli atti connessi alle prestazioni sanitarie e la possibilità di controllo da parte di chi ne usufruisce.

Il percorso verso il miglioramento continuo della qualità, iniziato attraverso il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, per prima cosa ha portato alla formazione di Unità Operative presenti in ogni azienda con lo scopo di contribuire ai vari livelli allo sviluppo di attività che interessano diverse aree tematiche. Perciò molte aziende, compresa l'ASP 3, hanno implementato progetti rivolti alla applicazione degli standard secondo le Norme UNI N ISO 9001 2000 che hanno portato alla certificazione di Unità Operative prescritta per legge (quali l'U.O. di Formazione ed altre).

Una esperienza che è utile sostenere ed allargare anche ad altre strutture per le quali non è obbligatoria tale certificazione compatibilmente con le risorse disponibili.

La qualità dell'attività va comunque misurata attraverso standard che riguardano aspetti correlati all'esperienza degli utenti che vengono a contatto con i servizi e che possono interessare la sicurezza, la semplicità delle prenotazioni, delle procedure di accesso, dell'accoglienza, del confort alberghiero, della informazione, dei tempi di attesa, della umanizzazione dell'assistenza e delle relazioni con gli operatori. A tal fine il cittadino attenziona i **fattori di qualità**, ovvero gli aspetti percepiti dall'utente come rilevanti per la qualità del servizio, **gli indicatori**, ossia le variabili idonee ad indicare la qualità del servizio e, infine, **gli standard**, cioè gli aspetti del servizio che l'ASP si impegna a garantire.

In questo contesto va ricordato che l'Assessorato regionale alla salute con Decreto del 28.12.2010 ha approvato il Documento "il Sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologia e strumenti". Il documento, predisposto da un gruppo di lavoro del quale hanno fatto parte responsabili delle unità operative della qualità ed URP è un ben articolato atto di indirizzo per l'implementazione del sistema regionale di valutazione della qualità percepita nelle Aziende sanitarie. Al suddetto Decreto la Regione ha fatto seguito con altro riguardante "Guida alla implementazione per l'avvio del sistema regionale di qualità. Protocollo operativo" col quale si è inteso avviare il sistema per la rilevazione della Customer Satisfaction relativamente ai ricoveri ordinari, alle attività ambulatoriali e ai servizi diagnostici delle strutture sanitarie. In attuazione del Protocollo suindicato *l'Azienda 3 ha quindi avviato l'applicazione del modello di qualità percepita mediante questionari di valutazione estesi sia ai servizi diagnostici ed ambulatoriali che ospedalieri.* Ad indagine e valutazione conclusa, il Comitato resta in attesa di avere copia degli esiti per le valutazioni di competenza relativi all'anno 2011.

Va poi registrato che l'Azienda Sanitaria Provinciale, sulla base del piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009, ha deliberato *il piano aziendale per la qualità per il triennio 2008-2010* avendo quale obiettivo "che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il migliore esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minore rischio di danni conseguenti al trattamento con il minore consumo di risorse e con la massima soddisfazione del paziente..." Tale piano è stato approvato con delibera n. 613 del 17.3.2008 ed ha previsto il coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali per la realizzazione di progetti di miglioramento scaturenti dalla effettuazione di specifici audit sulle attività considerate maggiormente a rischio.

Con successivo atto deliberativo n. 3160 del 30.12.2010 l'Azienda volendo dare incisività alla qualità, al governo clinico e alla sicurezza del paziente, ha approvato un nuovo piano aziendale per il 2011 per la gestione della qualità e la sicurezza dei pazienti, tema quest'ultimo di enorme interesse per gli utenti anche in relazione alle notizie spesso allarmanti di decessi avvenuti in ospedali a seguito di presunti errori medici..

Sul rischio clinico l'Azienda da tempo si è mossa con la costituzione **del Comitato per il rischio clinico** previsto dal D.A. del 5.10.2005 con la nomina del Referente aziendale Rischio clinico in persona della dott.ssa Fisicaro Emilia e nel quale, peraltro, sono rappresentati gli utenti col medico legale dott.ssa Iosia Serena designata da Cittadinanzattiva- Tribunale per i diritti del malato di Catania.

Correlato alle esigenze della qualità e sicurezza, è il Documento approvato dal Commissario straordinario in data 12.10.2011 sulla Procedura della gestione del triage nei PP.SS. OO dell'ASP, di estremo interesse per le indicazioni che esso fornisce in un'area di assistenza in emergenza urgenza in ambito ospedaliero e su cui è bene verificare l'attuazione da parte del personale interessato. A tal riguardo sono pregevoli le azioni avviate per il miglioramento delle gestione dell'attesa ed accoglienza nei PP.SS. come: a) il film di sei minuti per spiegare e chiarire il significato di triage e codici di accesso; b) l'acquisto di braccialetti identificativi da apporre al paziente di P.S; c) la predisposizione di una scheda per pazienti allergici al lattice; d) il questionario per gli stranieri in italiano ed inglese con immagini anatomiche per l'individuazione anche col dito della sede del dolore; e) la redazione e divulgazione di una scheda di Incident Reporting; la Check – List per la sicurezza in sala operatoria, la Scheda unica di Terapia e la procedura aziendale per la Root Causis Analysis. Mentre gli eventi sentinella vengono trasmessi alla Regione con flusso SIMES, i sinistri vengono registrati e trasmessi al Ministero del Salute e monitorati.

A quest'ultimo riguardo è in corso da parte dell'Azienda recepimento del D.A. 28.12.2011 relativo alla istituzione **del Comitato aziendale valutazione sinistri**, un gruppo di lavoro multidisciplinare avente lo scopo di migliorare e velocizzare la gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento danni (responsabilità civile terzi e dipendenti). In merito il C. C. A. fa presente che, avuto riguardo ai compiti previsti all'art. 2 del citato decreto, tra i componenti potrebbe essere annoverato un proprio rappresentante professionalità per contribuire adeguatamente alla istruttoria delle pratiche di che trattasi. Del resto la partecipazione di altre figure, oltre quelle indicate all'art. 3 è espressamente prevista per professionalità aziendali tra le quali possono annoverarsi componenti del Comitato consultivo aziendale.

In data 31.1.2012 sono pervenuti al Comitato Consultivo n. due documenti concernenti la Job description del personale medico e infermieristico di Pronto soccorso redatto dall'U.O. C. Politiche del personale dell'Azienda; per tali documenti considerato il contenuto di natura regolamentare, si suggerisce di adottare atto deliberativo aziendale.

Con riferimento all'accoglienza e gestione dell'attesa nei pronto soccorso il Comitato sottolinea il contributo sinora dato dal Comitato per favorire la partecipazione di volontari in tali servizi che a breve e per il momento dovrebbero vedere impegnati varie Associazioni nei PP.SS. dei PP.OO. di Acireale, Giarre e Caltagirone e Bronte. E poiché siamo in tema di servizi di P.S. questo Comitato non può esimersi dal rappresentare che dove è maggiormente critica la situazione, per effetto di sovraffollamento di utenti, l'Azienda studi ed individui strumenti e mezzi idonei aventi l'obiettivo di intercettare i codici bianchi e verdi sempre più numerosi ed intralcianti l'attività del pronto soccorso; ciò magari può realizzarsi col ricorso ai medici di famiglia o della continuità assistenziale, a cui tante volte si è pensato, pur nell'ottica di una soluzione di emergenza, per decongestionare il pronto soccorso; soluzione certamente insufficiente nel lungo periodo, dove occorre potenziare il raccordo territorio- ospedale. Esperienze di questo tipo, positivissima, l'Azienda sta avviando col potenziamento dei PTA e PII nell'intera provincia.

Il Comitato ritiene inoltre segnalare che da parte dell'Azienda ci sia maggiore attenzione nei confronti dei malati cronici, soli e con patologie gravi che hanno difficoltà ad

uscire di casa o di incaricare altre persone per il ritiro di farmaci dispensati dal servizio farmaceutico dell'ASP. Potrebbe essere un grande servizio, di alto valore umano ed etico, poter agevolare questi soggetti, da selezionare in modo rigoroso, prevedendo la fornitura a domicilio; è una proposta che il Comitato avanza nell'ottica di migliorare i servizi specie nei confronti delle persone più fragili.

Altra proposta che questo Comitato intende avanzare, nel quadro della umanizzazione dei servizi sanitari, è che da parte dell'Azienda venga particolarmente curata la formazione umana degli operatori attraverso una Scuola permanente su cui peraltro aveva assunto impegno il precedente Direttore generale. Nella consapevolezza della scarsità di risorse finanziarie, il Comitato suggerisce, nelle more della istituzione di una vera e propria scuola, di avviare una iniziativa di collaborazione con la Scuola di Umanizzazione della medicina di Alba in provincia di Cuneo, che all'uopo hanno verbalmente dichiarato allo scrivente la propria disponibilità. A tal fine questo Comitato è disponibile per la più ampia collaborazione sul piano tecnico ed amministrativo per avviare eventuale Protocollo di intesa con quella struttura.

Per concludere, il Comitato richiama, per l'adozione, la Carta della qualità in chirurgia e quella in medicina, predisposte da Cittadinanzattiva, aventi come fine di rendere attuali i 14 diritti della Carta europea dei diritti del malato, con l'obiettivo di assicurare un servizio sempre migliore ai cittadini nel rispetto del diritto all'informazione, alla sicurezza, all'appropriatezza e all'innovazione. Adottare la Carta della qualità rende il reparto una organizzazione capace non solo di curare ma di "prendersi cura" e consente ai cittadini di essere soggetti attivi, consapevoli e capaci di interagire con il personale e la struttura ospedaliera. A questo riguardo si sottolinea l'importanza del punto di vista dei cittadini nel processo di miglioramento della qualità quale guida valida per valutare il servizio. Pertanto è importante individuare metodi adeguati per coinvolgere i cittadini attraverso indagini qualitative e quantitative per assumere informazioni sulla loro soddisfazione. Sotto tale aspetto il Comitato è particolarmente interessato ad assumere ruolo di partner con l'azienda per aprire nuovi campi di ricerca di raccolta dati (interviste, studi osservazionali, di casistica ecc).

Si riserva infine questo Comitato di valutare gli esiti, non appena pubblicati, dell'Audit civico svolto nel 2011 e che ha interessato Presidi ospedalieri e ambulatori distrettuali dell'Azienda.

6. Carta dei diritti e dei doveri. Rapporti con l'URP (art.2 lett. f), n), o) del D.A.)

Sull'argomento si rappresenta:

L'Azienda Sanitaria il 16.5.2006 ha fatto propria (con protocollo sottoscritto dal Dr Antonio Scavone - Direttore Generale dell'Azienda e dall'Avv. Luigi Anile - Coordinatore del Tribunale dei Diritti del Malato di Catania) la **Carta dei 14 Diritti**, proclamata a Roma il 14-6-1995 dal Movimento Federativo Democratico, oggi Cittadinanzattiva.

I proclamati diritti rappresentano la garanzia generale del diritto alla salute riconosciuto dalla Costituzione; non c'è infatti Servizio sanitario se non assicura il diritto alla sicurezza, alla qualità, alla protezione, all'informazione, alla decisione, ecc...; essi sono di grande utilità, perché, pur non avendo la pretesa di ridisegnare i fini e le prospettive del S.S., non c'è dubbio che richiamano l'attenzione sulle difficoltà e carenze che ancora oggi i cittadini incontrano. Sotto tale aspetto i 14 diritti sono importanti, anche perché forniscono parametri concreti per valutare il livello di protezione dei diritti stessi, purtroppo spesso messi a rischio a causa dei tagli dei finanziamenti.

I 14 diritti sopra richiamati nel frattempo sono stati aggiornati e trasfusi nella Carta europea dei diritti del malato, scritta nel 2002 su iniziativa di Active Citizenship Network in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dei paesi dell'Unione Europea, tra cui Cittadinanzattiva per l'Italia. Nel loro insieme i 14 Diritti "vecchi" e "nuovi" (dai più tradizionali come quello sul consenso informato a quelli più innovativi come quello su privacy, ecc...) mirano a garantire un "alto livello di protezione della salute umana" (art. 35

della carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea), assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi nazionali in Europa. I 14 Diritti sono una concretizzazione di diritti fondamentali e, come tali, devono essere riconosciuti e rispettati in ogni paese.

Anche la Carta Europea dei diritti del malato è stata riconosciuta dall'Azienda Sanitaria Provinciale, con l'atto n. 639 del 17.4.2009 col quale è stato deliberato il sostegno dell'ufficializzazione della data del 18 aprile quale Giornata europea dei Diritti del malato e che da quella data è stata celebrata annualmente in Catania.

Il Comitato pertanto propone all'Azienda che la carta Europea dei Diritti del Malato più avanti riportata, venga fatta propria dall'ASP 3, con l'impegno della sua diffusione tra gli operatori e gli utenti, ed applicazione, pur in un sistema di difficile compatibilità e sostenibilità con le risorse disponibili, rinvenibili comunque nella lotta agli sprechi e nel miglioramento dell'efficienza dell'organizzazione dei servizi.

Carta dei doveri

Solitamente nell'immaginario collettivo i diritti spiccano con maggiore evidenza; essi però sono correlati con **Doveri** e le responsabilità che i cittadini devono assumere nella vita quotidiana civile e sociale. Significativo il detto di Gandhi "*Non conosco nessun diritto che non nasce da un dovere*". I diritti, quindi si intrecciano con i doveri, per cui non possono esistere diritti senza doveri. Un equilibrio tra le due componenti va riaffermato in una sanità da ripensare in chiave di efficacia, efficienza e qualità, nell'ambito delle quali vanno rispettati gli ambienti, gli orari delle visite, le esigenze degli altri ricoverati, la dignità degli operatori sanitari, ecc... Per tali aspetti Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato nel 2005 ha elaborato una Carta di 14 Doveri correlata ai 14 diritti, che il 16.5.2006 è stata oggetto di Protocollo d'intesa con l'Azienda sanitaria provinciale che la ha recepita e ampiamente diffusa nelle strutture dipendenti.

Certo con la Carta dei Doveri non si esauriscono le aree di responsabilità degli utenti; si intende comunque riaffermare la dimensione giuridica, civica ed etica dei comportamenti umani nella miriade di rapporti che intercorrono tra cittadini e Servizio Sanitario regionale.

La diretta partecipazione all'adempimento dei doveri è la base per usufruire pienamente dei propri diritti. L'impegno personale ai doveri è rispetto verso la comunità sociale ed i servizi sanitari usufruiti da tutti i cittadini. Ottemperare ai doveri vuol dire anche migliorare la qualità delle prestazioni erogate da parte dei servizi sanitari.

I Doveri elencati nella Carta, ora aggiornati, esprimono pertanto comportamenti, che oltre ad avere ricadute notevoli sulla efficienza complessiva del S.S., prevengono, tra l'altro, sprechi di risorse e pongono il cittadino nella posizione del massimo rispetto del SSR, che è bene comune che ciascuno può liberamente utilizzare, senza farne un uso egoistico o peggio ancora sfruttarlo, perché ciò ne determina logoramento, che in definitiva significa impoverimento per la stessa comunità sociale.

Il Comitato, pertanto propone che l'Azienda faccia propria La Carta dei doveri di seguito rappresentata, aggiornata rispetto all'edizione recepita dall'Azienda, dandone, unitamente alla Carta dei diritti, periodica diffusione, nelle strutture di ricovero e negli ambulatori propri e dei medici di famiglia.

1. DIRITTO A MISURE PREVENTIVE

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati per prevenire la malattia.

2. DIRITTO ALL'ACCESSO

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazione sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

3. DIRITTO ALL' INFORMAZIONE

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari ed il modo in cui utilizzarli, nonché a tutte quelle informazioni che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibile.

4. DIRITTO AL CONSENSO

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alle sperimentazioni.

5. DIRITTO ALLA LIBERA SCELTA

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di informazioni adeguate.

6. DIRITTO ALLA PRIVACY E ALLA CONFIDENZIALITA'

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico - chirurgici in generale.

7. DIRITTO AL RISPETTO DEL TEMPO DEI PAZIENTI

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predeterminati. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

8. DIRITTO AL RISPETTO DI STANDARD DI QUALITA'

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di standard ben precisi.

9. DIRITTO ALLA SICUREZZA

Ogni individuo ha il diritto di non subire danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e ha il diritto di accedere a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. DIRITTO ALL' INNOVAZIONE

Ogni individuo ha il diritto di accedere a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, in linea con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11. DIRITTO A EVITARE LE SOFFERENZE E IL DOLORE NON NECESSARI

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

12. DIRITTO A UN TRATTAMENTO PERSONALIZZATO

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali.

13. DIRITTO AL RECLAMO

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qualvolta abbia subito un danno e di ricevere una risposta.

14. DIRITTO AL RISARCIMENTO

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un risarcimento adeguato, in tempi ragionevolmente brevi, ogni qualvolta abbia subito un danno fisico, morale o psicologico causato dai servizi sanitari.

Carta dei doveri dell'utente del ssr

1. DOVERE AL RISPETTO DEGLI AMBIENTI E DELLE CONDIZIONI DI IGIENE

Ogni cittadino, quando accede in una struttura dell'Azienda sanitaria deve tenere in ogni momento un comportamento responsabile; deve rispettare gli ambienti, le attrezzature e gli arredi della struttura sanitaria, costituendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche proprio; deve tenere in ordine il proprio posto letto, evitare di sporcare e lasciare i servizi igienici, dopo l'utilizzo, nelle condizioni di igiene in cui vorrebbe trovarli.

2. DOVERE AL RISPETTO DELLE ESIGENZE DEGLI ALTRI RICOVERATI

Ogni cittadino deve contribuire a creare nell'unità di degenza un ambiente sereno e rispettoso delle esigenze degli altri ricoverati, anche con riferimento al riposo giornaliero e notturno e all'uso di TV, radio e cellulari. Di questi ultimi è vietato l'uso all'interno del reparto, anche per ragioni di interferenza con gli impianti della struttura.

3. DOVERE ALL'ACCESSO APPROPRIATO ALLE CURE E SERVIZI

Ogni cittadino ha il dovere di ricorrere a cure e servizi appropriati alla patologia, nella consapevolezza dei benefici e riflessi sulla salute e sull'economia nell'utilizzo delle risorse. Tale criterio l'utente deve tenere presente anche nell'accesso ai servizi di pronto soccorso, da riservare ai casi di necessità e comunque a quelli non risolvibili col ricorso ai comuni presidi territoriali (ppi, pta, medico di famiglia, guardia medica, farmacista, ecc.).

4. DOVERE AL CONSUMO DEI PASTI FORNITI DALL'AZIENDA

L'utente ricoverato deve consumare i pasti forniti dall'Azienda, perché garantiti per igiene e qualità, motivando l'eventuale mancato consumo e cercando di evitare il consumo di alimenti fuori orario o incompatibili con la patologia.

5. DOVERE AL BUON USO DEGLI IMPIANTI

Ogni cittadino deve concorrere con la propria disponibilità e buon senso ad un sereno uso degli impianti di aerazione, illuminazione e refrigerazione e segnalare tempestivamente al personale di reparto eventuali guasti agli impianti e danni alle strutture.

6. DOVERE AL RISPETTO DEGLI ORARI DI VISITA

I familiari ed i visitatori devono rispettare gli orari di visita in entrata ed in uscita. Al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale e terapeutica e favorire la quiete ed il riposo dei pazienti devono evitare visite numerose, prolungate e chiosse, affollamento intorno al letto e presenza di bambini con meno di 12 anni; situazioni eccezionali di particolare valenza emotiva riguardanti minori vanno rappresentate al personale medico del reparto. La persona autorizzata a visite fuori orario o assistenza dovrà uniformarsi alle regole dell'Unità Operativa favorendo la massima collaborazione con gli operatori sanitari.

7. DOVERE ALLA COLLABORAZIONE CON GLI OPERATORI

L'accesso in ospedale o altra struttura sanitaria esprime da parte del cittadino-paziente un rapporto di fiducia e di rispetto verso il personale sanitario. Egli pertanto deve ispirare il proprio comportamento ad un corretto rapporto con gli operatori e deve collaborare per la migliore efficacia delle terapie. Deve astenersi da comportamenti orientati a vantaggi personali, opportunismi e favoritismi, che oltre a manifestare carenza di cultura civica, ostacolano il corretto funzionamento dei servizi.

8. DOVERE ALLA PREVENZIONE E AL RISPETTO DEL DIVIETO DI FUMO

Ogni cittadino deve rigorosamente rispettare il divieto di fumo in ogni ambiente, segnalando all'incaricato della vigilanza eventuali infrazioni da parte di ricoverati, operatori e visitatori. Tale principio risponde all'esigenza del rispetto delle persone presenti, nonché ad un sano personale stile di vita che va assecondato in ogni ambito per la prevenzione di malattie oncologiche, cardiovascolari, diabete, obesità, ecc...

9. DOVERE ALLA COMUNICAZIONE DI RINUNZIA ED AL RISPETTO DELLE DATE

Ogni cittadino, in caso di rinuncia ad una visita o prestazione prestabilita o già prenotata, deve avvertire tempestivamente la Struttura al fine di consentire il migliore utilizzo delle risorse umane e strumentali ed evitare sprechi di tempo e risorse.

10. DOVERE DI DICHIARARE IL VERO

Ogni cittadino ha il dovere civico ed etico di essere veritiero nella dichiarazione del proprio reddito ai fini dell'esenzione dal ticket, ricordando che, in caso di dichiarazioni mendaci, decade dai benefici conseguenti ed incorre nelle responsabilità penali di cui all'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445.

11. DOVERE AL RISPETTO DEGLI SPAZI

L'utente ed i suoi familiari devono parcheggiare il proprio veicolo negli appositi spazi, senza invadere quelli riservati ai disabili, al personale autorizzato ed ai mezzi di soccorso. Devono spostarsi nella struttura utilizzando i percorsi ad essi riservati, raggiungendo direttamente le sedi di loro stretto interesse.

12. DOVERE AL CORRETTO USO DEI PRESIDI E DEGLI AUSILI

Ogni cittadino deve fare un uso corretto dei presidi e degli ausili (sedie a rotelle, girelli, ecc.) forniti dal SSN, nella considerazione che trattasi di beni che vanno restituiti ai competenti servizi sanitari e che potranno essere utilizzati da altri utenti.

13. DOVERE AL BUON USO DEI FARMACI

Ogni cittadino deve evitare l'uso improprio dei farmaci e, completata la cura, deve conservare la rimanenza per successivi eventuali usi sino alla data di scadenza. Deve consegnare i farmaci scaduti, per lo smaltimento, alla vicina farmacia, trattandosi di rifiuti tossici e nocivi.

14. DOVERE ALLA SERENA VALUTAZIONE DEI FATTI

Ogni cittadino deve astenersi, da critiche diffamatorie che possono colpire la deontologia professionale dell'operatore. Nei casi di sospetta malpractice per presunta responsabilità professionale, deve evitare reazioni di impulso, valutando con serenità i fatti, avvalendosi di esperti prima di intraprendere eventuali iniziative di carattere penale o giudiziarie, tenendo ben presente che, in caso di denuncia infondata, il sanitario ingiustamente accusato rimane segnato nell'esercizio della professione; deve evitare di promuovere conflittualità contro medici per perseguire finalità diverse da quelle di giustizia (cosiddetta sinistrosità medica).

P. S. Le Carte dei diritti e dei doveri sopra proposti non sono documenti statici ed immutabili. Essi saranno sempre oggetto di continua analisi per aggiornarli e renderli il più possibile adeguati alle esigenze della realtà sanitaria della nostra Provincia. In particolare, senza stravolgere la Carta dei diritti, il Comitato si riserva intervenire con appendici nelle quali saranno attenzionati i diritti di particolari categorie di malati fragili quali anziani, pazienti oncologici, cronici ecc.

Il presente documento dovrà essere contenuto nel regolamento previsto alla lettera f) del D.A. 15.4.2010. A tal proposito il Comitato ritiene doveroso rappresentare che venga aggiornata la Carta dei Servizi approvata nel 2003 non più rispondente ai nuovi assetti organizzativi dei servizi ambulatoriali ed ospedalieri dell'Azienda.