



Progetto di gestione e prevenzione del rischio clinico
in regione Friuli Venezia Giulia

Sistema di analisi dei reclami e delle segnalazioni

PREMESSA

La raccolta delle segnalazioni da parte delle Aziende e degli URP è stata sviluppata avendo come riferimento principale la normativa vigente sull'accesso agli atti (l.241/90) gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (D.lgs. 29/93) e la Carta dei Servizi (l.273/95).

E' necessario sviluppare l'uso delle segnalazioni come strumento di lettura dei rischi e dei rischi potenziali.

A tale proposito nel corso del 2005 è stato ripristinato il gruppo di lavoro dei referenti URP con i seguenti compiti:

- adozione di una metodologia condivisa di analisi delle segnalazioni in funzione di prevenzione del rischio;
- definizione di un sistema regionale di raccolta delle segnalazioni;
- istituzione di un tavolo comune con Cittadinanzattiva per la valutazione delle segnalazioni (secondo la convenzione CittadinanzAttiva - ARS).

ESPERIENZE INTERNAZIONALI E NAZIONALI

In ambito internazionale l'impegno dei dipartimenti per la salute e di diversi organismi anche indipendenti ha condotto alla realizzazione di linee guida per la gestione dei reclami nel sistema sanitario allo scopo di fornire assistenza alle organizzazioni che intendono implementare o migliorare il loro sistema di rilevazione e gestione dei reclami e di promuovere un approccio positivo al reclamo come strumento di una strategia orientata al paziente ed alla sua sicurezza, partendo dai principi di confidenzialità, anonimato, equità, rapidità di risposta e trasparenza. Così si vede infatti in Australia (Department of Health and Ageing e l'Australian Council for Safety and Quality in Health Care), negli Stati Uniti (Agency for Healthcare Research and Quality, Patient Safety Network, Center for Quality Improvement and Patient Safety) e nel Regno Unito (NHS, Commission on Health Improvement).

In Italia la Regione Emilia Romagna, con il suo Piano sanitario regionale 1999-2001 che inserisce l'ascolto dei cittadini fra gli strumenti del governo aziendale e clinico e con il Documento di pianificazione economico-finanziaria 2003-2005 (DPDEF) che propone l'obiettivo dello "sviluppo della comunicazione con i cittadini per la promozione della conoscenza dei servizi e della consapevolezza dei diritti e delle responsabilità nei confronti della salute", è da anni attiva sul fronte della raccolta e gestione dei reclami allo scopo di migliorare la qualità del servizio sanitario attraverso un approccio integrato alla gestione del rischio clinico. Il processo ha portato alla condivisione di un glossario (allegato 1), di una classificazione in macro e microcategorie (allegato 2), di un percorso organizzativo della gestione delle segnalazioni (allegato 3), della metodologia di raccolta e organizzazione dei reclami ed all'adozione di un unico sistema informatizzato.

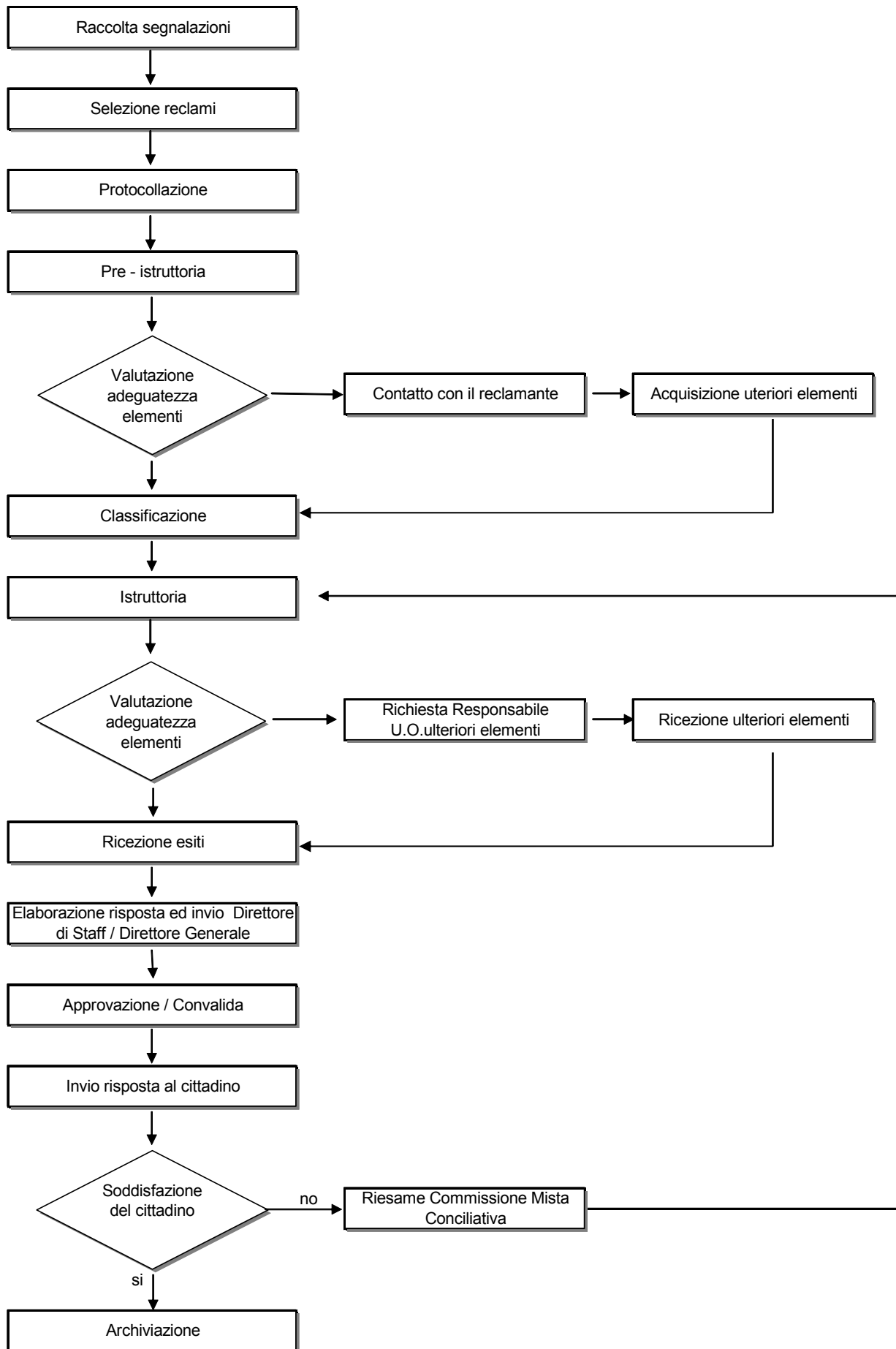
ESPERIENZE REGIONALI

In Friuli Venezia Giulia gli URP aziendali hanno partecipato alla sperimentazione, avviata nel 1997, relativamente alla predisposizione di una carta dei servizi. In tale ambito, sono state elaborate una classificazione regionale dei reclami, una scheda comune di rilevazione ed una procedura informatizzata.

Al momento, gli URP delle diverse aziende continuano ad utilizzare la **classificazione** allora definita, alcuni di loro hanno ampliato lo spettro delle sottocategorie per venire incontro agli interessi aziendali di analisi dei dati.

La **scheda** di raccolta della segnalazione dell'utente e quella utilizzata dagli URP per l'analisi del reclamo, in qualunque modalità esso sia pervenuto, contengono le informazioni allora concordate come fondamentali.

Il processo che il reclamo segue all'interno delle organizzazioni aziendali, indipendentemente dalla modalità con cui viene presentato, è sommariamente lo stesso, rappresentabile attraverso questo diagramma di flusso (elaborato dall'URP dell'AOUOR di Trieste nell'ambito del lavoro sull'accreditamento con la JCAHO):



Dalla ricognizione si è evidenziato come, salvo casi eccezionali che richiedono tempi più lunghi, nella maggioranza delle aziende entro tale termine viene quantomeno fornita (anche telefonicamente) una prima risposta parziale o interlocutoria.

Inoltre, in alcune Aziende, su iniziativa di ognuna delle parti, può essere attivato un “tavolo conciliativo” informale avente l’obiettivo di fornire agli interessati l’occasione per chiarire i dubbi e le rispettive posizioni.

La risposta per il cittadino, nella maggioranza delle Aziende, è firmata dal Direttore Generale. In ASS4 e ASS5 dai direttori di struttura, al Burlo dal Direttore Sanitario.

Tutti gli Uffici redigono periodici report (trimestrali, semestrali o annuali) per la Direzione. L’URP della ASS4 predispone il report solo su richiesta della Direzione.

In alcune aziende (ASS1, AOU Udine, AOU Trieste, Burlo) i reclami vengono considerati ai fini della valutazione dei dirigenti.

FASI DEL PROGRAMMA

1 – ORGANIZZAZIONE ALL’INTERNO DELLE AZIENDE

Secondo quanto previsto dalle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2005, le aziende sanitarie identificano, all’interno di ciascun ospedale, una funzione di coordinamento di tutte le attività di “Risk management”.

Le indicazioni regionali per l’atto aziendale, inoltre, prevedono che la Direzione Sanitaria, parte della Direzione Strategica, tratti le funzioni di “risk management”, e annovera tra le funzioni della direzione strategica anche la gestione dell’URP e la comunicazione.

Infine, limitatamente alla ASS3, all’Azienda ospedaliera e all’Azienda ospedaliero-universitaria, anche la medicina legale è compresa tra le funzioni della Direzione Sanitaria (negli altri casi fa parte del Dipartimento di Prevenzione).

Tale premessa per giungere ad una gestione dei reclami (o, quantomeno, per una parte di essi) integrata tra l’URP ed il Risk management, per la quale è indispensabile fruire di una metodologia di lavoro condivisa.

2 – AVVIO DI UN PROGRAMMA UNIFICATO PER LA GESTIONE DEI RECLAMI

a) **Condivisione del glossario proprio dell’URP e del Risk Management**

Di seguito si propone un breve glossario dei termini, relativi alle segnalazioni che possono giungere agli URP dai cittadini-utenti, utile per una corretta gestione integrata dei reclami.

Segnalazione Indicazione di disservizio che si risolve con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attiva la procedura tipica del reclamo.

Segnalazione impropria E’ una segnalazione riferita ad un evento che non è imputabile alla responsabilità dell’Azienda Sanitaria. Non è di competenza: può trattarsi di un reclamo, un rilievo, un elogio/apprezzamento, un suggerimento/proposta.

Reclamo Un reclamo è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce una opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti.

Ringraziamento/elogio Espressione/segnalazione di soddisfazione del cittadino/utente, presentata sotto qualsiasi forma o modalità, al soggetto erogatore del servizio.

Suggerimenti Segnalazioni dei cittadini/utenti che hanno lo scopo di fornire delle indicazioni esplicite al soggetto erogatore affinché fornisca un servizio più vicino alle loro esigenze.

Segnalante Il protagonista dell'evento oggetto di reclamo o apprezzamento, non il presentatore a meno che non presenti per se stesso.

Presentatore Colui che presenta la segnalazione: se presenta per sé un reclamo, coincide col reclamante; il presentatore può presentare la segnalazione per un familiare, un associato, un cliente, un conoscente.

Delega Azione con cui si autorizza qualcuno a compiere un atto in propria vece. Nel caso di segnalazioni inerenti situazioni riferite a persone, deve essere acquisita la delega della persona protagonista dell'evento oggetto di reclamo o apprezzamento, non del presentatore. L'unica eccezione si ha nel caso in cui il reclamante non sia in grado di intendere o volere.

Prima risposta E' il messaggio aziendale interlocutorio, verbale o scritto, che ha lo scopo di rendere edotto il reclamante circa lo stato del procedimento aperto dal reclamo. Può contenere una risposta parziale e, da un punto di vista formale, determina la nuova scadenza dei termini.

Chiusura E' il momento in cui si realizza lo scioglimento del contratto stipulato/impegno assunto dall'URP con il cittadino; si realizza attraverso la trasmissione allo stesso della comunicazione di chiusura. Normalmente la "chiusura" avviene attraverso una comunicazione aziendale (verbale o scritta), che chiude la sequenza comunicativa attivata dal cittadino al momento del contatto per la presentazione della segnalazione.

Tavolo Conciliativo incontro informale avente l'obiettivo di fornire agli interessati l'occasione per chiarire i dubbi e le rispettive posizioni.

b) Condivisione del sistema di classificazione dei reclami

Già dal 1997 in Regione viene utilizzata una classificazione omogenea dei reclami in tutte le Aziende, che ha permesso di ottenere un quadro preciso e comparabile della situazione, evidenziando altresì le differenze nelle criticità tra le diverse realtà.

Di seguito viene riportata la classificazione in uso:

1. aspetti relazionali:

- cortesia, gentilezza (accondiscendenza, pazienza, disponibilità);
- rispetto della persona;
- congruità del comportamento (comprende uso dei cellulari), congruità dell'abbigliamento, cura della persona;
- rispetto del divieto di fumo;
- riconoscibilità degli operatori (cartellino)
- altro

2. umanizzazione:

- rispetto del corpo;
- rispetto della persona (comprende privacy, idee e convinzioni personali, rispetto delle idee religiose secondo il principio di uguaglianza ed imparzialità, rispetto della sofferenza e della morte);
- mantenimento della quotidianità e delle abitudini personali (comprende possibilità di svago e distrazione, presenza di sale giochi e simili);
- mantenimento delle relazioni personali (comprende orari delle visite di familiari e conoscenti, possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze - es. sala travaglio individuale con presenza di familiari - , letti per familiari, letti per bambini; assistenza scolastica per giovani);
- omogeneità di comportamenti ed equità
- altro

3. informazioni :

- informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.;
- informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari (escluse quelle di carattere medico-sanitario);
- adeguatezza e completezza della segnaletica;
- leggibilità e comprensibilità della modulistica;
- leggibilità e comprensibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.);
- possibilità di conoscere le liste d'attesa
- altro

4. tempo:

- tempo di attesa per erogazione di esami e prestazioni;
- liste di attesa per prenotazione e ricovero;
- tempi di attesa per certificazione, documentazione e presidi (si deve intendere il tempo di attesa per l'erogazione della prestazione o la consegna della documentazione inerente);
- rispetto della priorità acquisita
- altro

5. aspetti alberghieri e comfort:

- pulizia, silenziosità, gradevolezza degli ambienti (locali di soggiorno e loro arredamento, televisore, distributori di bevande, ecc.);
- qualità, quantità, gradevolezza e orari dei pasti;
- numero di letti per stanza;
- adeguatezza e pulizia dei servizi igienici;
- adeguatezza degli ascensori;
- adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti (possibilità di effettuare piccoli acquisti di accessori personali, per la pulizia, ecc., presenza di una edicola o della distribuzione di giornali, della banca e/o di un bancomat, disponibilità di telefoni pubblici, possibilità di ricevere chiamate telefoniche);
- adeguatezza e comfort dei luoghi di attesa o delle sedi di coda (sedie, distanza di cortesia, elimina-code, ecc.)
- altro

6. strutture e logistica:

- dimensioni dei locali, dei corridoi, ecc.;
- numero di letti per stanza;
- dislocazione territoriale dei servizi, distanze all'interno delle aree dell'Azienda;
- accessibilità fisica dei servizi e trasporti interni;
- barriere architettoniche;
- porte automatiche;
- parcheggi, parcheggi per disabili;
- sicurezza e manutenzione delle apparecchiature
- altro

7. aspetti burocratico amministrativi:

- problemi di interpretazione/applicazione delle norme;
- procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazioni inclusa la cartella clinica, certificazioni amministrative ecc. (code);
- adeguatezza degli orari degli sportelli, degli ambulatori;
- accessibilità dei 'percorsi' organizzativi o burocratico-amministrativi per accedere alle prestazioni (nelle richieste, nella prenotazione, nella documentazione necessaria, ecc.);
- trasparenza degli atti e delle procedure;
- aspetti organizzativi (generali);
- modalità dei trasporti e degli spostamenti (all'interno delle aree dell'Azienda, per pazienti e familiari);
- problemi legati a carenze di materiali;
- importi e procedure per i ticket (richieste di pagamento ritenute indebite rispetto alla prestazione, per l'importo, ecc., procedure per il pagamento di ticket come orari della cassa, moduli, escluse le code; errata attribuzione di ticket o ticket non dovuti; modalità e tempi per il rimborso)
- altro

8. aspetti tecnico-professionali:

- attinenti agli aspetti tecnico-sanitari, professionali od amministrativi (es. errore diagnostico, terapeutico, imperizia in un prelievo), richieste di risarcimento danni;
- mancato intervento;
- mancato intervento di prevenzione;

- modalità di erogazione della prestazione;
- approccio fisico (es. nell'assistenza ad un allettato, in una visita medica);
- consenso informato, quantità, qualità e modalità delle informazioni su diagnosi, terapie, prescrizioni, trattamenti, controindicazioni, ecc. (al paziente ed ai familiari);
- completezza e correttezza nella compilazione della cartella clinica;
- chiarezza della modulistica relativamente al consenso informato (?);
- presenza della firma del medico;
- completezza, chiarezza e correttezza delle certificazioni
- altro

9. richieste improprie o non evadibili:

- non pertinenti alle Aziende sanitarie o al Servizio sanitario,
- incomplete o incomprensibili,
- anonime

10. altro (specificare)

c) **Condivisione di una scheda di rilevazione comune**

La messa a punto di una scheda di rilevazione non può prescindere dall'analisi della modulistica attualmente in uso.

Ad ogni modo, sia nel caso in cui le Aziende scelgano di mantenere le schede di rilevazione attualmente utilizzate, sia che scelgano di utilizzare la scheda proposta a livello regionale, si ravvisa la necessità di acquisire (ALMENO) le informazioni sotto riportate:

SEGNALAZIONI UTENZA – INFORMAZIONI DA ACQUISIRE

- Data ricezione
- N. progressivo
- Modalità di presentazione (verbale, scritto, telefono, fax, mail, sito web)
- Cognome
- Nome
- Sesso
- Soggetto presentatore (interessato, familiare/amico, Associazioni-Tdm, Altro)
- Struttura aziendale coinvolta (ad es. Ospedale, Distretto ecc.)
- Struttura/e operativa/e coinvolta
- Tipologia (segnalazione, reclamo, suggerimento, elogio)
- Data evento
- Classificazione (v. sopra)
- Estratto significativo della segnalazione
- Data conclusione (gg.)
- Modalità di risposta (lettera, telefonica, colloquio, mail)
- Tavolo conciliativo (data)
- Commissione Mista conciliativa (data)
- Risk management (si/no o spunto)

d) **informatizzazione della rilevazione ed elaborazione.**

Il data base informatizzato per la raccolta delle segnalazioni dei reclami, di facile utilizzo per tutti gli operatori dell'URP (come ad esempio un file excel o access), dovrà riportare le stesse informazioni previste per la scheda di rilevazione.

L'utilizzo dello stesso sistema di raccolta in tutte le Aziende consentirà anche di effettuare una elaborazione dei dati su base regionale.

e) predisposizione di una metodologia comune relativa a tempi e modalità di risposta.

Secondo la recente normativa, all'utente deve essere fornita una risposta scritta e protocollata (che rimanga agli atti) in tempi non superiori a 90 giorni (a meno che il regolamento aziendale non stabilisca diversamente).

Nel caso in cui l'utente chieda la convocazione della Commissione Mista Conciliativa, questa deve essere attivata entro 30 giorni dalla richiesta.

La risposta scritta fornita all'utente deve, di norma, fare capo alla Direzione Generale.

Periodicamente ogni URP redige un report sull'andamento delle segnalazioni, in modo da evidenziare le segnalazioni più frequenti ed informarne l'Area Qualità Aziendale e/o la Direzione Strategica, creando l'occasione per rivedere l'organizzazione degli aspetti più critici.

3 – LA GESTIONE DEI RECLAMI NELL'AMBITO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

Nel caso in cui dal reclamo presentato si possa supporre o evincere l'esistenza di un danno anche potenziale all'utente (genericamente inteso come danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, all'assistenza sanitaria, che abbia causato – o avesse le potenzialità per causare - un prolungamento del periodo di degenza, l'esecuzione di ulteriori esami non previsti, un peggioramento temporaneo o permanente delle condizioni di salute o la morte), tale reclamo sarà evidenziato per la predisposizione del report da inviare all'ARS.

La procedura informatizzata che verrà messa a disposizione dovrà tenere conto anche di questo aspetto e consentire di segnalare, estrarre e raccogliere in modo semplice i reclami di interesse per la gestione del rischio clinico.

Ferme restando le peculiarità dei singoli casi, che saranno segnalati direttamente dagli operatori dell'URP in base a criteri concordati (come ad esempio reclami relativi ad aspetti organizzativi generali, che facciano comunque supporre l'esistenza di un errore nel trattamento sanitario effettuato), entreranno a far parte del report i reclami classificati come (vedi sopra):

(3). Informazioni

(8). Aspetti tecnico-professionali

(altro specificare) segnalazione di danni all'utente, altre segnalazioni selezionate dall'URP

A tale scopo, saranno organizzati dall'ARS dei momenti formativi sulla gestione del rischio clinico e distribuito uno schema che possa aiutare gli operatori a riconoscere i reclami di interesse per il programma.

Le finalità di questo diverso approccio sono molteplici:

1. utilizzare il reclamo come fonte informativa per acclarare l'esistenza di processi critici (le informazioni sono utilizzabili sia all'interno dell'azienda che nell'ambito del gruppo regionale URP);

2. procedere, insieme ai clinici, all'analisi del processo critico per verificare se il rischio che l'evento dannoso si verifichi nuovamente possa essere eliminato o quantomeno ridotto mettendo a punto degli interventi correttivi;
3. fornire all'utente una risposta adeguata, al fine di cercare di ridurre il numero di sinistri derivanti da una non corretta gestione dei reclami.

Annualmente, gli URP aziendali invieranno un report all'ARS che provvederà ad elaborare la sintesi regionale.

BIBLIOGRAFIA

L'ESPERIENZA AUSTRALIANA

Panayiota Romios, Liza Newby, Margaret Wohlers, Janet Spink, Deb Gleeson, David Goldstein “Turning wrongs into rights-learning from consumers annotated incidents” Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia, 2003

Lo scopo del progetto è fornire degli strumenti per l'elaborazione delle linee guida per la gestione del reclami nel sistema sanitario.

Include una revisione della letteratura in materia e delle esperienze già in atto.

Distingue tra gestione dei reclami *per se* e orientata al miglioramento della qualità ed alla gestione del rischio.

Australian Council for safety and qualità in health care “Better practice guidelines on complaints management for health care services” - luglio 2004

Lo scopo di questa linea guida è di fornire assistenza alle organizzazioni che intendono implementare o migliorare il loro sistema di rilevazione e gestione dei reclami e di promuovere un approccio positivo al reclamo come strumento di una strategia orientata al paziente ed alla sua sicurezza. Essa costituisce una cornice nazionale per la miglior pratica nella gestione dei reclami e include le più rilevanti politiche locali australiane, oltre che gli standard dei programmi di accreditamento australiani ed internazionali. Questa linea guida è il risultato di quanto appreso dal progetto “Turning wrongs into rights” del 2003.

Western Australian Complaint management policy – driving quality improvement by effective complaints management.

Fornisce una serie di principi relativi alla confidenzialità, anonimato, equità, rapidità di risposta al reclamo e trasparenza.

Tra gli allegati la classificazione in macrocategorie e sottocategorie dei reclami con le relative definizioni e una scheda di rilevazione del reclamo in sé e relativamente alla gestione del rischio.

David McD Taylor, Rory S Wolfe and Peter A Cameron “Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian hospitals”, 1997–2001

Lo scopo dello studio è descrivere i reclami nella loro natura e risultato e fare una comparazione per “tipologie” di pazienti e dipartimenti ospedalieri. L'analisi retrospettiva è stata condotta sui reclami presentati dai pazienti in 67 ospedali nello stato di Victoria, tra il 1997 e il 2001.

**Department of Health Government of Western Australia
Metropolitan Hospitals & Health Services – annual complaints report 2002-2003
Office of Safety and Quality in Health Care-February 2004**

Questo report è un'analisi dei reclami pervenuti agli ospedali metropolitani di Perth ed alle altre strutture sanitarie tra il 2002 e il 2003 ed una comparazione con le rilevazioni effettuate tra il 1999 e il 2002. I reclami sono stati classificati in categorie relativamente ad accesso, comunicazione, decisioni, qualità delle cure, costi, privacy e umanizzazione, ingiustizie (?) e altro. Per ognuna delle categorie, vengono riportati i dati relativi ai reclami totali, ai reclami per sottocategoria e una serie di raccomandazioni per il miglioramento della qualità del servizio.

L'ESPERIENZA INGLESE

Commission on health improvement “Sharing the learning on patient and public involvement from CHI’s work”

Questo report evidenzia quanto rilevato dalla “Commission on Health Improvement” (CHI) relativamente al coinvolgimento di pazienti, utenti e pubblico durante più di 300 ispezioni in Inghilterra e Galles.

La ricerca è stata condotta anche attraverso l’analisi della letteratura concernente l’impatto che il coinvolgimento di pazienti e pubblico ha avuto sulla pratica e la politica del sistema sanitario nazionale; l’analisi della best practice di organizzazioni sanitarie pubbliche e private; l’analisi approfondita di casi e del modo in cui essi hanno agevolato o complicato il processo; gruppi di discussione in quattro regioni; un’analisi nazionale che ha coinvolto i rappresentanti di pazienti e pubblico, delle agenzie nazionali e delle direzioni strategiche.

I risultati riportati sono relativi allo stato attuale del livello di comunicazione tra pubblico e strutture sanitarie e di quanto questa relazione sia stata fino ad ora in grado di influenzare le politiche e la pratica sanitarie.

Complaints - Listening . . . Acting . . . Improving - Guidance on implementation of the NHS Complaints Procedure

Questo documento è una linea guida sull’organizzazione della rilevazione e gestione dei reclami orientato alla definizione, quindi, dei presupposti di confidenzialità, anonimato, facilità di accesso, tempi di risposta, soddisfazione dell’utenza e miglioramento qualitativo dei servizi.

L'ESPERIENZA ITALIANA (EMILIA ROMAGNA)

Sul sito della Agenzia sanitaria regionale c’è una sezione dedicata alla gestione di reclami e segnalazioni: <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/segnalazioni/index.htm>

Scaricabile:

classificazione in macrocategorie e categorie

glossario

percorso organizzativo della gestione delle segnalazioni

rapporto regionale anno 2003

manuale d’uso e tecnico per operatori dell’URP

proposta operativa metodologica di analisi dei reclami

Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Dossier 85 – 2003

Il capitolo 7 è dedicato alla analisi e gestione delle segnalazioni agli URP regionali ed in particolare alla descrizione del percorso che ha portato alla condivisione della metodologia ed all’adozione di un unico sistema informatizzato. Vengono inoltre riportati i risultati dell’indagine effettuata nel 2002 e il modo in cui tali informazioni hanno contribuito al miglioramento ulteriore del sistema adottato.

Sapere Ascoltare. Il valore del dialogo con il cittadino. Dossier 105 – 2005

Il documento è stato predisposto da:

Renata Cinotti, Maria Augusta Vicoli, Vittoria Sturlese, Sara Capizzi dell’Area Accreditamento, Agenzia sanitaria regionale

Una prima parte del documento è dedicata al rapporto medico-paziente, alla comunicazione e condivisione dei processi, al consenso ed alla valutazione del servizio sanitario da parte di alcuni target di utenti. Una seconda parte è invece dedicata agli aspetti critici, ed in particolare alle priorità, al bisogno di informazione e partecipazione alle scelte ed ai reclami e gestione del rischio.

In questo documento reclami ed elogi vengono classificati in macroaree alle quali corrispondono una serie di sottocategorie che le dettano nello specifico ma che qui vengono riportate solo in parte ed in relazione alla loro maggiore attinenza alla gestione del rischio.

Lo studio qui descritto si riferisce alla raccolta e analisi delle segnalazioni attraverso un sistema di rilevazione uniforme per il quale i diversi URP della Regione e l'Agenzia sanitaria regionale hanno condiviso un set minimo di dati da raccogliere e il metodo di classificazione.

Nel rapporto sono pubblicati i risultati della rilevazione fatta nel 2003 e riportati i dati relativi a numero di elogi, reclami impropri, rilievi, reclami, suggerimenti suddivisi per macrocategorie, per funzione (ospedaliera, assistenza primaria, specialistica ambulatoriale, attività di supporto) e per attinenza con la gestione del rischio.

Cittadinanza attiva – Rapporto PIT salute 2004

Il periodo considerato va dal 30 novembre 2003 al 30 dicembre 2004. I dati gestiti sono quelli rilevati dalla sede centrale e dalle diverse sedi locali del PIT. Le informazioni contenute fanno riferimento ai dati anagrafici dei soggetti interessati, alla descrizione dei problemi all'origine della richiesta di intervento, alla registrazione delle procedure avviate per fronteggiarlo e all'esito delle stesse. Relativamente alla gestione del rischio, mi sono sembrati interessanti i dati riportati relativamente alla segnalazione di *errori dei medici* (errori diagnostici e terapeutici, scorretta o incompleta redazione e composizione della cartella clinica), il *funzionamento di Pronto Soccorso, 118 e Dipartimento di Emergenza* (difficoltà di accesso, valutazioni cliniche, inefficienza organizzativa, errori di diagnosi, lunghe attese e permanenze, dimissioni inappropriate....), i *farmaci* (ostacoli nell'acquisizione).