

X Congresso dell'Associazione Italiana di Valutazione
Guardare dentro e guardare oltre: dieci anni di
valutazione italiana

Roma, 19-21 aprile 2007

Alessandro Lamanna, Michela Liberti, Alessio Terzi

I cittadini come attori della valutazione dei servizi sanitari.¹

Sommario

1. La valutazione civica come prassi della cittadinanza attiva	Pag. 2
1.1. Contesto di riferimento	Pag. 2
1.2. Aspetti teorici e metodologici	Pag. 4
1.3. La struttura di valutazione e il benchmarking	Pag. 5
2. L'esperienza dell'Audit civico	Pag. 6
2.1. Come e quando nasce l'Audit civico	Pag. 6
2.2. Le quattro domande dell'Audit civico	Pag. 7
2.3. La struttura di valutazione dell'Audit civico	Pag. 8
2.4. Il benchmarking	Pag. 10
2.5. Gli effetti dell'Audit civico	Pag. 12
3. La Campagna Ospedale sicuro	Pag. 14
3.1. Nascita e sviluppo della Campagna	Pag. 14
3.2. Il significato dell'intervento dei cittadini nelle politiche della sicurezza	Pag. 15
3.3. La struttura di valutazione civica della sicurezza degli ospedali	Pag. 15
3.4. Il benchmarking	Pag. 17
3.5. Miglioramenti lenti ma costanti: strutture e organizzazione	Pag. 18
3.6. Forza e debolezza: vigilanza e personale	Pag. 18
3.7. Una buona notizia: gli ospedali che hanno imparato	Pag. 19
4. Conclusioni	Pag. 20
Bibliografia	Pag. 22

¹ La presente comunicazione è una rielaborazione di: Lamanna A., Terzi A. - *La valutazione civica della qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie: i programmi Audit civico e Ospedale sicuro* – in Banchieri G. (a cura di) – *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana* – Italtpromo, Roma 2005

1. La valutazione civica come prassi della cittadinanza attiva

1.1. Contesto di riferimento

Cittadinanzattiva² attribuisce un valore strategico al fatto di mettere i cittadini in grado di produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, della qualità dei servizi. Nel seguito sono presentate le due esperienze, riferite ai servizi sanitari, che hanno prodotto i più importanti sviluppi metodologici della valutazione civica, una riferita alla sicurezza negli ospedali (Ospedale sicuro), l'altra all'azione delle aziende sanitarie (Audit civico). La valutazione civica è una forma particolarmente strutturata di *analisi civica*, intesa come “*produzione e uso di informazioni da parte dei cittadini in funzione della attivazione di proprie politiche e della partecipazione alle politiche pubbliche, sia in sede di definizione e di implementazione che in sede di valutazione*”³.

Da almeno tre decenni, i cittadini partecipano alla vita pubblica in forma diretta, dando vita ad una sorta di ricerca-azione, *nella quale la produzione di conoscenze e la modificazione della realtà sono sistematicamente interrelate. In concreto, l'azione dei cittadini si manifesta attraverso: una raccolta di dati, in quanto le persone acquisiscono informazioni circa il problema; un lavoro di mobilitazione, in quanto le persone imparano a condividere il problema; uno sforzo di abilità costruttiva, in quanto le persone lavorano per risolvere il problema*⁴. Questo modo di operare accomuna realtà molto differenziate: comitati locali e organizzazioni internazionali; gruppi monotematici e movimenti attivi in ampi settori della vita pubblica. Il tratto comune di queste realtà è la pratica della *cittadinanza attiva* in quanto “*capacità di organizzarsi in modo multiforme, di mobilitare risorse umane, tecniche e finanziarie e di agire con modalità e strategie differenziate per tutelare diritti esercitando poteri e responsabilità volti alla cura e allo sviluppo dei beni comuni*”⁵.

Le forme più recenti di azione civica, tendono ad integrare gli aspetti tradizionali di mobilitazione e di intervento con uno sviluppo “disciplinare” delle capacità di elaborare dati e di produrre interpretazioni e valutazioni. I cittadini, come sostiene Aaron Wildavsky, diventano *analisti*⁶. Essi imparano dalla esperienza personale a comparare gli sforzi con i risultati e a distinguere le politiche più importanti da quelle meno importanti. I cittadini possono adottare una strategia di specializzazione nel proprio campo di interesse, e man mano generalizzare le proprie competenze diventando soggetti attivi delle politiche pubbliche. La cittadinanza non è soltanto lealtà nei confronti del governo, ma diventa presenza attiva, informata e autorevole nella vita pubblica.

Gli esempi di interpretazioni e di valutazioni prodotte autonomamente dalle organizzazioni civiche sono molti e hanno come oggetto il funzionamento di servizi pubblici, la tutela di beni comuni come l'ambiente, la conoscenza e la gestione di fenomeni sociali come l'immigrazione e la povertà. Tra questi esempi si possono menzionare, anche per sottolinearne la diversità:

² Cittadinanzattiva è una organizzazione non governativa fondata nel 1978 con il nome di Movimento federativo democratico, che opera nell'ambito della tutela dei diritti dei cittadini e della promozione della partecipazione civica. È presente su tutto il territorio nazionale con oltre 200 sedi. Per la tutela del diritto alla salute ha fondato, nel 1980, il Tribunale per i diritti del malato. Nel 2001, per confrontare le esperienze e rafforzare l'interlocuzione con le istituzioni nazionali ed europee ha istituito il network active citizenship (ACN) con l'adesione di 70 organizzazioni civiche di 30 paesi membri o candidati dell'Unione europea.

³ Moro G., *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci editore, Roma, 1998, pag. 135.

⁴ Rubin H., Rubin, I., *Community Organizing and Development*, MacMillan Publishing Company, New York, 1992.

⁵ Moro G., op. cit. p. 48.

⁶ Wildavsky A., *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis*, Transaction Publisher, New Brunswick, 1993, pp. 252 – 279.

- i rapporti sui temi ambientali di organizzazioni internazionali come il WWF o Legambiente, in Italia⁷;
- gli studi periodici sul tema della immigrazione della Caritas Italiana⁸;
- la guida per il lavoro civico nelle comunità locali di Vancouver⁹.

Cittadinanzattiva ritiene che la capacità di produrre autonomamente interpretazioni sia un concreto *empowerment* dei cittadini e ha sempre prestato molta attenzione allo sviluppo disciplinare della analisi civica. Si possono riconoscere alcune tappe fondamentali di questo percorso iniziato alla fine degli anni '70. La prima tappa è stata la formazione delle Carte dei diritti del cittadino malato redatte nei primi anni '80, non come dichiarazioni di principi etici ma come rappresentazione documentata del punto di vista del cittadino sul funzionamento della sanità. All'indomani della costituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978, Cittadinanzattiva¹⁰ promuove il *Tribunale per i diritti del malato* e lancia una campagna di mobilitazione. Gruppi organizzati di cittadini entrano negli ospedali, osservano le strutture e intervistano i degenti raccogliendo migliaia di informazioni che permettono di identificare le "sofferenze inutili" non causate dalla malattia, ma da pregiudizi culturali, disfunzioni organizzative e comportamenti professionali. Le Carte dei diritti del malato sono il frutto di questo lavoro di analisi e di interpretazione¹¹.

La seconda tappa fondamentale è la realizzazione del *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale*¹² in collaborazione con il Ministero della Sanità nel 1990-91. L'impresa mobilita migliaia di cittadini che intervistano 16.000 persone, fra malati ed operatori, e tengono sotto osservazione più di 1000 reparti e servizi. Con l'aiuto di una società scientifica (il Cerfe) viene messo a punto un importante impianto metodologico. Il risultato è una radiografia puntuale e documentata della situazione delle strutture sanitarie italiane che contribuisce a mettere nell'agenda del governo e delle istituzioni sanitarie problemi fino ad allora trascurati.

L'esperienza del Rapporto segna una evoluzione nel modo di operare di Cittadinanzattiva e in particolare del Tribunale per i diritti del malato¹³. Il monitoraggio strutturato dei vari aspetti del funzionamento dell'assistenza sanitaria diventa una prassi ordinaria. Le raccomandazioni per la formazione delle Carte dei servizi prevedono che gli standard di qualità e gli impegni siano definiti in collaborazione con i cittadini¹⁴. La norma è poco applicata, ma la collaborazione con due aziende sanitarie di Torino permette la formulazione degli standard che consente la verifica diretta degli utenti¹⁵. L'attività di valutazione cresce in quantità e qualità e consente una prima sistemazione disciplinare¹⁶ che sorregge anche la progettazione dei due programmi – Ospedale sicuro e Audit civico – qui presentati.

⁷ Cfr. Legambiente – *Un treno verde contro la mal'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore* – Roma 1996.

⁸ Cfr. i dossier statistici sul tema presenti nel sito www-caritasitaliana.it.

⁹ Dobson C. – *The Citizen's Handbook. A Guide to Building Community in Vancouver* – Vancouver Citizen's Committee, Vancouver 1995.

¹⁰ La denominazione, in quegli anni era ancora Movimento federativo democratico (cfr. nota 1).

¹¹ Moro G., Petrangolini T., "Il governo scalzo della salute", in *Democrazia diretta*, n. 4 -5, 1987.

¹² Movimento federativo democratico - *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale* – Il Pensiero scientifico editore, Roma 1992

¹³ Il Tribunale per i diritti del malato è una iniziativa del Movimento federativo democratico nata nel 1980, per tutelare i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali, e per contribuire a una più umana e razionale organizzazione del Servizio sanitario. Il Tribunale è costituito da cittadini comuni, ma anche da operatori dei servizi e da professionisti, che si impegnano a titolo volontario.

¹⁴ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 - *La carta dei servizi pubblici sanitari*.

¹⁵ Cfr. Azienda ospedaliera Oirm-Sant'Anna – *Carta dei servizi* – Torino, 1997 e Azienda ospedaliera San Giovanni Battista della città di Torino - *Carta dei servizi* - Torino, 2005.

¹⁶ Cfr. cap. 4, "Analisi civica", in G. Moro, cit. pp. 135 – 167, in collaborazione con A. Terzi.

La nuova base metodologica illustrata ha permesso l'applicazione dell'analisi civica ad altri temi come la sicurezza delle scuole¹⁷ e lo stato di attuazione della Carta europea dei diritti del malato¹⁸ in tredici paesi dell'Unione Europea¹⁹. L'Audit civico, inoltre, è stato riconosciuto dal Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del consiglio dei ministri²⁰. Inoltre, sono state sperimentate applicazioni di audit civico nell'ambito dei servizi di trasporti, dei servizi idrici e dei servizi postali.

1.2. Aspetti teorici e metodologici

Lo sviluppo della valutazione civica nell'ambito dei servizi sanitari è stato determinato dalla esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino, superando due pregiudizi o visioni riduttive. Il primo era la riduzione della centralità degli utenti del servizio a puro principio di deontologia professionale. Il secondo consisteva nel ritenere che la tutela dei diritti fosse il risultato, per così dire, automatico di una buona organizzazione del lavoro e delle strutture. Praticare la centralità del cittadino significa, invece, da una parte, definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche, e dall'altra assumere un preciso approccio tecnico per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria. Gli strumenti classici della *customer satisfaction* sono considerati inadeguati dalla maggior parte degli esperti, così da anni una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata in programmi innovativi sulla qualità percepita²¹, anche con ottimi esiti. *Le metodologie sinora utilizzate, però, sviluppano l'ascolto dei cittadini ma non li riconoscono come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate*²².

Per comprendere meglio la portata della questione conviene riflettere sul fatto che l'espressione *rappresentare il punto di vista del cittadino* ha due significati ben distinti, anche se complementari. Il primo significato deriva dalla geometria prospettiva, nella quale il punto di vista è il punto di osservazione di una specifica realtà che definisce una rappresentazione matematicamente determinata della realtà stessa. Il punto di vista del cittadino, così inteso, non è una mera espressione di soggettività, ma identifica un modo di osservare (e quindi di rappresentare) il servizio sanitario che è, poi, quello del destinatario del servizio stesso. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non significa soltanto raccogliere un insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini fattuali, il modo in cui il servizio si presenta a coloro che lo utilizzano nelle diverse fasi della loro esperienza. Definita in questi termini, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini assume una dignità pari a quella relativa agli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori, quello dei medici, quello degli infermieri, quello degli amministratori regionali, ecc.) e li integra, favorendo una migliore comprensione della realtà.

Il secondo significato è quello di *agire in nome e per conto dei cittadini*, al fine di fare valere il proprio giudizio sulla qualità dei servizi. E' questa, l'attività svolta dalle organizzazioni civiche quando intervengono per porre all'attenzione particolari fenomeni o per spingere le amministrazioni pubbliche ad affrontare problemi ritenuti prioritari. In questo quadro, la

¹⁷Cfr. il programma "Imparare sicuri" <http://www.cittadinanzattiva.it/content/view/374/268/> data di consultazione 5 gennaio 2007.

¹⁸ La Carta europea dei diritti del malato è stata proclamata il 15 novembre 2002 da quindici organizzazioni civiche dei paesi membri dell'Unione Europea aderenti ad Active Citizenship Network, la rete di politica europea promossa da Cittadinanzattiva cfr www.activecitizenship.net.

¹⁹ Health and Social Campaigners' Network - *Patients' Rights in Europe: a Citizens' Report (Summary of Meeting Organised by Active Citizenship Network at the European Parliament, Brussels February 28th to March 1st 2005)* - Oxford Vision 2020, March 2005.

²⁰ Dipartimento della Funzione Pubblica, Gruppo Cantieri, *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Cantieri, Roma 2003.

²¹ Cfr. Cinotti R., Cipolla C., *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Franco Angeli, Milano 2003.

²² Altieri L. (a cura di) *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*, Franco Angeli, Milano 2002.

valutazione civica conferisce al punto di vista dei cittadini la necessaria dimensione tecnica, e integra i due significati, in quanto:

- identifica, formalizza e rende misurabili gli aspetti caratteristici dell'esperienza del cittadino;
- definisce un insieme coerente di strumenti tecnici per la raccolta dei dati e per l'elaborazione delle informazioni;
- identifica i momenti dei processi di valutazione e di decisione in cui i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione circa i temi sul tappeto.

La valutazione civica non esaurisce completamente la rappresentazione delle esperienze dei cittadini nel servizio sanitario, ma pone le premesse per una proficua integrazione con altre metodologie, soprattutto con le esperienze più avanzate di rilevazione della qualità percepita. Sulla base di queste considerazioni di carattere generale, è stata costruita e sperimentata una struttura di valutazione che vede i cittadini come soggetti attivi e non solo come oggetti della valutazione stessa.

1.3. La struttura di valutazione e il benchmarking.

La definizione della struttura della valutazione civica si propone di connettere le informazioni "analitiche", che descrivono aspetti molto concreti della realtà, con valutazioni "sintetiche", riguardanti cioè gli aspetti più generali della realtà stessa. A tal fine, essa è stata articolata in tre livelli: componenti, fattori di valutazione, indicatori.

Il primo livello è costituito dalle *componenti* che possono comprendere alcune caratteristiche costitutive della realtà esaminata, per esempio "strutture", "personale", "organizzazione" nel caso dell'iniziativa Ospedale sicuro; oppure delle aree tematiche generali come "orientamento ai cittadini" nel caso dell'Audit civico. Ogni componente è poi articolata in *fattori di valutazione*, intesi come "aree che hanno un particolare rilievo nella percezione dei cittadini" o, ancora, come "gli aspetti principali che qualificano il rapporto che i cittadini instaurano con la realtà valutata"²³. Infine, ad un livello più analitico, ogni fattore di valutazione comprende un gruppo di *indicatori*, intesi come variabili quantitative o parametri qualitativi che consentono di esprimere un giudizio sul fattore osservato. Ogni fattore di valutazione, quindi, è collegato ad un "grappolo" di indicatori, che permettono di osservare fenomeni elementari che esprimono in modo significativo il modo di essere o di funzionare della realtà esaminata o la sua corrispondenza a norme, regole di buone prassi ecc. Gli indicatori (e i corrispondenti standard di riferimento) sono ricavati da repertori disponibili in bibliografia, fonti normative, documenti prodotti da organizzazioni di cittadini, società scientifiche ecc., e sono selezionati sulla base dei quattro classici criteri: pertinenza, sensibilità, precisione e rilevabilità.

La trattazione quantitativa dei dati raccolti attraverso gli indicatori presi in considerazione permette di calcolare gli *indici di adeguamento agli standard (IAS)*, che danno informazioni di carattere generale sui fattori e sulle componenti presi in considerazione. L'IAS esprime in quale misura i valori raccolti per gli indicatori raggruppati in un fattore di valutazione corrispondono ai "valori attesi", vale a dire agli standard di riferimento. Nei casi in cui gli standard non sono disponibili, si possono individuare valori di riferimento dall'analisi dei dati rilevati.

I passi necessari per il calcolo dell'IAS di un "fattore di valutazione" sono:

- a. la definizione degli indicatori del fattore considerato;
- b. la comparazione delle situazioni rilevate per ogni singolo indicatore con il relativo standard di riferimento;

²³ Queste definizioni sono state formulate sulla base del D.P.C.M 19 maggio 1995 e del testo del Ministero della sanità, "Come definire e utilizzare gli standard di qualità", Quaderni della Carta dei Servizi pubblici Sanitari, 1996.

- c. l'attribuzione ad ogni indicatore di un valore compreso fra 0 e 100, dove 100 indica la totale corrispondenza allo standard di riferimento e 0 la totale difformità da esso;
- d. la pesatura, ove necessario, degli indicatori, sulla base della loro rilevanza;
- e. il calcolo della media aritmetica dei valori attribuiti agli indicatori.

Successivamente, se necessario, si può calcolare l'IAS di un gruppo di fattori di valutazione, appartenenti a una singola componente e, ancora, l'IAS di tutte le componenti e quindi della realtà osservata (per esempio un ospedale).

Il calcolo dell'IAS ha permesso di utilizzare la valutazione civica per praticare la metodologia del benchmarking e quindi per promuovere una valutazione comparativa tra le singole realtà oggetto della valutazione civica, con l'obiettivo di:

- fornire l'opportunità d'interpretare i risultati della valutazione civica in un contesto più ampio e quindi individuare eventuali aree di eccellenza o ritardi rispetto ad altre realtà analoghe;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori *performance*.

2. L'esperienza dell'Audit civico

2.1. Origine e finalità dell'Audit civico

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. Esso nasce per iniziativa di Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato e si inserisce nel quadro della collaborazione con AstraZeneca, instauratasi a partire dal 2000. Il primo ciclo sperimentale, realizzato nel 2001 con la collaborazione di dodici aziende sanitarie, è stato finalizzato alla definizione e alla prova in campo del quadro teorico e metodologico. Una seconda sperimentazione, attuata nel 2002 con la partecipazione di tredici aziende, ha permesso di verificare la praticabilità della metodologia nella generalità delle aziende e non soltanto in poche realtà particolarmente qualificate. A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie. Nel 2004, in seguito ad una specifica convenzione con l'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna, è stato avviato il primo programma regionale di applicazione sistematica della metodologia. Nel 2005 e nel 2006 sono state stipulate altre convenzioni con l'Assessorato alla trasparenza e alla cittadinanza attiva e con l'Agenzia sanitaria della regione Puglia, con l'Assessorato alla salute della regione Lazio e con le Agenzie sanitarie regionali dell'Abruzzo e del Friuli Venezia Giulia. Il totale delle aziende coinvolte nell'Audit civico è pari a 134, circa un terzo del totale delle aziende sanitarie italiane.

Complessivamente, dal 2000 al 2005 le aziende sanitarie che hanno già concluso almeno un ciclo di Audit civico sono 94²⁴, di cui 60 aziende sanitarie locali e 34 aziende ospedaliere, per un totale di 106 attività di audit²⁵. Nel corso di queste attività sono stati osservati:

- 156 ospedali;
- 136 sedi di distretto sanitario;
- 137 poliambulatori sul territorio;
- 134 servizi di assistenza specialistica territoriali e semiresidenziali (Centri di salute mentale e Servizi per le tossicodipendenze)²⁶.

²⁴ Lo scarto di quaranta aziende rispetto al dato precedente è da imputare ai cicli regionali e nazionale in corso di svolgimento.

²⁵ 1 azienda ospedaliera e 11 aziende sanitarie locali hanno svolto l'Audit civico per due volte.

²⁶ I dati esposti in questi paragrafi sono aggiornati al gennaio 2007.

La decisione di dotare le organizzazioni dei cittadini di un proprio strumento di valutazione della azione delle aziende sanitarie nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per i diritti del malato. Il primo riguarda la duplice esigenza di *dare uno spessore concreto alla centralità, sempre invocata, ma poco praticata - del punto di vista del cittadino*, e di *promuovere forme efficaci di partecipazione* dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari pubblici. Una seconda serie di questioni è connessa con l'esigenza di *rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie* a partire dalla lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva, con il Tribunale per i diritti del malato, per ottenere che le segnalazioni fossero prese in considerazione e producessero i dovuti miglioramenti. Il confronto tra gruppi di cittadini e responsabili delle aziende sanitarie attraverso procedure strutturate come l'Audit civico può assumere il significato di un "rendere conto" alla comunità locale dei risultati conseguiti nella gestione dei servizi sanitari, non solo in termini di bilancio economico ma secondo una prospettiva più ampia di *promozione della salute*²⁷, e di dimensioni spesso dimenticate della qualità dei servizi sanitari, quali quelle dei *rapporti interpersonali* e del *comfort*²⁸. È interessante rilevare, a questo proposito, la sostanziale corrispondenza temporale fra la diffusione dell'Audit civico e la redazione dei primi bilanci sociali delle aziende sanitarie italiane. La terza fondamentale ragione per sperimentare una procedura di valutazione fondata su criteri omogenei e comparabili sta nella necessità di *prevenire il rischio che la maggiore autonomia dei governi regionali e locali si traduca in una diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi*, con l'emergere di cittadini di serie A, con più diritti e servizi con standard qualitativamente più alti, e cittadini di serie B, con meno diritti e servizi più scadenti. Il legame con il benchmarking, a questo proposito, non è soltanto una scelta metodologica ma acquista un valore strategico rendere comparabili le performance aziendali, sulla base di elementari criteri legati ai diritti dei cittadini e a standard ormai condivisi nella società.

L'Audit civico non esaurisce l'azione delle organizzazioni di cittadini, né può sostituire certificazioni di qualità o procedure di accreditamento, ma resta un sostegno importante per l'azione civica e per le amministrazioni, in quanto:

- crea un contesto che rende possibile la collaborazione attiva fra cittadini e aziende;
- produce informazioni, non attingibili per altra via e utili per colmare le lacune delle altre procedure di valutazione;
- fa emergere le aree critiche e favorisce l'individuazione di azioni correttive praticabili.

Lo sviluppo dell'Audit civico in collaborazione con le amministrazioni sanitarie regionali e locali, infine, è un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione italiana, che recita: "Stato, regioni, province, città, metropolitane e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà".

2.2. Le quattro domande dell'Audit civico

La progettazione dell'Audit civico ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino comune nei servizi sanitari.

- a. Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto – per problemi propri o di famiglia - in un processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La

²⁷ "La promozione della salute è il processo che mette in grado gruppi e individui di aumentare il controllo sui fattori determinanti della salute e di migliorarla" (Carta di Ottawa per la promozione della salute dell'OMS, 1998, pag. 2).

²⁸ A. Donabedian, *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, Roma, 1990.

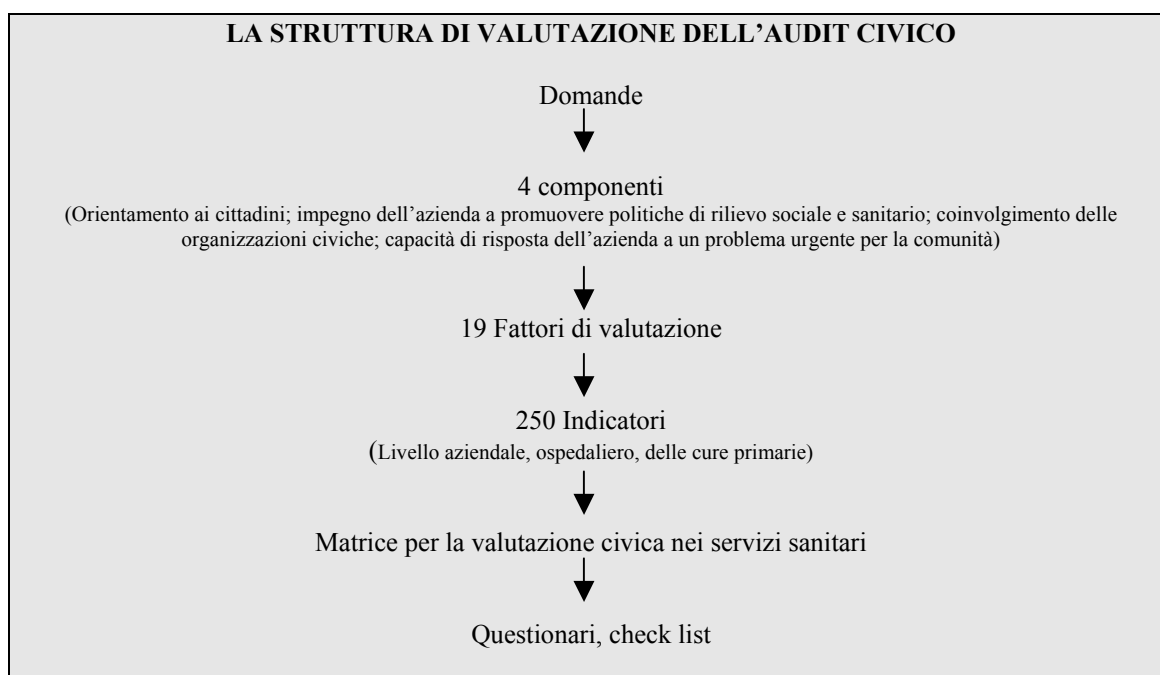
domanda, a questo proposito, è: *Quali sono le azioni promosse dalle aziende sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?*

- b. Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e il quesito è: *Quale priorità assumono nell'azione delle aziende sanitarie alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?*
- c. Il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi: *La partecipazione dei cittadini è considerata dalle aziende sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o viene promossa (quando lo è) solo come un adempimento burocratico previsto da alcune leggi?*
- d. Il quarto aspetto riguarda il cittadino e la comunità in cui vive e la domanda è: *Quali risposte ha fornito l'azienda sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?*

La vastità e la complessità degli argomenti rendono impossibili risposte complete e sistematiche. La formulazione delle domande, però, permette di selezionare i temi da includere nell'Audit civico e i dati da raccogliere, e quindi di progettare la struttura di valutazione.

2.3. La struttura di valutazione dell'Audit civico

Con il contributo di un "Tavolo tecnico per l'Audit civico"²⁹ e a partire da un progetto elaborato da Alessandro Lamanna e Alessio Terzi, è stata messa a punto una struttura di valutazione articolata in: componenti, fattori, indicatori. Essa è riassunta nella seguente tabella.



²⁹ Il tavolo, costituito nel 2000, era composto da esperti dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto per il marchio di qualità (Imq/Csq), delle aziende ospedaliere di Caserta, Torino (San Giovanni Battista), Monza (San Gerardo), delle aziende sanitarie locali di Bologna Nord e di Legnago, e da rappresentanti di AstraZeneca e da responsabili locali e nazionali di Cittadinanzattiva.

In primo luogo, sono state definite 4 *componenti* corrispondenti a ciascuna delle domande fondamentali illustrate in precedenza. Le componenti sono:

- a. *l'orientamento ai cittadini*, cioè l'attenzione dimostrata dall'azienda per ambiti spesso problematici per gli utenti dei servizi sanitari, la cui cura può favorire una sempre maggiore fiducia nel SSN (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale, ecc.);
- b. *l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche* di particolare rilievo sociale e sanitario, volte alla prevenzione dei rischi e al miglioramento dei percorsi clinici e assistenziali;
- c. *il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali*;
- d. *la capacità di risposta* dell'azienda sanitaria a un *problema concreto* vissuto come urgente dalla *comunità locale*.

Le *prime tre componenti* sono sviluppate secondo un approccio *nazionale*, strutturato centralmente, volto ad assicurare la trattazione di alcune aree tematiche e la successiva possibilità di promuovere esperienze di *benchmarking* e di disseminazione di buone pratiche.

Queste tre componenti sono articolate in *fattori di valutazione*, secondo il seguente schema:

a. Orientamento al cittadino:

- accesso alle prestazioni sanitarie;
- rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati;
- relazioni sociali;
- informazione;
- assistenza alla persona;
- comfort - prestazioni alberghiere;
- supporto ai degenti e alle loro famiglie;
- documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti;
- tutela dei diritti;
- programmi di miglioramento della qualità.

b. Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario:

- gestione del rischio clinico;
- sicurezza delle strutture e degli impianti;
- malattie croniche e oncologia;
- gestione del dolore.

c. Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:

- istituti di partecipazione degli utenti nel Servizio Sanitario Nazionale previsti dalla legislazione vigente;
- altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.

Ogni fattore è indagato attraverso la rilevazione di una serie di *indicatori*, raccolti in una *matrice per la valutazione civica nei servizi sanitari*. La matrice, che al momento contiene circa 350 indicatori, è articolata in 3 livelli:

- il primo livello contiene gli indicatori applicabili all'azienda sanitaria nel suo complesso (*livello aziendale*);
- il secondo livello contiene gli indicatori relativi agli ospedali (*livello dell'assistenza ospedaliera*);
- il terzo livello contiene gli indicatori relativi alla medicina di famiglia, cure domiciliari, medicina specialistica territoriale, servizi di salute mentale e per le tossicodipendenze (*livello delle cure primarie*).

La *quarta componente*, come si è già detto, è studiata attraverso un *approccio locale* e riguarda un argomento scelto dall'equipe al livello di azienda sanitaria tra quelli vissuti dalla comunità locale come più urgente e offre l'occasione per articolare un processo di consultazione interattivo dei vari attori (amministrazione, personale medico, infermieristico, cittadini, ecc.) da concludersi con una iniziativa pubblica.

I dati sono raccolti da équipe miste composte da cittadini e operatori sanitari delle aziende che partecipano all'Audit civico.

Per la raccolta dei dati sono utilizzati:

- 5 *tipologie di questionari* rivolti ai responsabili delle strutture coinvolte nell'Audit civico;
- 1 *questionario* rivolto ai rappresentanti delle organizzazioni di volontariato presenti in alcuni comitati dell'azienda sanitaria³⁰;
- 5 *diverse check list* per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari).

2.4. Il benchmarking

Parte costitutiva dell'Audit civico è lo sviluppo di una valutazione comparativa (*benchmarking*) delle performance aziendali nei fattori di valutazione delle tre componenti "orientamento al cittadino", "impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario" e "coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali". Alla base del benchmarking c'è la costruzione di un grafico che mostra i valori dell'indice di adeguatezza agli standard (IAS) che ciascuna delle aziende sanitarie ha ottenuto per ognuno dei fattori di valutazione considerati.

Ogni grafico è accompagnato da:

- un giudizio sintetico con la scala ottimo / buono / discreto / scadente / pessimo, basato sul punteggio medio di IAS ottenuto dalle aziende sanitarie;
- l'indicazione degli elementi che contraddistinguono l'azienda o le aziende che raggiungono i punteggi più elevati;
- l'indicazione degli elementi che caratterizzano l'azienda o le aziende con punteggi più bassi.

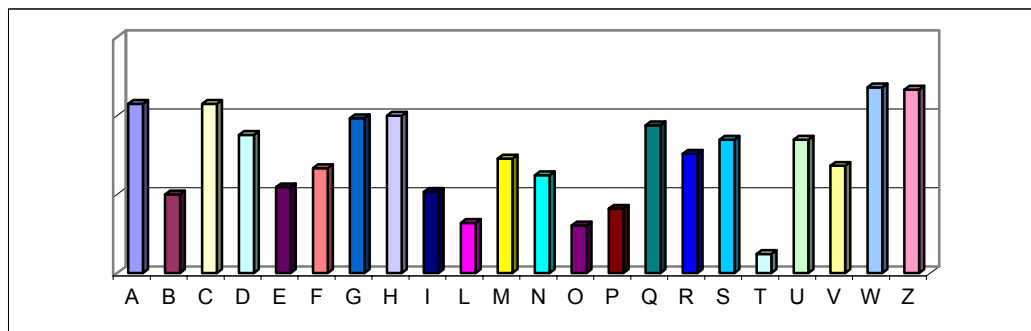
Talvolta, quando possibile, sono indicati anche gli standard che non sono raggiunti da nessuna azienda sanitaria. I risultati dell'Audit civico, così organizzati, vengono discussi in "incontri di benchmarking" ai quali partecipano le équipe delle diverse aziende. Nel corso di questi incontri, si sviluppa la possibilità per ciascuna équipe di:

- interpretare i risultati del proprio Audit civico in un contesto più ampio;
- individuare le eventuali aree di eccellenza o le aree critiche che caratterizzano la propria prestazione;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori performance.

Di seguito si presentano due grafici contenuti nei Rapporti Audit civico 2003 e 2004.

³⁰ La legislazione italiana prevede l'esistenza al livello di aziende sanitarie di alcuni comitati (comitato etico, comitato per il buon uso del sangue, commissione conciliativa, ecc.) nei quali è prevista la partecipazione di rappresentanti delle organizzazioni dei cittadini.

**Fattore di qualità: informazione – livello assistenza ospedaliera
Audit civico 2003**



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit civico

Giudizio: discreto

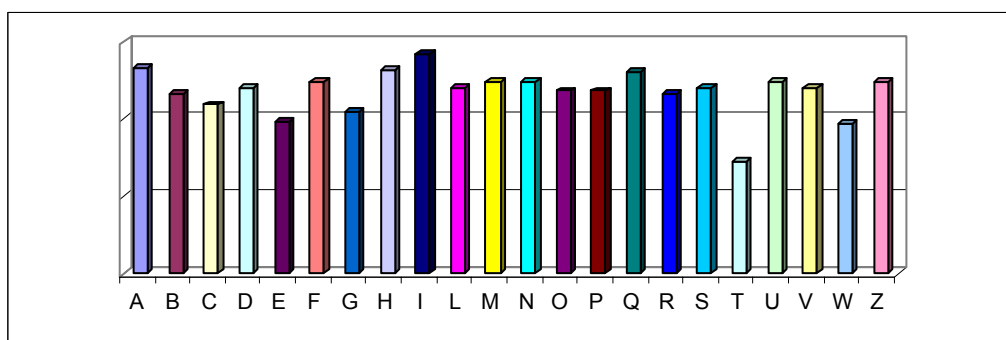
Elementi che giustificano i risultati migliori:

- Alta percentuale di U.O. nelle quali è presente un cartello con l'orario della giornata
- Alta percentuale di U.O. nelle quali è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici
- Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di un opuscolo informativo sui diritti dei pazienti
- Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente

Elementi che giustificano i risultati peggiori:

- Bassa percentuale di U.O. nelle quali è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale
- Assenza di modulistica per il consenso informato per atti invasivi
- Assenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale

**Fattore di qualità: comfort – livello assistenza ospedaliera
Audit civico 2003**



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit civico

Giudizio: ottimo

Elementi che giustificano i risultati migliori:

- Presenza di parcheggio interno per il pubblico

Elementi che giustificano i risultati peggiori:

- Osservazione nelle parti comuni e nelle U.O. del presidio ospedaliero di segni di fatiscenza alle pareti, finestre che non si chiudono, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele
- Bassa percentuale di U.O. con bagni dotati di: tavoletta, campanello di allarme e sistema per indicare occupato/libero
- Bassa percentuale di ambulatori ospedalieri dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale
- Bassa percentuale di bagni negli ambulatori dotati di: specchio, mensola e contenitore portarifiuti
- Assenza di sala di attesa al pronto soccorso
- Bassa percentuale di posti letto con camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza
- Mancata possibilità di scelta per il vitto tra due o più opzioni
- Mancata possibilità di comprare riviste e giornali per i pazienti ricoverati

2.5. Gli effetti dell’Audit civico

A conclusione dei primi quattro anni di Audit civico è possibile registrare almeno tre effetti. Il primo effetto è conoscitivo, riguarda la possibilità di avere una sorta di “griglia di lettura” dell’azione delle aziende sanitarie nel campo della qualità, della umanizzazione e del coinvolgimento dei cittadini. Il secondo effetto riguarda gli esiti “locali”, vale a dire, l’insieme delle azioni di miglioramento intraprese dalle aziende sanitarie in seguito all’Audit. Il terzo effetto riguarda le “nuove prassi” che, in seguito all’Audit civico, si sono sviluppate nelle aziende sanitarie.

Una griglia di lettura

La pratica del *benchmarking* ha offerto la possibilità di identificare tre tipi di elementi. Il primo elemento sono le *buone pratiche*, vale a dire, le prassi che caratterizzano in positivo una piccola percentuale di aziende sanitarie dotate di particolare sensibilità verso problematiche emergenti o comunque di recente considerazione nel contesto italiano. Tra queste possono essere elencate le seguenti.

Tab.1 – Elenco delle principali “buone pratiche” rilevate

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Comunicazione ai pazienti ricoverati del nome di un medico di riferimento• Servizi e procedure per supportare i degenti e le famiglie in caso di morte dei loro cari, di necessità di carattere economico, di trasferimento in strutture per lungodegenti o Residenze sanitarie assistenziali, di dimissioni protette• Inchiesta sul grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari presso sedi di distretto, poliambulatori e sedi di altri servizi sanitari• Alta percentuale di reparti ospedalieri nelle quali si ha evidenza di azioni di miglioramento attuate in seguito alla consultazione dei degenti• Registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella• Redazione della mappa del rischio clinico• Redazione del Piano per la gestione del rischio clinico• Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle U.O. ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore• Corsi di formazione per misurare il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore in assistenza domiciliare• Consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini da parte di responsabili della azienda sanitaria• Capitolati d’appalto che prevedono il controllo degli utenti sulla qualità dei servizi forniti |
|--|

Il secondo tipo di elemento è quello delle *omissioni*, ossia, le azioni realizzate dalla grande maggioranza delle aziende, che solo poche aziende si ostinano a non praticare. Esempi di omissioni sono i seguenti.

Tab.2 – Elenco delle principali “omissioni” rilevate

<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico • Assenza di un Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) • Assenza di un sito web aziendale • Assenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (addetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.) • Impossibilità di prenotare visite ed esami diagnostici attraverso un Centro Unico di Prenotazione • Impossibilità di prenotazione telefonica tramite CUP • Assenza di sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file • Assenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (addetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.) • Assenza, nell'atrio principale, di un prospetto riassuntivo dei servizi presenti nel poliambulatorio • Indisponibilità di depliant informativi sui servizi e sui diritti all'interno dei poliambulatori • Impossibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale • Presenza di U.O. con stanze di degenza con più di 4 posti letto • Assenza di ambulatori dotati di bagni per disabili • Assenza di qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'Ufficio per i rapporti con il pubblico (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) • Assenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere • Assenza di strutture erogatrici di cure palliative • Mancata utilizzazione di schede specifiche per il rilevamento del dolore • Assenza di protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini
--

Infine, il terzo elemento sono le *pietre d'inciampo*, ossia, prassi spesso elementari e comunque di particolare rilievo dal punto di vista dei cittadini che rimangono inattuata nella maggioranza delle aziende. Ecco un elenco delle principali di esse.

Tab.3 – Elenco delle principali “pietre d'inciampo” rilevate

<ul style="list-style-type: none"> • Dotazione, all'interno degli ospedali, di tutti gli sportelli per prenotazione di visite ed esami con sistemi di controllo e regolamentazione delle file. • Numero di ore di apertura giornaliera ai visitatori nei giorni feriali (oltre le 6 ore giornaliere) • Registro dei pazienti, colpiti durante il ricovero, da piaghe di decubito dal secondo grado in su • Rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari, riservando loro una stanza • Avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura • Cartelli in tutti i reparti ospedalieri con i nominativi e le qualifiche dei medici • Opuscolo con le prestazioni offerte all'ingresso dei poliambulatori sul territorio • Disponibilità al momento dell'ingresso delle strutture sanitarie (in particolare ospedali, sedi di distretto e altri servizi) di documenti o avvisi sulle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami • Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi dell'Azienda Sanitaria • Presentazione dei risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza dei Servizi
--

Ogni équipe ha potuto quindi conoscere quali “buone pratiche”, “pietre d'inciampo” o “omissioni” erano presenti nella propria azienda e ciò ha favorito la formulazione delle priorità da affrontare.

Gli esiti locali dell’Audit civico

Al momento, la rilevazione analitica degli esiti dell’Audit civico è stata effettuata in 13 aziende sanitarie³¹. In queste aziende, in seguito all’Audit civico, sono state censite 235 azioni di miglioramento, così suddivise:

- 58 azioni per il comfort, l’accesso alle prestazioni e la sicurezza delle strutture e degli impianti;
- 26 azioni per il risk management e il pain management;
- 53 azioni per le malattie croniche, il supporto ai degenti e alle loro famiglie, l’assistenza alla persona, la documentazione sanitaria, gli istituti di partecipazione previsti dalle leggi e le altre forme di partecipazione;
- 98 azioni per l’informazione logistica e sanitaria, il rispetto dell’identità e le relazioni sociali, la tutela dei diritti e i programmi di miglioramento della qualità.

Le nuove prassi

Infine, l’applicazione dell’Audit civico ha dato luogo a nuovi modi di operare. In alcuni casi sono stati individuati, con estrema puntualità, gli indicatori che non rispettavano gli standard previsti, indicando per ognuno di essi la possibile azione correttiva e verificando successivamente gli esiti ottenuti e le cause di mancata attuazione. In altri casi, si è verificato un più **intenso coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali**³². Infine, **la discussione sui dati raccolti dall’Audit civico ha promosso interventi di carattere più generale.**

3. La Campagna Ospedale sicuro

3.1. Nascita e sviluppo della Campagna.

La campagna Ospedale sicuro è nata come risposta a due gravi fatti, avvenuti fra la fine del 1997 e l’inizio del 1998, che riguardavano il tema della sicurezza negli ospedali. Nonostante l’esistenza di una legislazione avanzata e la disponibilità di cospicui fondi nazionali, negli ospedali italiani era possibile perdere la vita o la salute a causa di incidenti assolutamente evitabili. Era indispensabile fare qualcosa che permettesse ai cittadini di entrare efficacemente in gioco. La complessità del tema rendeva necessario un confronto sistematico fra il punto di vista dei cittadini e quello degli altri soggetti coinvolti. Venne quindi proposto a rappresentanti delle istituzioni scientifiche e di certificazione, delle aziende sanitarie, delle professioni e dei produttori, di dare vita a un *Tavolo per la sicurezza delle strutture sanitarie*. Le adesioni furono numerose e qualificate³³ e sostennero la progettazione della prima campagna Ospedale sicuro realizzata nel 1998, che da una parte permise di richiamare l’attenzione pubblica sul problema³⁴,

³¹ Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Aziende ospedaliere di Caserta, Policlinico di Palermo, Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani, Aziende sanitarie locali di Chiavari, Nuoro, Legnago, Lucca, Salerno; Piacenza, Torino 1 e Torino 4., Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento.

³² Cfr. A. Passerini e C. Corposanto “La costruzione partecipata della Carta dei servizi – L’esperienza della Apss di Trento” – Franco Angeli 2004

³³ Hanno partecipato ai lavori del Tavolo esponenti dell’Istituto Superiore di Sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche, dell’Istituto per il Marchio di Qualità/CSQ, di Certiquality, della Società nazionale degli operatori della prevenzione, dell’Associazione italiana di fisica per la medicina, dell’Associazione italiana degli ingegneri clinici, dell’Associazione degli ingegneri e degli architetti del servizio sanitario, dell’Associazione degli infermieri di camera operatoria, dell’Associazione nazionale degli infermieri per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, dell’Associazione nazionale delle industrie elettriche, di Assobiomedica, di Federchimica (gruppo prodotti sensibili e gruppo gas medicinali), della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, dei medici aderenti alla Fimmg e all’Anao Assomed, dell’Associazione italiana dell’ospitalità privata.

³⁴ I rapporti conclusivi di Ospedale sicuro hanno sempre avuto un’eco rilevante sulla stampa quotidiana e settimanale, così come nella informazione radiotelevisiva. Ampie sintesi sono state pubblicate in V. Ferla (a cura di), *L’Italia dei diritti*, Edizioni cultura della pace, Calenzano (Fi), 2001 e 2002.

dall'altra sostenne la definizione compiuta della struttura di valutazione. Ad essa hanno fatto seguito, fino al 2003, altre cinque Campagne nel corso delle quali sono stati realizzati 224 monitoraggi su 165 ospedali con a mobilitazione di 535 cittadini che hanno accompagnato l'*osservazione diretta* delle strutture con *interviste* a:

- 2.360 operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici, ausiliari);
- 165 responsabili del Servizio di prevenzione e protezione;
- 108 medici responsabili della sicurezza del lavoro;
- 108 infermieri responsabili per la prevenzione delle infezioni.

3.2. Il significato dell'intervento dei cittadini nelle politiche della sicurezza

La nascita della Campagna Ospedale sicuro ha contribuito al superamento di un pregiudizio ricorrente che faceva coincidere la sicurezza con la semplice sommatoria degli interventi di "messa a norma". La materia era riservata agli specialisti tecnici e ai responsabili amministrativi mentre operatori e i cittadini utenti dovevano limitarsi a rispettare le disposizioni emanate dagli esperti. In realtà un simile approccio è del tutto inadeguato. Gli ospedali sono, per definizione, un concentrato di rischi dovuti alla presenza di persone malate, di trattamenti invasivi, di impianti complessi, di tecnologie sofisticate e altro ancora. Il governo di un sistema così complesso richiede un alto livello di consapevolezza e di coinvolgimento di tutti i soggetti presenti. La Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002 stabilisce che *Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.*

Al fine di garantire questo diritto, si legge a commento, gli ospedali e i servizi sanitari devono monitorare continuamente i fattori di rischio, assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e formare gli operatori in modo appropriato. Tutti i professionisti sanitari devono essere pienamente responsabili della sicurezza di ogni fase ed elemento di un trattamento medico. I medici devono essere in grado di prevenire i rischi di errori attraverso il monitoraggio dei precedenti e la formazione continua. La sicurezza così concepita, non è più il puro adeguamento alle normative, ma diventa un *regime di governo dei rischi, intendendo per regime un sistema di norme, valori, risorse, informazioni, procedure, comportamenti codificati che impegna tutti i soggetti presenti a prevenire e a limitare gli effetti dannosi dei pericoli comunque presenti.* In questo contesto, le capacità di osservazione sviluppate con l'esperienza del Tribunale per i diritti del malato diventano una risorsa da valorizzare.

3.3. La struttura di valutazione civica della sicurezza degli ospedali

La struttura di valutazione è stata costruita a partire dalla considerazione che la sicurezza può essere definita come la risultante:

- delle condizioni delle *strutture* in cui si svolgono le attività sanitarie;
- delle capacità del *personale* di riconoscere e gestire i rischi concretamente presenti negli ambienti di lavoro;
- dell'*organizzazione* delle attività e delle procedure di controllo dei rischi;
- della *vigilanza* e cioè del livello di attenzione dedicato ai problemi connessi con la sicurezza.

Ognuna delle quattro componenti così definite è stata articolata in fattori di valutazione, per un totale di 23 fattori misurati da 235 indicatori. La struttura di valutazione civica della sicurezza è sintetizzata nella seguente tabella.

LA STRUTTURA DI VALUTAZIONE CIVICA DELLA SICUREZZA DEGLI OSPEDALI

Diritto alla sicurezza; sicurezza come regime di governo dei rischi



4 Componenti

(Strutture; Personale; Organizzazione; Vigilanza)



24 Fattori di valutazione



235 Indicatori



Matrice per la valutazione civica della sicurezza



Questionari, check list

Per le **strutture** vengono presi in considerazione i seguenti fattori:

- agibilità delle *strutture comuni*;
- agibilità del *pronto soccorso*;
- adeguatezza degli *impianti elettrici*;
- adeguatezza delle disposizioni per la *prevenzione degli incendi*;
- adeguatezza degli *impianti di condizionamento*;
- adeguatezza degli *impianti dei gas medicinali*;
- adeguatezza degli *impianti idrici*;
- impatto dei *cantieri* presenti nella struttura;

La componente del **personale** è valutata con il supporto di quattro fattori:

- il livello di formalizzazione e di precisione delle *informazioni* date al personale sui rischi presenti negli ambienti di lavoro;
- l'entità e la tipologia delle attività di *formazione* alla sicurezza promosse o riconosciute dall'azienda;
- la *conoscenza dell'organizzazione* e delle procedure di sicurezza;
- le *conoscenze operative* sulle modalità di segnalazione dei rischi e sulla gestione delle emergenze.

La valutazione dell'**organizzazione** tiene conto di otto fattori:

- *provvedimenti generali* di governo e di pianificazione;
- *sicurezza igienica*,
- *gestione delle degenze*;
- procedure di *manutenzione e controlli*;
- disposizioni per la *sicurezza del lavoro*;
- procedure per la *gestione delle tecnologie*,
- procedure per la *gestione degli impianti di gas medicinali*,
- procedure di gestione del *laboratorio analisi*.

La **vigilanza** comprende quattro fattori:

- la rilevazione di eventi che segnalano l'esistenza di *comportamenti scorretti*;
- le misure di *sorveglianza*;
- l'*informazione* al pubblico e agli operatori con cartelli di identificazione e di istruzione;
- lo stato della *segnaletica* di sicurezza

I dati sono raccolti da équipes di cittadini mediante i seguenti strumenti:

- **una check list** per il monitoraggio degli **aspetti strutturali** stabili nel tempo;
- una **check list di eventi sentinella** variabili nel tempo (ad esempio la presenza di ostacoli sulle vie di fuga), da controllare con quattro distinti sopralluoghi, distanziati almeno una settimana uno dall'altro;
- **cinque questionari per responsabili qualificati** (servizio di prevenzione e protezione, medico responsabile della sicurezza del lavoro, prevenzione infezioni ospedaliere, farmacista ospedaliero e responsabile del laboratorio analisi),.
- un **questionario per operatori** sulla conoscenza delle procedure di sicurezza.

3.4. Il benchmarking

Un punto di forza della campagna è stata la pubblicazione di una classifica per fasce di merito degli ospedali, compilata sulla base degli IAS complessivi.

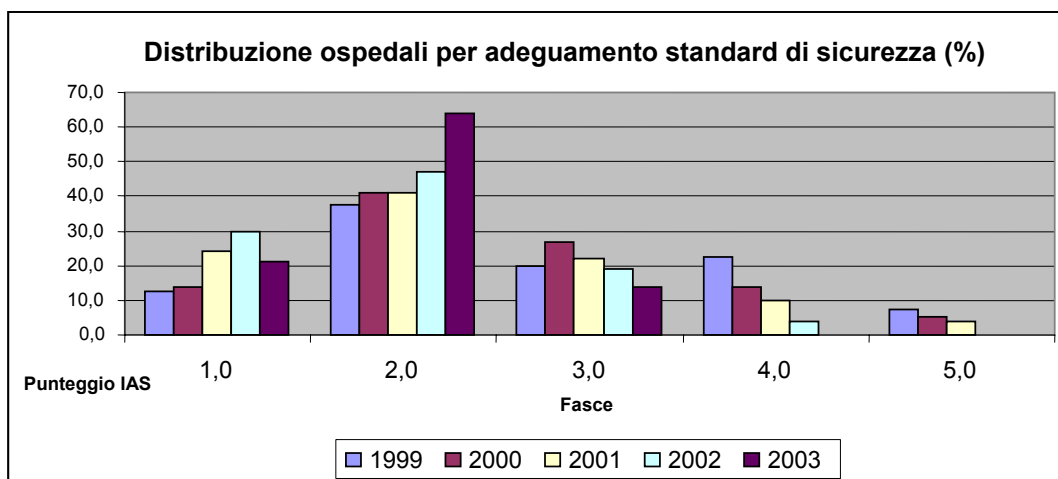
Le fasce utilizzate sono cinque:

- la prima fascia comprende gli ospedali con IAS pari o superiore a 80, che indica un orientamento generale alla sicurezza soddisfacente;
- la seconda fascia comprende gli ospedali con indici compresi fra 70/100 e 79/100, in questo caso l'orientamento alla sicurezza è discreto ma non sono ben sviluppate le funzioni di governo generale;
- la terza fascia, con valori compresi fra 60/100 e 69/100, presenta un orientamento generale alla sicurezza problematico;
- la quarta fascia raggruppa gli ospedali con situazioni critiche segnalate da indici compresi fra 50/100 e 59/100;
- la quinta fascia (IAS inferiori a 50/100) comprende le realtà in cui il governo della sicurezza è praticamente assente e potrebbero esistere pericoli incombenti..

La pubblicazione della graduatoria ha sempre avuto un'eco rilevante³⁵, con qualche inevitabile polemica e con molti effetti positivi. Per gli ospedali migliori la collocazione nella prima fascia di merito era il meritato riconoscimento per un lavoro fondamentale ma normalmente poco considerato. Per le realtà comprese nelle fasce intermedie era uno stimolo al miglioramento. Per le situazioni comprese nell'area critica o esposte a pericoli incombenti era un forte richiamo alla responsabilità. Le verifiche condotte in questi ospedali a distanza di un anno hanno constatato, quasi sempre, sensibili miglioramenti. Emblematico il caso dell'ospedale di Nuoro che in meno di dodici mesi è passato dall'area critica alla seconda fascia di merito e ha proseguito sullo slancio fino a diventare una realtà leader della valutazione civica.

Il miglioramento generale della sicurezza degli ospedali è testimoniato dai grafici della fig. 1 che riportano la distribuzione percentuale degli ospedali nelle cinque fasce di merito constatata al termine di ogni campagna dal 1999 al 2003.

³⁵ Cfr. sopra nota 33



Fascia 1 : IAS > = 80/100; Fascia 2: 70/100 = <IAS > 80; Fascia 3: 60/100 = <IAS > 70; Fascia 4: 50/100 = <IAS > 60; Fascia 5: IAS < 50/100

La traslazione verso le fasce alte è evidente e sembrano, fortunatamente, scomparse le situazioni di pericolo imminente.

La valutazione comparativa degli IAS è applicata, ovviamente, anche ad ogni singola componente e ad ogni singolo fattore. L'esame diacronico dei dati delle cinque campagne finora realizzate, infine, aiuta a comprendere meglio i processi in corso negli ospedali italiani in ordine alla sicurezza.

3.5. Miglioramenti lenti ma costanti: strutture e organizzazione

L'IAS degli edifici è cresciuto abbastanza regolarmente da 71 nel 1998 a 82 nel 2003. E' questo l'esito della intensa utilizzazione dei fondi nazionali stanziati per l'adeguamento delle strutture sanitarie nel corso degli anni presi in considerazione. I processi di adeguamento delle strutture sono intrinsecamente lenti e un incremento dell'ordine del 15% dell'IAS in sei anni può essere considerato un risultato positivo.

Anche l'IAS dell'organizzazione passa dai 70/100 del 1999 ai 76/100 del 2003, ma le notazioni sono meno positive. L'IAS dei fattori relativi alla manutenzione e ai controlli (74/100 nel 2003 contro 69/100 nel 1999) e alla gestione delle tecnologie (76/100 contro 73/100) restano praticamente inalterati. Quasi assenti le procedure per la segnalazione degli incidenti. Nel 2003 tutte le aziende dichiarano di avere predisposto il documento per la valutazione del rischio ma solo il 66% si è dotata anche del piano di evacuazione.

3.6. Forza e debolezza: vigilanza e personale

La componente della **vigilanza** presenta l'IAS più elevato (87/100) e anche il maggiore incremento dell'indice rispetto alla situazione iniziale (+ 50%). I quattro fattori - comportamenti del personale, misure di sorveglianza, informazione e segnaletica - presentano un andamento molto favorevole. Negli anni considerati è certamente aumentata l'attenzione verso il tema (e la campagna Ospedale sicuro potrebbe avere qualche merito a questo proposito). Questo solo fatto ha favorito l'adozione di una grande quantità di semplici provvedimenti in precedenza trascurati. Si è compreso, per esempio, che è necessario indicare sulle porte di accesso la destinazione di uso dei locali oppure segnalare con gli appositi cartelli la presenza di pericoli. Il quadro, complessivamente favorevole, presenta, però, almeno due segnali di allarme. Il primo è che si trovano ancora ospedali praticamente sprovvisti di qualunque misura di sorveglianza, con IAS di 33/100 per i comportamenti, di 25/100 per la

sorveglianza, di 43/100 per l'informazione e di 33/100 per la segnaletica. Il secondo segnale di allarme è, di nuovo, il ritardo nella predisposizione dei piani di evacuazione testimoniato dalla scarsa diffusione delle piantine.

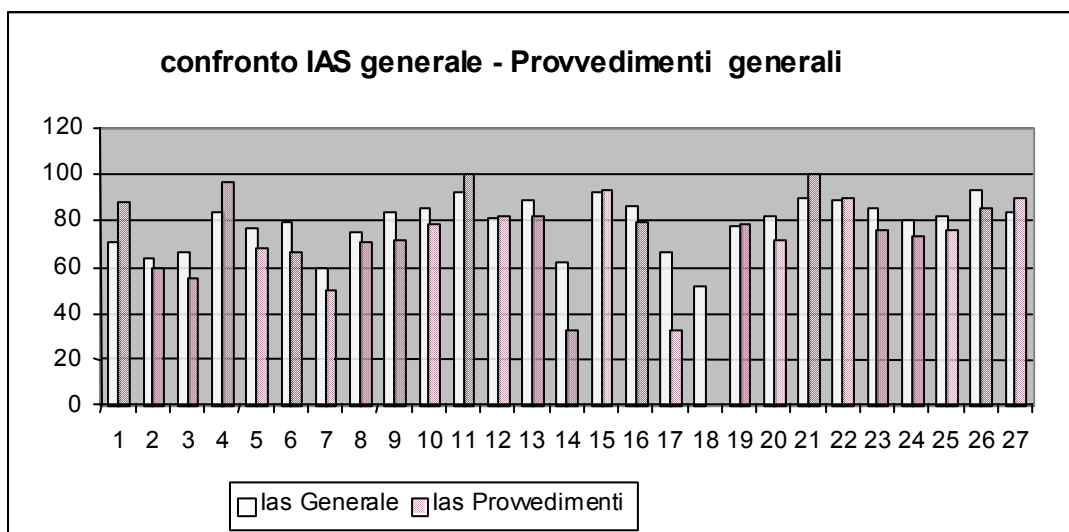
La componente del personale mette in evidenza i limiti di un approccio che stenta a coordinare gli adempimenti con azioni di mobilitazione degli operatori. Gli indicatori relativi alla conoscenza dell'organizzazione e alle conoscenze operative, infatti, si attestano su valori molto bassi:

- il 40% degli operatori intervistati non sa chi sono i responsabili della sicurezza dell'ospedale;
- il 45% ignora i simboli e i marchi delle apparecchiature;
- il 45% non conosce le procedure antincendio;
- il 29%, addirittura, dichiara di non riconoscere la segnaletica della sicurezza.

Nonostante questo, le iniziative di formazione, rilevate attraverso il monitoraggio di mantenimento, si rivolgono o a fatti di cultura generale che incidono poco sulle culture operative oppure a piccoli gruppi di operatori specializzati come le squadre antincendio.

3.7. Una buona notizia: gli ospedali che hanno imparato

Un confronto relativo ad un campione di ventisette ospedali mette in luce un dato molto interessante. Il grafico mostra l'andamento dell'IAS relativo all'intero ospedale; il secondo quello dell'indice del fattore relativo ai *provvedimenti generali* di governo e di pianificazione.



Si nota che nella maggior parte degli ospedali gli scarti tra i valori dello IAS generale e quelli dello IAS relativo ai provvedimenti sono molto bassi. Chi ha preso sul serio le indicazioni del legislatore e si è impegnato in una intelligente applicazione delle norme nella propria realtà ha conseguito i risultati migliori. Ciò significa due cose: la prima è che la legislazione disponibile è all'altezza della situazione; la seconda è che in varie realtà sta prendendo forma un effettivo regime di governo dei rischi e questo mette a disposizione della sanità italiana un importante patrimonio di esperienze e di competenze.

4. Conclusioni

La diffusione ed il successo della valutazione civica della qualità e della sicurezza mettono in discussione le visioni riduttive che considerano i cittadini “privi delle ‘competenze’ necessarie ad occuparsi della cosa pubblica perché questa richiede saperi per essi inattuabili”³⁶. Simili visioni ignorano due semplici e incontestabili dati di fatto e cioè che:

- il livello di istruzione e le esperienze professionali dei cittadini attivi non sono, normalmente, inferiori a quelli dei responsabili delle politiche e dei servizi su cui si esercita l'intervento civico;
- l'azione sistematica di tutela dei diritti nelle politiche e nei servizi produce informazioni e conoscenze e quindi sostiene la formazione di una vera e propria “competenza civica”.

Risulterebbe confermata quindi la tesi, avanzata da alcuni autori³⁷ che propongono di considerare la cittadinanza stessa come un processo di apprendimento. L'itinerario sommariamente descritto nel paragrafo iniziale, aiuta a comprendere come concretamente i cittadini siano intervenuti nella costruzione di alcune politiche pubbliche precisando in forme sempre più puntuali il proprio punto di vista, inteso nella duplice accezione discussa nel paragrafo 1.2.. Si è trattato insomma di un processo di apprendimento e di costruzione di una competenza sulla quale è stato possibile fondare le metodologie di valutazione civica.

L'innovazione prodotta con la progettazione e la realizzazione delle due iniziative descritte in questo testo è stata quella di considerare la valutazione civica come una disciplina, e cioè come un insieme coordinato e formalizzabile di concetti operativi, procedure, tecniche di calcolo e criteri di interpretazione. Uno sviluppo completo in questo senso richiede ancora molto lavoro, ma l'adozione di questo approccio ha già prodotto almeno due risultati importanti:

- grazie a un più preciso supporto metodologico sono aumentate la qualità e la pertinenza delle campagne di monitoraggio condotte da Cittadinanzattiva;
- sono stati aperti canali di comunicazione e di interazione fra la valutazione civica e le altre forme di valutazione in uso nel servizio sanitario nazionale.

In particolare i rapporti conclusivi dell'Audit civico e di Ospedale sicuro sono stati considerati come documenti validi per le procedure di accreditamento delle strutture sanitarie comprese quelle dirette dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations nella Regione Lombardia³⁸. La valutazione civica viene considerata come parte integrante delle valutazioni di parte terza in quanto rappresentazione del punto di vista degli utenti. La partecipazione diretta dei cittadini alla redazione del rapporto di valutazione è considerata un elemento di forza. Negli approcci classici della customer satisfaction e della qualità percepita, infatti, i cittadini restano semplici fonti di dati da interrogare con opportuni strumenti, mentre la scelta degli indicatori e l'interpretazione dei dati restano appannaggio degli esperti.

Spostando l'attenzione dagli aspetti generali a quelli più operativi, si può dire che il punto di forza della valutazione civica è il concetto di fattore di valutazione. Esso infatti permette di associare gli aspetti caratterizzanti della realtà valutata ad un insieme di indicatori di dettaglio

³⁶ cfr. Moro G., *Azione civica*, Carocci, Roma 2005, pag. 37; Id., “Citizens' Evaluation of Public Participation”, in Caddy J. (ed.), *Evaluating Public Participation in Policy Making*, OECD, Paris 2005, pp. 109-126.

³⁷ cfr. Donolo C. – “Il sogno del buon governo. Apologia del regime democratico” – Anabasi, Milano 1992

³⁸ Per le procedure regionali che richiamano esplicitamente l'Audit civico si possono consultare: <http://www.regione.puglia.it/index.php?page=curp&opz=display&id=1127>; http://asr.regione.emiliariomagna.it/wcm/asr/piano_programma/pp2006/pa2006_accREDITAMENTO.htm; <http://www.asrabruzzo.it/area%20accREDITAMENTO.htm> (ultimi accessi 10/1/2007).

Il Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie pubbliche e private della Lombardia ha il supporto tecnico della Joint commission; i rapporti di Audit civico presentati da due aziende ospedaliere sono stati accettati come documenti validi.

che descrivono analiticamente le situazioni esaminate. Il calcolo degli Indici di adeguamento agli standard (IAS) permette di misurare con discreta approssimazione la corrispondenza fra la realtà e le situazioni attese. L'analisi dei valori assoluti degli IAS e delle tavole di benchmarking favorisce inoltre una rapida individuazione dei fattori critici. L'esame della check list, d'altro canto, permette di individuare gli indicatori che non conseguono gli standard e gli interventi necessari per elevare il loro livello di adeguatezza. Nelle realtà locali queste caratteristiche hanno permesso di :

- potenziare la capacità delle organizzazioni dei cittadini di interloquire con le direzioni delle aziende sanitarie;
- promuovere cambiamenti concreti e, spesso a basso costo, di instaurare processi di miglioramento continuo.

Infine l'adozione di un sistema unificato di valutazione e il sistematico benchmarking fra le strutture sanitarie hanno favorito la circolazione di varie best practices e lo sviluppo di criteri condivisi di valutazione e di progettazione delle azioni correttive. Ciò è particolarmente vero nelle regioni che hanno adottato ufficialmente l'Audit civico. In questi casi infatti si formano gruppi regionali con i rappresentanti (sia civici che aziendali) di tutte le realtà coinvolte che provvedono alla redazione di progetti operativi. L'analisi e la discussione delle check list di indicatori associati ai fattori, la definizione dei criteri di applicazione, la discussione delle tavole di benchmarking sono occasioni per confronti informali e, proprio per questo, di elevato valore operativo in quanto la condivisione degli standard e delle soluzioni produce facilmente l'adozione di azioni corrispondenti nelle rispettive realtà. E' abbastanza facile constatare, per esempio, un sensibile aumento dell'attenzione verso fenomeni poco conosciuti o trascurati ma molto rilevanti per i cittadini. Un esempio particolarmente evidente in merito è il miglioramento della informazione logistica.

Sembra legittimo affermare, in conclusione, che lo sviluppo della valutazione civica ha prodotto da un lato un deciso rafforzamento del ruolo dei cittadini nella governance dei servizi sanitari, mettendo loro a disposizione sia strumenti analitici più potenti, sia nuove modalità di partecipazione e di interlocuzione con le istituzioni sanitarie; e dall'altro lato un aumento delle informazioni e dei soggetti del monitoraggio e della valutazione della qualità dei servizi sanitari, a indubbio vantaggio delle capacità operative e degli sforzi di miglioramento delle aziende e degli operatori.

Bibliografia

1. Altieri L. (a cura di) *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità* Franco Angeli, Milano 2002
2. Azienda Ospedaliera OIRM San'Anna *Carta dei servizi, sezione terza* Torino, 1996
3. Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista della città di Torino - *Carta dei servizi. I fattori di qualità* Torino, 2005
4. Cinotti R. Cipolla C. *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini* – Franco Angeli, Milano, 2003
5. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – *La Carta dei servizi pubblici sanitari* – 19 maggio 1995
6. Dipartimento della Funzione Pubblica *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche* Collana Cantieri, Roma 2003
7. Dobson C. *The citizen's Handbook. A Guide to Building Community in Vancouver* Vancouver Citizen's Committee, Vancouver 1995
8. Donabedian A, *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione* Roma 1990
9. Donolo C: – *Il sogno del buon governo. Apologia del regime democratico* – Anabasi, Milano 1992
10. Ferla V. (a cura di) - *L'Italia dei diritti (edizioni 2001 e 2002)* – Edizioni cultura della pace, Calenzano, 2001 e 2002
11. Galizio M. Terzi A. - *L'azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino e gli operatori civici della qualità* – Fondazione Smith Klein – Tendenze nuove n.2/1999
12. Health and Social Campaigners' Network - *Patients' Rights in Europe: a Citizens' Report - Summary of Meeting Organised by Active Citizenship Network at the European Parliament, Brussels February 28th to March 1st 2005*; Oxford Vision 2020, March 2005
13. Inglese S.A. *Cittadini e servizi sanitari Rapporti annuali (dal 1996 al 2004)* Cittadinanzattiva
14. Lamanna A. *Audit Civico: la valutazione dei cittadini e la costruzione della qualità* Q.A. 13 3: 157 – 158
15. Lamanna A., Terzi A.- *La valutazione civica della qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie: i programmi "Audit civico e Ospedale sicuro* – in Banchieri G. (a cura di) – *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana* – Italtpromo , Roma 2005
16. Lamanna A., Terzi A.- *"Audit civico il punto di vista del cittadino* – in Bocci F., Mozzo A. (a cura di) – *La Balanced scored orientata dalla mission* - Il Sole 24 ore , Milano 2006
17. Lamanna A. Terzi A. *La valutazione della qualità delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini- Rapporti annuali (dal 2001 al 2004)* Cittadinanzattiva -
18. Legambiente *Un treno verde contro la mal'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore* Legambiente, Roma, 1996
19. Ministero della sanità *Come definire e utilizzare gli standard di qualità* Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari, 1996
20. Moro G. - *Azione civica* – Carocci Faber, Roma, 2005
21. Id. (2005a), "Citizens' Evaluation of Public Participation", in Caddy J. (ed.), *Evaluating Public Participation in Policy Making*, OECD, Paris 2005, pp. 109-126.
22. Id. - *Manuale di cittadinanza attiva* – Carocci editore, Roma, 1998
23. Moro G. Petrangolini T. *Il governo scalzo della salute* Democrazia diretta n. 4-5, 1987
24. Movimento federativo democratico *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario nazionale* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992
25. Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta di Ottawa per la promozione della salute* 1998
26. Passerini A. Corposanto C *La costruzione partecipata della Carta dei servizi. L'esperienza della APSS di Trento* Franco Angeli, Milano, 2004
27. Petrangolini T. *Salute e diritti dei cittadini* Editori riuniti, Roma, 2002
28. Rubin H. Rubin I. – *Community Organizing and Development* – Mac Millan Publishing Company, New York, 1992
29. Terzi A. *Osservazione Civica della sicurezza negli ospedali* Q.A. 13 3: 156
30. Terzi A. - *La partecipazione dei cittadini al regime di governo dei rischi* Snop rivista n. 50, luglio 1999
31. Terzi A. Moccia F. *Ospedale sicuro Rapporto annuale (dal 1998 al 2004)* Cittadinanzattiva
32. Wildavskiy A. – *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis* – Transaction Publisher, New Brunswick, 1993