

Alessio Terzi

Alessandro Lamanna

**La valutazione civica delle qualità e della  
sicurezza nelle strutture sanitarie:**  
(i programmi "Audit Civico" e "Ospedale sicuro")

in G. Banchieri, a cura di, 2005, *Confronti: pratiche di benchmark  
nella sanità pubblica italiana*, Italtpromo, Roma



**Cittadinanzattiva**

## INDICE

<b>1. La valutazione civica come prassi della cittadinanza attiva</b>	<b>Pag. 3</b>
1.1. Contesto di riferimento	Pag. 3
1.2. Aspetti teorici e metodologici	Pag. 8
1.3. La struttura di valutazione	Pag. 10
1.4. L'indice di adeguamento agli standard e il Benchmarking	Pag. 12
<b>2. L'esperienza dell'Audit Civico</b>	<b>Pag. 13</b>
2.1. Come e quando nasce l'Audit Civico	Pag. 13
2.2. Perché un "audit" civico	Pag. 15
2.3. Le quattro domande dell'Audit Civico	Pag. 16
2.4. La struttura di valutazione dell'Audit Civico	Pag. 18
2.5. Il Benchmarking	Pag. 21
2.6. Gli effetti dell'Audit Civico	Pag. 27
<b>3. La Campagna Ospedale sicuro</b>	<b>Pag. 33</b>
3.1. Nascita e sviluppo della Campagna.	Pag. 33
3.2. Il significato dell'intervento dei cittadini nelle politiche della sicurezza	Pag. 35
3.3. La struttura di valutazione civica della sicurezza degli ospedali.	Pag. 37
3.4. Lo svolgimento delle campagne annuali	Pag. 38
3.5. Il benchmarking	Pag. 41
3.6. Il miglioramento lento ma costante delle strutture	Pag. 44
3.7. Un punto di forza: la vigilanza	Pag. 44
3.8. Un'area critica: il personale	Pag. 46
3.9. Il lento adeguamento dell'organizzazione	Pag. 47
3.10. Una buona notizia: gli ospedali che hanno imparato	Pag. 48
<b>4. Conclusioni</b>	<b>Pag. 49</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>Pag. 50</b>

# 1. La valutazione civica come prassi della cittadinanza attiva

## 1.1. Contesto di riferimento

Cittadinanzattiva<sup>1</sup> attribuisce un valore strategico al fatto di mettere i cittadini in grado di produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, sulla 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,

Queste due esperienze hanno come oggetto la sicurezza negli ospedali (Ospedale Sicuro) e l'azione delle aziende sanitarie (Audit Civico) e sono due esempi di valutazione civica, una forma innovativa di intervento dei cittadini nella società.

Questa particolare tipologia di valutazione può essere ricondotta all'*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”*<sup>2</sup>.

Da almeno venticinque anni, infatti, 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;*

---

<sup>1</sup> 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. E' 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.

<sup>2</sup> Moro G. – *Manuale di cittadinanza attiva* – Carocci editore, Roma 1998, pag. 135

- *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”<sup>3</sup>.*

Questo modo di operare accomuna realtà molto differenziate: comitati locali e organizzazioni non governative nazionali e internazionali; gruppi che lavorano per risolvere un unico problema 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*”<sup>4</sup>

Le forme più recenti di azione civica, quindi, 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 Wildavsky, diventano *analisti*<sup>5</sup>. 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 acquisizione di una specializzazione nel 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

---

<sup>3</sup> Rubin H., Rubin, I. – *Community Organizing and Development* – MacMillan Publishing Company, New York, 1992

<sup>4</sup> Moro G., op. cit. p. 48

<sup>5</sup> Wildavsky A. – *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis* – Transaction Publisher, New Brunswick, 1993, pp. 252 - 279

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 ricordare:

- i rapporti sui temi ambientali di organizzazioni come il WWF o, in Italia, Legambiente<sup>6</sup>;
- gli studi periodici sul tema della immigrazione della Caritas Italiana<sup>7</sup>;
- la guida per il lavoro civico nelle comunità locali di Vancouver<sup>8</sup>.

Cittadinanzattiva ritiene che la capacità di produrre autonomamente interpretazioni sia un concreto *empowerment* dei cittadini ed ha sempre prestato molta attenzione allo sviluppo disciplinare della analisi civica. Si possono riconoscere alcune tappe fondamentali di questo percorso iniziato venticinque anni fa.

La prima tappa è la formazione delle Carte dei diritti del cittadino malato redatte nei primi anni ottanta. Queste carte non sono dichiarazioni di principi etici, ma la rappresentazione documentata del punto di vista del cittadino sul funzionamento della sanità italiana. All'indomani della costituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, Cittadinanzattiva<sup>9</sup> promuove il *Tribunale per i diritti del malato* e lancia una campagna di mobilitazione per migliorare le condizioni dei cittadini ricoverati negli ospedali. Gruppi organizzati di cittadini entrano negli ospedali, osservano le strutture e intervistano i degenti. Sono raccolte, in questo modo, migliaia di informazioni. Si formano commissioni che, analizzando i dati, identificano e classificano decine di "sofferenza 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

---

<sup>6</sup> Cfr, p.es, Legambiente – *Un treno verde contro la mal d'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore* – Roma 1996

<sup>7</sup> Cfr. i dossier statistici sul tema presenti nel sito [www-caritasitaliana.it](http://www-caritasitaliana.it)

<sup>8</sup> Dobson C. – *The Citizen's Handbook. A Guide to Building Community in Vancouver* – Vancouver Citizen's Committee, Vancouver 1995

<sup>9</sup> La denominazione, in quegli anni era ancora Movimento federativo democratico (cfr. nota 1).

interpretazione<sup>10</sup>. Lo sviluppo del Tribunale per i diritti del malato e l'impegno in altri campi (in particolare nella protezione civile) sono l'occasione per sviluppare, insieme alla mobilitazione, le capacità tecniche di raccolta, elaborazione e interpretazione dei dati.

La seconda tappa fondamentale è la realizzazione del "*Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale*" 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 mille reparti e servizi. Con l'aiuto di una società scientifica è messo a punto un importante impianto metodologico. Dalle Carte dei diritti del malato e da altre fonti sono ricavati centinaia di indicatori e di standard e il lavoro di indagine dei cittadini è sostenuto con strumenti tecnici (check list e questionari) adeguati. 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<sup>11</sup>.

L'esperienza del Rapporto sui diritti segna una evoluzione nel modo di operare di Cittadinanzattiva e del Tribunale per i diritti del malato<sup>12</sup>.

Il monitoraggio periodico e organizzato dei vari aspetti del funzionamento dell'assistenza sanitaria diventa una prassi ordinaria. Le disposizioni normative che introducono le Carte dei servizi nelle amministrazioni sanitarie prevedono che gli standard di qualità e gli impegni siano definiti in collaborazione con i cittadini<sup>13</sup>. Non sempre questa norma viene applicata, ma la collaborazione con due aziende

---

<sup>10</sup> Moro G.; Petrangolini T. – *Il governo scalzo della salute* – Democrazia diretta n. 4 -5, 1987

<sup>11</sup> Movimento federativo democratico - *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale* – Il Pensiero scientifico editore, Roma 1992

<sup>12</sup> 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

<sup>13</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995- *La carta dei servizi pubblici sanitari*

sanitarie di Torino (Sant'Anna – Regina Margherita e San Giovanni Battista) porta a risultati importanti. E' sperimentata, infatti, una formulazione degli standard che consente la verifica diretta da parte degli utenti<sup>14</sup>.

L'attività di valutazione cresce in quantità e qualità e richiede una sistemazione disciplinare adeguata alla rilevanza assunta. Il primo passo è la raccolta, la classificazione e la formalizzazione degli strumenti utilizzati dai cittadini per svolgere la loro opera<sup>15</sup>. I passi successivi sono compiuti con la progettazione dei due programmi - Ospedale sicuro e Audit Civico – che sono qui presentati.

La costruzione della base metodologica illustrata nel paragrafo successivo ha permesso l'applicazione ad altri settori come la sicurezza delle scuole<sup>16</sup> e lo stato di attuazione della Carta europea dei diritti del malato<sup>17</sup> in tredici paesi dell'Unione Europea<sup>18</sup>. L'Audit Civico, inoltre, è stato riconosciuto dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri come strumento per la valutazione dei servizi dal punto di vista dei cittadini<sup>19</sup> e sono in corso applicazioni sperimentali nell'ambito dei trasporti, dei servizi idrici e dei servizi postali.

---

<sup>14</sup> 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

<sup>15</sup> Cfr. il Cap, 4 “Analisi civica” curato da A. Terzi in G. Moro, cit. pp. 135 – 167.

<sup>16</sup> Cfr. il programma “Imparare sicuri” nel sito [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)

<sup>17</sup> 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 a Active Citizenship Network

<sup>18</sup> 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

<sup>19</sup> Dipartimento della Funzione Pubblica – Presidenza del Consiglio dei Ministri – *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche* – Collana Cantieri, Roma 2003

## 1.2. Aspetti teorici e metodologici

### *Rappresentare un punto di vista*

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. Il primo era la riduzione della centralità 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. Praticare la centralità del cittadino significa, da una parte, definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche, dall'altra assumere un preciso approccio disciplinare per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria.

Gli strumenti classici della *customer satisfaction*, hanno dato finora risultati insoddisfacenti e sono considerati inadeguati dalla maggior parte degli esperti. Negli ultimi anni una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi esiti<sup>20</sup>, ma questo non è sufficiente per risolvere il problema. **Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini ma non li riconoscono come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate<sup>21</sup>.**

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

---

<sup>20</sup> Cfr. Cinotti R. , Cipolla C.- "La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini." -Franco Angeli, Milano 2003-

<sup>21</sup> Altieri L. (a cura di) - *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità.*- Franco Angeli, Milano 2002-



espressione di soggettività, ma identifica un modo di osservare (e quindi di rappresentare) il servizio sanitario che è, poi, quello, del destinatario del servizio stessi.

In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non significa soltanto raccogliere un insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini oggettivi, il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza. Definita in questi termini, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini assume una dignità pari a quella degli 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' 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 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 del processo di valutazione e di decisione in cui i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione.

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.

### *La competenza del cittadino e le fonti dei dati*

Alcuni interlocutori hanno posto in dubbio la validità della valutazione civica per difetto di competenza. Gli autori citati nel paragrafo introduttivo hanno già rilevato che nelle organizzazioni civiche sono presenti e si sviluppano competenze di ordine tecnico. I cittadini attivi, infatti, svolgono (o hanno svolto) spesso funzioni qualificate nelle rispettive esperienze professionali. Soprattutto, esiste una “competenza civica” maturata con l’esperienza e con l’informazione prodotte dal sistematico intervento sulle diverse questioni connesse con la tutela dei diritti.

Le organizzazioni civiche, quindi, sono in grado di raccogliere autonomamente dati attraverso l’osservazione diretta delle strutture, la consultazione dei documenti, la richiesta alle amministrazioni di informazioni agli utenti e interviste ad osservatori qualificati.

### **1.3. La struttura di valutazione**

La struttura della valutazione civica è articolata in maniera tale da poter offrire sia informazioni “analitiche”, in grado cioè di descrivere aspetti molto concreti della realtà, sia informazioni “sintetiche”, cioè informazioni su aspetti più generali della realtà valutata.

La struttura della valutazione civica è articolata in tre livelli.

Il primo, più generale, 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 di 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, “gli aspetti principali che qualificano il rapporto che i cittadini instaurano con la realtà valutata”<sup>22</sup>.

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 a 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 sono ricavati da repertori disponibili in bibliografia, fonti normative, documenti prodotti da organizzazioni di cittadini, società scientifiche, ecc. e sono selezionati sulla base di quattro criteri:

- pertinenza, cioè il grado di vicinanza alle tematiche e ai problemi da valutare dal punto di vista dei cittadini;
- sensibilità, cioè la capacità di registrare i mutamenti (in meglio o in peggio) del fenomeno osservato;
- precisione, cioè la capacità di esprimere esattamente e soltanto il fenomeno che si intende registrare
- rilevabilità, cioè disponibilità nei tempi e con i costi compatibili con il programma di valutazione e rilevabili dai cittadini.

---

<sup>22</sup> 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

#### **1.4. L'indice di adeguamento agli standard e il Benchmarking**

La trattazione quantitativa dei dati raccolti attraverso gli indicatori presi in considerazione permette di ricavare una prima descrizione della realtà osservata.

Attraverso il calcolo dell'indice di adeguamento agli standard (IAS) è possibile fornire informazioni di carattere più generale sui fattori e sulle componenti prese 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 proposti da norme, carte dei diritti dei cittadini, documenti di società scientifiche, ecc. 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:

1. la definizione degli indicatori del fattore considerato;
2. la comparazione delle situazioni rilevate per ogni singolo indicatore con il relativo standard di riferimento;
3. l'attribuzione ad ogni indicatori di un valore compreso fra 0 e 100, dove 100 indica la totale corrispondenza allo standard di riferimento e 0 la totale difformità;
4. la pesatura, ove necessario degli indicatori, sulla base della loro rilevanza;
5. 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 (ospedale, ecc.)

Il calcolo dell'IAS ha permesso la valutazione civica di praticare la metodologia del benchmarking e quindi di 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. Come e quando nasce l'Audit Civico**

L'Audit Civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. L'Audit Civico 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 12 aziende sanitarie, è stato finalizzato alla definizione e alla prova sul campo del quadro teorico e metodologico. Gli esiti ottenuti hanno confermato la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle aziende sanitarie che ha come protagonisti i cittadini e come quadro di azione la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

Con la seconda sperimentazione, attuata nel 2002 con la partecipazione 13 aziende, si è inteso collaudare ulteriormente questo strumento e, nello stesso tempo, approfondire le conoscenze sulle aziende sanitarie del nostro paese, verificando i risultati ottenuti nella precedenza esperienza.

Nel 2003, si è passati dalla sperimentazione del metodo alla sua diffusione. Per la prima volta, è stata offerta a tutte le aziende sanitarie

italiane la possibilità di partecipare al programma dell’Audit Civico. Circa 50 aziende hanno risposto all’invito, oltre 30 hanno partecipato ai corsi di formazione insieme ai cittadini, avviando successivamente il ciclo di valutazione, e 22 aziende hanno concluso i lavori in tempo utile per la redazione del Rapporto nazionale finale.

Nel 2004, le adesioni ottenute sono state ancora superiori, con 33 aziende sanitarie che hanno completato l’Audit Civico e hanno partecipato alla redazione del Rapporto nazionale, che ogni anno, conclude l’iniziativa.

Sempre nel 2004, è stato firmato un accordo tra Cittadinanzattiva e l’Agenzia Sanitaria Regionale dell’Emilia Romagna per l’avvio di un Programma regionale di Audit Civico collegato alle procedure di accreditamento regionale<sup>23</sup>

Nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Lazio, la metodologia è stata riconosciuta nell’ambito di un protocollo di intesa tra Cittadinanzattiva e le autorità sanitarie regionali.

Complessivamente, dal 2000 al 2004 le aziende sanitarie che hanno concluso l’Audit Civico sono 76, di cui 48 aziende sanitarie locali e 27 aziende ospedaliere. per un totale di 81 attività di audit<sup>24</sup>.

Nel corso di queste attività sono state osservati: 122 ospedali; 107 sedi di distretto sanitario; 111 poliambulatori sul territorio; 89 servizi di assistenza specialistica territoriali e semiresidenziali (Centri di salute mentale e Servizi per le tossicodipendenze).

---

<sup>23</sup> Attualmente, 12 delle 17 aziende dell’Emilia Romagna, hanno aderito al programma regionale di Audit Civico in corso di realizzazione.

<sup>24</sup> 1 azienda ospedaliera e 4 aziende sanitarie locali hanno svolto l’Audit per due volte

## 2.2. Perché un “audit” civico

La decisione di dotare le organizzazioni dei cittadini di un proprio strumento di valutazione della azione delle aziende sanitarie – denominato Audit Civico - nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per diritti del malato.

Il primo ordine di problemi è originato dalla duplice esigenza di dare una forma concreta alla **“centralità del punto di vista del cittadino”** nell’organizzazione dei servizi sanitari, da tutti invocata, ma, di fatto, poco praticata 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**. Il punto di partenza a questo proposito è la lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva, con il Tribunale per i diritti del malato, per superare l’autoreferenzialità dei servizi sanitari e 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 in questo contesto, il significato di un **“rendere conto”** alla comunità locale dei risultati avuti nella gestione dei servizi sanitari non solo in termini - come purtroppo avviene - di bilancio economico, o - nel migliore dei casi - di lotta alle *malattie*, ma secondo una prospettiva più ampia di **“promozione della salute”**<sup>25</sup> e di dimensioni spesso dimenticate della qualità dei servizi sanitari, quali la *dimensione dei rapporti interpersonali* e del *comfort*.<sup>26</sup>

La terza fondamentale ragione per sperimentare una procedura di valutazione fondata su criteri omogenei e comparabili sta **nella necessità**

---

<sup>25</sup> 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)

<sup>26</sup> A. Donabedian, La qualità dell’assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione, Roma 1990

**di prevenire il rischio che la maggiore autonomia dei governi regionali e locali si traduca, nel contesto nazionale, in una diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi** con la produzione di cittadini di serie A, con più diritti e con 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 nel rendere comparabili le performances aziendali sulla base di elementari criteri legati ai diritti dei cittadini e a standard ormai condivisi nella società.

L'Audit Civico non può esaurire l'azione delle organizzazioni di cittadini e di malati per il miglioramento dei propri servizi sanitari, né sostituire certificazioni, sistemi di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento. L'esperienza conferma, comunque, che esso è un sostegno importante, sia per l'azione civica, sia 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 "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".

### **2.3. Le quattro domande dell'Audit Civico**

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un Audit dipendono dalla corretta formulazione dei quesiti a cui l'Audit stesso vuole dare una risposta.



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

- 1) 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 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?”*
- 2) 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?”*
- 3) Il terzo aspetto riguarda l’esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi se *“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?”*
- 4) 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?”*.

Naturalmente la vastità e complessità degli argomenti messi in campo fa sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande. La loro formulazione, però, permette **di selezionare i temi da includere nell’Audit Civico e i dati da raccogliere.**

Confrontarsi con la prima domanda, e cioè l’orientamento ai cittadini delle aziende sanitarie, significa indagare su cosa si sta facendo per garantire una buona informazione sui servizi, per rispettare i diritti dei

malati, per rendere confortevoli e accoglienti le strutture, per sostenere le famiglie dei malati gravi, ecc.

Per quanto riguarda la seconda domanda, si possono prendere in considerazione gli interventi di adeguamento della sicurezza delle strutture e degli impianti, i provvedimenti relativi all'individuazione e alla prevenzione degli eventi avversi, le misure per la gestione del dolore dei pazienti e l'attività volta a facilitare l'utilizzazione dei servizi da parte dei malati cronici e terminali.

La trattazione della terza questione – vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella gestione delle politiche aziendali – è meno immediata. L'occasione dell'Audit Civico, comunque permette di fare un punto sull'attuazione di alcune disposizioni legislative che intendono favorire la partecipazione dei cittadini, sulla volontà di cercare nuove modalità di confronto con le comunità locali e, infine, sulla capacità di dare uno spessore strategico ai rapporti cittadino/azienda.

La quarta domanda è ovviamente indeterminata circa i contenuti (in quanto non è possibile prevedere quali sono i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti), ma l'Audit Civico 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.

#### **2. 4. La struttura di valutazione dell'Audit Civico**

Con il contributo di un "Tavolo tecnico di lavoro per l'Audit Civico"<sup>27</sup> e a partire da un progetto redatto da Alessandro Lamanna e Alessio

---

<sup>27</sup> 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.

Terzi, è stata messa a punto una struttura articolata in: componenti, fattori, indicatori.

In primo luogo, sono state definite 4 “**componenti**” corrispondenti a ciascuna delle “domande dell’Audit Civico”, 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;
- 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:

#### **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.

**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.

**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 250 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 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 cure primarie);

La **quarta componente**, come si è già detto, è studiata attraverso un **approccio locale** e riguarda un argomento scelto dall'équipe al livello di

azienda sanitaria tra quelli vissuti dalla comunità locale come più urgenti.

I dati sono raccolti da equipe 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 sanitaria<sup>28</sup> e **5 diverse check list per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditors** (cittadini e operatori sanitari).

## 2.5. 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".

Alle base del benchmarking c'è la costruzione di un grafico che mostra i valori dell'indice di adeguatezza agli standard 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;

---

<sup>28</sup> 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.

- 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.

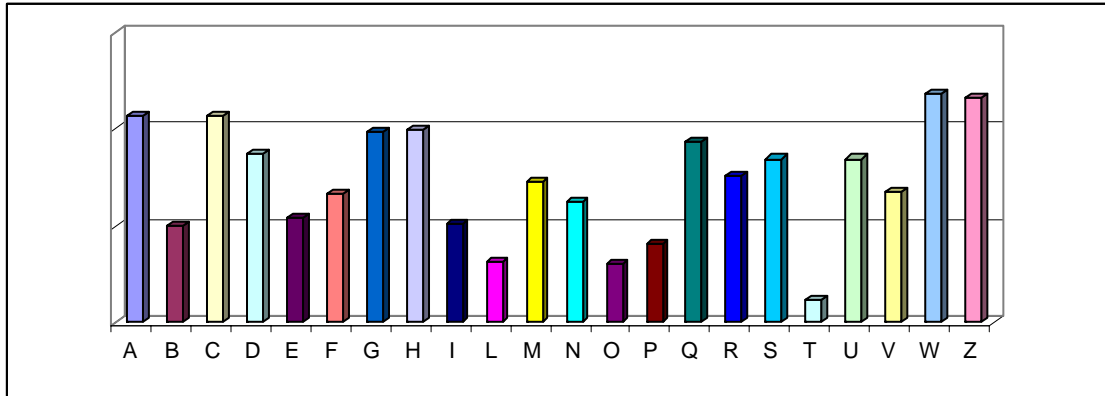
Talvolta, quando possibile, sono indicati anche gli standard che non sono raggiunti da nessuna azienda sanitaria.

I risultati dell'Audit Civico, così organizzati, 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 eventuali le 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 alcuni grafici contenuti nei Rapporti Audit Civico 2003 e 2004.

## 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*

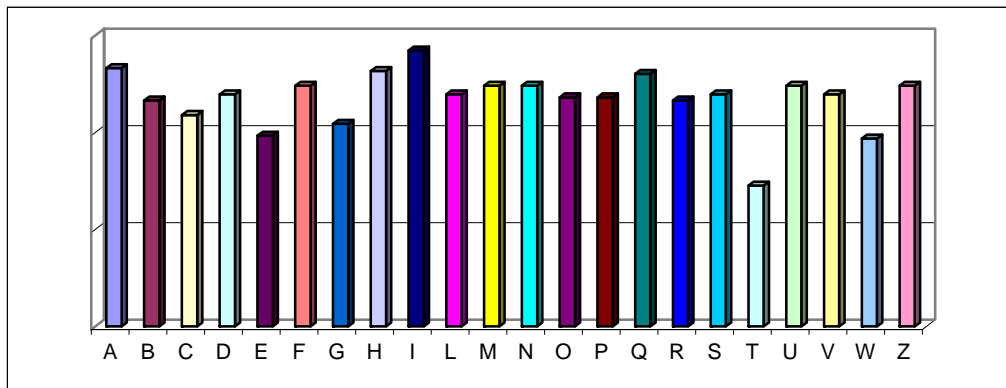
### Elementi che giustificano i risultati migliori

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

### Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Bassa percentuale di reparti ospedalieri nelle quali è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale
- Assenza di modulistica per il consenso informato per di 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

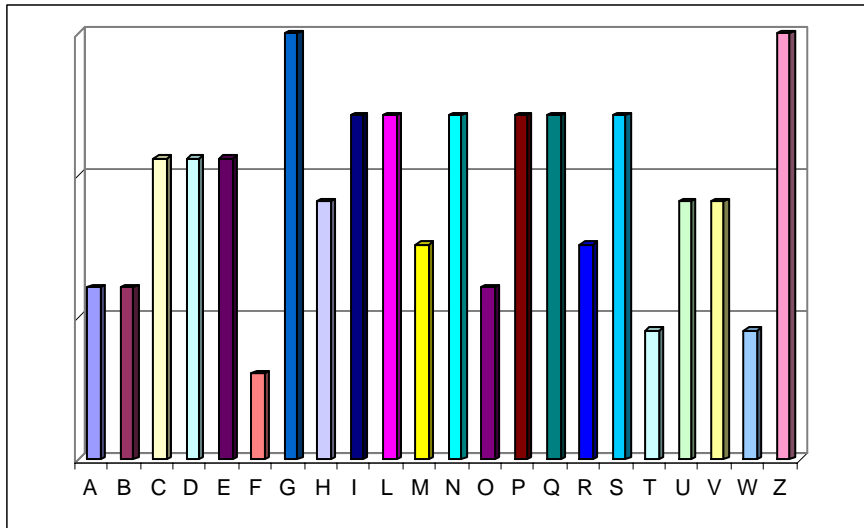
- Presenza di parcheggio interno per il pubblico

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Osservazione nelle parti comuni e nelle unità operative 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 reparti ospedalieri con bagni. dotati di tavoletta, campanello di allarme o di sistema per indicare che è occupato o 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, 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 malati ricoverati



## Fattore di qualità: risk management – livello aziendale – 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: buono*

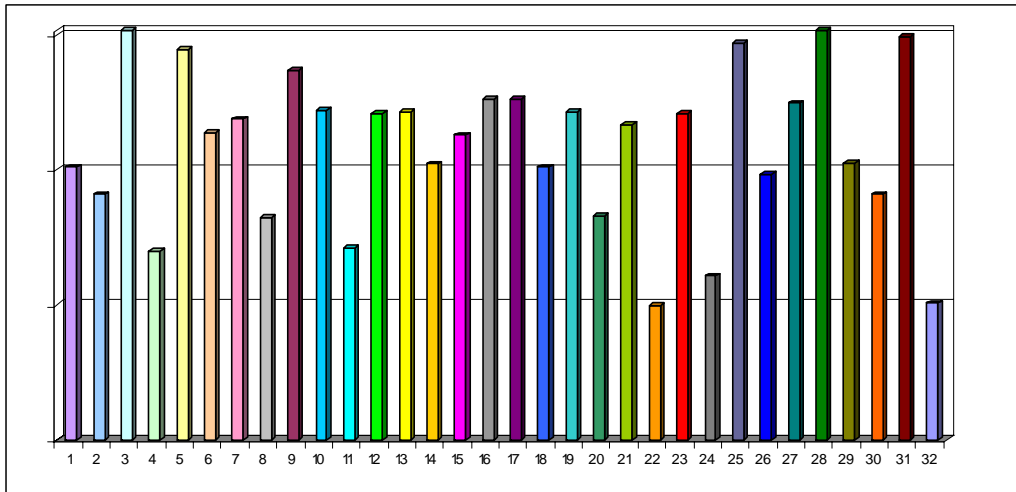
### Elementi che giustificano i risultati migliori

- Esistenza, a qualsiasi livello dell'azienda di un ufficio, una persona incaricata, un servizio che si preoccupano di risk management
- Esistenza di una mappa del rischio clinico

### Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Assenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
- Assenza di corsi di formazione sul risk management

## Fattore di qualità: tutela dei diritti – livello aziendale – Audit Civico 2004



*Giudizio: buono*

### Elementi che giustificano i risultati migliori

- Risposta a tutti i reclami ricevuti dai cittadini
- Individuazione degli standard della Carta dei servizi con il coinvolgimento dei cittadini

### Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Assenza di una analisi periodica dei reclami ricevuti dall'Ufficio per i rapporti con il pubblico

## 2.6. Gli effetti dell’Audit Civico

A conclusione di questi primi 4 anni di Audit Civico, è possibile registrare almeno tre effetti.

Il primo effetto è conoscitivo e riguarda la possibilità di avere una sorta di “griglia” di lettura dell’azione delle aziende sanitarie nel campo della qualità, dell’umanizzazione dell’assistenza sanitaria e nel coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali.

Il secondo riguarda gli esiti “locali”, vale a dire l’insieme delle azioni di miglioramento intraprese dalle aziende sanitarie in seguito all’Audit.

Il terzo riguarda le nuove prassi che, in seguito all’Audit Civico, si sono sviluppate nelle aziende sanitarie.

### *“la griglia di lettura”*

La pratica del benchmarking ha offerto la possibilità di individuare:

- le **buone pratiche**, vale a dire le prassi che caratterizzano in positivo una piccola percentuale di aziende sanitarie e che sono legate a una particolare “sensibilità” delle aziende verso problematiche emergenti o comunque di recente considerazione nel contesto italiano;
- le **omissioni**, cioè le azioni realizzate dalla grande maggioranza delle aziende e che solo poche aziende si ostinano a non praticare;
- l’esistenza di numerose “**pietre d’inciampo**”, cioè di prassi spesso elementari e comunque di particolare rilievo dal punto di vista dei cittadini **che rimangono inattuate nella maggioranza dell’aziende.**

Tab.1 – Elenco delle principali “pietre d’inciampo”

- Dotazione, all’interno degli ospedali, di tutti gli sportelli per prenotazione di visite ed esami con sistemi di controllo e regolamentazione delle file.
- Orario della distribuzione della cena ai pazienti dopo le 19
- 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 gradi 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

Tab.2 – Elenco delle principali “buone pratiche”

- 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
- Introduzione del sistema qualità ISO 9000 nell'intero presidio
- Introduzione del sistema qualità ISO 9000 in uno o più servizi del presidio sanitario
- 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 nei quali è stata effettuata (negli ultimi 2 anni) almeno un'inchiesta sul grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari
- 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 UO 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

Tab.3 – Elenco delle principali “omissioni”

- 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 CUP
- 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
- Assenza di cartellonistica stradale all'esterno delle strutture sanitarie che ne indichi la ubicazione
- Presenza di reparti ospedalieri, 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 totale 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

Ogni equipe 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 tredici aziende sanitarie<sup>29</sup>.

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 .

La tipologia delle azioni è varia, come illustrato dal seguente elenco.

- **interventi sulle strutture**

(istituzione di un reparto di oncologia; apertura di un bar; avvio della realizzazione di uno spaccio interno; realizzazione di bagni per disabili in tre ospedali, adeguamenti del comfort in alcuni ospedali, ecc.)

---

<sup>29</sup> Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Aziende ospedaliera 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.

- **adeguamenti organizzativi**  
(apertura di due Centri di prenotazione per esami e visite e di un sistema di prenotazione telefonica; utilizzo del triage presso un Pronto Soccorso; distribuzione di telefoni mobili nei reparti ospedalieri; adeguamento dell'orario di visita ai ricoverati; adozione della prassi di dare appuntamenti personalizzati per le visite ambulatoriali; affissione delle planimetrie del piano di evacuazione);
- **istituzione di gruppi di miglioramento**  
(sulla sicurezza in sala operatoria , sul risk management, sulla gestione del dolore);
- **realizzazione o potenziamento delle azioni informative rivolte ai cittadini**  
(apertura di punto di informazione, aggiornamento della cartellonistica interna ed esterna delle strutture, stampa e distribuzione di opuscoli informativi);
- **attivazione di nuovi servizi e organismi aziendali**  
(**servizio di mediazione culturale**; comitato etico, comitato misto consultivo);
- **nuove procedure di consultazione periodica** delle organizzazioni civiche.

### *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. Nelle ASL di Lucca e di Nuoro, in particolare, si è avviato una sorta di "**check up aziendale**" **periodico** ed è giudizio comune dei cittadini e dei rappresentanti delle aziende che i risultati compensino ampiamente



l'impegno richiesto dal rigoroso rispetto della procedura nella sua totalità.

In altri casi, si verificato un più **intenso coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali**. Ciò è avvenuto a Lucca e soprattutto a Trento dove un importante processo di partecipazione ha sostenuto l'aggiornamento della Carta dei servizi dell'azienda sanitaria. In questa ultima azienda, inoltre, è stato avviato un progetto di coinvolgimento sistematico del volontariato nella definizione di politiche di miglioramento della qualità dell'assistenza<sup>30</sup>.

Infine, **la discussione sui dati raccolti dall'Audit Civico ha promosso interventi di carattere più generale**. A Nuoro, i dati raccolti sull'informazione data agli utenti hanno portato alla elaborazione del concetto dei "livelli essenziali di comunicazione" da garantire ai cittadini utenti nelle diverse fasi del loro rapporto con l'azienda sanitaria. A Legnago, sono stati promossi interventi per ridefinire le modalità di accesso ad alcune prestazioni diagnostiche. A Lucca, l'adeguamento agli standard indicati dall'Audit Civico ha favorito l'avvio di un programma per la gestione del dolore.

### **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

---

<sup>30</sup> Cfr. A. Passerini e C. Corposanto "La costruzione partecipata della Carta dei servizi – L'esperienza della Apss di Trento" – Franco Angeli 2004

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 nel problema. 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 qualificate<sup>31</sup>.

Il *Tavolo* ha dato due contributi fondamentali allo sviluppo di una politica civica della sicurezza. In primo luogo, le competenze scientifiche e professionali hanno contribuito alla messa a punto della struttura di valutazione e del sistema degli indicatori della campagna Ospedale sicuro. In secondo luogo, la compresenza di soggetti di diversa natura ha fatto sì che il *Tavolo* fosse, in un certo senso, un laboratorio in cui era possibile sviluppare gli elementi portanti di una cultura comune della sicurezza.

Nel 1998, la prima campagna sperimentale permise di richiamare l'attenzione pubblica sul problema<sup>32</sup>, di verificare l'appropriatezza del sistema di indicatori e di definire compiutamente la struttura di valutazione. Ad essa hanno fatto seguito, fino al 2003, altre cinque *Campagne* ed è attualmente in corso un ulteriore ciclo di valutazione.

---

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> I rapporti conclusivi di Ospedale sicuro hanno sempre avuto un'eco rilevante sulla stampa quotidiana, sono stati oggetto di specifici servizi sul Venerdì di Repubblica (n. 612/1999) e su L'Espresso (n. 51/2001) e su varie riviste destinate a operatori della sanità e della sicurezza. Ampie sintesi sono state pubblicate in V. Ferla (a cura di) – *L'Italia dei diritti (edizioni 2001 e 2002)* – Edizioni cultura della pace, Cadenzano (Fi).

Nel complesso sono stati realizzati 224 monitoraggi su 165 ospedali. La valutazione ha comportato la mobilitazione di 535 cittadini - definiti *operatori civici della sicurezza*; - che hanno accompagnato l'osservazione diretta delle strutture con interviste a:

- 2360 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 in ambiente sanitario. Si riteneva, infatti, che la sicurezza potesse coincidere con la semplice sommatoria degli interventi necessari per l'adeguamento alle normative. La materia era riservata agli specialisti tecnici e ai responsabili amministrativi. Gli operatori e i cittadini utenti non esercitavano ruoli attivi e dovevano limitarsi a rispettare le disposizioni emanate dagli esperti.

E' abbastanza facile constatare che questo 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 che devono sempre funzionare alla perfezione, 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.

Il problema è noto da tempo alle organizzazioni civiche. Il Protocollo nazionale sul servizio sanitario proclamato nella Giornata dei diritti del malato del 1995, infatti, definiva il diritto alla sicurezza:

*“Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi”<sup>33</sup>*

Il diritto alla sicurezza è stato ripreso ed attualizzato dalla Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002:

*“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 ed assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e che gli operatori siano formati 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. I membri di staff sanitari che riferiscono la esistenza di rischi ai loro superiori e/o colleghi devono essere protetti da possibili conseguenze avverse.

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 spendere.

---

<sup>33</sup> Petrangolini T:- *Salute e diritti dei cittadini* – Editori riuniti, Roma 2002

### 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 considerata 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.

Per le strutture vengono presi in considerazione i seguenti fattori:

- agibilità delle *strutture comuni*;
- agibilità del *pronto soccorso*;
- adeguatezza degli *impianti elettrici*;
- adeguatezza delle disposizione 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 capacità del *personale* di riconoscere e gestire i rischi concretamente presenti negli ambienti di lavoro 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* delle attività e delle procedure di controllo dei rischi 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 quarta componente, e cioè 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.

Gli indicatori utilizzati per indagare analiticamente i fattori identificati sono complessivamente 235.

### **3.4. Lo svolgimento delle campagne annuali**

La realizzazione della Campagna Ospedale sicuro richiede lo svolgimento integrato di attività nazionali e di attività locali.

Il livello nazionale provvede a:

- a) aggiornare periodicamente il sistema degli indicatori;
- b) redigere gli strumenti tecnici (questionari e check list) per la raccolta dei dati;
- c) predisporre le guide per il calcolo degli IAS dei fattori, delle componenti e degli ospedali secondo il metodo descritto in precedenza;
- d) definire e comunicare alla reti di Cittadinanzattiva il periodo temporale di svolgimento della campagna;
- e) raccogliere le adesioni delle realtà locale;
- f) curare la formazione e l'aggiornamento dei gruppi locali;
- g) elaborare il rapporto finale;
- h) rilevare e comparare gli effetti dell'Audit.

Le attività locali consistono essenzialmente nella raccolta dei dati, nella compilazione della guida alla elaborazione e nella discussione con le direzioni degli esiti della rilevazione-

Nel corso degli anni le modalità di partecipazione alla campagna si sono diversificate. Nei primi anni della è stato sviluppato un regime di monitoraggio *completo* (e cioè esteso a tutto il sistema di indicatori). A partire dal 2001 sono ad esso stati affiancati altri due altri regimi.

Il primo, detto *di accesso*, consente ai gruppi che affrontano per la prima volta il tema di pervenire ad una prima valutazione applicando un numero ridotto di indicatori.

L'altro, detto *di mantenimento*, è riservato ai gruppi che hanno già realizzato almeno due cicli di valutazione e quindi sospendono la rilevazione di dati sul campo. In questi casi l'attenzione viene trasferita alla rilevazione e alla verifica dei provvedimenti presi dalle direzioni nel campo della sicurezza.

Il *regime completo* di monitoraggio prevede:

- la compilazione, per osservazione diretta, di **una scheda strutturale** che registra i dati stabili nel tempo (ad esempio la presenza/assenza di barriere architettoniche);
- l'effettuazione di **quattro distinti sopralluoghi**, distanziati almeno una settimana uno dall'altro, per verificare la check list degli eventi sentinella variabili nel tempo (ad esempio la presenza di ostacoli sulle vie di fuga);
- l'intervista di **cinque responsabili** (servizio di prevenzione e protezione, medico responsabile della sicurezza del lavoro, prevenzione infezioni ospedaliere, farmacista ospedaliero e responsabile del laboratorio analisi) per rilevare l'esistenza di procedure formalizzate della sicurezza e raccogliere pareri qualificati sulle situazioni strutturali,.
- la somministrazione agli operatori di un questionario per accertare l'effettiva diffusione della conoscenza delle procedure di sicurezza.

Il *regime di accesso* prevede la rilevazione di 160 indicatori tramite:

- la compilazione della scheda strutturale;
- l'effettuazione dei quattro sopralluoghi previsti per la rilevazione degli eventi sentinella;
- l'intervista al responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

Il *regime di mantenimento* comprende:

- l'effettuazione dei quattro sopralluoghi previsti per la rilevazione di eventi sentinella;
- la compilazione di una scheda per la registrazione degli interventi di miglioramento della sicurezza, realizzati nel corso dell'ultimo anno (investimenti strutturali, corsi di formazione, emanazione di disposizioni e adeguamento dell'organizzazione, ecc.).



### 3.5. Il benchmarking

Un punto di forza della campagna è stato, finora, la pubblicazione, in occasione del rapporto finale, 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, 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 a 69/100 e orientamento generale alla sicurezza problematico;
- la quarta fascia raggruppa gli ospedali indici 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 rilevante<sup>34</sup>, 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

---

<sup>34</sup> Cfr. sopra nota 33

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.

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. Inoltre, sono messi a disposizione dei gruppi locali i valori medio, minimo e massimo di ogni IAS, accompagnati con l'identificazione delle situazioni migliori e delle situazioni peggiori constatate. Questo contributo è stato frequentemente utilizzato nel livello locale per individuare le aree critiche e le azioni di miglioramento.

L'esame diacronico dei dati delle cinque campagne finora realizzate aiuta a comprendere meglio i processi in corso negli ospedali italiani in ordine alla sicurezza.

**Fig. 1 - Distribuzione degli ospedali per classi di adeguamento complessivo agli standard di sicurezza (valori %)**

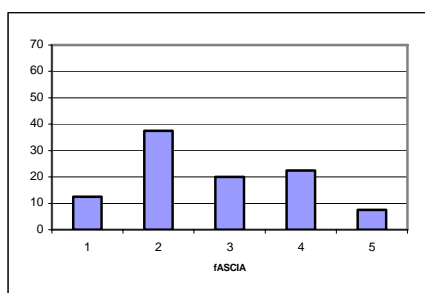
**Fascia 1 : IAS  $\geq$  80/100**

**Fascia 2: 70/100 = <IAS > 80**

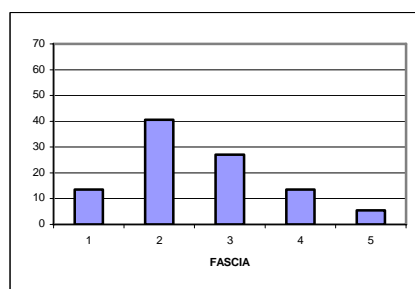
**Fascia 3: 60/100 = <IAS > 70**

**Fascia 4: 50/100 = <IAS > 60**

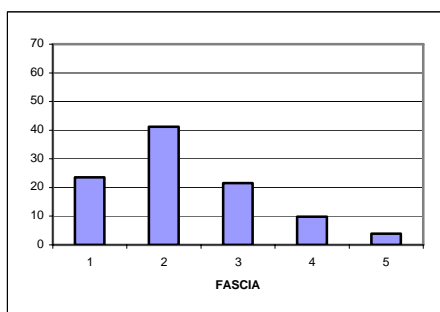
**Fascia 4: IAS < 50/100**



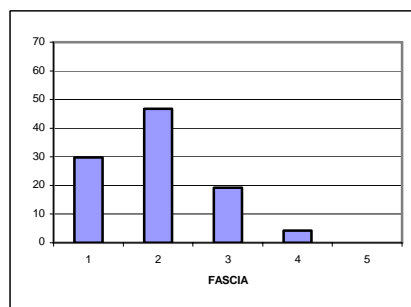
1999



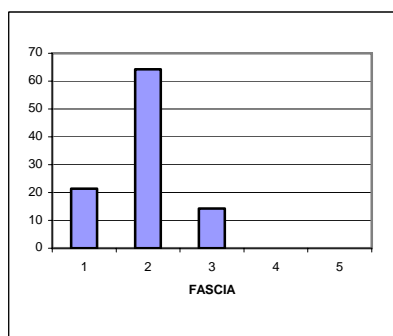
2000



2001



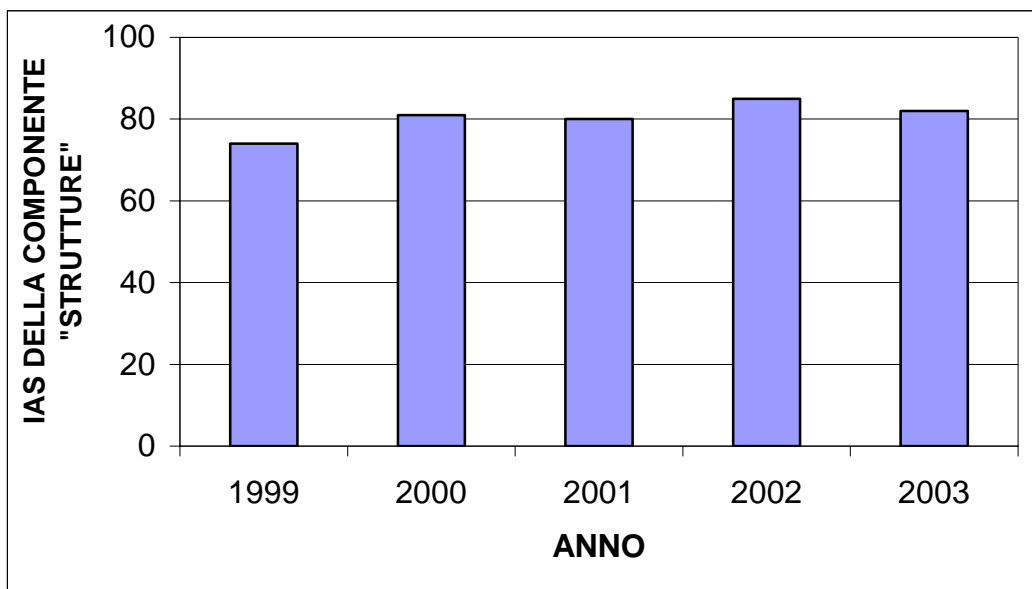
2002



2003

### 3.6. Il miglioramento lento ma costante delle strutture

Il grafico, che comprende anche il valore rilevato nella campagna sperimentale del 1998, mostra un miglioramento abbastanza regolare dell'indice. Le diminuzioni fra 2001 e 2002 e fra 2003 e 2004 sono estremamente contenute. E' noto, del resto, che negli anni presi in considerazione è avvenuta una intensa utilizzazione dei fondi nazionali stanziati per l'adeguamento delle strutture sanitarie.



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.

### 3.7. Un punto di forza: la vigilanza

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 compresi presentano tutti un andamento molto favorevole:

- l'IAS dei comportamenti del personale passa dal 70/100 a 89/100 con un incremento del 27%;
- l'IAS delle misure di sorveglianza sale da 60/100 a 87/100 con un incremento del 45%
- l'IAS della informazione al pubblico e agli operatori cresce da 55/100 a 90/100 con un incremento del 64%
- l'IAS della segnaletica aumenta da 46/100 a 89/100 con un incremento del 93%.

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.

In un quadro, complessivamente favorevole, sono però presenti 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 è la scarsa diffusione delle piantine del piano di evacuazione. L'IAS medio, infatti è pari a 63/100 e in alcuni ospedali l'assenza è totale. Come si vedrà fra poco, non si tratta soltanto di disattenzione.

### 3.8. Un'area critica: il personale

Fin dall'inizio gli IAS di questa componente si sono attestati sui livelli più bassi: 48/100 nel 1998 e 58/100 nel 2003. Il confronto di questo dato con quello del paragrafo precedente mostra che la maggiore attenzione non si è ancora tradotta in una cultura comune e condivisa.

In effetti, questa componente riflette molto i limiti di un approccio che stenta a coordinare l'adozione delle misure con azioni di informazioni e coinvolgimento del personale. Lo dimostrano alcuni indicatori compresi nei fattori relativi alla conoscenza dell'organizzazione e delle conoscenze operative:

- 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.

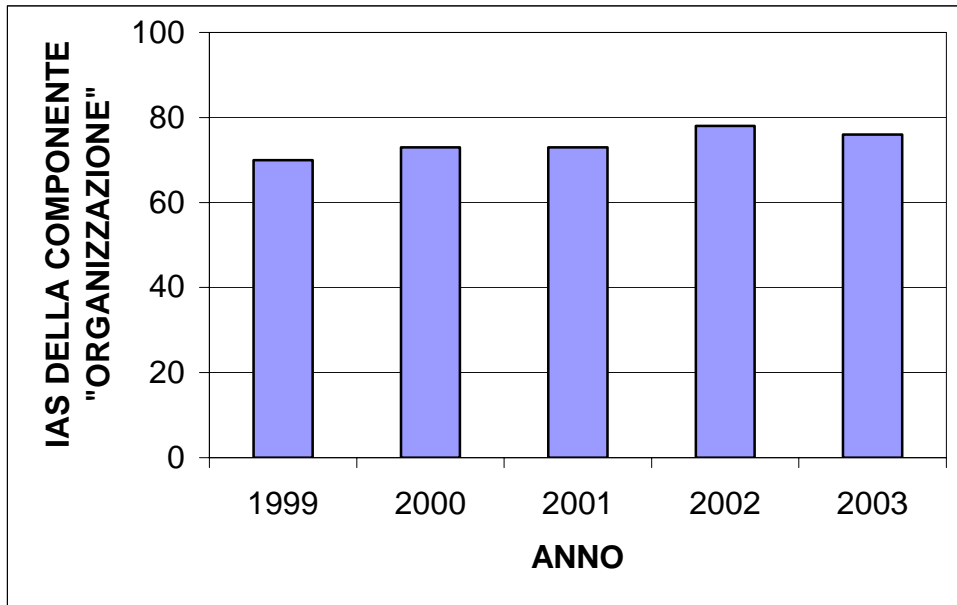
E' molto bassa anche la conoscenza delle procedure per la segnalazione degli incidenti, per la gestione della manutenzione e dei controlli ma, in questo caso, come si vedrà, la causa è l'assenza delle procedure stesse.

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.

Il panorama sconsolante è attenuato dalla presenza di diverse situazioni positive, Gli ospedali che raggiungono la prima fascia di merito e parti di quelli compresi nella seconda, presentano normalmente IAS compresi fra 80/100 e 90/100 sia per la componente che per i singoli fattori.

### 3.9. Il lento adeguamento dell'organizzazione

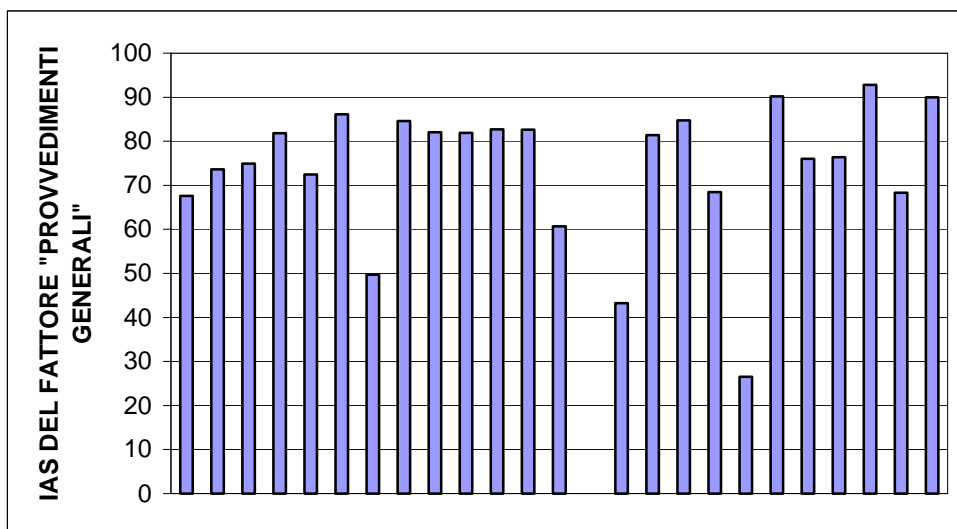
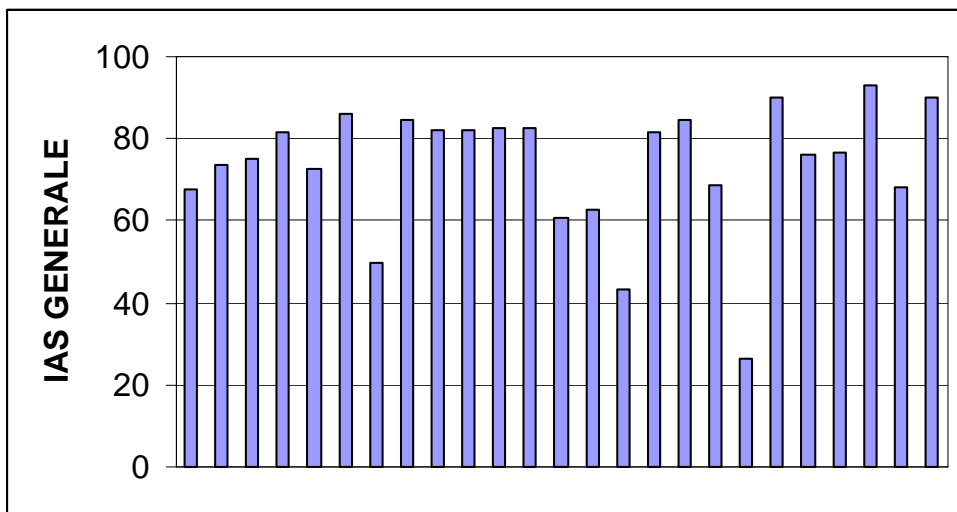
L'IAS relativo alla componente dell'organizzazione presenta un andamento meno dinamico e passa dai 70/100 del 1999 ai 76/100 del 2003.



Questo è un dato estremamente preoccupante perché dimostra che la sicurezza resta confinata in un'area tutto sommato marginale e riservata ai tecnici e non incide sui processi. L'IAS del fattore relativo alla manutenzione e ai controlli resta praticamente inalterato (74/100 nel 2003 contro 69/100 nel 1999) come quello della gestione delle tecnologie (76/100 contro 73/100). Dello scarso successo di alcune procedure, come quella per la gestione degli incidenti, si è già detto. In sostanza, permane la cultura dell'adempimento che rispetta formalmente le norme ma non cambia la realtà. E' emblematico, a questo proposito, che nel 2003 tutte le aziende dichiarano di avere predisposto il documento per la valutazione del rischio e che solo il 66%, invece, si sia dotata anche del piano di evacuazione. Il primo documento, richiesto dalla legge sulla sicurezza del lavoro, può essere redatto in termini generici osservando solo formalmente la legge. Il secondo richiede necessariamente un confronto con la realtà.

### 3.10. Una buona notizia: gli ospedali che hanno imparato

Un confronto relativo ad un campione di ventisei ospedali mette in luce un dato molto interessante. Il primo 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



E' del tutto evidente che i due grafici sono praticamente sovrapponibili. Chi ha preso sul serio le indicazioni del legislatore e si è impegnato in



una intelligente applicazione 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**

Le due iniziative Audit Civico e Ospedale Sicuro confermano che è possibile integrare gli aspetti tradizionali di mobilitazione e di intervento delle organizzazioni di cittadini con uno sviluppo "disciplinare" delle capacità di elaborare dati e di produrre interpretazioni e valutazioni.

Grazie anche al contributo dato dal benchmarking, le informazioni raccolte dall'Audit Civico e da Ospedale Sicuro hanno permesso di fare luce su una serie di fenomeni poco conosciuti o trascurati e di promuovere diffuse azioni di miglioramento.

Al livello locale, l'Audit Civico e Ospedale sicuro hanno:

- potenziato la capacità delle organizzazione dei cittadini di interloquire con le direzioni della aziende sanitarie;
- dato la possibilità di promuovere cambiamenti concreti e, spesso, a basso costo;
- reso più "trasparente" la gestione delle aziende sanitarie e degli ospedali nei confronti dei cittadini.

Al livello nazionale, le due iniziative hanno fornito una visione inedita delle difficoltà presenti nel Servizio Sanitario Nazionale e i rapporti di collaborazione aperti con alcuni governi regionali offrono l'occasione per sperimentare un impiego sistematico delle valutazione civica per il superamento di queste difficoltà.

## 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. Ferla V. (a cura di) - *L'Italia dei diritti (edizioni 2001 e 2002)* – Edizioni cultura della pace, Cadenzano, 2001 e 2002
10. 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
11. 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
12. Inglese S.A. *Cittadini e servizi sanitari Rapporti annuali (dal 1996 al 2004)* Cittadinanzattiva
13. Lamanna A. *Audit Civico: la valutazione dei cittadini e la costruzione della qualità* Q.A. 13 3: 157 – 158
14. Lamanna A. Terzi A. *La valutazione della qualità delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini- Rapporti annuali (dal 2001 al 2004)* Cittadinanzattiva

15. Legambiente *Un treno verde contro la mal'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore* Legambiente, Roma, 1996
16. Ministero della sanità *Come definire e utilizzare gli standard di qualità* Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari, 1996
17. Moro G. *Manuale di cittadinanza attiva* – Carocci editore, Roma, 1998
18. Moro G. Petrangolini T. *Il governo scalzo della salute* Democrazia diretta n. 4-5, 1987
19. Movimento federativo democratico *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario nazionale* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992
20. Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta di Ottawa per la promozione della salute* 1998
21. Passerini A. Corposanto C *La costruzione partecipata della Carta dei servizi. L'esperienza della APSS di Trento* Franco Angeli, Milano, 2004
22. Petrangolini T. *Salute e diritti dei cittadini* Editori riuniti, Roma, 2002
23. Rubin H. Rubin I. – *Community Organizing and Development* – Mac Millan Publishing Company, New York, 1992
24. Terzi A. *Osservazione Civica della sicurezza negli ospedali* Q.A. 13 3: 156
25. Terzi A. - *La partecipazione dei cittadini al regime di governo dei rischi* Snop rivista n. 50, luglio 1999
26. Terzi A. Moccia F. *Ospedale sicuro Rapporto annuale (dal 1998 al 2004)* Cittadinanzattiva
27. Wildavskiy A. – *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis* – Transaction Publisher, New Brunswick, 1993