

# **La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive**





Agenzia  
sanitaria  
e sociale  
regionale

Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

**DOSSIER**  
**180-2009**

# **La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive**

**Accreditamento e qualità**

**La redazione del volume è stata curata da**

---

**Sara Capizzi** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Renata Cinotti** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**La collana Dossier è curata dal Sistema Comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna**

**responsabile** Marco Biocca

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2009

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss180.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss180.htm)

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

## Hanno contribuito alla stesura dei capitoli

---

<b>Monia Baldi</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Sara Baruzzo</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Rocco Baruzzi</b>	CCM - Azienda USL di Ravenna
<b>Roberto Bertoni</b>	Azienda USL di Ravenna
<b>Sara Capizzi</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Maria Caroli</b>	Azienda USL di Ravenna
<b>Giancarlo Casamenti</b>	CCM - Azienda USL di Ravenna
<b>Sara Castellari</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Elena Cattozzi</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Lorena Ceragioli</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Loredana Cerullo</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Renata Cinotti</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Claudia Cornacchia</b>	Azienda USL di Ravenna
<b>Cristiana Damini</b>	Azienda USL di Parma
<b>Chiara Danesi</b>	Azienda USL di Modena
<b>Mario Donà</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Maurizio Falzoi</b>	Azienda USL di Parma
<b>Federica Fiorini</b>	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
<b>Giulia Teresa Franchini</b>	Azienda USL di Modena
<b>Maria Giovanna Gentile</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Anna Pia Guadagni</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Livio Laghi</b>	Cittadinanzattiva - Faenza (RA)
<b>Michela Liberti</b>	Cittadinanzattiva
<b>Maria Giovanna Madrigali</b>	Azienda USL di Cesena
<b>Franco Marzo</b>	CCM - Azienda USL di Forlì
<b>Loris Masarà</b>	CCM - Azienda USL di Ravenna
<b>Paolo Missiroli</b>	Azienda USL di Ravenna
<b>Maria Augusta Nicoli</b>	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Giovanni Olmi</b>	CCM - Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Maria Poggiali</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Nicoletta Poppi</b>	Azienda USL di Modena
<b>Nevio Profili</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Rita Rambelli</b>	Azienda USL di Ravenna
<b>Maria Ravelli</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Giuseppe Rossini</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Riccarda Suprani</b>	Azienda USL di Ravenna
<b>Alessio Terzi</b>	Cittadinanzattiva
<b>Annamaria Toschi</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Franco Vicariucci</b>	Cittadinanzattiva - Ravenna
<b>Giorgio Zanzani</b>	Azienda USL di Rimini
<b>Giovanni Zanzi</b>	CCM - Azienda USL di Ravenna
<b>Antonella Zambrini</b>	Azienda USL di Ravenna

## Si ringraziano i componenti delle équipes locali

---

<b>Remo Barbieri</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Cesare Bersani</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Luigi Buratti</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Guido Campodonico</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Irma Cazzarini</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Giovanni Ferrari</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Giovanna Galli</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Anna Giordani</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Silvana Passera</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Mara Piva</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Fulvia Toscani</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Cristina Vedovelli</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Luigina Calza</b>	Azienda USL di Parma
<b>Fernanda Campanini</b>	Azienda USL di Parma
<b>Ezio Cantarelli</b>	Azienda USL di Parma
<b>Angela Gambarà</b>	Azienda USL di Parma
<b>Ornella Guareschi</b>	Azienda USL di Parma
<b>Franco Maestri</b>	Azienda USL di Parma
<b>Daniela Milani</b>	Azienda USL di Parma
<b>Grazia Mou</b>	Azienda USL di Parma
<b>Roberto Peveri</b>	Azienda USL di Parma
<b>Maria Rosa Staiolani</b>	Azienda USL di Parma
<b>Filippo Tettamanzi</b>	Azienda USL di Parma
<b>Sara Baruzzo</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Rosetta Bellavia Marca</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Liliana Bondi</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Fabrizio Boni</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Marzia Codeluppi</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Mirella D'Imporzano</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Giovanni Di Quattro</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Clara Dorigatti</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Tiziana Montruccoli</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Giovanni Olmi</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Annamaria Picciati</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Milena Pioppi</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Tiziano Vecchi</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Davino Beneventi</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Loredana Cerullo</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Eros Codeluppi</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Patrizia Copelli</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Emilio Davoli</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
<b>Mahri Faiza</b>	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

**Donatella Jager** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Franca Pattuzzi** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Maria Ravelli** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Nicola Tusini** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Valeria Vallery** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Sonia Venturi** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Ivano Baldini** Azienda USL di Modena  
**Clara Boni** Azienda USL di Modena  
**Giovanni Brandoli** Azienda USL di Modena  
**Giovanna Guaitoli** Azienda USL di Modena  
**Dino Mussi** Azienda USL di Modena  
**Luisa Obici** Azienda USL di Modena  
**Maria P. Odorici** Azienda USL di Modena  
**Riccardo Peasso** Azienda USL di Modena  
**Andrea Paltrinieri** Azienda USL di Modena  
**Mario Pfnister** Azienda USL di Modena  
**Maria P. Ricchieri** Azienda USL di Modena  
**Primo Righi** Azienda USL di Modena  
**Eustorge Prini Selmi** Azienda USL di Modena  
**Marco Bianchi** Azienda USL di Ferrara  
**Valentino Calderoni** Azienda USL di Ferrara  
**Sara Castellari** Azienda USL di Ferrara  
**Leila Cattozzi** Azienda USL di Ferrara  
**Elisabetta Cattozzi** Azienda USL di Ferrara  
**Lorena Ceragioli** Azienda USL di Ferrara  
**Patrizia Conforti** Azienda USL di Ferrara  
**Ornella Farinelli** Azienda USL di Ferrara  
**Nevio Finotelli** Azienda USL di Ferrara  
**Michela Fraulini** Azienda USL di Ferrara  
**Anna Gallerani** Azienda USL di Ferrara  
**Alessandra Galletti** Azienda USL di Ferrara  
**Giuseppe Ghedini** Azienda USL di Ferrara  
**Vittorio Gozzi** Azienda USL di Ferrara  
**Nella Graziani** Azienda USL di Ferrara  
**Franca Massarenti** Azienda USL di Ferrara  
**Carlo Modonesi** Azienda USL di Ferrara  
**Gino Monesi** Azienda USL di Ferrara  
**Pietro Monesi** Azienda USL di Ferrara  
**Alessandro Scalambra** Azienda USL di Ferrara  
**Annamaria Toschi** Azienda USL di Ferrara  
**Luana Vecchi** Azienda USL di Ferrara  
**Umberto Barbieri** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Giuliana Cavallini** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

**Secondo Ferioli** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Federica Fiorini** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Michele Forlani** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Armando Gallieri** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Giuseppe Garbini** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Giuseppe Ghedini** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Paola Melandri** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Concetta Meli** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Antonio Mella** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Gilberto Pasti** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Gabriella Tagliuzzi** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Achille Tazio Osti** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Renato Bocchini** Azienda USL di Cesena  
**Peppino Botticelli** Azienda USL di Cesena  
**Daniele Casadei** Azienda USL di Cesena  
**Veronica Maggio** Azienda USL di Cesena  
**Liana Farolfi** Azienda USL di Cesena  
**Achille Kobau** Azienda USL di Cesena  
**Angela Legnini** Azienda USL di Cesena  
**Maria Giovanna Madrigali** Azienda USL di Cesena  
**Matteo Modigliani** Azienda USL di Cesena  
**Anna Maria Piraccini** Azienda USL di Cesena  
**Paola Sintucci** Azienda USL di Cesena  
**Lidia Vergaglia** Azienda USL di Cesena  
**Fernando Zanfini** Azienda USL di Cesena  
**Rocco Baruzzi** Azienda USL di Ravenna  
**Roberto Bertoni** Azienda USL di Ravenna  
**Marisa Caroli** Azienda USL di Ravenna  
**Giancarlo Casamenti** Azienda USL di Ravenna  
**Claudia Cornacchia** Azienda USL di Ravenna  
**Mario Donà** Azienda USL di Ravenna  
**Maria Giovanna Gentile** Azienda USL di Ravenna  
**Anna Pia Guadagni** Azienda USL di Ravenna  
**Livio Laghi** Azienda USL di Ravenna  
**Loris Masarà** Azienda USL di Ravenna  
**Paolo Missiroli** Azienda USL di Ravenna  
**Maria Poggiali** Azienda USL di Ravenna  
**Nevio Profili** Azienda USL di Ravenna  
**Rita Rambelli** Azienda USL di Ravenna  
**Giuseppe Rossini** Azienda USL di Ravenna  
**Riccarda Suprani** Azienda USL di Ravenna  
**Franco Vicariucci** Azienda USL di Ravenna  
**Antonella Zambrini** Azienda USL di Ravenna



**Giovanni Zanzi** Azienda USL di Ravenna  
**Raquel Acosta** Azienda USL di Rimini  
**Fabiola Carnevali** Azienda USL di Rimini  
**Marta Corti** Azienda USL di Rimini  
**Paola Maffi Sala** Azienda USL di Rimini  
**Roberto Parma** Azienda USL di Rimini  
**Maria Maffia Russo** Azienda USL di Rimini  
**Bruna Tenenti** Azienda USL di Rimini  
**Lucio Boattini** Azienda USL di Forlì  
**Vittoriano Cantelmi** Azienda USL di Forlì  
**Elisa Cirillo** Azienda USL di Forlì  
**Cristina Fadda** Azienda USL di Forlì  
**Vittorio Fabbri** Azienda USL di Forlì  
**Annarita Girelli** Azienda USL di Forlì  
**Antonia La Piana** Azienda USL di Forlì  
**Franco Marzo** Azienda USL di Forlì  
**Bruno Neri** Azienda USL di Forlì  
**Sandro Santarelli** Azienda USL di Forlì  
**Paola Scarpellini** Azienda USL di Forlì  
**Armando Tittarelli** Azienda USL di Forlì  
**Neddo Verna** Azienda USL di Forlì

**Si ringrazia Cittadinanzattiva, che ha contribuito alla realizzazione del progetto Audit civico in Emilia-Romagna.**

**Si ringraziano inoltre tutti gli operatori e i professionisti, i responsabili delle strutture, i Comitati consultivi misti (CCM) delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna e il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dalla parte del cittadino (CCRQ).**



# Indice

<b>Sommario</b>	<b>13</b>
<i>Abstract</i>	15
<b>Premessa</b>	<b>17</b>
<b>Parte I. Il percorso</b>	<b>19</b>
<b>1. L'audit civico nella prospettiva regionale</b>	<b>21</b>
1.1. L'articolazione organizzativa	24
1.2. I partecipanti	26
1.3. I luoghi della sperimentazione	29
1.4. L'accompagnamento al percorso dell'audit civico	31
1.5. Riflessioni, racconti, esperienze dai diari di bordo	32
1.6. Focus group con i protagonisti del progetto Audit civico	40
1.7. La partecipazione nell'équipe locale	44
<b>Parte II. La metodologia e lo strumento</b>	<b>63</b>
<b>2. Introduzione: una metodologia adottata dal sistema sanitario</b>	<b>65</b>
<b>3. Analisi critica e sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche</b>	<b>67</b>
3.1. Le ragioni dell'audit civico	67
3.2. Le quattro domande dell'audit civico	71
3.3. Riferimenti teorici e metodologici	72
3.4. La struttura di valutazione dell'audit civico	73
3.5. Il benchmarking	75
3.6. L'aggiornamento della metodologia	76
<b>4. Uno sguardo di insieme al sistema regionale</b>	<b>81</b>
4.1. Le Aziende	81
4.2. L'assistenza ospedaliera	83
4.3. Le cure primarie	84
<b>5. Considerazioni sugli esiti del benchmarking</b>	<b>87</b>

(continua)

<b>Parte III. Le fasi del percorso</b>	<b>91</b>
<b>6. L'audit civico attraverso la voce dei protagonisti: le fasi dell'indagine e le peculiarità delle esperienze</b>	<b>93</b>
6.1. L'avvio	93
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Piacenza	
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Rimini	
6.2. La formazione	100
... nell'équipe locale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Modena	
6.3. La rilevazione	115
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Modena	
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Rimini	
6.4. La restituzione e la diffusione dei risultati	121
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Piacenza	
6.5. La chiusura del progetto e le ricadute dell'esperienza	123
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Reggio Emilia	
... nell'équipe locale dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	
<b>7. I temi "caldi" emergenti</b>	<b>135</b>
7.1. Lavoro e identità di gruppo: come costruire le condizioni per creare un'identità di gruppo	135
... nell'équipe locale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	
7.2. L'audit civico come esempio di programmazione partecipata: ombre e luci della partecipazione e del coinvolgimento	138
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Ferrara	
7.3. Il difficile mestiere della rilevazione: difficoltà e discrepanze nel conciliare metodica e strumenti di valutazione con l'interpretazione dei dati	142
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Ravenna	
7.4. L'audit civico come esperienza di comunicazione	146
... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Cesena	

*(continua)*

7.5. L'audit civico: realizzazione e gestione del progetto nell'ottica del PDCA ... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Parma	151
7.6. Epilogo ... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Forlì	154

**Bibliografia** **157**

**Allegati** **161**

Allegato 1. Indicazioni teorico-operative	163
Allegato 2. Diario di bordo n. 1	175
Allegato 3. Diario di bordo n. 2	187



# Sommario

Il Dossier presenta i risultati della sperimentazione del progetto Audit civico realizzata in 11 Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna,<sup>1</sup> in collaborazione con il Comitato consultivo regionale per la qualità dalla parte del cittadino (CCRQ) e i Comitati consultivi misti aziendali (CCM).

L'audit civico rappresenta un modello di valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini il cui metodo è stato sviluppato da Cittadinanzattiva.

In ambito sanitario la ricerca sociologica e psicosociale ha messo in evidenza la rilevanza del punto di vista del paziente/cittadino in quanto variabile esplicativa del comportamento sanitario, dell'esito delle cure e delle decisioni che lo riguardano.

Poiché il punto di vista dei cittadini non è componente estranea ai processi di costruzione dell'azione sanitaria ma anzi sua componente fondamentale, le diverse forme che un'organizzazione sanitaria mette in campo per ascoltare i cittadini sono importantissime se costituiscono momento di apprendimento per la stessa organizzazione, se rappresentano percorsi per "imparare a pensare nell'organizzazione".<sup>2</sup>

In questa prospettiva si è utilizzato lo strumento dell'audit civico ed è per questa ragione che è stato soprattutto enfatizzato un piano per accompagnare il processo di costruzione del gruppo (l'équipe locale), come premessa fondamentale per porre le basi di un processo partecipativo, nella consapevolezza che gli strumenti non fossero di per sé garanzia di partecipazione ma che solo la loro pratica d'uso, imperniata sulla condivisione, potesse garantirne la direzione auspicata.

Il Dossier è organizzato in tre parti.

La prima parte (*Capitolo 1*) è dedicata all'analisi del percorso: dopo avere descritto il progetto dal punto di vista dell'impianto organizzativo (*Paragrafo 1.1*), delle caratteristiche dei suoi partecipanti (*Paragrafo 1.2*) e dei luoghi dove è stato condotto (*Paragrafo 1.3*), ci si è focalizzati sul piano di accompagnamento nel percorso e sulla ricchezza del lavoro di ricerca (*Paragrafo 1.4*).

---

<sup>1</sup> La sperimentazione è partita nell'aprile 2005 e si è conclusa intorno alla fine del 2007 in 11 Aziende sanitarie ed è stata organizzata in due tempi: il primo ciclo si è avviato nel 2005 e ha compreso le esperienze locali afferenti alle Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Rimini e Cesena e all'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara. Il secondo ciclo è stato avviato l'anno seguente e ha compreso le esperienze locali afferenti all'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e alle Aziende USL di Ravenna e Forlì.

<sup>2</sup> Vedi ad esempio le indagini sulla qualità percepita, come sostenuto in un precedente contributo (Nicoli, Cinotti, 2008).

La seconda parte (*Capitoli 2, 3 e 4*), più centrata sulla diffusione della metodologia, presenta le ragioni dell'audit civico (*Paragrafo 2.1*), gli obiettivi e i principi di fondo (*Paragrafo 2.2*), i riferimenti teorici e metodologici (*Paragrafo 2.3*), la struttura di valutazione dell'audit civico (*Paragrafo 2.4*).

Inoltre, si presenta il quadro generale dei risultati del *benchmarking* condotto presso le Aziende sanitarie coinvolte e le considerazioni che se ne traggono.

Con la terza parte (*Capitoli 5 e 6*) si è inteso dare risalto alle fasi del percorso proponendo il racconto dell'esperienza dalla voce degli stessi protagonisti, rispetto alle diverse fasi metodologiche che ciascuna realtà aziendale ha condotto:

- l'avvio (*Paragrafo 6.1*);
- la formazione (*Paragrafo 6.2*);
- la rilevazione (*Paragrafo 6.3*);
- la restituzione e la diffusione (*Paragrafo 6.4*);
- la chiusura del progetto e le ricadute dell'esperienza (*Paragrafo 6.5*).

Uno spazio (*Capitolo 7*) è dedicato inoltre ai temi caldi emergenti dalle esperienze che hanno utilizzato lo strumento dell'audit civico calandolo nel loro contesto locale.



## **Abstract**

### **Experimenting civic audit in Emilia-Romagna: considerations and perspectives**

*The volume presents the results of the experimentation within the Civic audit project developed in two phases in 11 Health Trusts of Emilia-Romagna between April 2005 and the end of 2007. The first cycle started in 2005 and focused on the local experiences at the Local Health Trusts of Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Rimini and Cesena and at the Hospital-University Trust of Ferrara; the second cycle started in 2006 and focused on the local experiences at the Local Health Trusts of Ravenna and Forlì and the Hospital Trust of Reggio Emilia.*

*Civic audit represents a method developed by the non-profit organization Cittadinanzattiva<sup>3</sup> to evaluate services quality from citizens' point of view.*

*Sociological and psychosocial research in health context has underlined the importance of patient's/citizen's point of view as a variable that can explain health behaviours, healthcare outcomes and decisions concerning these outcomes.*

*As citizens' point of view is a fundamental element in the building process of health actions, health organizations need to implement listening strategies of citizens that represent a learning chance for the organization itself, a path "to learn to think the organization".*

*In this perspective, the tool of civic audit was chosen and a plan to follow the building process of a local group was emphasized, as fundamental basis for a participative course where not only tools but mainly their use in practice can guarantee participation.*

*The volume is divided in three parts.*

*The first section (Chapter 1) deals with the analysis of the path: description of the project, its organizational framework, participants' characteristics, places where the project was developed, plan to accompany the path, research.*

*The second section (Chapters 2, 3 and 4) is more focused on methodology: reasons for the civic audit, goals, main principles, theoretical and methodological references, evaluation structure of civic audit. Moreover, the general results of the benchmarking implemented in the involved Health Trusts and some considerations are presented.*

*In the third section (Chapters 5 and 6), the focus is on protagonists telling their experience in the different phases:*

- *start up;*
- *training;*
- *survey;*
- *results return and spreading;*
- *conclusion of the project and effects from the experience.*

---

<sup>3</sup> <http://www.cittadinanzattiva.it/who-we-are.html>

*The final Chapter is dedicated to some main themes emerging from the adoption of civic audit in local contexts.*

## Premessa<sup>4</sup>

L'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna<sup>5</sup> ha realizzato numerosi percorsi volti a favorire la comunicazione fra utenti e istituzioni, nell'ambito di più complessive politiche regionali di sviluppo della partecipazione e di specifiche direttive della Direzione generale Sanità e politiche sociali. Inoltre, il percorso istituzionale di Accreditamento sviluppato in regione richiede esplicitamente l'impegno delle organizzazioni sanitarie ad acquisire il contributo dei cittadini nella progettazione e nella gestione dei servizi. A partire dagli anni 2000-2003, l'Agenzia sanitaria e sociale ha inoltre attuato un programma regionale mirante a realizzare un Laboratorio della qualità percepita dai cittadini e a sviluppare nelle Aziende sanitarie conoscenze e abilità nell'utilizzo di strumenti idonei alla sua rilevazione.

A questo proposito, il laboratorio in quanto ambito tematico finalizzato a sviluppare funzioni organizzative a supporto dell'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti, ha determinato nel triennio 2007-2009 una serie di azioni su più fronti, coinvolgendo diversi referenti aziendali (Uffici per le relazioni con il pubblico, Uffici Qualità e singoli professionisti dei diversi servizi) nella programmazione di linee di indirizzo condivise e nell'elaborazione di strumenti di monitoraggio tarati sulle caratteristiche dei singoli servizi e metodologicamente validati.

Constatata quindi la convergenza dei percorsi, l'Agenzia sanitaria e sociale ha ritenuto opportuno proporre l'audit civico come strumento utile per accrescere la capacità delle Aziende sanitarie di tenere in considerazione gli aspetti di valutazione dalla parte dei cittadini (giudizi, aspettative, preferenze di trattamento).

La metodologia dell'audit civico è stata sviluppata da Cittadinanzattiva con il contributo di un Tavolo nazionale di lavoro costituito da esperti provenienti da varie Aziende sanitarie e da altri settori. L'audit civico, inteso come analisi critica e sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie attuata dalle organizzazioni civiche in collaborazione con le Aziende stesse, è nato dall'esperienza del Tribunale per i diritti del malato per rispondere all'esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino assunta come criterio essenziale per la valutazione dei servizi sanitari.

La contestualizzazione della metodologia e degli strumenti per realizzare l'audit civico in Emilia-Romagna ha comportato una progettazione complessiva finalizzata alla gestione di un processo che necessariamente ha dovuto tenere conto dei diversi interlocutori e attori sociali coinvolti:

---

<sup>4</sup> A cura di Renata Cinotti.

<sup>5</sup> All'epoca del Progetto, Agenzia sanitaria regionale.

- in primo luogo le Direzioni aziendali, alle quali si è richiesta un'adesione volontaria e un impegno a realizzare le azioni di miglioramento che avrebbero considerato fattibili;
- in secondo luogo i professionisti coinvolti nella rilevazione dei dati, ai quali è stato consegnato il report aziendale dopo la discussione con la direzione aziendale, per restituire l'esito della valutazione, anche come momento di attenzione e di riscontro;
- in terzo luogo, i membri del Comitato consultivo misto aziendale, ai quali sono stati illustrati i risultati e consegnate le decisioni assunte dalla direzione aziendale affinché assumessero la responsabilità di gestire gli impegni presi;
- infine, l'équipe locale che, concluso il proprio compito di rilevazione e curato il rapporto aziendale, ha predisposto i passaggi di chiusura con i diversi gruppi di soggetti indicati sopra.

A fronte di questi diversi livelli operativi, non si può parlare di coinvolgimento e partecipazione semplicemente per il fatto di utilizzare strumenti e metodologie che tengono conto del punto di vista dei cittadini o perché a compiere la rilevazione sono anche i cittadini. Dal punto di vista degli autori, come verrà successivamente illustrato, il processo partecipativo è dato dall'aver reso possibile un dialogo a più voci, in cui i diversi livelli hanno scambiato informazioni, generato processi di conoscenza reciproca, compreso il punto di vista dell'altro, saputo ascoltarsi reciprocamente.

In questo clima si è giunti a delineare per ciascuna Azienda i punti di criticità, che in diversi casi hanno prodotto interventi già durante la rilevazione, mentre in altri casi tali interventi sono stati pianificati successivamente.

A conclusione del percorso, non è stato prodotto terreno bruciato, come spesso accade quando la finalità è solamente quella "ispettiva", in quanto erano state sperimentate forme di relazioni basate sulla fiducia, sulla responsabilità in funzione dei ruoli che ciascun attore ha giocato, sulla condivisione e messa in pratica dell'idea di costruzione di un gruppo di cittadini e di professionisti.

In definitiva, la sperimentazione su scala regionale dell'audit civico permette di rilevare che la partecipazione dei cittadini alle valutazioni dei servizi in un'ottica di miglioramento degli stessi è un processo complesso che necessita di impianti organizzativi e gestionali puntuali.

Alla luce di questi elementi, è parso doveroso descrivere il processo dell'audit civico in Emilia-Romagna considerando i diversi livelli in gioco, per poter comporre un bilancio complessivo in vista delle prospettive future in tema di valutazione da parte dei cittadini.

# **Parte I.**

## **Il percorso**



# 1. L'audit civico nella prospettiva regionale<sup>6</sup>

La valutazione dei servizi seguendo approcci improntati alla partecipazione dei cittadini rientra tra gli indirizzi regionali in quanto azione tesa ad ampliare il coinvolgimento degli utenti dei servizi sanitari.

A questo proposito, il metodo messo a punto da Cittadinanzattiva, che consiste di un *set* di strumenti per la rilevazione degli indicatori di valutazione dei servizi dal punto di vista dei cittadini, ha rappresentato l'occasione per sperimentare una modalità partecipata di coinvolgimento mediante l'attivazione in sede locale di spazi di prossimità, ovvero momenti generatori di *partnership* locali.

A tal fine, è stato predisposto un piano per accompagnare il processo di costruzione del gruppo (l'équipe locale), nella consapevolezza che gli strumenti non fossero di per sé garanzia di partecipazione ma che solo la loro pratica d'uso, imperniata sulla condivisione, potesse garantirne la direzione auspicata e non trasformarsi invece in occasione valutativa inquisitoria o in adempimento formale.

Accompagnare pertanto il trasferimento dello strumento e della metodologia nelle situazioni concrete ha significato in primo luogo predisporre il contesto affinché esso stesso fosse in grado di dare l'impulso a una forma di valutazione che fosse occasione di apprendimento da parte dei soggetti coinvolti.

Sulla base di questa prospettiva si è proceduto secondo una vera e propria procedura di valutazione articolata nelle seguenti fasi e livelli (regionali e locali) coinvolti<sup>7</sup> (Figura 1):

- decisione della Direzione di aderire all'audit civico;
- scelta del responsabile aziendale per la gestione di tutto il percorso di audit;
- comunicazione/pubblicizzazione del progetto a livello locale;<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> A cura di Sara Capizzi e Maria Augusta Nicoli.

<sup>7</sup> Il progetto viene proposto e gestito su due livelli - livello regionale; livello aziendale-locale - che si interfacciano e si completano con azioni conseguenti e coordinate. I soggetti coinvolti a livello regionale sono l'Agenzia sanitaria e sociale regionale e l'Ufficio Comunicazione della Direzione generale Sanità e politiche sociali. Per approfondimenti si veda Allegato 1.

<sup>8</sup> Il piano di comunicazione ha previsto diverse azioni: 1. Presentazione del progetto ("Indicazioni teorico-operative") ai Direttori generali delle Aziende sanitarie coinvolte e assunzione di impegno; 2. Divulgazione del progetto attraverso media (comunicati stampa) e web regionali; 3. Invio ai Responsabili aziendali dell'informazione e della comunicazione dei materiali del progetto; 4. Coinvolgimento, partecipazione e condivisione del Comitato consultivo regionale per la qualità dalla parte del cittadino (CCRQ) agli obiettivi del progetto (da materiali di lavoro "Proposte per un Piano della comunicazione" di G. Ferrari, A. Giordani, N. Poppi, L. Muraro, M.L. Gurioli).

- costituzione dell'équipe operativa locale/aziendale (*team* misto operatori/utenti);
- formazione delle équipe operative locali/aziendali;
- progetto operativi per la realizzazione dell'audit civico nelle sedi decise dalle Direzioni aziendali;
- raccolta dei dati;
- elaborazione e valutazione finale.<sup>9</sup>

A completamento del diagramma di flusso sotto esposto occorre precisare che nell'esperienza della Regione Emilia-Romagna sono state inserite specifiche attività quali:

- azioni di monitoraggio/valutazione del percorso di audit civico come azioni di accompagnamento;
- azioni di restituzione in sede locale ai diversi attori coinvolti;<sup>10</sup>
- avvio delle azioni di miglioramento in fase di rilevazione;
- piano delle azioni di miglioramento da parte dell'Azienda.

Tutto ciò è stato possibile attraverso una precisa modalità organizzativa in grado di gestire i diversi momenti e la tenuta complessiva del processo.

---

<sup>9</sup> Le valutazioni ottenute vengono inserite nelle procedure di accreditamento ma il ciclo può continuare al livello locale con:

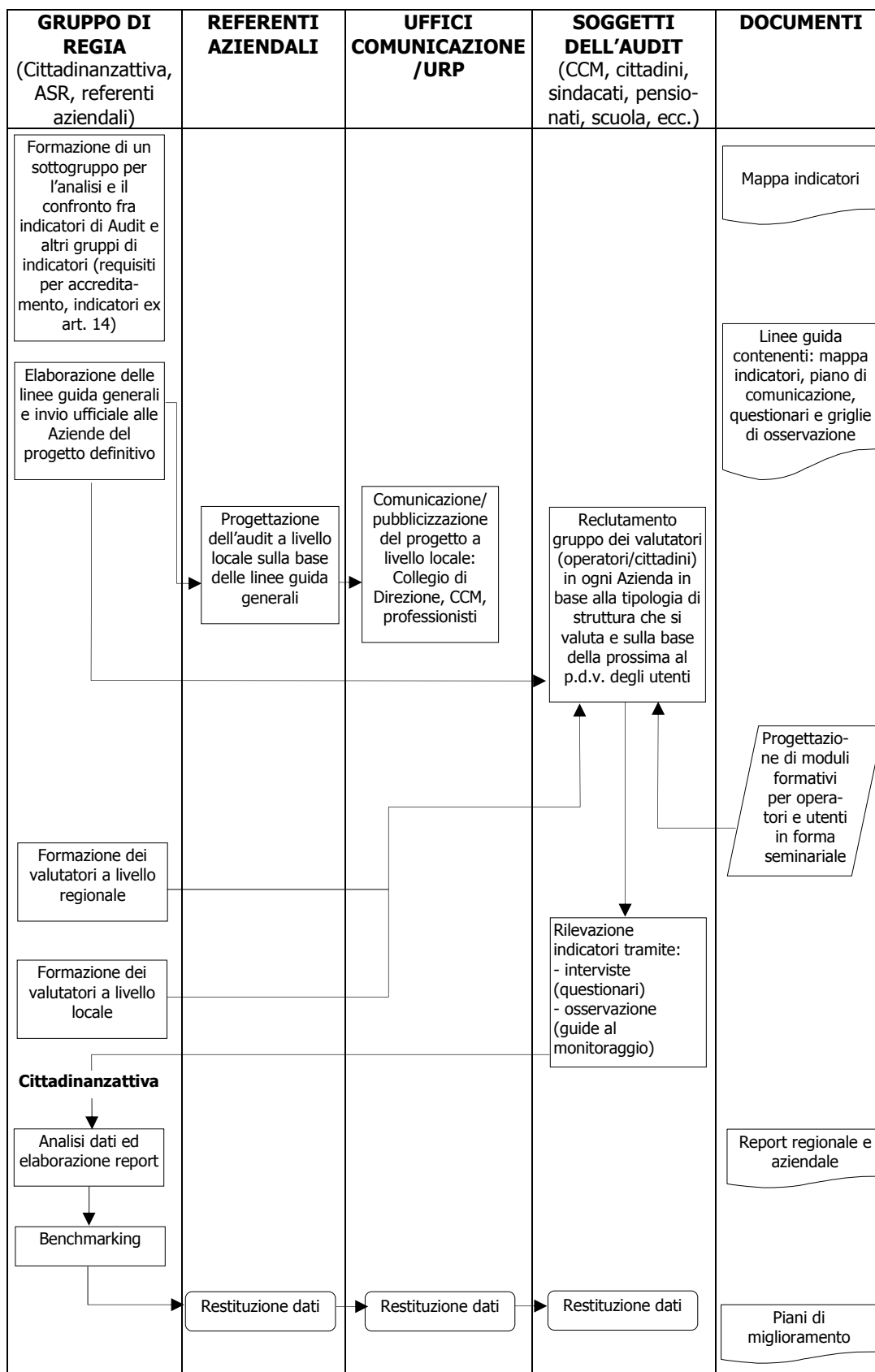
- definizione delle aree critiche e delle azioni di miglioramento;
- *benchmarking* e diffusione;
- verifica degli esiti attraverso la realizzazione di un nuovo ciclo di valutazione (da materiali di lavoro "Proposte per un Piano della comunicazione" di G. Ferrari, A. Giordani, N. Poppi, L. Muraro, M.L. Gurioli).

<sup>10</sup> Direzione aziendale, professionisti delle unità operative coinvolte nell'audit civico, Comitato consultivo misto aziendale (CCM).

I Comitati consultivi misti sono organismi costituiti a livello di Azienda USL e di Azienda ospedaliera, come strumenti di analisi e verifica della qualità dei servizi. Sono composti in maggioranza da membri delle associazioni di volontariato e da rappresentanti delle Aziende sanitarie. Collaborano con l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP), presente in ogni Azienda, per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente sui servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dai cittadini. Hanno inoltre il compito di avviare iniziative di educazione e promozione della salute.



**Figura 1.** Il processo dell'audit civico



## 1.1. L'articolazione organizzativa

Nella prima fase applicativa, i referenti dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e di Cittadinanzattiva hanno provveduto alla revisione degli indicatori, in confronto con le procedure di accreditamento in uso in regione; alla formazione del gruppo regionale di regia; alla definizione del percorso applicativo regionale illustrato nel documento "Indicazioni teorico-operative" (in *Allegato 1*),<sup>11</sup> redatto insieme ad alcuni referenti aziendali. Come spiega tale documento, il gruppo regionale di regia e l'équipe operativa locale sono soggetti chiave nella gestione del processo allo scopo di presidiare i vari momenti di attuazione, pur nelle diverse funzioni e livelli di azione.

### *Gruppo di regia regionale*

Il Gruppo di regia regionale è composto dai responsabili aziendali del progetto (indicati dalle rispettive Direzioni generali),<sup>12</sup> dai referenti dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e dai referenti di Cittadinanzattiva.

Il Gruppo ha le funzioni di: individuare le modalità di applicazione del metodo nelle Aziende sanitarie che intendono partecipare e diffondere opportune linee di indirizzo (esempio: lettera di invito, esplicitazione del percorso di verifica, ...); supportare la formazione dei partecipanti all'audit per la predisposizione del pacchetto, l'acquisizione degli eventuali crediti, la consulenza alle Aziende; contribuire allo sviluppo della metodologia, tramite la definizione del format della relazione finale da trasmettere alle Aziende e alla Regione; supportare lo sviluppo della modalità di restituzione dei risultati.

### *Équipe operativa locale/aziendale*

Comprende i responsabili aziendali, la componente civica, le componenti professionali coinvolte a vari livelli (da quello dirigenziale a quello più operativo). Le sue funzioni consistono nell'adozione, implementazione ed eventuale adattamento delle linee guida del progetto di audit civico a livello locale/aziendale, in particolare:

- predisposizione del piano locale di audit;
- individuazione degli auditor (vedi oltre) al proprio interno;

---

<sup>11</sup> Benché, come si è detto, il metodo fosse di Cittadinanzattiva, le linee operative sul "come calarlo" nella realtà dell'Emilia-Romagna sono state prodotte in condivisione con un gruppo di lavoro regionale (cfr. nota seguente) composto da alcuni referenti aziendali, delineando un percorso tipo; ogni realtà locale ha poi fatto emergere una varietà di modalità, risorse, strategie proprie.

<sup>12</sup> Maria Ravelli e Loredana Cerullo (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia); Federica Fiorini (Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara), Anna Giordani e Maurizio Falzoi (Azienda USL di Parma); Maria Cristina Falzoni (Azienda USL di Ferrara); Giovanni Ferrari (Azienda USL di Piacenza); Maria Giovanna Madrigali e Anna Maria Piraccini (Azienda USL di Cesena); Sara Baruzzo (Azienda USL di Reggio Emilia); Roberto Bertoni (Azienda USL di Ravenna); Vittorio Fabbri e Paola Scarpellini (Azienda USL di Forlì); Nicoletta Poppi (Azienda USL di Modena); Giorgio Zanzani (Azienda USL di Rimini).

- individuazione di un responsabile dell'équipe, che può essere di parte aziendale o civica.

Esiste inoltre un'articolazione di compiti e di responsabilità a seconda dei diversi ruoli, come si legge nelle linee operative.

La Direzione aziendale accetta la metodologia; garantisce le condizioni generali necessarie per la corretta conduzione dell'audit e in particolare l'accessibilità dei dati; approva il piano locale di audit (fatto salvo il giudizio di conformità tecnica che compete ai responsabili identificati da Cittadinanzattiva); garantisce il tempestivo esercizio della decisionalità necessaria per la conduzione dell'audit; è accessibile (direttamente o tramite delegato provvisto dei necessari poteri) all'auditor; recepisce formalmente gli esiti e le raccomandazioni.

Il responsabile aziendale fa parte dell'équipe che realizza l'audit e partecipa alla progettazione e alla realizzazione delle operazioni necessarie allo svolgimento dell'audit (formazione, elaborazione del piano locale, elaborazione e realizzazione del programma di lavoro, interpretazione degli esiti con l'équipe locale e redazione del relativo verbale).

Il responsabile aziendale in particolare cura i rapporti tra l'équipe operativa locale e l'Azienda, favorendo i collegamenti fra le sedi individuate per l'audit e facilitando il reperimento dei documenti e dei dati necessari al buon esito del lavoro dell'équipe.

Altri operatori aziendali (afferenti all'Ufficio Qualità o all'Ufficio per le relazioni con il pubblico) possono essere designati a fare parte dell'équipe con lo scopo di potenziare la condivisione della valutazione.

Il responsabile dell'équipe operativa locale, che può essere di parte aziendale o di parte civica (ma scelto preferibilmente fra i rappresentanti dei cittadini), deve avere cura dell'équipe e farla lavorare come gruppo. In particolare:

- coordina i lavori dell'équipe adoperandosi per redigere il programma e il piano operativo dell'audit;
- sostiene il gruppo nelle fasi di realizzazione dell'audit verificando l'andamento delle azioni di rilevazione;
- garantisce il raccordo con l'Azienda e le sedi di audit tramite il responsabile aziendale;
- facilita il lavoro di gruppo dell'équipe locale per creare quelle condizioni di condivisione dei valori e principi che sono alla base dell'audit civico.

Il referente ASR ha il compito di presidiare contenuto e metodo delle verifiche sul territorio regionale; deve inoltre presidiare i momenti istituzionali di confronto con le Aziende sanitarie (Uffici Qualità, URP, ecc.) e il CCM/ CCRQ che richiede terzietà e indipendenza nelle valutazioni.

Il referente di Cittadinanzattiva è garante della corretta applicazione della metodologia e mette a disposizione l'assistenza tecnica e metodologica, l'elaborazione dei dati e dei report finali (regionale e aziendale). Presidia inoltre la fase di *benchmarking*.

L'auditor cura l'esecuzione dell'audit nelle varie fasi di implementazione. Nel caso dell'audit civico la funzione dell'auditor è svolta dai professionisti e dai rappresentanti dei cittadini che garantiscono le prestazioni in forma articolata. In particolare:

- curano l'applicazione locale, cooperando fra loro;
- garantiscono l'adeguatezza del progetto locale alla realtà dal punto di vista dei cittadini e dei professionisti;
- controllano la completezza e la veridicità dei dati;
- integrano lo schema della relazione locale con l'interpretazione e propongono le azioni correttive, sollecitando l'adozione delle azioni stesse e verificandone gli esiti.<sup>13</sup>

## **1.2. I partecipanti**

I percorsi locali di audit civico sono progettati e realizzati da persone che, attraverso il loro impegno, hanno concretamente reso possibile una presa in carico comunitaria dei problemi di uno specifico territorio, contribuendo all'adozione di scelte e allo sviluppo di attività che hanno un impatto sulla salute.

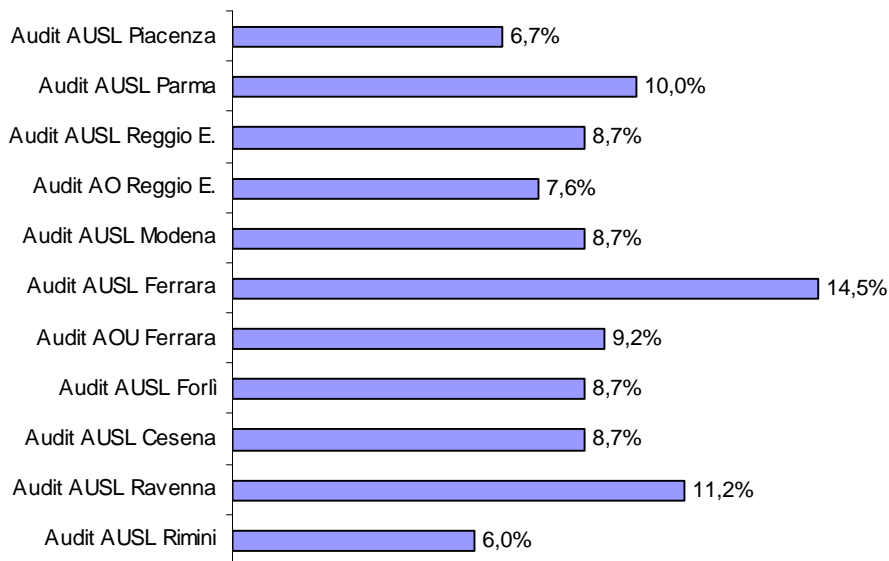
Hanno partecipato in qualità di membri delle équipes locali complessivamente 151 persone.

Come si vede nelle Figure 2 e 3, le diverse équipes locali presentano situazioni sostanzialmente uniformi rispetto al numero dei soggetti coinvolti e alla distribuzione per ruolo (cittadini/operatori), in relazione verosimilmente alla soluzione organizzativa con cui ciascuna esperienza ha inteso garantire la partecipazione dei cittadini.

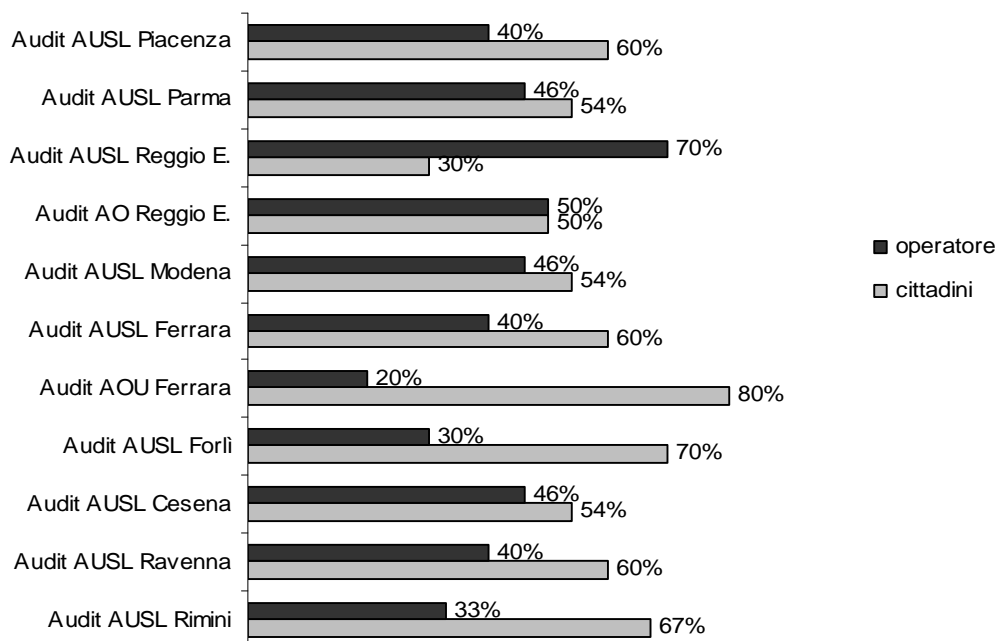
---

<sup>13</sup> Per approfondimenti si veda documento operativo in Allegato 1.

**Figura 2.** Distribuzione delle persone coinvolte per ciascuna realtà di audit civico sul totale regionale



**Figura 3.** Distribuzione per cittadini/operatori per ciascuna realtà di audit civico



Tra gli operatori ricorrono spesso i profili dei professionisti occupati nei settori della comunicazione, dell'URP o dell'Ufficio Qualità, figure esperte di organizzazione per quanto riguarda la presa in carico della relazione con l'utente, e inoltre non è rara la partecipazione di medici e infermieri di reparto.

Tra i cittadini - lavoratori<sup>14</sup> e pensionati - si conta una cospicua presenza di persone che prestano servizio e fanno parte del Comitato consultivo misto (CCM), alcune delle quali hanno già preso parte ad indagini nelle strutture sanitarie e/o che appartengono al volontariato strutturato e ad organizzazioni sindacali dei pensionati e dei lavoratori. La presenza del volontariato è particolarmente rilevante in quanto sottolinea non solo la sensibilità della comunità nei confronti del territorio ma anche la capacità di integrarsi con i servizi e confrontarsi con le competenze professionali degli operatori.

All'interno del volontariato, il settore più rappresentato è quello sanitario e socio-sanitario<sup>15</sup> ma non mancano organizzazioni con finalità soprattutto culturali, ad esempio per la promozione dell'interculturalità. Dalla mappatura sulla natura e tipologia di queste associazioni si colgono alcune caratteristiche:

- rispetto alla territorialità, oltre ad organizzazioni sviluppate a livello nazionale sono presenti anche quelle locali, a dimostrazione di una cultura della partecipazione che appartiene alla realtà territoriale in cui si vive prima ancora che al singolo;
- quanto a finalità, sono per lo più associazioni di solidarietà i cui volontari prestano la loro opera a favore di svantaggiati o al fine di difendere i diritti dei malati negli ospedali o degli anziani nelle case di riposo. Sono presenti anche associazioni di pressione e sensibilizzazione<sup>16</sup> sull'opinione pubblica per interventi di difesa e di supporto agli svantaggiati, ai disabili, contro abusi a minori, ecc. Infine, vi sono associazioni di mutuo aiuto fra portatori di patologie gravi, di handicap, fra dipendenti o ex dipendenti da alcol o da droga, le cui attività volontarie ricadono direttamente a beneficio degli associati e indirettamente delle loro famiglie.

Seguendo Putnam (1993), in Emilia-Romagna esiste una comunità civica, ovvero un tessuto sociale, in cui si intrecciano l'impegno socio-politico e la solidarietà, creando un consolidato di esperienze e di competenze di partecipazione alla vita sociale comunitaria variegata e diffusa.

Non stupisce quindi che, a fronte di un'indicazione non dettagliata sul come procedere nella realizzazione dei percorsi dell'audit civico e, al tempo stesso, con un indirizzo preciso di attuazione declinato sulla partecipazione delle comunità locali, la scena si sia popolata e arricchita di varie sfumature, la cui valorizzazione è tra gli scopi di questo contributo.

---

<sup>14</sup> Si tratta per lo più di commercianti, impiegati, medici, operatori sanitari, insegnanti.

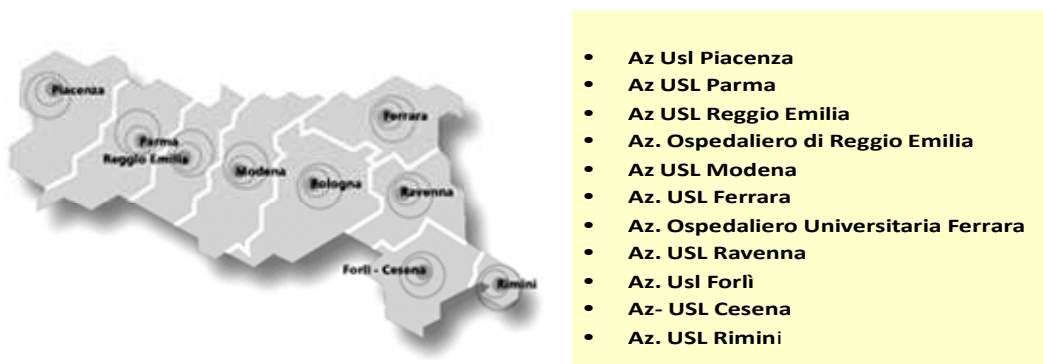
<sup>15</sup> Ad esempio: AVO (Associazione Volontari Ospedalieri) ACAT (Associazione italiana dei club degli alcolisti in trattamento), LAG (Libera associazione genitori), Associazione Per non sentirsi soli, Caritas, Auser; Penelope AVIS, Associazione Insieme noi tutti ANDOS, Associazione nazionale Donne operate al seno, Lega Tumori, Associazione diabetici, Associazione Orizzonti nuovi, Associazione La Nuova Strada, Associazione Lotta alla talassemia, Antea Associazione.

<sup>16</sup> Ad esempio: Tribunale dei diritti dei malati, Centro Donne e giustizia.

### 1.3. I luoghi della sperimentazione

La sperimentazione ha coinvolto 11 Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna in un periodo compreso tra aprile 2005 e ottobre 2007. La sperimentazione è stata organizzata in due tempi: il primo ciclo è partito nel 2005 e ha riguardato più esperienze (Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Rimini, Cesena, e Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara); il secondo si è svolto l'anno successivo (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia,<sup>17</sup> Aziende USL di Ravenna e Forlì).

**Figura 4.** Aziende sanitarie che hanno sperimentato l'audit civico



Nella tabella seguente sono indicate le strutture scelte dalle varie Direzioni aziendali in cui svolgere l'audit civico.

---

<sup>17</sup> L'avvio del percorso di audit civico per l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia si pone a metà strada tra le Aziende che sono partite subito e quelle che sono partite dopo, in quanto il reclutamento dell'*équipe* è stato fatto entro novembre 2005 mentre la formazione è partita a gennaio 2006, così come la rilevazione che ne è seguita.

**Tabella 1.** Le strutture scelte per realizzare l'audit civico

<b>Azienda</b>	<b>Strutture</b>
USL Piacenza	Distretto Val d'Arda, nel quale sono stati presi in considerazione: - Ospedale Val D'Arda, comprendente 10 Unità operative - 5 poliambulatori - Centro di Salute mentale e Servizio Dipendenze patologiche
USL Parma	Distretto di Fidenza, nel quale sono stati presi in considerazione 3 poliambulatori: Vaio, Noceto e San Secondo Ospedale di Fidenza/San Secondo nel quale sono state prese in considerazione 4 Unità operative
USL Reggio Emilia	Distretto di Scandiano, nel quale sono stati presi in considerazione: - Ospedale di Scandiano - Dipartimento di cure primarie (medicina di base e specialistica) - Dipartimento di Salute mentale e SerT
ospedaliera Reggio Emilia	Ospedale nel quale sono state prese in considerazione 19 Unità operative di degenza
USL Modena	Distretto di Vignola, nel quale sono stati presi in considerazione: - Ospedale di Vignola: tutte le Unità operative e Pronto soccorso - Dipartimento di cure primarie (medicina di base e specialistica) - Centro di Salute mentale e Servizio Dipendenze patologiche
USL Ferrara	Dipartimenti delle Cure Primarie afferenti ai 3 Distretti aziendali (Distretto Centro-Nord, Ovest, Sud-Est)
ospedaliero-universitaria Ferrara	Azienda ospedaliera nel quale sono stati presi in considerazione 5 Dipartimenti sanitari
USL Ravenna	Dipartimento delle Cure primarie del Distretto di Ravenna UO del Dipartimento di emergenza presso l'Ospedale di Ravenna
USL Rimini	2 Dipartimenti Cure primarie dell'Azienda Dipartimento di Salute mentale al suo completo e Unità operativa di oncologia
USL Cesena	Distretto di Cesena: Dipartimento di salute mentale Ospedale di Cesena nel quale sono state prese in considerazione tutte le Unità operative
USL Forlì	Ospedale di Forlì nel quale sono state prese in considerazione 7 Unità operative



## 1.4. L'accompagnamento al percorso dell'audit civico

Come anticipato, nell'approccio dell'Emilia-Romagna sono state previste azioni di monitoraggio valutativo durante il percorso e sono stati messi in campo strumenti specifici per ogni fase.

Si sottolinea come il monitoraggio abbia assunto un valore di accompagnamento e di supporto per le équipes locali e nel contempo sia stata occasione per i componenti di riflettere sull'operato, cercando di mantenere l'attenzione al processo di apprendimento che via via si andava costruendo.

Nello schema seguente vengono indicate per ciascuna fase le varie attività di accompagnamento svolte durante il percorso, quali la formazione regionale rivolta ai referenti aziendali di progetto, quella locale organizzata dagli stessi referenti coinvolti anche in qualità di docenti, la compilazione del primo diario di bordo da parte dell'équipe locale, i focus presso ogni équipe locale.

**Figura 5.** L'accompagnamento nei percorsi locali dell'audit civico



In questa sede ci si sofferma in particolare su tre strumenti di accompagnamento:

- il diario di bordo<sup>18</sup> è la modalità con cui è stato seguito l'intero percorso attraverso la narrazione degli eventi da parte degli stessi protagonisti, sollecitando una descrizione di gruppo (vedi *Paragrafo 1.5*);
- i focus group, condotti in sede locale presso ciascuna équipe durante la delicata fase dell'attesa dell'elaborazione dei dati da parte di Cittadinanzattiva. È stata anche l'occasione per iniziare a fare un primo bilancio, oltre che per concordare le modalità di chiusura (vedi *Paragrafo 1.6*);
- il questionario sulla sinergia della *partnership* del gruppo come momento conclusivo di valutazione su un aspetto cruciale del processo ovvero sul "come" e "in che misura" si è costituita sinergia tra i componenti dell'équipe locale (vedi *Paragrafo 1.7*).

## **1.5. Riflessioni, racconti, esperienze dai diari di bordo**

Nelle pagine che seguono vengono presentati i racconti e le riflessioni dei protagonisti del progetto Audit civico in merito alla loro esperienza. In quanto progetto calato in un contesto ambientale vivo, costituito di relazioni, significati, rituali, il progetto Audit civico ha fatto emergere una varietà di risorse, strategie e modalità che, stando al racconto dei protagonisti delle diverse realtà locali, hanno prodotto risultati incoraggianti, tenuto conto in particolare del fatto che in molti casi la rilevazione è stata realizzata su realtà aziendali complesse e articolate.

Questo strumento è stato "inventato" dai referenti dell'Agenzia sanitaria e sociale allo scopo principalmente di testimoniare e valorizzare le esperienze locali per non perderne l'unicità e permetterne il confronto. È soprattutto interessante evidenziare che questo strumento è presto divenuto mezzo di apprendimento e accrescimento utile alla stessa équipe locale per mantenere l'attenzione sui processi di costituzione dei percorsi locali e per consentire di rafforzare i processi identitari del singolo membro al gruppo.

Anche un semplice strumento può quindi assumere una funzione importante se inserito in modo appropriato all'interno di un percorso metodologico finalizzato in questo caso alla partecipazione, anche attraverso piccoli accorgimenti, quali la libertà di spaziare e di esprimersi nello stile narrativo tipico del diario e nel proporre una modalità di stesura partecipata tra i membri dell'équipe, per far sì che la compilazione diventasse esperienza di gruppo.

---

<sup>18</sup> È uno strumento che è stato messo a punto appositamente per questo progetto e poi esteso ad altre attività di ricerca promosse dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ad esempio il progetto di ricerca ancora in corso inerente il Percorso nascita). Consiste in un mezzo di analisi di tipo introspettivo che si basa per la sua redazione sull'osservazione dei fatti e degli avvenimenti. Il diario - chiamato anche *journal* o *filled notes* (Nunan, 1989) - non è altro che un racconto personale eseguito con regolarità su un preciso argomento di interesse (Kemiviis, McTaggart, 1982).

### **La metodologia e lo strumento**

La presente analisi, svolta su 10 realtà<sup>19</sup> dell'Emilia-Romagna che hanno condotto il progetto Audit civico nel corso del 2005-2006, è il frutto di uno studio trasversale delle testimonianze locali raccolte con il "Diario di bordo", compilato a cura di ciascuna équipe locale.

L'idea di costruire e distribuire i diari di bordo - nelle due edizioni "n. 1. Dall'avvio alla rilevazione" e "n. 2. Verso le conclusioni dell'audit civico" (*Allegati 2 e 3*) - nasce dalle diverse esigenze concatenate di:

- raccogliere testimonianze per non perdere l'unicità dei percorsi che ciascuna realtà locale ha intrapreso, pur muovendosi sostanzialmente entro la medesima cornice di valori e finalità;
- trarre dal confronto tra le esperienze alcune riflessioni di carattere generale quanto ad orientamenti teorici e operativi;
- creare occasione per sedimentare cosa si è appreso dal percorso includendo il punto di vista dei diversi componenti l'équipe locale.

Il diario è concepito in modo tale da comprendere - oltre alla descrizione dello svolgimento di ciascuna fase - anche le considerazioni relative a momenti cruciali, criticità e punti di forza rispetto alle varie fasi del percorso. È infatti uno strumento pensato per essere compilato lasciando libertà di spaziare e di esprimersi nello stile narrativo tipico del diario e prestando un'attenzione particolare nel rilevare le peculiarità con cui i diversi attori hanno interpretato il percorso.

Inoltre, in quanto esperienza agita da un gruppo, è stata proposta una modalità di stesura partecipata tra il referente aziendale e il responsabile dell'équipe locale con successiva condivisione anche con i membri dell'équipe per mantenere l'attenzione ai processi di costituzione dello stesso e rafforzare i processi identitari del singolo membro come appartenente all'équipe locale.

I contenuti dei diari sono stati rielaborati e raccolti nei temi seguenti.



#### **L'INFLUENZA DEL CONTESTO**

L'indagine di audit civico non è mai sganciata dalla realtà aziendale ma al contrario si pone come progetto che mira a inserirsi a pieno titolo all'interno del percorso di riordino organizzativo e di revisione delle attività e dei processi.

Per questo, i ragionamenti circa il contesto di riferimento costituiscono un momento assai importante e delicato per lo sviluppo del progetto. Gli stessi protagonisti hanno enucleato sulla base della loro esperienza gli aspetti che sono in grado di favorire l'introduzione e la realizzazione dell'audit civico. Si tratta di aspetti riconducibili all'esistenza di determinate caratteristiche:

---

<sup>19</sup> Azinde USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Ravenna, Cesena, Rimini, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara,

- di tipo strutturale, legate all'estensione e/o complessità della struttura da verificare, tali da garantire una copertura quanto più possibile estesa dell'area aziendale e l'integrazione tra ospedale e territorio;
- di tipo socio-culturale, collegate alla consuetudine da parte delle istituzioni del territorio ad avvicinare le politiche alle istanze della comunità dei cittadini:
  - esistenza di un buon rapporto tra servizi sanitari e volontariato, che è definito "attento, propositivo, partecipativo";
  - forte presenza del CCM;
  - consolidato *feedback* tra operatori dell'Azienda sanitaria e CCM;
  - precedenti esperienze di valutazione dal punto di vista dei cittadini;
  - robusta politica aziendale centrata sul miglioramento della qualità.

Un altro modo di leggere il contesto è sviluppato rispetto alle opportunità e utilità che si possono realizzare o quanto meno assecondare e supportare tramite l'audit. In tal senso, a detta dei suoi protagonisti l'audit civico è risultato esperienza utile a:

- conoscere meglio e supportare cambiamenti organizzativi (recenti o ancora in atto);
- sviluppare sinergie virtuose con processi valutativi già in corso, tra cui quello di accreditamento istituzionale;<sup>20</sup>
- verificare i cambiamenti rispetto ad azioni messe in atto da precedenti esperienze valutative;
- valutare una struttura alla luce di investimenti previsti;
- valutare una struttura organizzativa di recente costituzione;
- realizzare *benchmarking* tra strutture idonee a garantire omogeneità e quindi comparabilità.



#### UTILITÀ DI UN PIANO DI COMUNICAZIONE BEN PROGETTATO E DI UN COINVOLGIMENTO AUTENTICO DELLA DIREZIONE

L'impulso ad avviare un progetto regionale di audit civico, così come la scelta sulle strutture da coinvolgere, ha generalmente avuto origine in seno alle stesse Aziende sanitarie. In ogni caso, la partenza è stata concordata non prima di avere comunicato al CCM aziendale contenuti e finalità del progetto e averne condiviso l'opportunità di procedere.

Come spesso capita che un viaggio abbia già inizio con i preparativi, così è accaduto per le esperienze locali che si sono trovate proiettate nel vivo dell'iter progettuale già nell'atto di diffondere l'intenzione di avviare l'audit civico.

---

<sup>20</sup> In certe realtà è emersa l'opinione che, essendo l'audit civico un progetto oneroso e complesso da molti punti di vista (logistici, organizzativi, formativi), fosse necessario attuarlo presso strutture non già contemporaneamente coinvolte in altri processi e sforzi organizzativi tali, tra l'altro, da poter modificare lo stesso assetto aziendale.

La promozione si è generalmente sviluppata attraverso la costituzione di un comitato e la predisposizione di un valido piano di comunicazione, quando non di una vera e propria campagna capillare di lancio, attraverso varie modalità di comunicazione scritta e orale. Ciascuna esperienza - chi più, chi meno - ha sviluppato modalità e strumenti di comunicazione<sup>21</sup> volti alla promozione della partecipazione sia all'interno dell'Azienda - da parte cioè dei cittadini-utenti e degli operatori dei dipartimenti coinvolti nella indagine<sup>22</sup> - sia all'esterno, da parte della comunità locale.

Va anche precisato che le esperienze hanno adottato scelte differenti soprattutto su chi coinvolgere a livello di comunità locale (associazioni, enti, cittadini) e, a questo proposito, è emerso che:

- la maggioranza delle esperienze ha diffuso la comunicazione e il bando di arruolamento a singoli cittadini, ad associazioni e organizzazioni di volontariato, e molto spesso questo coinvolgimento è stato favorito da un soggetto di intermediazione (un organismo di coordinamento di associazioni o lo stesso CCM);
- altre si sono cimentate in un coinvolgimento globale della cittadinanza, cercando quindi la diffusione e la partecipazione di tutti i cittadini.

In entrambi i casi l'operazione ha sortito esiti non sempre soddisfacenti ponendo come critico il tema della partecipazione. Diverso è invece il discorso per quanto riguarda la partecipazione dei Comitati consultivi misti poiché anche in quelle realtà in cui c'è stata una iniziale diffidenza e perplessità, essi si sono poi dimostrati molto interessati e collaborativi.

Oltre all'impegno di pubblicizzazione dell'iniziativa, si è reso necessario rivolgere un importante sforzo dentro alle stesse Aziende per sensibilizzare, insieme alle Unità operative e ai servizi direttamente coinvolti dall'indagine, le rispettive Direzioni a farsi promotrici e responsabili del progetto. Tale operazione, per nulla scontata, a detta dei protagonisti si è rivelata fattore imprescindibile al fine del buon risultato dell'esperienza. Il coinvolgimento della Direzione nella presa in carico ha reso infatti possibile una più ampia partecipazione e ha permesso di presidiare in modo più puntuale le varie fasi mediante la collaborazione tra l'Azienda e l'équipe locale, e soprattutto ha garantito la legittimità del percorso progettuale.

Tutte le realtà si sono attrezzate a questo scopo in vari modi, realizzando incontri informativi con la Direzione dell'Azienda e con i responsabili delle Unità operative coinvolte.

---

<sup>21</sup> Comunicati stampa sui quotidiani locali, informativa alle biblioteche, farmacie.

<sup>22</sup> Comunicati aziendali ai capi dipartimenti, pubblicazione dell'iniziativa nella *newsletter* aziendale, informativa inviata agli URP e ai medici di medicina generale.



## IL MERITO DELLA FORMAZIONE LOCALE NELL'ACCRESCERE UN'IDENTITÀ DI GRUPPO

La promozione dell'audit civico, oltre ad informare sul progetto, è servita anche a fare conoscere le persone tra di loro, aspetto che riveste un'importanza particolare in un programma di attività come questo in cui, come emerge anche dalla lettura dei diari, protagonista è il gruppo e le relazioni che vi si instaurano.

Un'altra occasione per incentivare la conoscenza delle persone e quindi la creazione di uno spirito di gruppo è stata offerta dalla formazione locale rivolta ai membri delle diverse équipes poco dopo la loro costituzione. Ciascun corso di formazione locale infatti, sulle orme di quello regionale,<sup>23</sup> non solo ha avuto la funzione di istruire attraverso la progettazione di moduli dedicati ad esempio al ruolo dell'équipe e alla sua missione, ma ha anzitutto permesso di dare l'impulso e di accompagnare l'emergere di un senso di gruppo stimolato dalla condivisione di un obiettivo comune. Non sono mancate a questo proposito le testimonianze di coloro che hanno riferito come la conoscenza abbia indubbiamente favorito un metodo di lavoro improntato su coesione, stima e fiducia reciproca.<sup>24</sup>

Non a caso il programma formativo locale ha spesso previsto di dedicare spazio a lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche in merito a tematiche sulla comunicazione legate alla consapevolezza dei ruoli e alla gestione delle dinamiche di gruppo.

Il momento formativo è stato inoltre luogo privilegiato dove risolvere dubbi inerenti l'esperienza e scambiarsi perplessità e riflessioni, il che ha senz'altro influito sul costituirsi di un'identità all'interno dell'équipe e sull'instaurarsi di un clima più sereno e collaborativo.

La formazione ha rappresentato anche un momento di incontro e confronto in grado di amalgamare il gruppo; una difficoltà riferita dai protagonisti ha riguardato infatti il livello culturale non omogeneo dei componenti l'équipe per cui, mentre per alcuni gli argomenti trattati durante il corso risultavano di facile comprensione e in un certo senso già assodati, per altri erano invece ostici e incomprensibili.

È quindi emersa da più parti la necessità di dedicare - nell'ambito della formazione - tempo all'apprendimento dell'organizzazione aziendale e del suo assetto (organigramma, articolazioni organizzative) per colmare lacune espresse da parte di quei cittadini che non conoscevano l'Azienda.

---

<sup>23</sup> Il corso di formazione regionale è stato rivolto ai referenti aziendali nella fase iniziale delle rispettive esperienze e ha riguardato la filosofia del progetto e la sua strutturazione di massima.

<sup>24</sup> Si rimanda al Paragrafo 2.3. dedicato ai risultati del questionario sulla sinergia tra i membri dell'équipe locale.



## RESPONSABILE D'ÉQUIPE E REFERENTE AZIENDALE IN QUALITÀ DI "LEVATRICI" DEL GRUPPO

Da quel che si evince dalla lettura dei diari e in coerenza con quanto definito dalle linee operative del progetto, mentre al referente è stato affidato tendenzialmente un ruolo organizzativo di progettazione e di collegamento con l'Azienda, il responsabile dell'équipe ha avuto un compito di coordinamento dell'attività di gruppo rispetto alla trasmissione dei valori e dei principi che sottendono alla metodologia dell'audit civico.

In nessuna realtà tuttavia si è verificata una divisione netta e formalizzata delle attività; al contrario, nel perseguire quel che è in sostanza il fine comune ad entrambe le figure - e cioè "l'accompagnare la nascita e lo sviluppo dell'équipe" e "il prendersene cura" -, non di rado gli specifici ruoli si sono sovrapposti e in un certo senso mescolati. Questa capacità di re-inventarsi e di gestire in modo flessibile il proprio ruolo è indicatore dell'assidua e operativa collaborazione che si è creata tra referente e responsabile dell'équipe.

È d'altronde vero che questa funzione di supporto si è spesso naturalmente calata rispetto alle varie esperienze in momenti differenti del percorso e con interlocutori diversi.

In linea di massima, il referente aziendale ha avuto infatti un ruolo di facilitatore dell'équipe nei rapporti con il mondo esterno (Azienda e comunità dei cittadini); sin da principio ha curato il coordinamento tra l'équipe e l'Azienda e, ancor prima, ha partecipato attivamente alla fase di promozione del progetto e al reclutamento delle persone che ne avrebbero preso parte.

Il responsabile dell'équipe si è invece maggiormente speso nel fare sì che il gruppo si definisse al suo interno, curando la trasmissione e la condivisione dei valori e avendo cura della dimensione più relazionale che via via prendeva corpo tra i membri già a partire dal corso di formazione.

Supportare la nascita e la crescita del gruppo ha significato metterlo in condizione di relazionarsi al suo interno e al suo esterno; in questo senso non è un caso che responsabile d'équipe e referente aziendale siano risultate figure fortemente caratterizzate da:

*capacità comunicativa, aggregante;*

*buona conoscenza della struttura non solo in senso organizzativo ma anche relazionale per garantire la collaborazione degli interlocutori;*

*disponibilità al dialogo, alla relazione interpersonale, serenità di giudizio, apertura verso l'altro, imparzialità;*

*capacità di mediare i contrasti, atteggiamento collaborativo.*

Allo stesso modo, non è un caso che il profilo professionale del referente aziendale del progetto Audit civico sia nella maggior parte dei casi quello di responsabile della comunicazione, dell'URP o dell'Ufficio Qualità (vedi *Allegato 1* "Indicazioni teorico-operative").

Per il ruolo di responsabile d'équipe, invece, nella maggior parte delle équipe locali è stato scelto un componente di parte civica e quindi un cittadino volontario, spesso

il presidente o un membro del Comitato consultivo misto oppure un esponente di un'associazione di volontariato. Seppure in minoranza, non sono mancate le esperienze in cui il gruppo ha affidato il mandato di responsabile d'équipe a un professionista dell'Azienda - quando non allo stesso referente aziendale del progetto.<sup>25</sup> In ogni caso, la rappresentanza di un referente civico è stata percepita come un elemento necessario per mantenere gli equilibri e, anche nei casi in cui il responsabile d'équipe non era di parte civica, accanto al referente aziendale e al responsabile d'équipe è stata inventata una terza figura, quella del "referente di parte civica".



#### L'EMERGERE DI UN'IDENTITÀ DI ÉQUIPE LOCALE DURANTE LA RILEVAZIONE

Già durante il corso di formazione, il piano di rilevazione è stato generalmente concordato all'interno del gruppo. Quasi sempre il referente aziendale ha preso i contatti accordandosi con le varie Unità operative per gli appuntamenti, che si è cercato di non comprimere in poche giornate. Per la fase di rilevazione l'équipe è stata suddivisa in sottogruppi di 3-6 persone a seconda della realtà e comunque con un numero non inferiore a 2 persone; un auditor, solitamente di parte civica, ha svolto la funzione di intervistatore e un altro, operatore dell'Azienda, è stato di supporto per la verbalizzazione dell'incontro.<sup>26</sup>

Al di là di elementi indubbiamente importanti, quali il costante e puntuale coordinamento e la metodologia proposta, anche per la rilevazione - come per le altre fasi - il punto di forza si è manifestato nella coesione degli intenti del gruppo. Il tema dell'identità di gruppo è ancora una volta elemento di spicco soprattutto nella pianificazione e conduzione della rilevazione poiché è in questa fase del percorso, forse più che in altri momenti, che si manifesta l'esigenza per l'équipe di avere raggiunto un livello ragguardevole di autonomia organizzativa.

Inoltre, molti protagonisti della rilevazione raccontano che i dirigenti delle strutture sottoposte a verifica (direttori di presidio, Distretto, Centro di salute mentale e SerT) hanno partecipato in modo collaborativo alla rilevazione con l'atteggiamento di chi non si è sentito sottoposto all'indagine come parte in causa. A favorire questa collaborazione è stata la buona informazione indirizzata in anticipo ai membri responsabili delle strutture coinvolte nell'inchiesta: una semplice accortezza di questo tipo ha aumentato la consapevolezza delle figure interessate circa l'obiettivo di verifica della situazione e non di valutazione sanzionatoria e contemporaneamente ha permesso loro di organizzarsi e raccogliere in precedenza i dati necessari alla compilazione dei questionari e di mettere in rilievo in maniera puntuale eventuali lacune presenti nelle strutture.

---

<sup>25</sup> In questo caso, l'essere operatore dell'Azienda è stato valutato dai membri dell'équipe requisito speciale in grado di favorire l'organizzazione degli incontri con gli operatori, mobilitare tutta l'équipe e seguire quotidianamente l'attività degli intervistatori.

<sup>26</sup> I cittadini hanno liberamente scelto a quale sottogruppo aderire, mentre i professionisti hanno evitato di partecipare ai sottogruppi incaricati di rilevare la propria Unità operativa di afferenza.



Secondo l'opinione di alcuni, un altro aspetto che ha favorito l'estrema disponibilità e collaborazione con cui è stata accolta la rilevazione è stata la modalità di conduzione mista (professionisti/cittadini). Le interviste hanno rappresentato momenti significativi per apprendere e riflettere su progetti aziendali e percorsi di miglioramento e hanno prodotto un arricchimento dal punto di vista sia umano che informativo. Tutte le situazioni aperte alla comunicazione più o meno informale (intervista ai dirigenti, discussione in gruppo dei risultati) sono sempre state evidenziate come momenti importanti, a giudicare dalla frequenza e dalla grande partecipazione agli incontri.

Un altro aspetto di rilievo è quello sulla validità degli strumenti utilizzati; è emerso infatti che tali strumenti hanno permesso di rilevare le criticità aziendali e di acquisire conoscenze relativamente a strutture e servizi di cui non si hanno di solito conoscenze dirette. Talvolta sono stati ritenuti "un po' stretti", in quanto non tengono conto di alcuni aspetti cruciali, legati ad esempio al punto di vista del paziente, oppure ne focalizzano altri che, calati nella realtà regionale dell'Emilia-Romagna, sono spesso assodati e dunque scontati.<sup>27</sup>

Infine, rispetto alle precedenti esperienze, per i protagonisti questa rilevazione audit civico è risultata più completa e il fatto che a proporla sia stata la Regione ha favorito una migliore collaborazione da parte del personale intervistato.

Un altro elemento da considerarsi fondamentale al successo dell'iniziativa è stata la convinzione che esista una reale possibilità di incidere sulle scelte future e un alto livello di motivazione, sia di chi ha proposto il progetto sia di chi l'ha portato avanti.



#### IN ATTESA DEI RISULTATI ...

Una volta inviati i dati delle rilevazioni a Cittadinanzattiva, le esperienze locali di audit civico hanno atteso i risultati delle elaborazioni. È stato presto chiaro come questo momento di sospensione - che seguiva la fase di grande dinamismo e vivacità della rilevazione dei dati - si configurasse a pieno titolo come fase del percorso, quanto ad attenzione e impegno necessari alla sua gestione. Il "come gestire" l'attesa è stato un aspetto su cui è stata posta notevole attenzione e anche preoccupazione con i referenti aziendali e responsabili d'équipe, pena la compromissione di un'importante posta in gioco, quale l'affievolirsi dell'entusiasmo degli aderenti al progetto.

Dai racconti delle esperienze emerge che quasi ovunque vi è stata una buona gestione di questa fase anche attraverso strategie comunicative che hanno avuto lo scopo di tenere vivo il gruppo. Le équipe hanno spesso continuato a incontrarsi e a lavorare durante questo periodo per mantenere saldo il legame tra i componenti e per tenerli costantemente informati. In attesa dei dati ufficiali, alcune équipe hanno preferito procedere intanto con proprie elaborazioni e ragionamenti per farsi un'idea e condividerla con la Direzione.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Questo aspetto è stato approfondito nell'analisi dei focus group.

<sup>28</sup> In questi casi, comunque, i propri risultati non sono stati resi pubblici nel giustificato timore di una sovrapposizione con i dati ufficiali.

A conclusione di questo particolare momento, una considerazione generale condivisa tra i partecipanti è stata che il superamento delle difficoltà di percorso è avvenuto necessariamente attraverso una buona gestione del gruppo, il che fondamentalmente ha significato investire nei gruppi in termini di formazione, cura della trasmissione dell'informazione e, più in generale, mantenimento delle condizioni per un clima di cooperazione e di partecipazione.



#### IL PERCORSO DEI RISULTATI ALL'INTERNO DELL'ÉQUIPE LOCALE E LA CHIUSURA DEL CERCHIO: IL PASSAGGIO DEL TESTIMONE

L'audit civico è valutato dai membri dell'équipe come esperienza positiva; suo valore aggiunto è considerato soprattutto il lavoro di gruppo e la possibilità di interagire e confrontarsi con la comunità locale costituita da associazioni e movimenti volontari di cittadini come il Tribunale dei diritti del malato e le diverse associazioni di volontariato.

Una volta conclusi gli opportuni passaggi di restituzione dei risultati con i vari interlocutori (Direzione generale, referenti delle Unità operative, CCM, comunità), si è fatta strada l'idea che l'équipe locale, terminato il suo mandato, cessasse di esistere e che un altro soggetto - nella maggioranza delle realtà si è individuato questo soggetto nel CCM<sup>29</sup> aziendale - prendesse il testimone del progetto Audit civico per tenere le fila sugli impegni presi dalla direzione. Concepita per essere un soggetto flessibile, l'équipe locale manteneva in questo modo il vantaggio di potersi attivare in qualsiasi altro momento e su qualsiasi altro soggetto e di potersi avvalere di collaborazioni preziose, evitando al tempo stesso il rischio di creare un inutile doppio comitato in sovrapposizione a quello già esistente.

## 1.6. Focus group con i protagonisti del progetto Audit civico

### **Obiettivi**

I focus group con i protagonisti dell'audit civico nelle loro sedi locali nascono con un duplice scopo. Da un lato, costituiscono una tappa rilevante per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale per verificare le problematicità di percorso e quindi il tipo di supporto da avviare in un momento tra l'altro abbastanza critico di attesa dei risultati, una volta terminate le rilevazioni e consegnati i dati. Dall'altro, è stata un'occasione importante per raccogliere con una certa sistematicità i contenuti di tali incontri ed esplorare le idee,

---

<sup>29</sup> Nella maggior parte dei casi la scelta è caduta "naturalmente" sul CCM per la sua natura mista e collegiale e per i suoi obiettivi di valutazione della qualità dal lato del cittadino. Tuttavia, sono state individuate soluzioni anche diverse. Il controllo dello stato di avanzamento è svolto in alcune realtà dall'Ufficio Qualità o dall'URP.

i significati, le strategie operative che si andavano costruendo e per conoscere e stabilire un contatto, sondare gli umori e il clima, avere uno scambio diretto con le persone che hanno direttamente partecipato all'esperienza.

## **Metodologia**

### *Incontri locali*

Nel periodo tra novembre 2006 e marzo 2007 si sono svolti i focus presso ciascuna realtà locale di audit civico. Ogni focus è stato preceduto da un contatto telefonico del responsabile del progetto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale con ciascun referente aziendale, in cui veniva comunicata la necessità di avviare una serie di confronti con le esperienze in corso per poter avere riscontro delle problematiche e dei traguardi raggiunti. A tal fine si invitava il referente ad organizzare in sede locale un incontro con i membri dell'équipe locale e con alcuni soggetti significativi per la promozione e realizzazione dell'audit civico locale, e a comunicarne la data, la sede e il nominativo degli invitati.

Le informazioni sono state raccolte in tre aree tematiche: punto della situazione; criticità, bisogni, traguardi; idee, opinioni e proposte.

### ***Sintesi dei focus group con le équipe locali di audit civico in Emilia-Romagna (novembre 2006- marzo 2007)***

#### **OSSERVAZIONI SUGLI STRUMENTI**

È opinione comune alle équipe locali delle 11 esperienze dove è stata condotta la sperimentazione che gli strumenti dell'audit civico siano perfezionabili in diversi punti:

- sono considerati per certi aspetti riduttivi e incapaci di rappresentare la realtà locale;
- sono reputati piuttosto freddi, molto centrati sugli aspetti strutturali (viene definito "questionario di struttura") e privi degli aspetti relazionali fondamentali nell'incontro tra paziente e professionista;
- sono ritenuti poco elastici, vincolanti nelle risposte rispetto a scelte a priori assunte dalla Regione (ad esempio, linee guida per parlare con il paziente);
- a priori non è stato possibile includere nel progetto di rilevazione alcuni servizi/UO;<sup>30</sup>
- spesso gli indicatori si fermano su aspetti superficiali della qualità che non entrano nel merito delle cose più importanti come linee guida, protocolli, pratiche ("si può avere un pavimento pulitissimo, ma far morire la gente").

---

<sup>30</sup> Ad esempio Salute donna e Pediatria, non incluse in quanto non previste dagli strumenti per compiere le valutazioni.

## CONSIDERAZIONI/BILANCI/PROPOSTE

### Partecipazione dei cittadini

- L'iniziativa è valutata positivamente dai cittadini che vi hanno preso parte e soprattutto da coloro che facevano per la prima volta un'esperienza di partecipazione e valutazione.
- In certi casi si lamenta di non essere riusciti ad allargare la partecipazione e il processo risulta ancora troppo in carico ai rappresentanti dell'Azienda. Nel cittadino prevale ancora spesso l'atteggiamento per cui l'ospedale non interessa finché non se ne ha bisogno.
- Si è dedotto che la presenza degli operatori sarebbe stata più alta di quella dei cittadini già a partire dalle scarse richieste di partecipazione seguite al bando pubblico. È necessario capire le ragioni di questa bassa risposta, tra cui c'è sicuramente il fatto che si tratta di un'esperienza molto impegnativa e difficile da combinare con il lavoro e gli altri impegni "mentre per gli operatori in fondo è stato lavoro".
- Ha prevalso dentro l'équipe locale un approccio teso a mitigare la divisione dei ruoli tra cittadini e referenti aziendali per privilegiare una partecipazione più libera da schemi. Quindi, ad esempio, per quanto riguarda la rilevazione, ha funzionato bene la modalità prescelta di dividersi tra operatori-cittadini tra ospedale e territorio non tanto secondo le competenze ma rispetto alle preferenze.
- È stato evidenziato da tutte le équipe locali l'aspetto di grande agio percepito dai cittadini durante le interviste con gli operatori, che si sono svolte nella più grande cordialità.

### Rapporto con il volontariato

- Il volontariato ha giudicato la propria partecipazione all'esperienza positiva e per certi aspetti originale, in quanto l'audit civico ha permesso di mettersi nei panni di chi offre il servizio, e quindi di comprendere anche i problemi della struttura e degli operatori. Abbracciare un altro punto di vista ha consentito buoni ragionamenti e l'instaurarsi di rapporti preziosi.
- Nel proseguo il problema è vedere come continuare il rapporto con il volontariato che ha partecipato; esso è disposto a impegnarsi se c'è la possibilità di un rapporto dinamico e concreto, altrimenti perde completamente l'interesse.
- È necessario fare attenzione a non stressare il volontariato con uno pseudo coinvolgimento che tende a considerarlo come un'emanazione dell'Azienda e ad utilizzarlo come avvallo di quello che viene deciso a monte.

### **La chiusura del cerchio: passaggio del testimone e "rinascita" dell'équipe locale come proposta per una efficace soluzione organizzativa**

L'audit civico è valutato dai membri dell'équipe come esperienza positiva; suo valore aggiunto è considerato soprattutto il lavoro in gruppo e la possibilità di interagire e confrontarsi con il Tribunale dei diritti del malato e con le diverse Associazioni di volontariato.

Una volta condotti gli opportuni passaggi di restituzione con i vari interlocutori (Direzione generale, referenti delle Unità operative, CCM), è importante per l'équipe locale chiudere il cerchio per capire cosa si vuole mantenere dell'esperienza conclusa in termini organizzativi.

L'idea è che l'équipe locale, terminato il suo mandato, cessi di esistere, e che un altro soggetto - la proposta è di individuarlo nel CCM ma sono state avanzate anche soluzioni diverse<sup>31</sup> - prenda il testimone del progetto e controlli che vengano assolti gli impegni presi.

Nulla vieta all'occorrenza di fare esistere di nuovo l'équipe qualora il CCM valuti opportuno avvalersi di équipe locali che si attivano e lavorano a progetto, con modalità flessibili. Così concepita, da un lato l'équipe avrebbe il vantaggio di potersi avvalere di figure anche esterne, preziose per il contributo che portano rispetto alle loro competenze, dall'altro si eviterebbe il rischio di un inutile doppio comitato in sovrapposizione a quello già esistente.

Si tratta di una soluzione organizzativa che interpreta l'équipe come un "satellite" del Comitato consultivo misto, un soggetto operativo, snello, di composizione eterogenea a seconda del mandato, che lavora nell'arco di un tempo definito in relazione a bisogni e progetti determinati.

### **Innovare lo strumento per rintracciare nuove piste di lavoro**

Riguardo ai limiti metodologici che l'esperienza ha evidenziato,

- emerge la necessità di far diventare il questionario regionale a tutti gli effetti prendendo in considerazione indicatori e standard dell'Emilia-Romagna e non più quelli nazionali;
- bisognerebbe personalizzare lo strumento maggiormente sulla base della realtà locale e renderlo meno centrato sugli aspetti strutturali per aprirlo invece alla dimensione relazionale più legata al percorso dell'esperienza della malattia. La proposta emersa da un gruppo è quella adottare anche altre forme di rilevazione che utilizzino la forma narrativa;<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Il controllo dello stato di avanzamento è svolto in certe realtà dall'ufficio qualità oppure dall'URP.

<sup>32</sup> Il parto e il Pronto soccorso sono stati rispettivamente segnalati come esperienza paradigmatica di un percorso dentro la struttura e come contesto molto spesso denso di contraddizioni.

- mirare lo strumento su qualcosa di preciso invece che su tutta l'Azienda "tanto per fare", anche compiendo lo sforzo in più - soprattutto per chi inserisce ed elabora i dati - di conoscere maggiormente la realtà aziendale;
- anche per quanto riguarda gli ambiti di indagine, si affacciano nuove proposte. Come infatti è stato evidenziato da più parti, l'audit civico offre l'occasione per creare momenti di scambio e di riflessione su determinate "questioni calde" e nuove piste di lavoro.<sup>33</sup>

### **La valenza nella vita dell'organizzazione**

L'esperienza trascorsa ha mostrato come tramite l'audit civico si sia verificata un'operazione di allineamento tra valutazione del cittadino e livello di programmazione dei servizi, in cui il punto di vista del cittadino ha apportato elementi di conoscenza integrativi rispetto a quelli di sistema per promuovere azioni di miglioramento.

Facendo tesoro dell'esperienza passata e nell'idea di sviluppo futuro, si ritiene che l'audit civico debba assumere la valenza di un percorso istituzionale sufficientemente autonomo nella vita dell'organizzazione in cui il punto di vista del cittadino sia "diagnostico" rispetto a ciò che l'organizzazione non riesce a cogliere, assumendo le funzioni di:

- segnalazione e proposta;
- controllo sui percorsi organizzativi da loro percepiti;
- "educazione" (oltre che valutazione) verso l'organizzazione, i professionisti e i cittadini stessi che, in questa relazione con l'altro, apprendono nuovi approcci e chiavi di lettura.

### **Il rapporto con altri strumenti di valutazione**

Si sottolinea infine l'importanza di trovare collegamento con altri strumenti, altri punti di vista, altri percorsi:

- collegamento con il processo di accreditamento: per migliorare e potenziare il potere informativo degli strumenti di audit civico bisognerebbe fare un passo in avanti nella direzione dell'integrazione con sistemi di rilevazione tuttora esistenti quali l'accREDITamento. Si sottolinea tuttavia l'importanza di non confondere tra loro strumenti che nascono con scopi diversi. Infatti, se l'audit civico assume il punto di vista del cittadino nelle funzioni viste sopra, la verifica di accREDITamento mira invece a appurare che l'organizzazione abbia attivato processi proattivi di ascolto e valutazione dei servizi per acquisire tale punto di vista;

---

<sup>33</sup> Alcuni temi caldi emersi negli incontri sono stati:

- tema dell'informazione: i servizi/percorsi ci sono ma il cittadino non ne è informato;
- tema dell'accesso: liste di attesa "lunghe": il medico di base può accelerare i tempi, allora perché non lo fa? Il difficile rapporto di questi ultimi con i medici ospedalieri.

- rispetto agli strumenti di qualità percepita, l'audit è uno strumento che permette di fare valutazione sul sistema e per questo non è quindi paragonabile alla qualità percepita nell'erogazione dei servizi.

## 1.7. La partecipazione nell'équipe locale

### **Contesto e obiettivi**

Insieme all'analisi sui percorsi locali delle esperienze di audit civico si è ritenuto importante approfondire la dimensione del gruppo in quanto elemento di riferimento fondamentale in un progetto fondato sulla partecipazione volontaria delle persone.

Tema al centro di numerose riflessioni teoriche, il gruppo è qui considerato in riferimento alla cosiddetta sinergia della *partnership*. Con questa espressione si intende

*lo stare insieme con la capacità di combinare prospettive, conoscenze e risorse tra i membri nella realizzazione collettiva di obiettivi che altrimenti non potrebbero essere portati avanti* (libera traduzione da Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health - <http://www.cacsh.org>).

I gruppi di lavoro dell'audit civico sono "a gestione democratica", basati cioè sulla partecipazione tra i partecipanti e, stando alla letteratura, sono dunque meno soggetti a conflitti e maggiormente produttivi dato l'alto livello di soddisfazione socio-emotiva rispetto a modalità autoritarie di conduzione (Lewin *et al.* 1939).

Altra caratteristica del progetto Audit civico riguarda la partecipazione intesa, oltre che come modalità di lavoro basato sulle relazioni dei membri del gruppo, come espressione di una comunità a farsi carico di ciò che la riguarda.

Condizione fondamentale dell'audit civico è infatti lo stretto rapporto con il contesto locale e il caratterizzarsi come percorso di sviluppo della comunità locale attraverso il quale i cittadini hanno la possibilità di contribuire, a fianco di politici e amministratori, alla formazione delle decisioni nel perseguimento dell'interesse generale, nella fattispecie in termini di bisogni di salute.

A partire da queste considerazioni, l'indagine ha avuto l'obiettivo di cogliere l'opinione/valutazione di ciascun membro del gruppo, nella fattispecie l'équipe locale, rispetto a:

- coordinamento e conduzione;
- vantaggi e svantaggi derivati dall'aver preso parte all'équipe locale;
- bilancio dei risultati ottenuti sia a livello individuale che di gruppo;
- relazione con i soggetti istituzionali esterni coinvolti nel progetto Audit civico.

## **Metodologia**

### *Lo strumento e la modalità di somministrazione*

Lo strumento è liberamente ispirato a un questionario realizzato nell'ambito di un filone di studi anglosassone sul tema della partecipazione applicata alla salute (Weiss *et al.*, 2002).

L'interesse di fondo nella cosiddetta *health partnership*, e cioè l'investimento nella partecipazione ai fini della promozione della salute, si basa sull'assunto secondo cui la sinergia prodotta dalla partecipazione permette di raggiungere traguardi di salute non altrimenti possibili tramite sforzi e risorse individuali.

Per verificare la tesi sui benefici prodotti da tale sinergia, il questionario mira a cogliere informazioni e valutazioni personali dei membri rispetto ad alcuni aspetti di organizzazione del lavoro (attività di coordinamento e conduzione, e processo decisionale) e i loro bilanci in termini di vantaggi/svantaggi ottenuti dalla partecipazione nell'équipe locale.

Per quanto concerne la procedura di somministrazione, è stata consegnata copia del questionario a ciascun responsabile di équipe e/o referente aziendale che, a sua volta, ha provveduto a farla pervenire ai componenti dell'équipe locale dopo averne presentato le finalità.<sup>34</sup>

Il questionario contiene scale di valutazione che si riferiscono alle seguenti dimensioni e aree tematiche.

- Conduzione dell'équipe locale: viene chiesto di valutare l'efficacia di conduzione dell'équipe in relazione a diversi aspetti inerenti l'assunzione di responsabilità verso il gruppo e la gestione delle dinamiche che in esso si sviluppano come, ad esempio, in caso di conflitto. Viene inoltre richiesta una valutazione rispetto alla capacità di coinvolgere e motivare la partecipazione dei membri, di dare voce alle idee di ciascuno cercando, da un lato, di sviluppare una comunicazione basata su un linguaggio comune e, dall'altro, di lasciare spazio alle differenze di opinione tra i membri.
- Coordinamento dell'équipe locale:
  - efficacia del coordinamento: è stato chiesto agli intervistati di valutare l'efficacia del coordinamento in relazione alla comunicazione interna fra i membri e con i oggetti esterni, alla gestione dei materiali informativi e alla capacità di coordinare l'attività dell'équipe, inclusi gli incontri e i progetti. Il coordinamento è inoltre considerato in relazione al supporto nel processo decisionale nel rispetto di tempi ragionevoli e alla capacità di effettuare valutazioni di impatto sui risultati, anche per ponderare gli eventuali progressi compiuti dall'équipe;

---

<sup>34</sup> Nella maggior parte dei casi il questionario è stato auto-compilato durante gli incontri previsti oppure in separata sede e riconsegnato in busta chiusa al responsabile che ha infine provveduto alla spedizione in Agenzia sanitaria.



- opinione sulle modalità di assumere le decisioni: lo scopo è valutare le opinioni e i vissuti degli intervistati rispetto alle modalità con cui sono state prese le decisioni all'interno di ciascuna équipe locale. Secondo questa logica, si domanda ad esempio il livello di accordo rispetto ad un aspetto cruciale quale quello della tempistica più o meno adeguata con cui sono prese le decisioni e al tipo di coinvolgimento percepito, per avere incoraggiato in prima persona le decisioni e/o per essersi sentito più o meno in sintonia con le modalità decisionali.
- Bilancio dei vantaggi e svantaggi derivati dall'aver preso parte all'équipe:
  - vantaggi: l'obiettivo è valutare l'esperienza di partecipazione all'équipe locale in termini di vantaggi personali di cui ha potuto godere ogni singolo componente, come aumentata capacità di affrontare determinate questioni prioritarie, acquisizione di nuove conoscenze e capacità, maggiore riconoscimento personale o abilità nell'orientarsi nei servizi, crescita della propensione ad andare incontro ai bisogni degli altri membri, aumento della capacità di influenzare le politiche pubbliche, possibilità di contribuire maggiormente per la comunità di quanto si riesca con le proprie forze;
  - svantaggi: oltre ai vantaggi, si richiede una valutazione degli svantaggi a livello personale che possono scaturire dalla partecipazione, quali ad esempio dispersione di tempo e di risorse destinate ad altre priorità e necessità, impegno troppo oneroso rispetto alle possibilità e/o alla volontà di ciascuno, situazione conflittuale degli operatori tra il proprio lavoro in Azienda e quello in équipe, essere assimilati a membri dell'équipe locale che hanno un'immagine negativa.
- Bilancio dei risultati raggiunti a livello di gruppo:
  - efficienza della *partnership*: si intende valutare l'efficienza della partnership nel portare avanti gli obiettivi di gruppo. Viene richiesta una valutazione del lavoro di partnership relativamente a diversi elementi che possono interferire o al contrario contribuire nell'ottenere e realizzare un vantaggio pieno dalla collaborazione del gruppo come, ad esempio, la valorizzazione delle risorse individuali dei membri in termini di competenze, esperienze, informazioni, relazioni e il buon uso del tempo dei membri;
  - sinergia della *partnership*: in questo caso l'obiettivo è valutare la sinergia attivata tra i membri del gruppo a partire dai processi che hanno portato alla definizione di obiettivi comuni attraverso il coinvolgimento anche di altri soggetti. Si chiede una opinione sul fatto che siano stati effettivamente definiti obiettivi comuni in relazione a temi prioritari di interesse per la comunità, che il coinvolgimento di soggetti appartenenti a diversi enti e associazioni abbia contribuito a una pianificazione che abbia consentito di realizzare nuovi e migliori modi per raggiungere gli obiettivi, che questi siano stati effettivamente raggiunti e con quale successo.

### *Il campione*

Il questionario è stato compilato da 59 membri<sup>35</sup> delle équipes locali appartenenti rispettivamente a: Azienda USL di Piacenza (6 persone), Azienda USL di Reggio Emilia (9), Azienda ospedaliera di Reggio Emilia (8), Azienda USL di Ferrara (n. 14), Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara (4), Azienda USL di Cesena (12), Azienda USL di Rimini (6).

### *Elaborazioni dei dati*

Sono state effettuate analisi monovariate (medie, mediane, mode e distribuzione di frequenza) di tutte le variabili indagate; analisi bivariate (incroci e correlazioni) e la creazione di indici sintetici delle scale di valutazione. Tutti i dati sono stati trattati in forma aggregata ed è garantito l'assoluto anonimato degli intervistati.

## **Risultati**

**Tabella 2.** Caratteristiche socio-anagrafiche del campione

<b>Variabili</b>	<b>Statistiche</b>
Sesso dell'utente	
femmine	37,3%
maschi	62,7%
Età dell'utente	
fino a 35	9,8%
tra 35-44	12,2%
tra 45-54	26,8%
tra 55-65	29,3%
più di 65	22,0%
Ruolo nel progetto Audit civico	
cittadino	45,8%
operatore	50,8%

Per quanto riguarda l'età, la percentuale maggiore interessa le fasce tra i 45 e i 65 anni (56% circa) e non è irrilevante la quota di coloro con più di 65 anni (22%).

<sup>35</sup> La popolazione complessiva cui è stato consegnato il questionario è composta di 79 persone che hanno preso parte alle suddette équipes suddivise rispettivamente in: Azienda USL di Piacenza (10 persone), Azienda USL di Reggio Emilia (13), Azienda ospedaliera di Reggio Emilia (12), Azienda USL di Ferrara (22), Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara (13), Azienda USL di Rimini (9)

I rispondenti si suddividono in modo abbastanza omogeneo tra cittadini<sup>36</sup> e operatori dell'Azienda; questi ultimi hanno un'età compresa soprattutto tra i 45-54 anni (50%), mentre i cittadini si suddividono in ugual misura (44,4%) tra chi ha un'età compresa tra i 55-65 e più di 65 anni. Per quanto invece riguarda il sesso, la maggioranza di partecipanti tra i cittadini è di sesso maschile (76,2%), mentre tra gli operatori vi è una prevalenza femminile (69,4%).

Parecchi tra i rispondenti (circa il 60%) hanno dichiarato di avere esperienza (in passato e/o nel presente) come membri di associazioni di volontariato, specialmente di tipo socio-sanitario (AVIS, AIDO-AVO, ecc.), segno di una sviluppata coscienza civica e politica e di una notevole esperienza di impegno e partecipazione verso la propria comunità locale.

### *Conduzione dell'équipe locale*

Si osserva un valore mediamente elevato degli *item* della scala di valutazione dell'efficacia di conduzione dell'équipe.<sup>37</sup>

**Tabella 3.** "Come valuta l'efficacia della conduzione della sua équipe locale in relazione alla capacità ..." (range 1-5)

	<b>Media</b>	<b>Dev. standard</b>
... di assumersi la responsabilità per l'intera équipe	4,07	,74
... di coinvolgere e motivare alla partecipazione	4,21	,69
... di valorizzare le persone coinvolte nell'équipe	4,32	,76
... di dare voce alle idee dell'équipe	4,28	,76
... di lavorare per sviluppare un linguaggio comune tra i membri	4,16	,72
... di favorire il rispetto, la fiducia, il coinvolgimento, e l'apertura dell'équipe	4,32	,74
... di lasciare spazio alle differenze di opinione tra i membri	4,22	,72
... di risolvere eventuali conflitti tra i membri	4,17	,72
... di accordare le risorse, le prospettive e le capacità di ciascun membro	4,05	,77
... di guardare le cose da una prospettiva diversa e di essere creativa	4,11	,88

Confrontando le medie della valutazione degli intervistati sui diversi tempi relativi all'attesa si osserva che:

- la soddisfazione maggiore è riferita alla capacità di "valorizzare le persone coinvolte nell'équipe", parimenti alla capacità di "favorire il rispetto, la fiducia, il

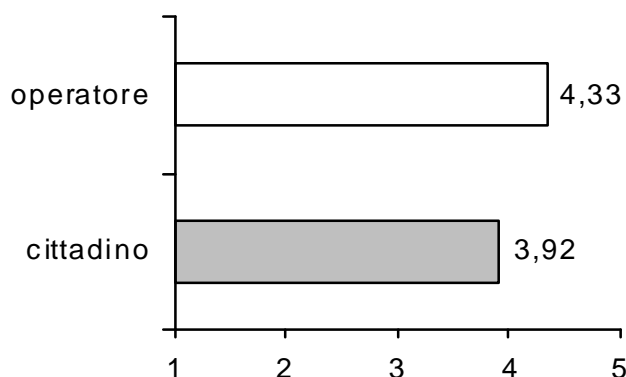
<sup>36</sup> Si intendono coloro che hanno preso parte all'esperienza dell'audit civico in qualità di membri della comunità locale.

<sup>37</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = scarsa e 5 = eccellente.

- coinvolgimento, e l'apertura dell'équipe"; subito accanto vi è la soddisfazione espressa nei confronti della capacità "di dare voce alle idee dell'équipe";
- in posizione intermedia si collocano le valutazioni sulla capacità di "lasciare spazio alle differenze di opinione tra i membri", seguite a breve distanza dalla capacità di "coinvolgere e motivare alla partecipazione", "risolvere eventuali conflitti tra i membri" e "lavorare per sviluppare un linguaggio comune tra i membri";
  - in ultimo, la valutazione inferiore è espressa nei confronti della capacità di "accordare le risorse, le prospettive e le capacità di ciascun membro", della capacità di "assumersi la responsabilità per l'intera équipe" e di "guardare le cose da una prospettiva diversa e di essere creativa".

Se poi si considera come variano le valutazioni dei rispondenti rispetto all'efficacia di conduzione dell'équipe, complessivamente intesa,<sup>38</sup> emerge che i cittadini esprimono una valutazione più bassa rispetto agli operatori ( $p < 0,05$ ) (Figura 6).

**Figura 6.** "Come valuta l'efficacia della conduzione" x "Ruolo nell'équipe locale" (media)



Per un approfondimento: la differenza tra la valutazione dei cittadini e quella degli operatori risulta significativa in riferimento alla capacità di:

- "guardare le cose in una prospettiva diversa e di essere creativa" (valore medio cittadini 3,70; valore medio operatori 4,45);
- "valorizzare le persone coinvolte nell'équipe" (valore medio cittadini 4,15; valore medio operatori 4,52);
- "coinvolgere e motivare alla partecipazione" (valore medio cittadini 4,04; valore medio operatori 4,38).

<sup>38</sup> Per permettere ulteriori analisi, gli *item* della scala sull'efficacia della conduzione (tradotta dall'originale "Effectiveness of Leadership") sono stati sintetizzati in un indice dopo analisi fattoriale (realizzata con il metodo delle componenti principali) che ha individuato l'esistenza di un unico fattore di cui è stata valutata la consistenza interna mediante il calcolo del coefficiente Alpha di Cronbach (.93).

Per quanto riguarda il sesso si osserva che, sebbene in modo non significativo, gli uomini (valore medio 4,05) risultano essere meno soddisfatti delle donne (valore medio 4,19).

Anche rispetto all'età, si evincono valutazioni più alte in merito alla conduzione da parte di chi si colloca nelle fasce tra i 45-54 (valore medio 4,34) e fino ai 34 anni di età (valore medio 4,37) mentre appaiono meno soddisfatti i più anziani (con oltre 65 anni valore medio 3,98), pur rimanendo la loro valutazione su livelli estremamente positivi.

#### *Coordinamento dell'équipe locale*

Come per la conduzione, anche per il coordinamento si rileva un livello di soddisfazione mediamente elevato, come risulta dalla tabella seguente.

**Tabella 4.** "Come valuta l'efficacia del coordinamento della sua équipe locale in relazione alla capacità ..." (range 1-5)<sup>39</sup>

	<b>Media</b>	<b>Dev. standard</b>
... di coordinare la comunicazione interna tra i membri	4,07	,82
... di coordinare la comunicazione con persone e organizzazioni esterne all'équipe	4,11	,85
... di coordinare l'attività dell'équipe, inclusi gli incontri e i progetti	4,16	,70
... di fornire supporto ai membri per prendere le decisioni	4,12	,78
... di espletare funzioni di segreteria (verbali, lettere di convocazione, ...)	4,30	,80
... di effettuare valutazioni di impatto sui risultati e i progressi dell'équipe	3,95	,78

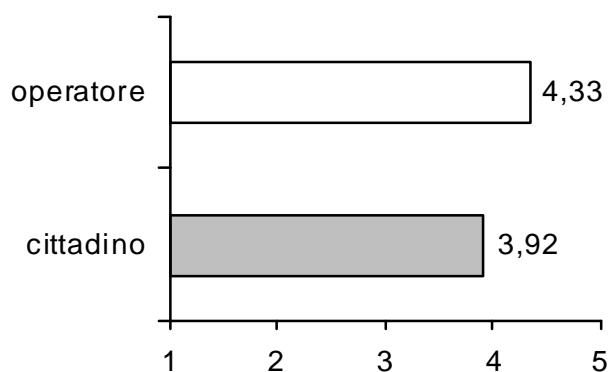
Da uno sguardo più dettagliato sui singoli *item* emerge che:

- l'attività di coordinamento che ha ricevuto una valutazione più elevata riguarda l'espletamento di "funzioni di segreteria";
- abbastanza distanziate in termini di valori medi si collocano una serie di attività legate alla capacità di "coordinare l'attività dell'équipe, inclusi gli incontri e i progetti", di "fornire supporto ai membri per prendere le decisioni" e di "coordinare la comunicazione con persone e organizzazioni esterne all'équipe";
- infine, le valutazioni meno alte sono riferite alla capacità di "effettuare valutazioni di impatto sui risultati e i progressi dell'équipe" e di "coordinare la comunicazione interna tra i membri".

<sup>39</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = scarsa e 5 = eccellente.

Analogamente a quanto registrato per "l'efficacia della conduzione", anche per quanto riguarda l'"efficacia del coordinamento" risulta una valutazione inferiore, per quanto non significativa, espressa dai cittadini rispetto agli operatori, pur rimanendo su livelli di valutazione estremamente positivi (*Figura 7*).<sup>40</sup>

**Figura 7.** "Come valuta l'efficacia del coordinamento" x "Ruolo nell'équipe locale" (media)



Per un approfondimento: la valutazione dei cittadini rispetto agli operatori si differenzia in modo non significativo soprattutto in riferimento alla capacità di:

- "effettuare valutazioni di impatto sui risultati e i progressi dell'équipe" (valore medio cittadini 3,84; valore medio operatori 4,04);
- "coordinare la comunicazione con persone e organizzazioni esterne all'équipe" (valore medio cittadini 4,04; valore medio operatori 4,21);
- "coordinare l'attività dell'équipe, inclusi gli incontri e i progetti" (valore medio cittadini 4,12; valore medio operatori 4,21).

A proposito dell'efficacia di coordinamento si rilevano, inoltre, variazioni di valutazioni in base all'età, da cui emerge che a dare una valutazione più alta sono coloro che si collocano nelle fasce tra i 45-54 (valore medio 3,73) e fino ai 34 anni di età (valore medio 3,75) mentre i meno soddisfatti si collocano tra i 55-65 anni (valore medio 3,44).

Dopo avere fin qui considerato le attività di coordinamento e di conduzione dell'équipe, si prosegue con la valutazione del processo decisionale (*Tabella 5*). In particolare, due domande hanno lo scopo di esplorare il giudizio dei membri circa l'adeguatezza dei tempi con cui sono state prese le decisioni e la sintonia percepita nei confronti delle modalità decisionali. La terza domanda, di tipo esperienziale, mira invece a indagare il coinvolgimento più o meno attivo di chi risponde sulla base della quantità di decisioni incoraggiate all'interno dell'équipe.

<sup>40</sup> Anche gli *item* della scala che misura l'efficacia del "coordinamento dell'équipe" (tradotta dall'originale "Effectiveness of Administration/Management") sono stati sintetizzati in un unico valore dopo avere effettuato un'analisi fattoriale (realizzata con il metodo delle componenti principali) che ha individuato l'esistenza di un unico fattore (Alpha di Cronbach .92).

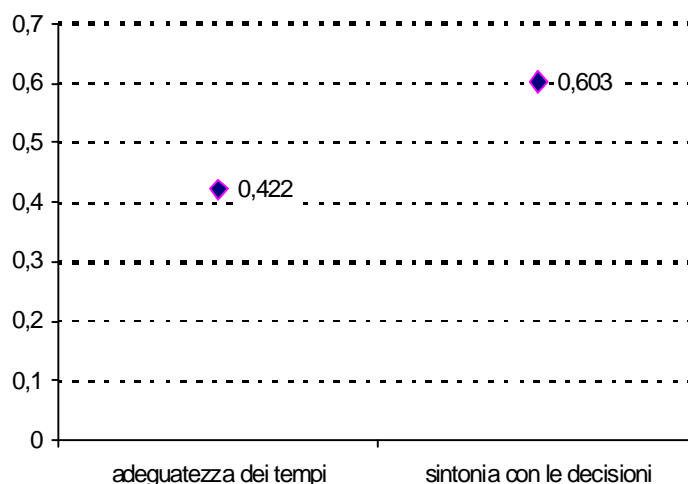
**Tabella 5.** "Valutazione del processo decisionale" (range 1-5)<sup>41</sup>

	<b>Media</b>	<b>Dev. standard</b>
Quanto si è sentito in sintonia con le modalità con cui sono state prese le decisioni della sua équipe locale?	3,91	,73
Quanto spesso nella sua équipe locale sono state prese decisioni in tempi che lei ritiene adeguati?	3,79	,64
Quante decisioni assunte all'interno della sua équipe locale lei ha incoraggiato?	3,25	,85

Come si osserva (*Tabella 5*), risultano valori medi elevati riferiti alla sintonia percepita rispetto alle modalità delle decisioni e alla valutazione di adeguatezza dei tempi.

Anche rispetto alla domanda sulla quantità di decisioni incoraggiate all'interno del gruppo, si rilevano livelli elevati di risposta (tra "abbastanza" e "molte"), il che fa emergere un dato di percezione positiva rispetto al proprio ruolo vissuto generalmente come attivo e presumibilmente collegata al buon livello di accordo e sintonia delle decisioni già riscontrato nelle due domande precedenti. L'effettiva esistenza di un legame è confermata dalla correlazione positiva da cui emerge che la quantità di decisioni incoraggiate da ciascun membro cresce all'aumentare della valutazione sull'adeguatezza dei tempi e soprattutto della percezione di sintonia con le modalità decisionali (*Figura 8*).

**Figura 8.** Correlazione tra "quante decisioni assunte all'interno della sua équipe lei ha incoraggiato" x adeguatezza dei tempi decisionali e sintonia con le modalità decisionali



<sup>41</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.

Per un approfondimento: dall'incrocio delle variabili con il ruolo (cittadino/operatore), il sesso e l'età emergono alcune tendenze comuni per quanto non statisticamente significative, quali:

- rispetto al ruolo, risultano maggiormente soddisfatti gli operatori dei cittadini;
- per quanto riguarda il sesso, si rileva in generale una maggiore soddisfazione degli uomini;
- in relazione all'età, la fascia tra i 45-54 anni appare più soddisfatta mentre lo è meno quella tra i 55-65 anni.

*Bilancio dei vantaggi/svantaggi derivati dall'aver preso parte all'équipe*

Vantaggi

Il valore medio delle risposte alla domanda di valutazione generale sui vantaggi derivati dall'aver preso parte dell'équipe locale risulta piuttosto elevato (valore medio 3,44).

Si osservano inoltre alcune tendenze interessanti, pur non significative, da cui si evince che a valutare più positivamente i vantaggi ottenuti sono gli operatori rispetto ai cittadini (valore medio operatori 3,57; valore medio cittadini 3,40), le donne rispetto agli uomini (valore medio donne 3,5; valore medio uomini 3,30), chi ha tra i 45-54 anni rispetto a chi ha tra i 55-65 anni (valore medio tra i 45-54 anni 3,64; valore medio tra i 55-65 anni 3,18).

**Tabella 6.** "Secondo il suo giudizio, l'aver partecipato all'équipe locale ha prodotto vantaggi in termini di ..." (range 1-5)<sup>42</sup>

	<b>Media</b>	<b>Dev. standard</b>
... aumentata capacità di affrontare questioni che ritiene importanti	3,70	,94
... acquisizione di conoscenze e capacità nuove	3,91	,88
... più importante riconoscimento personale	3,25	,77
... maggiore abilità nell'orientarsi nei servizi	3,84	,96
... aumento della capacità di influenzare le politiche pubbliche	2,98	,92
... evoluzione di preziose relazioni di collaborazione	3,47	,76
... crescita della propensione ad andare incontro ai bisogni degli altri membri	3,82	,84
... possibilità di contribuire maggiormente per la comunità di quanto si riesca con le proprie forze	3,84	,94

<sup>42</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.



Un'analisi dettagliata dei vantaggi prodotti a livello individuale dall'aver partecipato all'équipe locale rileva (*Tabella 6*) che:

- il beneficio maggiore è considerato l'aver acquisito "conoscenze e capacità nuove";
- a seguire, la "possibilità di contribuire maggiormente per la comunità di quanto si riesca con le proprie forze", a pari merito la "maggiore abilità nell'orientarsi nei servizi" e la "crescita della propensione ad andare incontro ai bisogni degli altri membri";
- in posizione intermedia "l'aumentata capacità di affrontare questioni che ritiene importanti";
- infine, le valutazioni più basse si sono concentrate su "l'aumento della capacità di influenzare le politiche pubbliche", "il più importante riconoscimento personale" e "l'evoluzione di preziose relazioni di collaborazione".

#### Svantaggi

Per quanto riguarda gli svantaggi, tenendo presente che nella valutazione dei partecipanti risultano molto poco rilevanti, si osserva (*Tabella 7*) che:

- lo svantaggio maggiore è considerato il "dovere impegnarsi più spesso di quanto si sarebbe voluto" e la "dispersione di tempo e di risorse destinate ad altre priorità e necessità";
- in posizione intermedia si collocano i "conflitti tra il suo lavoro e quello dell'équipe"; "la scarsa influenza del personale nell'attività dell'équipe"; "frustrazione e stanchezza";
- infine sono considerati svantaggi minori l'essere assimilati a membri dell'équipe locale che hanno un'immagine negativa, la "poca considerazione ricevuta per i contributi che si sente di avere dato all'équipe locale".

**Tabella 7.** "Secondo la sua opinione, l'aver preso parte all'équipe locale ha prodotto svantaggi in termini di ..." (*range 1-5*)<sup>43</sup>

	<b>Media</b>	<b>Dev. standard</b>
... dispersione di tempo e di risorse destinate ad altre priorità e necessità	1,67	,80
... dovere impegnarsi più spesso di quanto si sarebbe voluto	1,76	,76
... scarsa influenza del personale nell'attività dell'équipe	1,48	,65
... conflitti tra il suo lavoro e quello dell'équipe	1,53	,82
... essere assimilati a membri dell'équipe locale che hanno un'immagine negativa	1,24	,60
... frustrazione e stanchezza	1,47	,97
... poca considerazione ricevuta per i contributi che si sente di avere dato all'équipe locale	1,34	,69

<sup>43</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.

A ribadire la valutazione positiva rispetto all'aver preso parte all'équipe locale è la grande maggioranza degli intervistati che afferma che i vantaggi risultano essere superiori agli svantaggi (52% "di gran lunga superiori"; 35,2% "abbastanza superiori").

*Bilancio dei risultati raggiunti a livello di gruppo*

Questa sezione si occupa di tracciare un bilancio dei risultati ottenuti a livello di gruppo, intendendo lo stare in gruppo, come si diceva nell'Introduzione, una modalità di ragionare sul come raggiungere e ottenere risultati comuni. Per fare ciò è stata chiesta una valutazione rispetto alla efficacia dello stare insieme nel combinare le risorse individuali e alla sinergia che ne è scaturita in grado di produrre risultati notevoli e di gran lunga superiori agli sforzi impiegati da ciascun membro.

**Tabella 8.** "Esprima il suo livello di accordo/disaccordo con ciascuna delle seguenti informazioni" (range 1-5)<sup>44</sup>

	<b>Media</b>	<b>Dev. standard</b>
L'équipe locale ha fatto buon uso delle risorse personali dei membri (competenze, esperienze, informazioni, relazioni, ecc.)	4,17	,72
L'équipe locale ha fatto buon uso del tempo dei partner	3,95	,70
L'équipe locale ha sviluppato obiettivi comuni che sono stati compresi e sviluppati da tutti i partner	4,05	,83
L'équipe locale ha comunicato chiaramente come le sue azioni si indirizzano ai problemi ritenuti importanti per la comunità	4,14	,79
L'équipe locale ha svolto un buon lavoro di documentazione sull'impatto delle sue azioni	4,10	,78

- Efficacia della *partnership*<sup>45</sup> da cui emerge che l'équipe locale ha fatto buon uso delle risorse personali dei membri (competenze, esperienze, informazioni, relazioni, ecc.), mentre risulta un po' meno alta la valutazione rispetto ai tempi dei membri, in coerenza con quanto precedentemente rilevato sugli svantaggi. Alla domanda (n. 16) per sondare l'opinione degli intervistati rispetto alla concreta realizzazione dei propositi dell'équipe, la maggior parte ha risposto affermativamente, sostenendo tra l'altro che hanno riscosso un livello piuttosto alto di successo.

<sup>44</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.

<sup>45</sup> Gli *item* che misurano l'efficacia della *partnership* (tradotti e liberamente riadattati dall'originale scala "Partnership Efficiency") sono stati sintetizzati in un unico valore dopo avere effettuato un'analisi fattoriale (realizzata con il metodo delle componenti principali) che ha individuato l'esistenza di un unico fattore (Alpha di Cronbach .89).

- Sinergia della *partnership*:<sup>46</sup> rispetto al lavoro interno al gruppo si rileva un giudizio pienamente positivo quanto a capacità dell'équipe locale di "comunicare chiaramente come le sue azioni si indirizzano ai problemi ritenuti importanti per la comunità" ma anche di "svolgere un buon lavoro di documentazione sull'impatto delle sue azioni". Leggermente inferiore è la valutazione rispetto alla capacità dell'équipe locale "di sviluppare obiettivi comuni che sono stati compresi e sviluppati da tutti i partner", forse perché introduce il discorso sulla collaborazione con gli altri partner (enti e associazioni). Infatti, pur rimanendo positivo, si osserva un giudizio più basso circa il fatto che il coinvolgimento nel progetto di audit civico di soggetti appartenenti a diversi enti e associazioni esterni abbia consentito all'équipe locale di realizzare nuovi e migliori modi per raggiungere gli obiettivi e di pianificare attività che connettono una molteplicità di servizi programmi o sistemi (Tabella 9).

Gli intervistati hanno infine valutato l'assistenza e il supporto ricevuto dall'équipe locale da parte del Comitato consultivo misto (valore medio 4,71), dell'Azienda sanitaria (valore medio 4,25), della Regione Emilia-Romagna (valore medio 3,70).

**Tabella 9.** "Secondo Lei, in quale misura il coinvolgimento nel progetto Audit civico di soggetti appartenenti a diversi enti ed associazioni ha consentito all'équipe locale ..." (range 1-5)<sup>47</sup>

	Media	Dev. standard
... di pianificare attività che connettono una molteplicità di servizi, programmi o sistemi	3,18	,69
... di realizzare nuovi e migliori modi per raggiungere gli obiettivi	3,31	,79

### **Discussione**

Le valutazioni sulle singole dimensioni indagate (conduzione, coordinamento, vantaggi, efficacia ed sinergia della *partnership*) fanno emergere dati piuttosto soddisfacenti. Dal confronto delle medie di valutazione si osserva che (Figura 9):

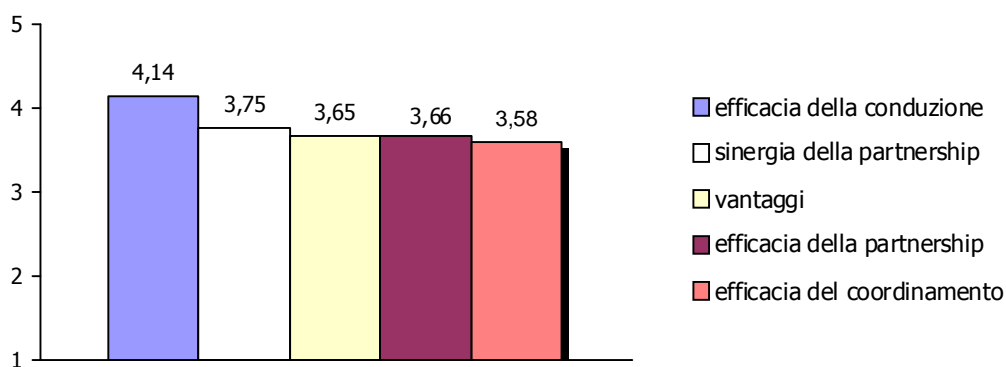
- la soddisfazione maggiore è riferita all'efficacia della conduzione (valore medio 4,14);
- a seguire, la valutazione di soddisfazione rispetto alla sinergia della *partnership* (valore medio 3,75);
- subito accanto vi è la soddisfazione espressa nei confronti dei vantaggi di avere preso parte al gruppo (valore medio 3,65);

<sup>46</sup> Gli *item* che misurano la sinergia della *partnership* (tradotti e riadattati dall'originale scala "Partnership Synergy") sono stati sintetizzati in un unico valore dopo avere effettuato un'analisi fattoriale (realizzata con il metodo delle componenti principali) che ha individuato l'esistenza di un unico fattore (Alpha di Cronbach .89).

<sup>47</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo.

- successivamente si colloca la valutazione rispetto all'efficacia della *partnership* (valore medio 3,66);
- in ultimo, la soddisfazione minore è espressa rispetto all'efficacia del coordinamento (valore medio 3,58).

**Figura 9.** Confronto medie valutazione



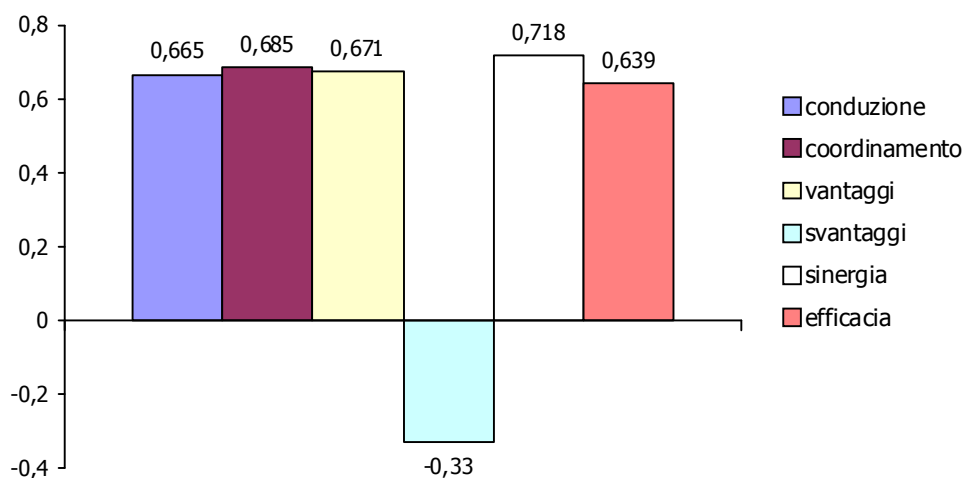
Le valutazioni espresse rispetto a ciascuna dimensione mostrano alcuni interessanti orientamenti comuni:

- in funzione dell'età, i più anziani (fascia con più di 65 anni) sono tendenzialmente meno soddisfatti (conduzione, sinergia, efficacia) anche se probabilmente si tratta di un atteggiamento più che altro di prudenza dal momento che risultano poi essere più indulgenti degli altri nella valutazione degli svantaggi derivati dall'aver preso parte all'équipe;
- per quanto riguarda il ruolo (cittadini/operatori), si osserva la tendenza<sup>48</sup> a una minore soddisfazione del cittadino rispetto all'operatore;
- per quanto invece riguarda il sesso, le donne appaiono tendenzialmente più soddisfatte (conduzione, efficacia *partnership*, vantaggi).

Se si considera la relazione tra il gradimento generale riferito all'aver preso parte all'équipe locale e le diverse dimensioni della partecipazione, si riscontra una correlazione positiva e significativa tranne che per gli svantaggi, per cui se questi crescono ovviamente diminuisce il gradimento.

<sup>48</sup> Significativa, eccetto che per le dimensioni connesse alla conduzione e alla sinergia (conduzione valore medio cittadino 3,92; valore medio operatore 4,33; sinergia valore medio cittadino 3,53; valore medio operatore 3,94)

**Figura 10.** Correlazione tra "Come giudica in generale i vantaggi ricevuti dall'aver preso parte all'équipe locale" e dimensioni del lavoro in équipe indagate



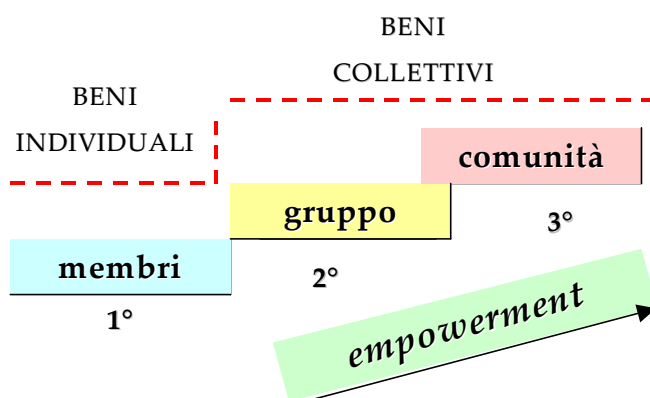
In conclusione, l'analisi dei risultati ha mostrato come le esperienze locali di audit civico abbiano riportato successo in azioni, ambiti e soggetti differenti, quali:

- nel combinare, sviluppare prospettive, risorse e abilità dei membri;
- nel creare e rafforzare il pensiero e le azioni del gruppo;
- nello stabilire e valorizzare relazioni con la comunità locale.

In altre parole, analizzare un'esperienza di lavoro di gruppo sotto la lente della *partnership* implica necessariamente considerare più livelli di lettura e processi di *empowerment* ad essa riconducibili (Figura 11):

- anzitutto, lo stare in gruppo rappresenta un termine di riferimento importante per comprendere il comportamento dell'individuo: è nel gruppo che la persona impara a confrontarsi con gli altri, ad esprimersi, ma anche a trovare le necessarie limitazioni al proprio comportamento e un equilibrio tra bisogni individuali e bisogni del gruppo. In altre parole, il progetto Audit civico sembra a questo livello avere prodotto notevoli risultati in termini di aumento di consapevolezza, valorizzazione e responsabilizzazione delle persone;
- c'è poi il livello dello "stare in gruppo" dove il gruppo è il soggetto stesso della *partnership*, diverso dalla somma dei suoi membri, capace di veicolare tramite investimento nelle relazioni tra i suoi membri risorse e vantaggi che migliorano la qualità delle azioni intraprese;
- infine c'è lo "stare in gruppo" inteso come percorso di sviluppo della comunità tramite la *partnership* di soggetti (individui e organizzazioni) per la collaborazione a progetti locali e la condivisione delle decisioni nel perseguimento dell'interesse generale; in altre parole, esercizio di cittadinanza e quindi di democrazia.

**Figura 11.** I livelli di empowerment della partnership



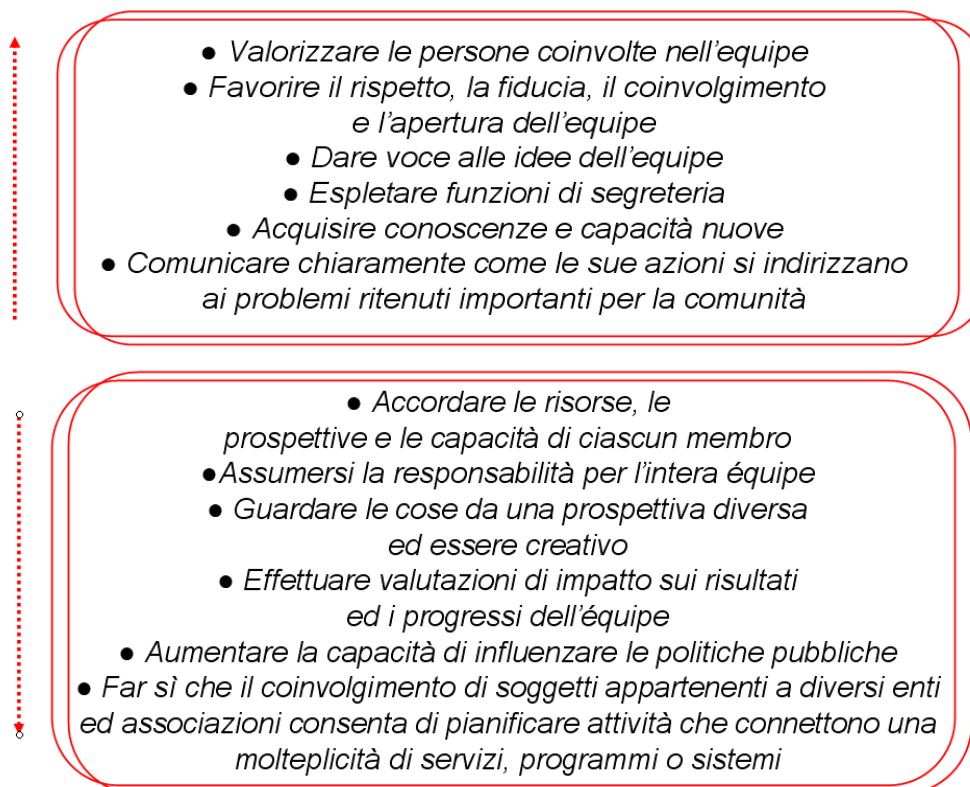
A voler interpretare l'esito delle esperienze di audit civico rispetto a questo percorso di *empowerment* della *partnership*, si può affermare che si sono raggiunti risultati pienamente positivi soprattutto per quanto riguarda il primo livello indirizzato alle persone coinvolte nel gruppo, che hanno imparato e acquisito conoscenze, nuove capacità, una loro valorizzazione.

Un'articolazione un po' diversa merita la riflessione sul secondo livello (di gruppo), rispetto al quale si sono registrati ottimi risultati per il coordinare le attività e dare voce alle idee dell'équipe, favorire il rispetto, la fiducia e il coinvolgimento e il clima interno (si pensi all'alto livello espresso rispetto al processo decisionale). Nonostante ciò, c'è margine di miglioramento soprattutto nel fare quel passo in avanti nell'accordare le risorse, le prospettive e le capacità, verso il lavoro di creazione del gruppo inteso come identità indipendente dalla somma dei suoi membri.

Un discorso analogo può essere riferito anche al terzo livello (della comunità), rispetto cui si sono fatti passi importanti e tuttavia ci sono margini di avanzamento. Il quadro è quello infatti dell'esistenza di una forte fiducia delle persone nella capacità di contribuire alla comunità tramite azioni di *partnership* maggiormente di quanto si riesca con le proprie forze e di una chiara consapevolezza di come le azioni di *partnership* svolgano azione di indirizzo di problemi fondamentali per gli abitanti di una comunità e sviluppino obiettivi comuni che siano compresi e supportati da tutti i membri.

Tuttavia, nell'obiettivo di ottenere la massima partecipazione, i dati suggeriscono che queste *partnership* avranno necessità di costruire con maggiore concretezza e solidità relazioni con i loro *partner* per far sì che il coinvolgimento di soggetti appartenenti a diversi enti e associazioni consenta di pianificare attività che connettono una molteplicità di servizi, programmi o sistemi.

**Figura 12.** Item più alti e più bassi nella valutazione degli intervistati







## **Parte II.**

# **La metodologia e lo strumento**



## **2. Introduzione: una metodologia adottata dal sistema sanitario<sup>49</sup>**

La metodologia dell'audit civico - sviluppata nel quadro della collaborazione iniziata nel 2000 tra Cittadinanzattiva e AstraZeneca - è stata applicata per la prima volta nel 2001, con un ciclo sperimentale realizzato con la collaborazione di undici Aziende sanitarie, 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 collaudare ulteriormente lo strumento e di constatare che la metodologia poteva essere applicata alla generalità delle Aziende e non soltanto in poche realtà particolarmente orientate allo sviluppo della partecipazione civica e delle metodologie della qualità.

A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'audit civico è stata estesa all'universo delle Aziende sanitarie e il numero delle Aziende coinvolte da allora è aumentato costantemente. Nel 2004, in seguito a una specifica convenzione con l'Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna, è stato avviato il primo programma regionale di applicazione sistematica della metodologia. Dal 2005 al 2007 sono state stipulate altre convenzioni: con l'Assessorato alla trasparenza e alla cittadinanza attiva e l'Agenzia sanitaria della Regione Puglia, con l'Assessorato alla salute della Regione Lazio, con le Agenzie sanitarie regionali dell'Abruzzo e del Friuli Venezia Giulia e con l'Assessorato alla salute della Provincia autonoma di Trento. Nel 2008 sono stati avviati gli accordi per lo svolgimento di programmi regionali in Basilicata e Umbria. Anche i Piani sanitari regionali del Piemonte, della Toscana e del Veneto fanno riferimento alla promozione dell'audit civico come strumento di valutazione dalla parte dei cittadini.

Nel novembre del 2007, infine, è stato perfezionato un accordo con il Ministero della salute per favorire la diffusione della metodologia dell'audit civico in tutto il Servizio sanitario nazionale. La Tabella 10 riporta la mappa della diffusione dell'audit civico aggiornata a dicembre del 2008.

---

<sup>49</sup> A cura di Alessio Terzi e Michela Liberti.

**Tabella 10.** Aziende coinvolte nel programma Audit civico

<b>Regione</b>	<b>N. Aziende coinvolte</b>	<b>di cui nei cicli regionali</b>
Valle d'Aosta	1	-
Piemonte	11	-
Liguria	3	-
Lombardia	6	-
Veneto	5	-
Provincia Autonoma Trento	1	1
Friuli Venezia Giulia	9	9
Emilia Romagna	12	10
Toscana	7	-
Umbria	1	-
Marche	5	-
Lazio	15	8
Abruzzo	6	6
Molise	1	-
Campania	10	-
Puglia	17	16
Basilicata	4	-
Calabria	3	-
Sicilia	13	-
Sardegna	4	-

Fonte: Audit civico - Cittadinanzattiva

Si può quindi dire che l'audit civico si è insediato ormai stabilmente nel sistema sanitario italiano, confermando la concreta fattibilità di una valutazione dell'azione delle Aziende sanitarie che ha come protagonisti i cittadini e come quadro di azione la collaborazione tra organizzazioni civiche e Aziende sanitarie.

L'applicazione della metodologia non è generalmente un fatto occasionale, ma tende a produrre una presenza stabile nelle prassi aziendali: 51 aziende hanno realizzato o almeno programmato la realizzazione di più cicli di applicazione sistematica e in almeno altrettante realtà sono stati prodotti piani di miglioramento fondati sui dati dell'audit civico.

La comparazione delle *performance* aziendali fatta nei rapporti regionali e nazionali ha permesso di cogliere l'esistenza di fenomeni ricorrenti, come l'insufficienza delle politiche di comunicazione e di informazione o i ritardi nell'organizzazione della medicina del dolore, e insieme di mettere in luce anomalie (come il mancato insediamento di CUP o di URP) che potrebbero giustificare interventi sanzionatori.

### **3. Analisi critica e sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche<sup>50</sup>**

#### **3.1. Le ragioni dell'audit civico**

L'idea che i cittadini possano e debbano potere azionare propri strumenti di valutazione dei servizi - e dei servizi sanitari in particolare - nel corso degli anni ha superato tutte le obiezioni di principio che, ancora nel 2000, venivano opposte all'audit civico. I tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per i diritti del malato, che avevano spinto Cittadinanzattiva ad assumere l'iniziativa sono però ancora attuali.

##### ***Rappresentare il punto di vista dei cittadini***

Il primo ordine di problemi era legato all'esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino superando due pregiudizi: la riduzione della centralità a puro principio di deontologia professionale; la convinzione che la tutela dei diritti fosse il risultato, per così dire, automatico di una buona organizzazione. Praticare la centralità del cittadino significa invece definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche ma anche assumere un preciso approccio disciplinare per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria.

Gli strumenti classici della *customer satisfaction* davano risultati insoddisfacenti a questo proposito e non casualmente, negli stessi anni di sviluppo dell'audit civico, una consistente rete di realtà del servizio sanitario<sup>51</sup> si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con esiti importanti ma non risolutivi. Le metodologie utilizzate hanno infatti permesso di sviluppare l'ascolto dei cittadini con tecniche innovative (Bobbio, 2004) ma non riconoscono ancora i cittadini stessi come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate.

Gli esiti dei primi cicli dell'audit civico hanno aiutato a definire meglio il problema. Si è potuto verificare infatti che la centralità del cittadino acquista una consistenza concreta

---

<sup>50</sup> A cura di Alessio Terzi e Michela Liberti.

<sup>51</sup> In modo particolare l'Osservatorio sulla qualità percepita istituito dall'Agenzia sanitaria dell'Emilia-Romagna con il Dipartimento per il diritto alla salute e politiche della solidarietà della Regione Toscana, l'Agenzia sanitaria della Regione Marche, il Dipartimento Sanità e Servizi sociali della Regione Liguria, il Servizio Pianificazione e sviluppo della Direzione generale Sanità della Regione Lombardia, la Regione Umbria, l'Azienda ospedaliera di Padova e la Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria dell'Università di Bologna (Cinotti, Cipolla, 2003).

quando esso si presenta come puro fruitore dei servizi (lo dimostrano i progressi del comfort, dei servizi di prenotazione, ecc.) o come portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare (lo dimostra la crescente - anche se ancora insufficiente - attenzione verso la terapia del dolore o verso la prevenzione delle infezioni). Non è così quando il cittadino interviene come concreto attore del sistema e pretende di informare ed essere informato o di tutelare attivamente i propri diritti. In questi casi si riscontra una difficoltà (epistemologica, prima che politica) a dare il dovuto spazio alla presenza di un soggetto autonomo, titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

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 - meno usuale nel senso comune - deriva dal fatto che, nella geometria descrittiva, il punto di vista è il luogo, esattamente determinato, da cui si osserva una specifica realtà ed è possibile produrre una rappresentazione matematicamente determinata della realtà stessa. Il punto di vista del cittadino non è dunque una mera espressione di soggettività, ma identifica un modo di osservare (e quindi di rappresentare) il servizio sanitario, che è quello del destinatario del servizio stesso. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non può significare soltanto raccogliere un qualche insieme di opinioni, ma rendere visibile in termini oggettivi (e quindi rappresentare) il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza.

L'attenzione è stata rivolta alla possibilità di identificare, formalizzare e poi misurare gli aspetti caratteristici di tale esperienza, attraverso l'osservazione diretta, la richiesta alle amministrazioni di informazioni dovute ai sensi della Legge 241, la definizione di standard di riferimento e così via. In questo modo, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà, ma può confrontarsi a pari dignità (anche tecnica) con gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (di direttori, medici, infermieri, amministratori regionali, ecc.).

La seconda accezione dell'espressione "rappresentare il punto di vista dei cittadini" riguarda la capacità delle organizzazioni civiche di agire in nome e per conto dei cittadini, al fine di fare valere un criterio di interpretazione (e quindi di governo) della qualità dei servizi legato alla capacità di soddisfare concretamente i bisogni esistenti. È del tutto evidente la necessità di intervenire sulla determinazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e la definizione di priorità, attività tradizionalmente riservate in modo esclusivo all'amministrazione e ai professionisti.

Per rispondere a questa duplice esigenza, l'audit civico ha sviluppato in termini disciplinari gli strumenti di raccolta, di registrazione e di valutazione delle esperienze, e ha identificato i momenti del processo di governo in cui i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione.

Si può dire che l'audit civico (come è avvenuto su un altro versante per il tema del governo clinico) ha contribuito a mettere in evidenza che per governare correttamente l'area dei rapporti fra i soggetti che si incontrano a vario titolo, è necessario mettere a punto specifiche forme di rappresentanza e di rappresentazione.

### ***La trasparenza del servizio sanitario***

Una seconda serie di questioni era connessa con l'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle Aziende sanitarie. Il punto di partenza a questo proposito era la lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva con il Tribunale per i diritti del malato per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari e ottenere, in primo luogo, che le segnalazioni e l'intervento dei cittadini producessero i dovuti cambiamenti e, in seconda istanza, che il giudizio motivato dei cittadini pesasse, in sede di valutazione delle Aziende e dei loro dirigenti, al pari dei risultati di bilancio.

I processi di aziendalizzazione, avviati dal DLgs 502/1992 e confermati dal DLgs 229/1999 e la definitiva federalizzazione del servizio sanitario avvenuta con l'approvazione del Titolo V della riforma costituzionale del 2001, hanno aperto nuovi problemi di governo. L'intento del legislatore era quello di passare da una gestione amministrativa del servizio a un governo manageriale capace di fare fronte alla crescente complessità dei processi sanitari e, insieme, di garantire un più efficace controllo della spesa. Questa difficile impresa doveva essere sostenuta sostanzialmente da tre processi di governo:

- una pianificazione regionale capace di definire appropriatamente gli obiettivi di salute e di allocare correttamente le risorse;
- l'accreditamento delle strutture per garantire i requisiti indispensabili per una buona erogazione dei servizi;
- la valutazione dei Direttori generali e dei dirigenti in base alla loro capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati.

La trasparenza era ovviamente una condizione tecnica indispensabile per garantire il buon funzionamento di un sistema così concepito. Dopo un inizio promettente, la priorità assoluta assunta dalle politiche di contenimento della spesa ha invece marginalizzato tutte le altre funzioni di governo. L'opacità e l'autoreferenzialità del sistema impediscono di recuperare la trasparenza minima necessaria per garantire un governo informato.

La valutazione civica potrebbe portare un contributo non trascurabile a questo proposito. Non è un caso, del resto, che il primo esempio di adozione sistematica dell'audit civico a livello regionale prevedesse il suo inserimento nelle procedure di accreditamento e che questo orientamento sia ripreso nelle altre convenzioni regionali. È indispensabile però che i responsabili delle politiche della salute mettano a punto, soprattutto nei livelli regionali, strategie che restituiscano la centralità necessaria alle funzioni di accreditamento, monitoraggio e valutazione. L'attuazione del programma concordato con il Ministero della salute può mettere a disposizione risorse importanti a questo proposito.

### ***Un contrappeso ai rischi di frammentazione***

La terza fondamentale ragione per adottare una procedura di valutazione locale fondata su criteri omogenei e comparabili sta nella necessità di prevenire il rischio - sempre più evidente - che il necessario e condivisibile processo di federalizzazione si traduca in una frammentazione irreversibile del servizio sanitario.

Come confermano gli esiti di tutti i rapporti regionali e nazionali finora prodotti, nel corso degli anni la frammentazione e l'incertezza non sono più un rischio ma una preoccupante realtà. L'adozione di un sistema unificato di indicatori generato dall'attività di tutela dei diritti e il legame con il *benchmarking* sono stati due fattori fondamentali per la progettazione dell'audit civico e hanno permesso di misurare sia gli scarti esistenti fra le diverse realtà regionali sia l'evoluzione del fenomeno nel tempo. L'idea di rendere comparabili le *performance* aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte dei diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi su tutto il territorio nazionale resta quindi attuale e contiene una proposta di difesa dell'universalità del servizio sanitario pubblico che meriterebbe maggiore attenzione da parte dei responsabili.

### ***Il valore costituzionale della valutazione civica***

L'adozione dell'audit civico da parte delle amministrazioni sanitarie regionali e locali può essere considerata un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione

*Stato, Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni favoriscono l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà.*

L'esperienza ha confermato, in una fase importante del ciclo delle politiche pubbliche qual è la valutazione, che è possibile un'azione civica orientata all'interesse generale e che essa può incontrare il sostegno delle istituzioni. La cooperazione sussidiaria in questo caso produce informazioni non attingibili per altra via e utili per colmare le lacune delle altre procedure di valutazione, fa emergere aree critiche cruciali e favorisce l'individuazione di azioni correttive praticabili.

Ovviamente l'audit civico non può esaurire l'azione della Cittadinanzattiva né sostituire certificazioni, sistemi di controllo e di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento, ma può contribuire alla costruzione di un regime di governo dei rapporti fra cittadini e servizi, utile per il superamento di una situazione da tutti ritenuta ampiamente critica.



### **3.2. Le quattro domande dell'audit civico**

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un audit dipendono in buona misura dalla corretta formulazione dei quesiti a cui l'audit stesso vuole dare una risposta. Se la posta in gioco è quella di assumere concretamente la centralità del punto di vista del cittadino, tali quesiti dovrebbero formalizzare correttamente i problemi che i cittadini stessi sperimentano nel loro rapporto con i servizi sanitari. La progettazione dell'audit civico ha quindi preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative rispettivamente di quattro aspetti dell'esperienza del cittadino.

- 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 o riabilitazione. La domanda è: "quali sono le azioni elementari che le Aziende sanitarie stanno conducendo per fare sì che l'assistenza sanitaria sia messa a disposizione dei cittadini senza imporre ulteriori gravami e ostacoli a chi deve già sopportare il peso della malattia propria o di un familiare?".
- Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche: "che priorità assumono, nell'azione generale delle Aziende sanitarie, le politiche relative alla prevenzione dei rischi e degli effetti indesiderati delle cure mediche, alla riduzione del dolore e dell'impatto sulla vita quotidiana dei malati e delle loro famiglie?".
- Il terzo tipo di rapporto fra cittadini e il servizio sanitario riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi se "la partecipazione dei cittadini è una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o resta un rituale democratico utile al massimo per favorire una maggiore correttezza formale delle attività aziendali?".
- Infine, il cittadino risiede in un determinato territorio nel quale possono insorgere specifici problemi; è quindi necessario verificare "quali risposte tempestive e pertinenti l'Azienda è in grado di dare a un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?".

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fa sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande. La loro formulazione mette però a disposizione indicazioni importanti, forse insostituibili, per la selezione dei temi da includere nell'audit civico e dei dati da raccogliere.

Confrontarsi con la prima domanda, e cioè l'orientamento delle Aziende sanitarie verso i cittadini, significa indagare su che cosa si sta facendo per:

- facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, eliminando le barriere fisiche (disponibilità di mezzi pubblici, barriere architettoniche, ecc.), organizzative (Centri unificati di prenotazione, liste di attesa, ecc.) e informative;
- garantire una buona informazione sui servizi;
- favorire le azioni di tutela dei diritti;
- rendere disponibile e utilizzabile la documentazione sanitaria;
- rendere confortevoli e accoglienti le strutture;

- adeguare l'organizzazione e i comportamenti alle esigenze di rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati;
- in generale migliorare la qualità dei servizi.

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 errori nella pratica medica e assistenziale, le misure per la riduzione 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 formulazione e nella valutazione delle politiche aziendali - è meno immediata. L'occasione dell'audit civico permette comunque di fare il punto sulla situazione dell'attuazione di alcune disposizioni legislative - come la presenza di rappresentanti dei cittadini nei Comitati etici per la valutazione delle sperimentazioni, nei Comitati per il buon uso del sangue e nelle Commissioni miste conciliative -, sulla capacità di superare la soglia della occasionalità nei rapporti fra Aziende e organizzazioni civiche e, infine, sulla capacità di dare a tutto questo sistema di rapporti un respiro strategico o almeno non puramente formale.

La quarta domanda è tecnicamente indeterminata per l'evidente motivo che non è possibile prevedere quali siano i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti. Non è possibile individuare a priori i parametri da utilizzare per la valutazione (e, a tutt'oggi non è ancora stata fatta un'analisi sistematica delle esperienze realizzate nel 2001 e nel 2002), ma questo ovviamente non impedisce alle realtà locali di formulare giudizi pertinenti e motivati.

### **3.3. Riferimenti teorici e metodologici**

L'audit civico integra (o tenta di integrare) tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità.<sup>52</sup>

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita (Moro, 1998). Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari relativi alle strutture della valutazione, alla definizione operativa dei cicli e degli strumenti di raccolta dei dati e di produzione delle informazioni, all'interpretazione dei risultati.

Il secondo approccio è dato dai contenuti del DPCM del maggio 1995 sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini un'autonoma e significativa attività di valutazione dei servizi ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale attività. Ai fini dello sviluppo dell'audit civico, assume una

---

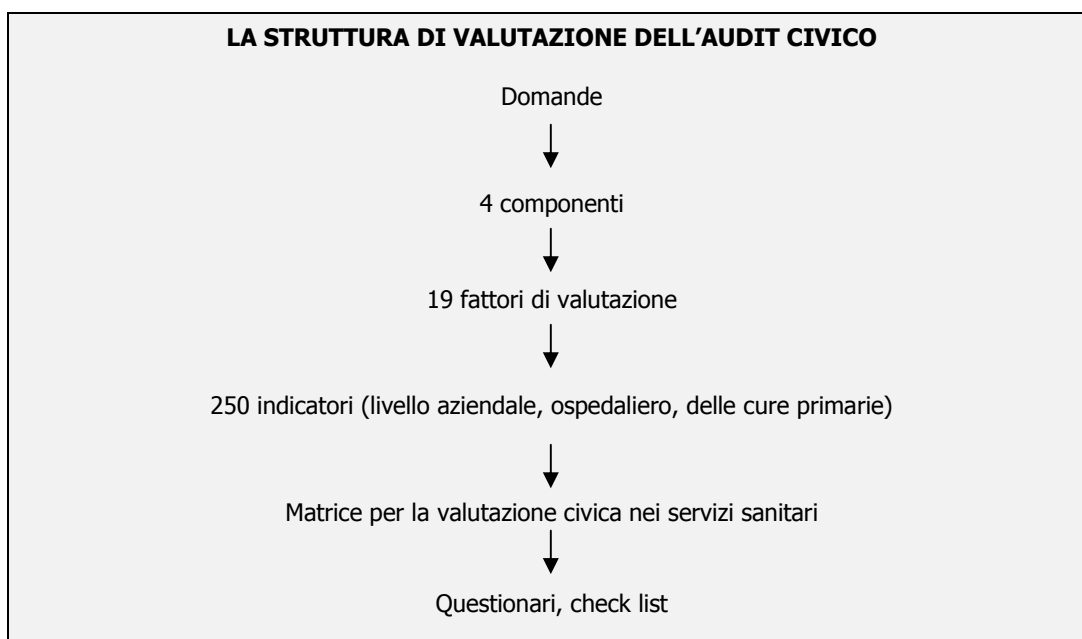
<sup>52</sup> Per una illustrazione più analitica degli aspetti metodologici, vedi Lamanna, Terzi, 2005.

particolare rilevanza il concetto di fattore di qualità inteso come "aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie". In questo modo diviene possibile scomporre l'esperienza dei cittadini in segmenti significativi e descrivibili con insiemi di indicatori qualitativi e quantitativi che permettono di passare da valutazioni di tipo soggettivo o occasionale a una valutazione sistematica e fondata su dati rigorosamente riscontrabili.

Le procedure della qualità hanno messo a disposizione due contributi. In primo luogo, hanno fornito una chiave per interpretare l'attività ordinaria di interlocuzione fra il Tribunale per i diritti del malato e le Direzioni aziendali e per definire le modeste correzioni necessarie per favorire una maggiore integrazione con i processi di controllo e di miglioramento. Il secondo contributo, dato dalla metodologia del *benchmarking*, ha permesso di definire un insieme di *performance* che rendono possibile la comparazione fra le Aziende e quindi aumentano la significatività della valutazione.

### 3.4. La struttura di valutazione dell'audit civico

Con il contributo di un Tavolo tecnico di lavoro per l'audit civico<sup>53</sup> e a partire da un progetto elaborato da Alessandro Lamanna e Alessio Terzi, è stata messa a punto una struttura articolata in componenti, fattori, indicatori.



<sup>53</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, da rappresentanti di Astra Zeneca 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:

1. 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.);
2. l'impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario;
3. il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali;
4. 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 componenti sono articolate in fattori di valutazione, secondo il seguente schema.

1. 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
2. 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
3. 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 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 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 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 sanitaria;
- 5 diverse *check list* per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari).

### **3.5. 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".

Alla base del *benchmarking* c'è la costruzione di un grafico che mostra i valori dell'indice di adeguamento agli standard (IAS) che ciascuna Azienda sanitaria ha ottenuto per ognuno dei fattori di valutazione considerati.

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, ogni équipe può:

- 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*.

### ***Il calcolo dello IAS (indice di adeguamento agli standard)***

Attraverso il calcolo dell'indice di adeguamento agli standard (IAS) è possibile fornire informazioni di carattere più generale sui fattori e sulle componenti presi in considerazione. Lo 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:

- definizione degli indicatori del fattore considerato;
- comparazione delle situazioni rilevate per ogni singolo indicatore con il relativo standard di riferimento;
- attribuzione a 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;
- pesatura, ove necessario, degli indicatori, sulla base della loro rilevanza;
- calcolo della media aritmetica dei valori attribuiti agli indicatori.

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

Il calcolo dello 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 di 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*.

## **3.6. L'aggiornamento della metodologia**

La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna si è svolta nel periodo di transizione fra la fase di laboratorio del metodo e la sua messa a regime ed è stata la prima applicazione regionale strutturata. Il confronto sistematico con il gruppo di regia, l'interpretazione delle difficoltà emerse nella fase applicativa e l'osservazione degli aspetti partecipativi e delle azioni finali hanno fornito importanti spunti di riflessione che insieme all'analisi degli altri cicli regionali e delle migliori pratiche di applicazione<sup>54</sup> sono stati alla base della riprogettazione dell'audit civico realizzata nell'ambito dell'accordo con il Ministero della salute.

---

<sup>54</sup> In particolare quella della ASL di Nuoro, premiata anche alla 5<sup>th</sup> Quality Conference for public administration in EU, Parigi, 20-22 ottobre 2009.

La riprogettazione ha riguardato sia gli aspetti procedurali, per rafforzare l'autonomia e il ruolo delle équipes locali, sia la struttura di valutazione.

### ***Il rafforzamento delle équipes locali***

Il rafforzamento delle équipes locali è sostenuto da quattro insiemi di azioni.

Il primo riguarda lo sviluppo della partecipazione a garanzia delle due caratteristiche fondamentali che un audit civico deve assicurare: l'effettiva rappresentazione del punto di vista del cittadino e la trasparenza del processo di valutazione. Gli strumenti minimi sono l'emissione di bandi pubblici che consentono a tutti i cittadini interessati di entrare nelle équipes operative, la pubblicizzazione del piano locale di applicazione, l'esplicita approvazione dei documenti finali da parte di tutti i componenti dell'équipe, ecc. Il confronto con le normative regionali sulla partecipazione può offrire ulteriori opportunità.

Una seconda area di intervento riguarda la possibilità di gestire con maggiore autonomia - grazie a un *software* adeguato e alla prossima creazione di una sezione interattiva nel sito di Cittadinanzattiva - la progettazione delle applicazioni locali, la predisposizione degli strumenti e la gestione dei dati. L'obiettivo finale è consentire ai gruppi locali non soltanto di selezionare le strutture da sottoporre ad analisi ma anche di scegliere i fattori di valutazione all'interno di un set omogeneo in funzione delle problematiche locali, senza perdere la possibilità di accedere al *benchmarking*.

Un terzo campo di intervento mira a favorire la comunicazione circolare fra tutti i gruppi locali, con l'utilizzazione dell'area interattiva del sito. L'obiettivo è sviluppare un ambiente dell'audit civico non condizionato dalla comunicazione verticale con Cittadinanzattiva e di promuovere la circolazione delle *best practice*.

Una quarta serie di azioni concerne il sostegno tecnico e metodologico alle azioni finali allo scopo di dare un seguito operativo concreto e accertabile agli esiti della valutazione civica. È stata verificata, a questo proposito, la possibilità di mutuare dalle procedure della qualità, la definizione dei documenti finali (analisi dei dati, verbale di valutazione, programma di eliminazione delle non conformità, piano delle azioni correttive).

### ***La revisione della struttura di valutazione***

La struttura descritta nel paragrafo precedente è, nella sua sostanza, l'impianto originario dell'audit civico prodotto nel 2001. Nel quadro dell'accordo con il Ministero e per le evidenti necessità di adeguamento, nel 2008 è stata messa a punto una nuova struttura di valutazione.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> La revisione è stata guidata dal direttore scientifico Alessandro Lamanna, con la collaborazione di Michela Liberti con un gruppo di lavoro costituito da Sara Baruzzo (Azienda USL di Reggio Emilia), Rosanna Cerri e Carolina Devardo (Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino), Andrea Gardini (presidente Siquas), Giorgio Simon (Agenzia regionale del Friuli Venezia Giulia) e la consultazione a distanza di vari responsabili locali dell'audit civico. La struttura risultante è stata validata dal Comitato paritetico di guida del progetto Audit civico

Le tre componenti sono rimaste inalterate, così come i livelli di applicazione. È variata invece l'articolazione in fattori di valutazione, secondo il seguente schema:

1. I COMPONENTE "Orientamento al cittadino"

*elenco dei fattori di valutazione:*

- accesso alle prestazioni sanitarie
- tutela dei diritti e miglioramento della qualità
- personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie
- informazione e comunicazione
- comfort - prestazioni alberghiere

2. II COMPONENTE "Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"

*elenco dei fattori di valutazione:*

- sicurezza dei pazienti
- sicurezza delle strutture e degli impianti
- malattie croniche e oncologia
- gestione del dolore
- prevenzione

3. III COMPONENTE "Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali"

*elenco dei fattori di valutazione:*

- attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti
- altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/Azienda

Nella matrice degli indicatori sono state operate sostituzioni, integrazioni e correzioni finalizzate a migliorare la qualità degli indicatore secondo 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;

---

costituito da Alessandro Ghirardini, Paolo d'Argenio e Giovanni Nicoletti, per il Ministero della salute e da Teresa Petrangolini e Alessio Terzi per Cittadinanzattiva. Il comitato paritetico ha avuto la consulenza di Piera Poletti e, per la prevenzione, dei responsabili del progetto Passi.



- rilevabilità, cioè possibilità di raccogliere l'informazione attraverso l'osservazione diretta o la formulazione di domande a interlocutori qualificati (Direttore generale, Direttori sanitari, ecc.), nei tempi e con i costi compatibili con il programma di valutazione.

Per ogni fattore di qualità delle tre componenti esaminate è calcolato il valore dell'indice di adeguamento agli standard (IAS); ogni valore calcolato è ricondotto agli intervalli di seguito indicati:

eccellente	IAS = 100-91
buono	IAS = 90-81
discreto	IAS = 80-71
mediocre	IAS = 70-61
scadente	IAS = 60-41
pessimo	IAS = 40-0

Si sottolinea che il *range* individuato è difforme da quello utilizzato finora per i rapporti nazionali e si presta meglio alla descrizione del sistema emiliano-romagnolo caratterizzato da valori degli IAS generalmente spostati verso l'alto.

L'indice di adeguatezza (valore da 0 a 100) esprime in quale misura l'Azienda, in relazione al fattore (es. accesso ai servizi, informazione, ecc.) e al livello considerato (Azienda in generale, ospedali, poliambulatori, ecc.), rispetta gli standard proposti. Gli standard sono intesi secondo la definizione data dalla JCAHO<sup>56</sup> e quindi come "insieme di aspettative circa le *performance*, le strutture e i processi delle strutture sanitarie". In questo caso le aspettative sono state determinate secondo le indicazioni della legislazione nazionale e regionale e i documenti di organizzazioni scientifiche (linee guida) e di organizzazioni dei cittadini (Carte dei diritti del malato).

---

<sup>56</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*, 1996.



## 4. Uno sguardo d'insieme al sistema regionale dell'Emilia-Romagna<sup>57</sup>

Questo Capitolo presenta i principali risultati della rilevazione effettuata presso le strutture aziendali della Regione Emilia-Romagna. Nella prima parte vengono illustrati i punti di forza e di debolezza del livello aziendale, successivamente dell'assistenza ospedaliera e infine dell'assistenza delle cure primarie. In conclusione viene proposto uno sguardo d'insieme frutto del *benchmarking* regionale.

### 4.1. Le Aziende

Il sistema delle Aziende può essere considerato da due punti di vista. Il primo è quello fornito dal quadro di insieme dei fattori di valutazione compresi nello specifico livello previsto dalla struttura di valutazione per le politiche aziendali. Il secondo punto di vista è quello del governo generale del sistema di erogazione delle prestazioni nel livello delle cure primarie e dell'assistenza ospedaliera. Può essere utilizzato, a questo proposito, l'indice di adeguatezza agli standard calcolato a livello aziendale (e cioè come media degli indici che ogni singola Azienda raggiunge nei diversi fattori).<sup>58</sup>

Il quadro generale delle Aziende, disegnato con il primo punto di vista, è forte e omogeneo. Gli indici infatti raggiungono livelli di eccellenza in molti ambiti: accesso alle prestazioni e sicurezza delle strutture e degli impianti (dove raggiunge addirittura un valore uguale a 100), medicina del dolore, gestione del rischio clinico, malattie croniche e oncologia.

In altri fattori (tutela dei diritti, istituti di partecipazione e altre forme di partecipazione) lo IAS medio resta elevato ma le differenze fra le Aziende sono più marcate .

Come è facile constatare, gli ambiti meno forti sono quelli in cui i cittadini intervengono come soggetti dotati di un'autonoma capacità di interlocuzione, con la quale

---

<sup>57</sup> A cura di Alessio Terzi e Michela Liberti.

<sup>58</sup> È tuttavia indispensabile ricordare che tale valore si riferisce alla situazione concretamente presa in esame dalle *équipe* locali e non può essere meccanicamente trasferito all'intera Azienda. I gruppi locali infatti, nel rispetto di alcune semplici regole, erano liberi di scegliere le realtà aziendali da sottoporre all'audit civico sulla base di criteri di priorità e di previsioni di effetti che, evidentemente, potevano variare sensibilmente da zona a zona. Essendo l'audit stesso uno strumento di valutazione dei servizi animato dalla cittadinanza attiva che si pone come obiettivo prioritario il miglioramento concreto della specifica realtà. L'adozione di una struttura di valutazione comune consente di arricchire la valutazione locale con il *benchmarking* e di trarre da questo considerazioni di valore generale.

evidentemente alcune Aziende stentano ad interagire, forse perché non preparate o forse perché non assegnano alla questione una priorità elevata.

Se si considera il secondo punto di vista - le capacità di governo del sistema di erogazione delle prestazioni - le realtà esaminate dall'audit civico si dividono in tre gruppi.

Il primo gruppo - che comprende due realtà aziendali - potrebbe essere definito di eccellenza. Lo IAS medio delle Aziende è superiore a 90 e anche i punteggi dei singoli fattori sono normalmente elevati, con due soli punti di debolezza: la documentazione sanitaria (in entrambe le Aziende), il rispetto dell'identità personale (un'Azienda) e il comfort (l'altra Azienda).

Il secondo gruppo è il più numeroso e comprende otto situazioni che possono essere considerate buone (cioè con uno IAS compreso fra 80 e 90). I valori dell'indice si mantengono generalmente su valori elevati negli ambiti delle politiche sanitarie (*risk management*, sicurezza strutturale, medicina del dolore, malattie croniche e oncologia) e della partecipazione dei cittadini. Meno brillanti sono invece le *performance* dell'orientamento ai cittadini, con ben 10 casi in cui il valore dello IAS scende a livelli scadenti (al di sotto di 60):

- nel fattore delle relazioni sociali, in 4 Aziende;
- nel fattore della documentazione sanitaria, in 4 Aziende;
- nell'informazione logistica e sanitaria, in 1 Azienda;
- nella tutela dei diritti, in 1 Azienda.<sup>59</sup>

Il terzo gruppo - composto dalle restanti tre realtà - presenta valori discreti (da 70 a 80) dello IAS. I valori dell'indice restano mediamente elevati nella componente delle politiche sanitarie.<sup>60</sup> Anche in questo caso, più precario è l'orientamento ai cittadini, per il quale in 11 casi si raggiungono livelli scadenti:

- 1 volta nelle relazioni sociali;
- 1 volta nell'informazione logistica e sanitaria;
- 1 volta nel comfort;
- 1 volta nel supporto ai malati e alle loro famiglie;
- 3 volte (e cioè in tutte le realtà coinvolte) nella documentazione sanitaria e comunicazione fra medici curanti;
- 2 volte nella tutela dei diritti;
- 2 volte nei programmi di miglioramento della qualità.

In questo gruppo si abbassano anche i valori dello IAS nella componente del coinvolgimento dei cittadini, con un caso di valore scadente dell'indice relativo agli istituti di partecipazione.

---

<sup>59</sup> Una realtà, compresa in questo gruppo, si discosta da questo quadro generale e presenta un eccellente IAS nell'orientamento ai cittadini e un valore decisamente scadente nella medicina del dolore.

<sup>60</sup> Fa eccezione un'Azienda, che presenta uno IAS scadente nella medicina del dolore -

In sintesi il sistema delle Aziende può essere considerato un punto di forza del sistema: in misura più elevata per quanto concerne le politiche che fanno capo direttamente alle direzioni, in misura minore per quanto riguarda la guida operativa dei servizi.

## 4.2. L'assistenza ospedaliera

Anche questo livello può essere analizzato da due punti di vista. Uno è quello proposto dal quadro di insieme dei fattori di valutazione compresi nello specifico livello dell'assistenza ospedaliera. L'altro è definito dalle *performance* dei diversi ospedali, calcolato con la stessa procedura utilizzata per gli IAS aziendali e da utilizzare con le stesse cautele.

Il quadro di insieme dei fattori di valutazione è meno forte e omogeneo di quello delle politiche aziendali. Il campo di variabilità infatti aumenta e si registrano anche fattori mediocri.

Un primo gruppo di fattori che si colloca nel campo di eccellenza (IAS superiore a 90) è costituito da supporto ai malati e alle loro famiglie, sicurezza delle strutture e degli impianti, gestione del rischio clinico. Anche il campo di variabilità delle specifiche *performance* resta contenuto, in particolare nel *risk management*.<sup>61</sup>

Un secondo gruppo - rispetto dell'identità personale, assistenza alla persona, programmi di miglioramento della qualità e comfort - si assesta su valori decisamente buoni (fra 81 e 90) e anche la variabilità è ridotta.

Nel terzo gruppo di fattori di valutazione, i valori medi degli IAS restano ancora discreti ma per effetto di due dinamiche diverse. Nel caso dell'informazione logistica e sanitaria è l'effetto di una situazione alquanto omogenea; per la tutela dei diritti invece, gli indici delle diverse strutture sono ampiamente variabili.

Nell'ultimo gruppo - relazioni sociali, documentazione sanitaria e comunicazione fra i medici curanti, a un giudizio valore mediocre. Nel caso della documentazione sanitaria ciò rivela una mediocrità diffusa; per gli altri due fattori invece, a situazioni di completo rispetto degli standard si affiancano realtà scadenti.

Considerando l'insieme degli ospedali dal secondo punto di vista - le *performance* aziendali<sup>62</sup> -, si riscontrano di nuovo tre tipi di situazioni.

Due ospedali superano la soglia complessiva dell'eccellenza, con numerosi fattori in cui lo IAS raggiunge 100 (medicina del dolore, sicurezza strutturale, miglioramento della

---

<sup>61</sup> Vale la pena rilevare che, ancora una volta, i punti di forza si collocano negli ambiti di attività che fanno più direttamente capo alle Direzioni.

<sup>62</sup> È necessario precisare che la tipologia degli ospedali considerati è estremamente variabile; comprende infatti sia realtà minori (come Fidenza, Scandiano e Vignola), sia complessi di eccellenza come il Sant'Anna di Ferrara o il Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Il valore degli IAS rilevati comunque non corrisponde pedissequamente a quello dell'importanza degli ospedali.

qualità, supporto ai degenti, gestione del rischio, malattia croniche e oncologia, tutela dei diritti), ma con una criticità nelle relazioni sociali.

Il secondo gruppo è il più numeroso - 5 ospedali -, si attesta sui valori buoni (IAS compreso fra 81 e 90) e raggiunge più volte il completo conseguimento degli standard in:

- rispetto dell'identità personale (1 ospedale);
- relazioni sociali (2 ospedali);
- supporto ai malati e alle famiglie (2 ospedali);
- tutela dei diritti (4 ospedali);
- miglioramento della qualità (2 ospedali);
- gestione del rischio clinico (3 ospedali);
- sicurezza delle strutture e degli impianti (2 ospedali);
- malattie croniche e oncologia (2 ospedali).

In questo secondo gruppo sono da segnalare alcune situazioni critiche in cui lo IAS scende sotto il valore di 60: nella medicina del dolore (3 ospedali), nelle relazioni sociali (1 ospedale), nella tutela dei diritti (1 ospedale), nella documentazione sanitaria e nella comunicazione fra i medici curanti (1 ospedale).

Anche nel terzo gruppo dei tre ospedali discreti si registrano alcune situazioni di completo rispetto negli standard:

- nel supporto ai malati e alle famiglie (2 ospedali);
- nella sicurezza strutturale (1 ospedale);
- nella gestione del rischio clinico (1 ospedale).

Vi sono anche in questo caso delle variazioni in merito alle relazioni sociali (2 volte), al rispetto dell'identità personale, all'accesso alle prestazioni, alla tutela dei diritti, alla medicina del dolore, alla documentazione sanitaria e alla comunicazione fra i medici curanti.

### **4.3. Le cure primarie**

I comportamenti delle realtà considerate nel livello delle cure primarie sono alquanto differenziati. Da una parte, il sistema dei Distretti e dei poliambulatori presenta punti di debolezza, dall'altra l'assistenza ai soggetti fragili (CSM e SerT) tende a mantenersi su livelli buoni. È quindi sembrato opportuno procedere a due trattazioni separate e integrare l'analisi con un paragrafo riservato all'assistenza domiciliare.

#### ***Il sistema dei Distretti e dei poliambulatori***

In questo ambito un solo fattore raggiunge valori di eccellenza (la sicurezza strutturale nei Distretti). Un solo altro fattore (accesso alle prestazioni), in entrambe le strutture, presenta un indice medio di adeguatezza mediamente buono sia nei Distretti che nei poliambulatori. Gli indicatori - non compresi nel calcolo degli standard - sulla organizzazione dei professionisti (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)

e sulle liste di attesa mettono in evidenza sensibili diversità fra Distretto e Distretto, e invitano a considerare con prudenza il giudizio.

Anche alcuni elementi di contesto sono da tenere in considerazione per la lettura dei risultati, come il fatto che una parte considerevole delle strutture monitorate è ubicata in piccoli centri ed è di dimensioni ridotte.

Inoltre le valutazioni sono il risultato di un fattore composto da pochi indicatori (talvolta uno soltanto) e, quindi, ogni situazione deve essere verificata con estrema attenzione, in quanto può risultare critica per quell'elemento di valutazione e non per altri che non sono stati considerati.

Rispetto agli indicatori rilevati risultano discreti il comfort e la tutela dei diritti nei Distretti ma non nei poliambulatori; risultano mediocri l'informazione logistica e sanitaria, il supporto ai malati e alla loro famiglie e i programmi di miglioramento della qualità; è scadente la comunicazione fra i medici curanti nei poliambulatori.

In particolare sembra emergere una diffusa debolezza strutturale dei poliambulatori. Riaccorrendo alcuni indicatori distribuiti nei diversi fattori si rileva che:

- nel 10% dei casi sono presenti barriere architettoniche agli ingressi;
- in 13 strutture mancano i bagni per disabili;
- la dotazione di sale di attesa è incompleta: spesso si attende nei corridoi;
- in sei situazioni sono stati segnalati segni di faticenza;
- in più di un terzo delle strutture la segnaletica di sicurezza è incompleta.

### ***L'assistenza ai soggetti fragili - CSM e SerT***

Questo settore delle cure primarie, considerato con gli indicatori dell'audit civico, consegue *performance* migliori del precedente:

- la tutela dei diritti e l'attenzione alla qualità raggiungono livelli di eccellenza con uno IAS superiore a 90: per la qualità il risultato è in buona parte dovuto allo svolgimento abbastanza sistematico di indagini sui bisogni e ai rapporti con il settore no profit;
- sono buoni (IAS da 81 a 90) i fattori relativi all'accesso alle prestazioni, al rispetto dell'identità personale - particolarmente rilevante in questo ambito - e alla sicurezza delle strutture;
- discreti (IAS da 71 a 80) risultano il supporto ai malati e alle famiglie e l'informazione logistica e sanitaria; questo esito fa supporre un deficit di investimento sulle risorse delle famiglie;
- il comfort è mediocre, il che potrebbe evidenziare un problema strutturale analogo a quelle dei poliambulatori (come parrebbe confermare la diffusa assenza di bagni per disabili);
- risulta scadente la comunicazione fra i medici curanti (territorio, ospedale).

Gli elementi di valutazione e gli standard utilizzati sono ridotti ma si può affermare che il sistema sanitario regionale riserva una buona attenzione all'assistenza ai soggetti fragili.

### ***L'assistenza domiciliare***

L'assistenza domiciliare è giustamente considerata un'area strategica di sviluppo dei servizi sanitari e merita una considerazione particolare. È sembrato opportuno quindi riaccorpere in un quadro di insieme 18 indicatori distribuiti nei vari fattori, che possono sostenere una valutazione - sicuramente parziale ma comunque significativa - del servizio.

La medicina del dolore raggiunge livelli di adeguatezza decisamente superiori a quelli riscontrati negli ospedali.

I tempi di attesa fra domanda e attivazione del servizio indicati nel capitolo precedente sono estremamente contenuti e quindi sembra giusto considerare buono l'accesso al servizio, richiamando però due considerazioni critiche e cioè l'eccessiva variabilità dell'organizzazione dell'attività dei medici di medicina generale e, soprattutto, le ricorrenti difficoltà nel garantire la tempestiva fornitura di protesi e ausili.

È discreta l'organizzazione generale per le malattie croniche e per l'oncologia, ma resta troppo basso il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di protesi e ausili (praticato solo in un terzo delle realtà) e anche l'attenzione alla semplificazione delle procedure di accesso a tali presidi (assente nel 30% delle Aziende).

Risultano scadenti la consegna a domicilio dei referti medici e il supporto ai malati e alle famiglie, per la diffusa carenza di assistenza psicologica ma anche per l'assenza (sia pure circoscritta a due Distretti) del servizio di consulenza telefonica per i pazienti oncologici e i loro famigliari.

È critico lo stato dell'informazione e della verifica del punto di vista degli utenti sul funzionamento del servizio. È da rilevare che la valutazione si basa su standard (invio ai MMG di opuscoli informativi sull'ADI da mettere a disposizione negli studi, disponibilità nella sede del Distretto di un opuscolo informativo sulle modalità di richiesta dell'ADI, disponibilità nella sede del Distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e l'autorizzazione degli ausili, linee di comportamento per il personale per garantire l'informazione sul piano assistenziale e sull'andamento clinico-terapeutico) che non rispondono alla modalità di funzionamento e di attivazione del servizio previsto in Emilia-Romagna, per cui come anche in altri fattori viene rilevata una disfunzione che non corrisponde pienamente.

Se si considera lo sviluppo di questa parte del servizio sanitario quale punto di partenza, ciò che sta emergendo è sicuramente apprezzabile.



## 5. Considerazioni sugli esiti del *benchmarking*<sup>63</sup>

### *Un sistema forte ma ancora molto variabile*

Il servizio sanitario dell'Emilia-Romagna si colloca decisamente al di sopra della media nazionale. Confrontando i giudizi basati sugli IAS emessi con l'audit civico regionale con gli analoghi giudizi emessi al termine del contemporaneo ciclo nazionale si constata che per 26 volte il sistema emiliano-romagnolo supera la media nazionale, per 16 volte resta pari e solo due giudizi sono peggiori.<sup>64</sup>

La mappa delle situazioni concrete con cui i cittadini entrano in contatto presenta ancora una grande variabilità.

Per una rappresentazione più quantitativa del fenomeno si può utilizzare la seguente tabella che incrocia gli IAS - raggruppati in tre classi:

- eccellenza (valori pari a 91 e oltre);
- situazioni buone e discrete (valori da 71 a 90);
- area critica (valori inferiori a 71)

- con i valori del campo di variabilità dei fattori corrispondenti, anch'essi suddivisi in tre classi:<sup>65</sup>

- bassa, con campo di variabilità da 0 a 33;
- media, con campo di variabilità da 34 a 66;
- alta, con campo di variabilità da 67 a 100.

**Tabella 11.** Distribuzione degli IAS per classe di merito e indice di variabilità

Indice di adeguatezza	Variabilità		
	Bassa	Media	Alta
Eccellente	8	0	0
Buono/discreto	14	8	3
Criticità	2	3	6

<sup>63</sup> A cura di Alessio Terzi e Michela Liberti.

<sup>64</sup> Il confronto è stato effettuato sulla base dei valori assoluti degli IAS calcolati nell'applicazione regionale e quelli rilevati nei cicli nazionali conclusi al termine del 2005.

<sup>65</sup> Il campo di variabilità è stato calcolato, come d'uso, come differenza fra valore massimo e valore minimo degli IAS. Per maggiore precisione, in realtà l'indice di variabilità è stato calcolato con la classica formula statistica, suddividendo i valori ottenuti in tre campi che con poche eccezioni si sovrappongono a quelli del campo di variabilità.

Emerge un'area solida costituita da 22 indicatori, che riguardano in primo luogo l'accesso alle prestazioni, la sicurezza strutturale, le malattie croniche e l'oncologia e l'assistenza ospedaliera in generale (con l'esclusione della medicina del dolore e della tutela dell'identità personale). È un'area certamente cospicua, nella quale i cittadini incontrano normalmente una buona qualità del servizio ma possono talvolta imbattersi in situazioni critiche come l'impossibilità di prenotare telefonicamente, la sospensione di prenotazioni o percorsi complicati per accedere alle esenzioni e agli ausili.

All'estremo opposto, è presente l'incertezza sulle modalità di funzionamento dei servizi in ambiti come le relazioni sociali negli ospedali, la comunicazione fra i medici curanti, le informazioni e il supporto ai malati disponibile presso i servizi territoriali, la stessa medicina del dolore negli ospedali. Sembrano ambiti meno rilevanti rispetto a quelli citati in precedenza, che però incidono sensibilmente sui rapporti concreti che i cittadini instaurano con i servizi e rischiano di produrre una percezione di aleatorietà che si riflette sull'intero sistema.

### ***Investire sull'informazione***

Un modo per ridurre l'incertezza è, ovviamente, quello di migliorare l'informazione a tutti i livelli. È già stato osservato come, in assenza di opuscoli, bacheche e avvisi visibili e comprensibili, si possono creare situazioni artificiali di dipendenza dal personale, come quella di dovere dipendere dalla buona volontà di un infermiere per sapere l'orario di ricevimento dei medici. È del tutto evidente la contraddizione con la promozione dell'*empowerment* dei cittadini che sempre più spesso è considerato una risorsa strategica per uno sviluppo economicamente sostenibile dei servizi sanitari.

Un primo ed elementare livello di intervento è far fronte alle criticità rilevate, fra cui la deficitaria presenza delle bacheche nei reparti ospedalieri o la scarsità di opuscoli informativi sulle modalità di accesso ai servizi nei Distretti. È vero peraltro che talvolta l'assenza dello strumento informativo non è una banale dimenticanza ma il riflesso di una incertezza organizzativa, ma questo dovrebbe essere uno stimolo in più per intervenire.

Un secondo livello di intervento riguarda più direttamente l'*empowerment* del paziente. Il campo di azione in questo caso riguarda la diffusione generalizzata (più ancora che l'effettiva implementazione) di procedure per l'informazione sul piano di cura e sull'andamento della malattia per i malati in assistenza domiciliare e i loro parenti o per l'informazione sulle terapie del dolore negli ospedali. Il coinvolgimento operativo della cittadinanza attiva, in questo campo, è un'evidente risorsa strategica.

Un terzo livello riguarda la possibilità di sviluppare in modo informato il diritto di libera scelta e il governo delle liste di attesa, migliorando l'integrazione del sistema delle prenotazioni e proseguendo nella semplificazione, ove possibile, dei percorsi di diagnosi e cura.

### ***Un punto di forza da orientare***

Gli indici di adeguatezza più elevati fanno normalmente capo ai fattori che più direttamente dipendono dalle Direzioni delle Aziende e degli ospedali (procedure generali, strutture di accesso, sicurezza, ecc).

Si tratta di un evidente punto di forza del sistema che però non si estende automaticamente alle capacità di guida operativa dei servizi. Le situazioni maggiormente critiche (o comunque meno brillanti) riguardano generalmente l'area dei rapporti concreti fra i cittadini, i servizi sanitari e i professionisti.

Per colmare questo divario è necessario di nuovo un rapporto strategico che ampli le forme di ascolto e di coinvolgimento dei cittadini, per sviluppare il sistema di tutela dei diritti - sia nella sua capacità di dare risposte pertinenti e tempestive ai cittadini sia come strumento per stimolare il miglioramento dei servizi - insieme al monitoraggio sistematico.

A questo proposito un'area prioritaria di intervento è lo sviluppo dei servizi nel territorio, in considerazione del fatto che una parte sempre più consistente e qualificata delle prestazioni sanitarie viene erogata in questo ambito. Attraverso l'audit civico si rende evidente che questo settore è ancora debole ed è necessario farvi convergere maggiore attenzione da parte del sistema, dal punto di vista delle strutture, dell'organizzazione dei professionisti e dei canali di comunicazione fra i soggetti. Un simile *gap* non può essere superato senza un'ampia e consapevole partecipazione dei cittadini.



## **Parte III.**

# **Le fasi del percorso**



## 6. L'audit civico attraverso la voce dei protagonisti: le fasi dell'indagine e le peculiarità delle esperienze

### 6.1. L'avvio

#### *... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Piacenza* <sup>66</sup>

##### *Premessa*

In seguito alla decisione del Direttore generale dell'Azienda USL di Piacenza, in accordo con l'Esecutivo dei CCM, di aderire al progetto regionale di audit civico e dopo avere definito come ambito territoriale da monitorare il Distretto della Val d'Arda comprendente il presidio ospedaliero e i servizi territoriali, è stato nominato un gruppo promotore a livello aziendale per avviare le azioni necessarie a realizzare il progetto.

##### *Le fasi dell'avvio dell'audit civico*

##### *Il contesto*

Il gruppo promotore ha coinvolto in modo diretto il CCM locale per garantire una maggiore partecipazione del volontariato e di tutti i cittadini del territorio interessato al progetto.

Il gruppo promotore ha quindi convocato un primo incontro con il CCM della Val d'Arda per analizzare e comprendere la struttura di valutazione dell'audit Civico e definire l'ambito nel quale somministrare i questionari e le griglie previste. Si è deciso di sottoporre ad audit il presidio ospedaliero nel suo complesso, comprensivo quindi di tutte le UO di degenza, il Distretto con tutti i poliambulatori presenti sul territorio, il SerT e il CSM.

La scelta di utilizzare gli strumenti dell'audit civico rispetto presso il Presidio e il Distretto della Val d'Arda avrebbe permesso, attraverso un riscontro dei risultati dei questionari e delle griglie di primo livello (livello aziendale), un'analisi e un monitoraggio dei servizi in questo momento offerti in un'area ben definita.

La realizzazione dell'audit appariva inoltre opportuna poiché era realizzata nel momento in cui l'Azienda avviava il progetto di ristrutturazione e ampliamento dell'ospedale, che prevede la conclusione dei lavori e il funzionamento dell'immobile nel 2009 e che include l'accorpamento dei servizi territoriali e delle UO ospedaliere in unico complesso sanitario.

---

<sup>66</sup> A cura di Giovanni Ferrari.

L'audit rappresentava per l'Azienda e per i CCM uno strumento di coinvolgimento dei cittadini in un'indagine e un'opportunità per alcuni cittadini di approfondire e verificare direttamente il sistema sanitario locale e poter esprimere opinioni e osservazioni mirate ai temi trattati.

La promozione/comunicazione

Rispetto a quanto esposto, il gruppo promotore insieme al CCM della Val d'Arda ha definito un piano di comunicazione rivolto all'interno dell'Azienda e ai cittadini singoli e/o associati, che si può semplificare in tre fasi:

- prima fase: incontri mirati con i Direttori di UO, Responsabili di servizio, Direzione assistenziale, caposala e operatori sanitari e amministrativi, e passaggi sulla stampa locale per favorire la massima diffusione dell'informazione rispetto al progetto;
- seconda fase: invio dei questionari e delle griglie dell'audit ai Direttori di UO coinvolti e pubblicazione dell'inizio audit nella *newsletter* aziendale e *sanità*
- terza fase: organizzazione Assemblea generale con la Direzione generale e i dirigenti aziendali per la presentazione della relazione conclusiva dell'équipe locale. Pubblicazione della relazione sulla *newsletter* aziendale e sui quotidiani locali.

L'attenzione è quindi passata a come realizzare l'audit e a chi avrebbe dovuto realizzarlo.

La scelta sul "chi coinvolgere" e "come" all'interno e fuori dall'Azienda

Il gruppo promotore, supportato dal responsabile aziendale designato dal Direttore generale, si è impegnato nella costituzione della équipe locale, che doveva essere in grado di gestire e rendere operativi gli strumenti previsti dal sistema di rilevazione degli indicatori dell'audit civico.

Per la parte aziendale il gruppo promotore ha indicato come componente la responsabile assistenziale del Presidio ospedaliero, coadiuvata da una operatrice della direzione assistenziale del Distretto e dall'operatrice dello sportello URP locale. La scelta è stata motivata dalla garanzia di coinvolgimento della direzione di presidio e di Distretto, dalle competenze di queste operatrici sull'organizzazione aziendale e dalle loro capacità relazionali.

Per la componente civica la decisione del gruppo è stata quella di coinvolgere non solo il volontariato presente nei CCM ma anche singoli cittadini attraverso un bando pubblico di reclutamento di cittadini volontari. Il bando, definito sulla base delle indicazioni regionali, è stato esposto presso i punti di accesso alle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali con l'enunciazione degli obiettivi del progetto di audit civico e il modulo per la domanda con specificate le modalità di inoltro della domanda stessa. Le domande presentate sono state sette; un cittadino ha successivamente ritirato la domanda per problemi famigliari. La componente civica dell'équipe locale risultava quindi composta da: due esponenti del CCM, tre iscritti ad associazioni di volontariato e un cittadino interessato al progetto.

L'équipe locale al completo ha potuto riunirsi per approfondire le conoscenze del percorso dell'audit e organizzarsi per la sua realizzazione. L'organizzazione dell'équipe locale



rappresentava un punto essenziale per la riuscita del progetto: definire i ruoli, i compiti e le azioni.

L'assemblea del CCM della val d'Arda di concerto con l'équipe locale, con il supporto del responsabile aziendale, hanno nominato due referenti per la realizzazione dell'audit:

- la responsabile assistenziale del presidio, per garantire l'organizzazione e la realizzazione dei percorsi previsti dall'audit;
- un cittadino volontario esperto, come rappresentate del gruppo civico e come portavoce del gruppo agli incontri con i dirigenti aziendali, avendo partecipato al precedente audit svolto nel 2003.

L'azione necessaria che doveva essere ancora realizzata per l'avvio dell'audit civico era la formazione dei volontari. I referenti dell'audit, coadiuvati dal responsabile aziendale, hanno definito e programmato il percorso formativo, organizzato in 3 incontri:

- presentazione dell'audit civico e delle sue finalità;
- contenuti tematici ed esercitazioni sulla relazione interpersonale e dinamiche di gruppo nella realizzazione dell'audit civico, e sviluppo dell'audit per l'Azienda nel complesso delle attività di *customer satisfaction*;
- struttura organizzativa aziendale - esercitazione sui questionari e sulle griglie.

Il percorso formativo è terminato il 6 ottobre 2005 e l'équipe locale, che con il percorso formativo aveva rafforzato le proprie relazioni interne, si è organizzata in 3 gruppi, tutti composti da un rappresentate aziendale e da due rappresentanti della componente civica per le visite nelle UO e nei Servizi; per gli incontri con la Direzione generale e i Direttori di Distretto e di Presidio è stata decisa la presenza di tutti i componenti dell'équipe locale e del responsabile aziendale dell'audit.

Il percorso di avvio era stato completato con quest'ultima decisione avvenuta il 12 ottobre 2005 e l'équipe locale era pronta per la fase operativa di rilevazione dell'audit civico.

#### Punti di attenzione e riflessioni

Alcune osservazioni vengono spontanee sul percorso di avvio e rappresentano un valore importante di partecipazione dei cittadini:

- presa di coscienza dei volontari della complessità del sistema sanitario e delle attenzioni poste nelle procedure che garantiscono il livello delle prestazioni offerte;
- possibilità di coinvolgimento dei livelli dirigenziali nelle relazioni che si instaurano nel percorso;
- capacità di affrontare, con argomentazioni appropriate derivanti da un base formativa mirata dei cittadini competenti, le tematiche dei percorsi di salute per i cittadini;
- attività formativa in grado di aggregare.

La struttura dell'audit civico è stata vista come strumento funzionale ai fini di percorsi di miglioramento, con ridondanza di indicatori ritenuti da molti un po' obsoleti.

### **... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Rimini**<sup>67</sup>

#### *Introduzione*

L'Azienda USL di Rimini è l'ente strumentale attraverso il quale la Regione assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza nell'ambito territoriale di Rimini.

L'Azienda è stata istituita con Deliberazione della Giunta regionale n. 2450 del 7/6/1994; ai sensi dell'art. 3 comma 1-bis del DLgs n. 229/1999 ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. L'Azienda USL di Rimini ha un ambito territoriale che comprende i comuni di Bellaria-Igea Marina, Poggio Berni, Rimini, Santarcangelo di Romagna, Torriana, Verucchio, Cattolica, Coriano, Gemmano, Misano Adriatico, Mondaino, Montecolombo, Montefiore Conca, Montegridolfo, Montescudo, Morciano di Romagna, Riccione, Saludecio, San Clemente, San Giovanni in Marignano.

La sede legale dell'Azienda USL di Rimini è stabilita in via Coriano 38 a Rimini.

L'esperienza dell'audit civico è stata condotta sulle seguenti strutture:

- Direzione generale;
- Direzione del Presidio ospedaliero di Rimini;
- Direzioni dei due Dipartimenti Cure primarie dell'Azienda;
- Dipartimento di Salute mentale al suo completo;
- Unità operativa di oncologia.

La Direzione generale ha scelto di condurre l'audit civico su queste strutture in quanto erano trasversali a livello aziendale e presentavano recenti cambiamenti organizzativi. Il Dipartimento di Salute mentale era inoltre prossimo alla verifica esterna per l'accreditamento istituzionale da parte dell'Agenzia sanitaria regionale.

#### *La fase di avvio*

L'esperienza dell'audit civico ha preso avvio il 18 agosto 2004 con la decisione di aderire al progetto regionale dal titolo "Valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini". La preparazione delle attività di audit prevede la predisposizione del piano delle attività sul campo, specificando in particolare date, luoghi, tempi, oltre che obiettivi, finalità e criteri, l'assegnazione degli incarichi al gruppo di audit, tenendo conto delle competenze e del ruolo degli auditor, della corretta utilizzazione delle risorse, la preparazione dei documenti di lavoro.

Presso l'Azienda di Rimini la fase di avvio dell'audit civico è stata programmata attraverso una serie di azioni tra cui:

- comunicazione e coinvolgimento dei due Comitati consultivi misti aziendali;
- condivisione fra i componenti aziendali e i componenti dei CCM della decisione di coinvolgere Volontà Rimini (Centro di servizio a disposizione delle organizzazioni di volontariato, e da queste gestito con la funzione di sostenerne e qualificarne l'attività).

---

<sup>67</sup> A cura di Giorgio Zanzani.

È un'associazione formata da 67 associazioni di volontariato. Possono usufruire dei servizi offerti dal Centro tutte le associazioni di volontariato della Provincia di Rimini. Il Centro si rivolge anche a tutti i cittadini interessati ad avere informazioni sul mondo del volontariato e sui soggetti che vi operano);

- coinvolgimento di Volontà Rimini, che ha fornito 130 indirizzi di Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini a cui inviare il bando di adesione;
- pubblicizzazione del bando di adesione sui quotidiani e giornali settimanali locali da parte di Volontà Rimini;
- formulazione e invio del bando di adesione alle 130 Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini e ai componenti dei due CCM aziendali, da parte del gruppo locale;
- raccolta delle adesioni.

L'audit civico è coordinato dal responsabile aziendale del progetto - responsabile del Settore miglioramento continuo della qualità - che si è occupato della progettazione e della realizzazione delle operazioni e delle azioni necessarie allo svolgimento dell'audit civico, dalla fase d'avvio alla fase formativa, all'elaborazione del piano locale, alla realizzazione del programma di lavoro. Le azioni svolte dal responsabile aziendale sono state:

- partecipazione agli incontri regionali previsti;
- presentazione del progetto ai due CCM aziendali;
- gestione dei rapporti con Volontà Rimini;
- spedizione delle lettere contenenti il bando di adesione all'audit civico;
- programmazione delle riunioni necessarie per l'implementazione del progetto;
- riferimento per la raccolta delle adesioni dei volontari;
- collaborazione all'identificazione delle persone da inviare alla formazione regionale (tre persone hanno frequentato il corso regionale);
- organizzazione dell'incontro con i responsabili dell'Agenzia sanitaria regionale per il supporto e la valutazione del percorso individuato;
- collaborazione alle giornate di formazione locale (sono stati utilizzati gli strumenti e le *slide* messe a disposizione dall'Agenzia sanitaria regionale); pianificazione delle giornate di somministrazione dei questionari e delle griglie ai vari Direttori responsabili delle diverse UO/funzioni aziendali, inserendo i componenti delle associazioni più prossime alle UO indagate;
- collaborazione all'organizzazione del convegno di presentazione dell'audit civico a tutta l'Azienda USL (ampia affluenza dei dipendenti aziendali, presenti tutti i Direttori e dirigenti medici delle UO sottoposte ad audit).

La promozione

Una parte importante della fase d'avvio dell'audit civico è la sua promozione.

La promozione è stata effettuata dal responsabile aziendale in collaborazione con il gruppo locale dell'audit civico, ha avuto una durata complessiva di un mese, da fine aprile al 25 maggio. È stata realizzata attraverso l'utilizzo delle reti esistenti nell'organizzazione, tramite l'associazione Volontà Rimini a mezzo stampa sui quotidiani e settimanali locali e le TV locali.

L'obiettivo che la promozione si proponeva era la diffusione e divulgazione del progetto e il coinvolgimento delle associazioni. Al tal fine la promozione ha utilizzato differenti forme di diffusione e divulgazione tra cui:

- pubblicazione del bando di adesione nella *homepage* del sito dell'Azienda USL di Rimini;
- spedizione del bando di adesione a tutti i dipendenti tramite posta elettronica;
- spedizione di 164 lettere per il coinvolgimento delle Associazioni (Volontà Rimini ha fornito 130 indirizzi di Associazioni di volontariato, Terzo settore, ecc.);
- coinvolgimento attivo dei due Comitati consultivi misti.

La promozione era finalizzata al coinvolgimento della cittadinanza, delle Associazioni di volontariato, delle Associazioni di tutela, del Terzo settore e dei dipendenti dell'Azienda USL di Rimini.

#### *Costituzione del gruppo*

La data di scadenza per l'adesione da parte delle Associazioni di volontariato era prevista nel bando per il 20 maggio 2005; il Comitato promotore ha valutato e accettato tutte le adesioni pervenute. Sono state quindi sottoscritte le lettere di incarico dei cittadini da parte del Direttore generale e degli auditor ed è stato convocato il primo incontro dell'équipe operativa, che si è costituita in data 25 maggio 2005.

I componenti dell'équipe sono:

- Giorgio Zanzani, referente aziendale audit civico, Responsabile CQI Unità operativa Qualità e accreditamento, Azienda USL di Rimini
- dott.ssa Angela Angelici, URP Azienda USL di Rimini
- dott.ssa Maria Maffia Russo, Direttore UO Psicologia, Distretto di Riccione, Azienda USL di Rimini
- prof.ssa Marta Corti, Presidente CCM di Rimini, Associazione ATDGA, Rimini
- dott.ssa Raquel Acosta, Associazione UILDM, Rimini
- prof.ssa Bruna Tenenti, Associazione Orizzonti Nuovi, Pesaro
- Paola Maffi Sala, Lega Italiana Lotta Tumori, Rimini
- Roberto Parma, responsabile dell'équipe locale Audit civico, Associazione ATDGA, Componente Tavolo regionale CCRQ, Riccione
- Fabiola Carnevali, Associazione La Nuova Strada, Rimini

Il responsabile dell'équipe operativa nominato durante il primo incontro dell'équipe è il Sig. Roberto Parma, Associazione ATDGA e componente del Tavolo regionale CCRQ, per l'esperienza maturata nell'ambito dell'ascolto, della valutazione dei servizi, per la conoscenza delle strutture e dei servizi sanitari dell'Azienda USL.

Il responsabile dell'équipe con il responsabile aziendale dell'audit civico hanno favorito la condivisione dei valori e dei principi che sottendono l'applicazione della metodologia dell'audit civico, sia all'interno dell'équipe che con le strutture e i professionisti incontrati. Hanno sostenuto il gruppo nelle fasi di realizzazione del progetto dell'audit civico, hanno partecipato alle visite e alle interviste, hanno raccolto il materiale prodotto in ogni visita.

Un altro passaggio importante della fase dell'avvio dell'audit civico è la formazione dell'équipe operativa. L'obiettivo del percorso formativo è quello di approfondire le conoscenze teorico-operative della metodologia dell'audit civico per essere in grado di sostenere la realizzazione del progetto. Al corso hanno partecipato tutti i membri dell'équipe locale.

La formazione si è articolata in due momenti:

- seminario informativo,
- due mezze giornate di formazione.

Il seminario informativo sul progetto Audit civico era strutturato nel seguente programma:

- presentazione del progetto: come nasce l'iniziativa e quali sono gli obiettivi che la Regione e le Aziende USL hanno voluto promuovere;
- le coerenze fra i sistemi di rilevazione (indicatori di audit, indicatori ex art. 14 DLgs 502/1992, requisiti per l'accreditamento);
- metodologia dell'audit civico e sua realizzazione a livello locale: indicazioni operative.

Gli obiettivi della formazione erano fornire ai partecipanti il quadro di riferimento in cui si inserisce l'iniziativa, descrivere le basi teoriche su cui poggia il sistema "audit civico", descrivere gli elementi per comprendere l'integrazione fra il sistema di rilevazione di audit e altri sistemi di rilevazione della qualità che hanno rilevanza in Emilia-Romagna; illustrare la metodologia dell'audit civico e fornire elementi di chiarimento sulla sua implementazione a livello locale.

Aspetto fondamentale della fase d'avvio è la creazione di un gruppo - équipe locale - e di una unità di gruppo in grado di supportare e sostenere il progetto in tutte le sue fasi e soprattutto nel garantire una credibilità da parte delle strutture valutate. A tal fine è stata necessaria la creazione di un clima di fiducia nel gruppo da esportare nel confronto con le strutture da valutare e con i soggetti intervistati.

## 6.2. La formazione

### ***... nell'équipe locale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara*** <sup>68</sup>

#### *Costituzione dell'équipe*

La prima azione realizzata a livello locale, al fine di reclutare un *team* di lavoro per la realizzazione dell'audit civico, è stata quella di rendere partecipe del progetto regionale il Comitato consultivo misto (CCM), ritenuto interlocutore privilegiato per le attività di rilevazione della qualità percepita e che da anni collabora su questi temi con l'Ufficio Qualità e l'Ufficio relazioni con il pubblico aziendali. A tal proposito è stato costituito un gruppo promotore con il compito di reclutare un'équipe operativa mista tra dipendenti e membri delle associazioni di volontariato ferraresi che lavorassero in reciproca collaborazione.

#### *Organizzazione dei contenuti della formazione, finalità, metodologia e strumenti*

La consapevolezza che il momento formativo dell'équipe fosse una tappa fondamentale per l'efficacia dell'esperienza era presente fin dall'inizio di questa sperimentazione, quando ancora il referente aziendale e il referente del volontariato muovevano i primi passi all'interno degli incontri regionali e familiarizzavano con le linee guida del progetto.

Tenendo presenti queste premesse, la progettazione del corso di formazione (*Tabella 12*) si è posta molteplici finalità. In primo luogo la creazione di un gruppo motivato ed affiatato che condividesse un unico e comune scopo e, per realizzare ciò, si è pensato di aprire il corso invitando i referenti regionali del progetto e il responsabile qualità aziendale per illustrare i principi e la filosofia dell'audit civico in linea con le altre attività di rilevazione della qualità percepita realizzate a livello aziendale in collaborazione con il CCM. In secondo luogo è stata affrontata l'analisi degli strumenti e l'apprendimento del loro utilizzo, ponendo particolare attenzione alla trasmissione di conoscenze e competenze sul ruolo dell'auditor, inteso non come ispettore o valutatore ma come intervistatore professionale. "Non ci si improvvisa buoni intervistatori" è stato il filo conduttore di un momento fondamentale in aula in cui, attraverso simulazioni ed esercitazioni, i partecipanti prendevano coscienza della complessità del compito che gli veniva assegnato.

L'approccio scelto è stato quello esperienziale, consistente nell'apprendimento attraverso *role playing*, in cui il mettersi in gioco consentiva ai discenti di prendere consapevolezza delle proprie difficoltà e delle reali competenze interpersonali necessarie allo svolgimento di una corretta rilevazione avendo chiaro lo scopo, senza dimenticare l'importanza della relazione con l'intervistato e potendo gestire anche eventuali situazioni incongrue.

Il principio di fondo è stato che l'autoriflessione guidata e la condivisione in gruppo consente il rendersi conto e l'autoregolazione di comportamenti inefficaci e di avere una visione sistemica dei molteplici elementi che, a volte, vengono dati per scontati e portano ad errori di comunicazione, come il non presentarsi all'intervistato dimenticandosi di

---

<sup>68</sup> A cura di Federica Fiorini.

esplicitare chi si rappresenta in quel momento o il non illustrare aspetti del progetto e del contesto in cui si inserisce l'intervista. Sono stati messi in luce i fattori fondamentali per stimolare il pieno coinvolgimento e agevolare la comprensione da parte dell'altro durante le interviste con gli operatori aziendali.

Particolare studio è stato posto anche a tutti quegli incidenti di percorso che possono accadere inconsapevolmente da parte di un intervistatore, che si cimenta in questo ruolo per la prima volta, e che a volte non si possono evitare, ma che è importante saper riconoscere e gestire, come ad esempio porre la domanda non come è scritta, riformularla del tutto o in parte, interpretare la risposta anziché registrarla o suggerire di fronte a un intervistato titubante; dall'altro lato è importante saper individuare quando l'intervistato non dà una risposta corretta o sceglie una delle categorie di risposta corrette, ma l'intervistatore la codifica erroneamente.

Un altro aspetto affrontato è stata l'analisi del contesto organizzativo realizzata attraverso un incontro conoscitivo tra l'équipe e i referenti dei dipartimenti sanitari coinvolti nell'indagine, che ha consentito, da un lato, una presentazione da parte degli operatori dei relativi servizi, dall'altro un confronto aperto tra cittadini e professionisti su temi che riguardano l'assistenza e la cura.

Il corso di formazione è stato inoltre oggetto di valutazione da parte dei partecipanti attraverso la somministrazione di un questionario predisposto dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale e da Cittadinanzattiva, con lo scopo di indagare le motivazioni ad aderire al progetto, il livello di conoscenza sui temi relativi all'audit civico e il giudizio in merito all'esperienza formativa.

Alla domanda "Che cosa l'ha spinto ad aderire a questo progetto?", che prevedeva sei opzioni di risposta delle quali ogni partecipante poteva sceglierne al massimo tre, otto persone su nove hanno scelto la voce "Ritengo che possa migliorare il Sistema sanitario nella sfera del servizio alla persona", sette persone hanno indicato "Ritengo importante dare centralità al cittadino permettendone la partecipazione" e quattro hanno dichiarato "Per senso civico".

"Un progetto per un possibile miglioramento dei servizi delle Aziende sanitarie e di partecipazione dei cittadini alle azioni di miglioramento" e "Le organizzazioni civiche si sono strutturate per darsi e chiedere la possibilità di fare analisi dell'azione dell'Azienda in collaborazione con la stessa al fine del miglioramento del servizio" sono alcune delle risposte dei partecipanti alla domanda "Cosa è secondo lei l'audit civico".

Come valutazione conclusiva i componenti del *team* hanno espresso liberamente le loro riflessioni sul percorso compiuto (*Tabella 13*); esse evidenziano come si possano ritenere in buona parte raggiunti gli obiettivi che ci si era posti all'inizio e soprattutto emerge la molteplicità degli aspetti affrontati durante le quattro giornate.

**Tabella 12.** Programma del corso di formazione per l'équipe operativa locale del progetto Audit civico

<b>Data</b>	<b>Obiettivi dell'incontro</b>	<b>Relatori</b>	<b>Modalità didattica</b>
15/9/2005 <i>Il progetto Audit civico</i>	Il progetto Audit civico a livello regionale	Augusta Nicoli (Agenzia sanitaria regionale)	Lezione frontale e discussione guidata
	Articolazione organizzativa del progetto	Vittoria Sturlese (Agenzia sanitaria regionale)	Lezione frontale e discussione guidata
	Il progetto a livello locale	Ulrich Wienand (AOU di Ferrara)	Lezione frontale e discussione guidata
	Filosofia e struttura dell'audit civico	Federica Fiorini (AOU di Ferrara)	Lezione frontale e discussione guidata
20/9/2005 <i>Gli strumenti</i>	Analisi degli indicatori di qualità percepita	Secondo Ferioli (CCM)	Lettura e discussione guidata
	Analisi degli strumenti (questionari e griglie di osservazione)	Federica Fiorini	Lettura e discussione guidata
22/9/2005 <i>I ruoli e le funzioni</i>	Il ruolo e i compiti dell'équipe operativa locale	Secondo Ferioli	Lezione frontale e discussione guidata
	Il ruolo e l'atteggiamento dell'auditor	Federica Fiorini	Simulazione dei casi ed esercitazioni
	Tecniche dell'intervista	Federica Fiorini	Simulazione dei casi ed esercitazioni
	Tecniche di relazione e comunicazione	Federica Fiorini	Simulazione dei casi ed esercitazioni
27/9/2005 <i>Il contesto locale</i>	Analisi del contesto organizzativo	Secondo Ferioli Federica Fiorini	Discussione guidata
	I Dipartimenti aziendali coinvolti	Mafalda Benvenuti Antonella Buscaroli Catia Crepaldi Maria Italia Granata Giovanni Mantovani Stefano Putinati Mirco Santini (AOU di Ferrara)	Discussione guidata



**Tabella 13.** Valutazioni conclusive dei partecipanti

---

<p><i>Le tre cose che porto a casa rispetto alle mie aspettative</i> (domanda 24)</p>	<p>Iniziativa interessante e utile</p> <p>Conoscenza di aspetti non conosciuti dell'azienda</p> <p>Competenza ed entusiasmo dei relatori</p> <p>Dialogo, confronto e rispetto fra operatori e rappresentanti del volontariato</p> <p>Conoscenza degli strumenti</p> <p>La conoscenza di quanto deve essere fatto</p> <p>Un arricchimento delle conoscenze tecniche</p> <p>Un approccio molto positivo della figura referente dell'azienda</p> <p>Maggiori conoscenze</p> <p>Maggiore conoscenza degli strumenti di valutazione</p> <p>Miglioramento dei rapporti con le associazioni di volontariato</p> <p>Accrescimento professionale nel rapporto con i professionisti</p>
<p><i>Le tre cose che non porto a casa rispetto alle mie aspettative</i> (domanda 25)</p>	<p>Timore di non essere completamente all'altezza del ruolo</p> <p>Essere molto legati ai questionari</p> <p>Maggiore integrazione del gruppo</p> <p>Aspetti pratici da seguire</p> <p>Maggiore conoscenza della struttura</p>

---

*Punti di attenzione e riflessioni*

L'attenzione è stata focalizzata non tanto sul "sapere" o "saper fare", bensì sul "saper essere". Si tratta di un obiettivo ambizioso, che peraltro non ha la pretesa di essere stato raggiunto in toto; tuttavia si ritiene che l'esperienza abbia tentato di costruire un clima interpersonale facilitante che non soltanto ha promosso un apprendimento di conoscenze ma ha posto le basi su cui il gruppo può impostare la relazione al suo interno, con le figure aziendali che sono intervenute e con gli intervistati.

Chiaramente l'impatto è stato soggettivo e influenzato dal livello di disponibilità delle persone a mettersi in gioco e a cogliere l'opportunità che veniva offerta in termini di crescita personale e non soltanto di semplice acquisizione di nozioni teoriche e pratiche.

### **... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Modena<sup>69</sup>**

Questo contributo è stato scritto in memoria di Mario Pfnister, volontario dell'Associazione Paraplegici di Vignola, Presidente del Comitato consultivo interaziendale di Modena, del CCM del Distretto di Vignola, componente del Comitato etico e forte propulsore e sostenitore della necessità di integrazione, di lavoro comune e di confronto costruttivo tra cittadinanza e sanità per una partecipazione reale, significativa e non formale.

Oltre ai diversi progetti e percorsi condotti sul territorio vignolese, provinciale e regionale, Mario Pfnister ha partecipato al Progetto Audit civico come referente dell'équipe, avendo il percorso interessato il Distretto e l'Ospedale di Vignola.

Il presente paragrafo tratterà la conduzione del progetto di audit civico presso l'Azienda sanitaria modenese, articolandola nelle diverse fasi progettuali e concentrando l'attenzione in modo particolare sulle fasi della formazione e dell'elaborazione dei risultati, pur fornendo ragguagli anche sulle altre fasi significative del ciclo progettuale.

Si precisa che presso l'Azienda erano già state avviate sperimentazioni di utilizzo dell'audit come modalità per la valutazione/monitoraggio del rispetto degli standard e impegni assunti nella Carta dei Servizi aziendale. Inoltre, nel 2002 è stato sperimentato l'audit civico proposto da Cittadinanzattiva nei Distretti e negli stabilimenti ospedalieri di Pavullo e Castelfranco Emilia.

Questo ha consentito l'introduzione e l'utilizzo - anche da parte dei cittadini - di un linguaggio specifico (*audit, check list, ...*) e di approcci metodologici alla valutazione rigorosi e sistematici, privilegiando ovviamente gli aspetti di qualità maggiormente significativi per i cittadini medesimi.

La fase di avvio della campagna Audit civico si è sviluppata attraverso alcune fasi preliminari di informazione, comunicazione e coinvolgimento di cittadini e operatori, avendo fortemente sostenuto la opportunità-necessità di attivare fin dall'inizio un confronto costante che diviene lavoro condiviso e co-gestione dell'iter valutativo, ma prima ancora analisi condivisa dei fattori di qualità e concretizzazione degli *item* nella specifica realtà organizzativa di riferimento.

Il progetto è stato presentato al Comitato coordinamento CCM interaziendale (CCI) e in quella sede si è deciso di condurre il progetto nel territorio di Vignola (Distretto e ospedale), tenendo conto della specificità del luogo (mai sinora interessato da tale programma di valutazione) e dalla presenza radicata e significativa del Presidente del CCM locale.

Successivamente, il progetto - nei suoi obiettivi, significato e tappe di sviluppo - è stato presentato alla cittadinanza locale e all'intero CCM di Vignola durante un incontro al quale sono state invitate tutte le Associazioni facenti parte della Consulta del volontariato e al termine del quale sono state raccolte le "manifestazioni di interesse a partecipare" al percorso da parte dei cittadini e degli operatori presenti.

---

<sup>69</sup> A cura di Chiara Danesi, Giulia Teresa Franchini, Nicoletta Poppi.

Ha quindi preso avvio la formazione locale, rivolta a cittadini e operatori che avevano espressamente manifestato l'interesse a partecipare, successiva alla formazione organizzata dal livello regionale.

Gli obiettivi guida nella progettazione della formazione locale riguardavano la necessità di impostare e condurre un percorso rigoroso dal punto di vista metodologico ma anche attento alle relazioni e alle dinamiche che inevitabilmente un percorso partecipato avrebbe fatto emergere, sia all'interno dell'équipe che nei confronti delle articolazioni oggetto di audit.

Dal punto di vista metodologico i riferimenti sono da ricercarsi nella metodologia di *auditing* utilizzata nei sistemi di gestione della qualità e nelle tecniche di ricerca sociale, con particolare riferimento all'osservazione, all'intervista e alla ricerca documentale, appunto strumenti e occasioni privilegiate della ricerca sociologica.

Dal punto di vista relazionale interessava porre l'accento sulla necessità di maturare riflessione e consapevolezza sulle dinamiche intersoggettive e di gruppo che si attivano sia all'interno dell'équipe che nei confronti dei vari interlocutori con cui verranno attivate occasioni di confronto ai fini dell'indagine.

Il percorso formativo è stato articolato in quattro pomeriggi, definendo le tre parti sostanziali alla base dell'intero percorso -

- l'auditing nei sistemi di gestione della qualità;
- le tecniche di ricerca: intervista, osservazione e analisi dei documenti organizzativi;
- aspetti comunicativi e relazionali; gestione delle dinamiche all'interno dell'équipe e in occasione di incontro con i valutati

- e avendo consapevolezza che le parti sono assolutamente integrate e compenstrate (come affrontare l'intervista e l'osservazione pur anche con competenza metodologica senza considerare le dinamiche relazionali favorevoli o ostacolanti l'intervista o osservazione medesima?).

È sempre stato ben chiaro e presente l'obiettivo di fornire all'équipe di valutazione spunti di riflessione, strumenti e apporti concreti per renderla autonoma e in grado di condurre la valutazione successiva.

Per questo, ad approfondimenti teorici e metodologici sono state affiancate simulazioni ed esercitazioni focalizzate sugli *item* e sulle Unità operative oggetto del successivo audit.

Di seguito sono presentati la locandina del corso (*Figura 13*) e i punti principali in termini di riflessione e metodo proposti nel percorso formativo medesimo.

**Figura 13.** Locandina del corso organizzato dall'Azienda USL di Modena

L'**audit civico** si propone come finalità generale quella di **valutare**, attraverso il reperimento di dati il più possibile oggettivi (evidenze documentali, informazioni dirette dalla Direzione Aziendale e da professionisti ed operatori, visite sul campo) l'adesione delle Aziende Sanitarie ai principi che riguardano la **centralità del cittadino** e la loro reale espressione in forme organizzative congruenti.

La metodologia si rifà alle tradizionali tecniche di ricerca sociale (osservazione, interviste, analisi di documentazione) orientate ad un obiettivo di **valutazione**.

*Attraverso questo percorso di formazione - intervento si intendono fornire alcuni elementi teorici di riflessione circa i presupposti normativi e metodologici del progetto regionale di **audit civico** e preparare l'équipe di valutazione all'esperienza successiva che verrà condotta nel Distretto ed Ospedale di Vignola.*



## AUDIT CIVICO

### Vignola

Martedì 13 settembre 2005

Giovedì 15 settembre 2005

**Martedì 27 settembre 2005**

**Giovedì 29 settembre 2005**

dalle ore 17.00 alle ore 19.30

Sala Riunioni  
Distretto di Vignola  
Via Libertà, 799

## Relatori e Formatori

Chiara Danesi  
*Psicologa- Serv. NPI Distretto Modena  
Azienda USL di Modena*

Giulia Franchini  
*Dipartimento Staff DG  
Azienda USL di Modena*

Augusta Nicoli  
*Resp. Area Progetto  
Cittadini, Comunità e S.S.R.  
Agenzia Sanitaria Regionale*

Atos Miozzo  
*Direttore Dipartimento Staff DG  
Azienda USL di Modena*

Nicoletta Poppi  
*Dipartimento Staff DG  
Azienda USL di Modena*

*Per informazioni:*  
Nicoletta Poppi - Tel. 059.435927  
Giulia Franchini - Tel. 059.435927  
E-mail: [n.poppi@ausl.mo.it](mailto:n.poppi@ausl.mo.it)

### Programma 13 settembre 2005

ORE 17,00 Apertura della giornata

Il progetto regionale Audit civico:  
obiettivi e prospettive  
*Augusta Nicoli*

Il progetto Audit civico nell'Azienda  
USL di Modena:  
obiettivi e sviluppi successivi  
*Atos Miozzo*

Il progetto locale di audit civico:  
le metodologie e gli strumenti  
*Nicoletta Poppi*  
*Giulia Franchini*

ORE 19,30 Conclusione della giornata

### Programma 15 settembre 2005

ORE 17,00 Apertura della giornata

I fattori di qualità da indagare:  
le mappe degli indicatori

Analisi degli strumenti da utilizzare:  
I questionari per le interviste  
le griglie per l'osservazione

Lavori di gruppo

ORE 19,30 Conclusione della giornata

### Programma 27 settembre 2005

ORE 17,00 Apertura della giornata

Audit civico: aspetti comunicativi e  
relazionali.

Lavori di gruppo  
*Chiara Danesi*

ORE 19,30 Conclusione della giornata

### Programma 29 Settembre 2005

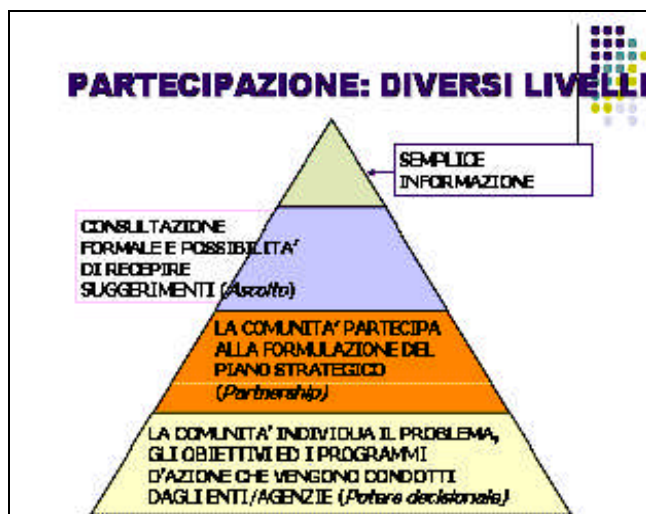
Il gruppo di audit: consapevolezza dei  
ruoli e gestione delle dinamiche

Lavori di gruppo  
*Chiara Danesi*

ORE 19,30 Conclusione della giornata

## La formazione

### 1) Premessa



La storia della partecipazione dei cittadini segue un percorso che, partendo da un modello di partecipazione democratica co-gestionale che ha certamente ispirato la Legge di riforma del 1978 (Legge 833/1978) ma che ha trovato concretamente scarsa applicazione, ha visto poi la definizione di un modello di tipo consultivo e negoziale in cui ai rappresentanti dei cittadini e delle diverse associazioni/movimenti viene attribuito un ruolo forte di consultazione nelle decisioni assunte a livello locale e anche nazionale. I riferimenti normativi che sottostanno a questo modello sono il DLgs 502/1992 e le diverse Leggi regionali applicative.

Con la Legge Delega 419/1998 e il successivo DLgs 229/1999 viene abbozzato un modello successivo e più evoluto di partecipazione dei cittadini alla programmazione e valutazione dei risultati, attraverso una ri-valorizzazione del ruolo dei Comuni e il rafforzamento delle organizzazioni rappresentative dei cittadini, che in Emilia-Romagna si esprimono attraverso i Comitati consultivi misti.

La strada aperta dal DLgs 229/1999 tende verso un modello di *governance*,<sup>70</sup> in cui la società civile, le associazioni e i cittadini divengono sempre più interlocutori attivi e competenti nelle scelte e decisioni che li riguardano.

In questa cornice di riferimento trova spazio la proposta dell'analisi civica intesa come un *sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al policy making e, più in particolare per definire, comunicare e far valere il proprio punto di vista circa le questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita* (Moro, 1998).

<sup>70</sup> Per *governance* si intende la co-progettazione, da parte delle istituzioni e delle organizzazioni sociali formali e informali, di un programma condiviso di decisione e gestione degli aspetti che riguardano la società complessivamente intesa, cercando di armonizzare i diversi interessi in campo (vedi Altieri, 2002).

*2) Presentazione dell'audit civico: obiettivi, strumenti, aspetti oggetto di valutazione e articolazioni organizzative coinvolte*

In questa parte sono stati approfonditi gli obiettivi del progetto Audit civico, mettendo in evidenza la fase della valutazione necessariamente propedeutica e preliminare alla successiva fase di partecipazione negoziale alle decisioni da assumere in sede locale. Nell'esperienza modenese, come verrà esplicitato in seguito, questa successiva fase è stata particolarmente curata e seguita in quanto di fondamentale importanza per l'attribuzione di significato all'esperienza complessiva.

Sono stati esplicitati i fattori di qualità oggetto di valutazione, gli *item* e i livelli organizzativi da coinvolgere: Direzione aziendale, Direzione di Distretto e di ospedale di Vignola, Unità operative ospedaliere (medicina, ortopedia, chirurgia, *day surgery*, post-accuie riabilitazione estensiva, dialisi, Pronto soccorso e ambulatori) e distrettuali (Cure primarie, Servizio tossicodipendenze, Centro salute mentale).

*3) L'audit dal punto di vista metodologico: fasi e aspetti a cui prestare attenzione*

In questa parte del percorso sono stati approfonditi i riferimenti teorici ai sistemi di gestione della qualità, mettendo in evidenza la sequenza delle fasi e gli aspetti a cui prestare attenzione per una buona conduzione di un audit:

- pianificazione: programmazione degli audit, razionalizzazione degli incontri, programmazione delle attività;
- preparazione: analisi e conoscenza approfondita delle *check list*;
- notifica dell'audit alle Unità operative coinvolte;
- autovalutazione da parte delle Unità organizzative;
- esecuzione: qui si inseriscono le considerazioni prettamente metodologiche che verranno riprese oltre su conduzione di interviste, osservazione e analisi documentale;
- report finale: cosa deve comprendere un buon report, identificazione degli aspetti maggiormente significativi, focus sul miglioramento.

*4) L'intervista, l'osservazione e l'analisi documentale nella logica della ricerca sociale: aspetti metodologici e avvertenze concrete nella conduzione*

Come esplicitato, audit civico si propone come finalità generale quella di valutare, attraverso il reperimento di dati il più possibile oggettivi (evidenze documentali, informazioni dirette dalla Direzione aziendale e da professionisti e operatori, visite sul campo), l'adesione delle Aziende sanitarie ai principi che riguardano la centralità del cittadino e la loro reale espressione in forme organizzative congruenti.

*Per audit civico intendiamo un processo di analisi e valutazione sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie, attuata dalle organizzazioni civiche in collaborazione con le Aziende stesse, allo scopo di dare una forma concreta alla*

*centralità del punto di vista del cittadino, assunta come criterio essenziale per la valutazione stessa.*<sup>71</sup>

Dal punto di vista metodologico, l'analisi e la valutazione avvengono successivamente alla ricerca e reperimento di dati e informazioni il più possibile oggettivi attraverso interviste ad interlocutori aziendali (Direzione generale, di Distretto, di ospedale e delle Unità operative coinvolte), osservazione e analisi documentale.

In questa fase del percorso formativo sono state fornite indicazioni metodologiche e condotte sperimentazioni concrete di ricerca utilizzando le tre tecniche sopra evidenziate.

Secondo Popper (1972, p. 107)

*la conoscenza non comincia con percezioni o osservazioni o con la raccolta di dati o di fatti, ma comincia con problemi*

e ogni problema nasce

*dalla scoperta di un'apparente contraddizione fra quello che riteniamo nostro sapere e quelli che riteniamo i fatti.*

Quindi avvertire la necessità di approfondire l'indagine su un problema o di rispondere a una domanda della vita sociale rispetto alla quale si avverte un deficit di conoscenza o di spiegazione o di previsione può già essere inteso come il primo passo per muovere in direzione dell'indagine.

A partire da queste considerazioni il percorso formativo ha approfondito in modo particolare la tecnica dell'intervista, dell'osservazione e della raccolta documentale.

Relativamente all'intervista si è insistito particolarmente sugli aspetti metodologici e relazionali. Di seguito vengono proposte alcune parti contenute nella dispensa curata dagli autori del presente contributo e consegnata in occasione del percorso formativo ai partecipanti al progetto Audit civico locale.

L'intervista nell'audit civico consiste essenzialmente in una *relazione* tra due o più persone (che comprende abilità cognitive e abilità "del fare"), supportata da un *questionario*, (ovvero da un set di domande organizzate e articolate in risposte multiple chiuse, cioè predefinite).

*La situazione d'intervista pone almeno due soggetti (intervistato e intervistatore) in una relazione sociale finalizzata alla produzione di informazione, relazione definita da specifiche regole e dotata di una durata* (Furlotti, 1998, p. 169).

*L'intervista come interazione pone in rilievo aspetti rilevanti quali il comportamento esibito dagli attori e la dimensione delle motivazioni soggiacenti la partecipazione all'intervista.*

*La convergenza e la complementarità delle motivazioni degli attori sono condizioni essenziali da assicurare per la buona riuscita di un'intervista.*

<sup>71</sup> Cfr. Progetto regionale e Campagna nazionale Cittadinanzattiva.



L'intervista è un processo che si sviluppa attraverso fasi distinte.

*Il primo contatto*

Fase preliminare, preceduta da lettera di informazione generale, di primo contatto degli interlocutori nella quale si esplicitano le finalità dell'audit, la specificità della composizione del gruppo di auditor, il percorso compiuto fino a quel momento, le finalità dell'incontro e i valori di tipo deontologico degli auditor, acquisendo la disponibilità dell'intervistato e concordando l'appuntamento per l'intervista vera e propria.

*Avvio e conduzione dell'interazione*

In questa fase risultano rilevanti le modalità di presentazione dell'intervistato e del gruppo di auditor, la negoziazione, spesso implicita e in itinere, delle modalità di intervista e del suo andamento, lo scambio delle informazioni. L'abilità, nello scambio di informazioni, fa riferimento alla chiarezza di espressione e alle abilità possedute in relazione a esprimere ciò che si vuole veramente dire.

*Conclusione e commiato*

Fase nella quale emergono aspetti retroattivamente utili a comprendere e situare, in modo retrospettivo, l'intervista, quali osservazioni rispetto ai contenuti, all'impianto generale dell'audit e alle modalità di conduzione, al clima.

*IL COMPORTAMENTO DELL'INTERVISTATORE*

Il comportamento che l'intervistatore tiene nel corso dell'intervista, unitamente alle sue caratteristiche, sono una delle principali fonti di interferenza sulle risposte.

Forniamo di seguito alcuni elementi di riflessione relativamente al comportamento atteso dell'intervistatore.

Al fine di assicurare elevati standard di oggettività, il comportamento dell'intervistatore dovrebbe essere (Favretto, 2002):

- empatico, pro-attivo (non passivo), responsabile,
- non indifferente ma consapevole di essere portatore di interesse, implicato nel contesto in un certo qual modo, oltre che interlocutore di un particolare tipo di relazione,
- partecipe e interessato alle risposte, ma caratterizzato da una postura a-valutativa,
- interessato ad attivare una relazione interpersonale positiva con l'intervistato e a rispettare le sue aspettative, ad es. di accettazione e rispetto,
- cordiale, rispettoso, capace di gestire le proprie emozioni, l'aggressività e l'ansietà,
- capace di cogliere stati d'animo, opinioni, e di discriminare tra evidenze e giudizi,
- orientato alle finalità complessive del progetto,
- con un linguaggio neutro e non pilotante.

Le competenze richieste a un intervistatore sono abilità complesse, per le quali è richiesto un grado di investimento personale in termini di apprendimento e di autoconsapevolezza.

*Stabilire un "patto di intervista"*

Tra gli altri, Beaud e Weber (1997) sollecitano a stabilire un "patto di intervista". Tale patto di intervista potrebbe configurarsi come una situazione in cui l'intervistatore e l'intervistato convergono rispetto ai criteri e alle modalità di conduzione della stessa, cercando di conservare coerenza metodologica e processuale.

*Condurre una buona intervista*

Non esistono facili istruzioni universalmente valide per condurre una buona intervista. Un punto essenziale consiste nel guadagnare la fiducia dell'interlocutore ed entrare, temporaneamente, nel suo universo (mentale, categoriale, sociale, professionale), mantenendo una propria autonomia e indipendenza.

È importante tuttavia prepararsi all'incontro e alla persona che si andrà ad incontrare, utilizzando anche le conoscenze di cui si dispone, come il suo ruolo professionale, le sue responsabilità, i contatti precedentemente stabiliti, ecc.

Inoltre i criteri di qualità di un'intervista sono vari. Possiamo affermare, o sospettare, con Beaud e Weber che un aspetto di una buona intervista sia visibile non solo sulla base della qualità della relazione (pur avendo attenzione analitica agli aspetti relazionali e alle informazioni che questi veicolano), ma soprattutto sulla qualità informativa, conoscitiva della relazione, sulla sua "densità", aspetti strettamente legati alla fiducia che l'intervistatore riesce a suscitare nell'intervistato.

Questo si può acquisire avendo conoscenza delle domande e degli aspetti sui quali l'intervistatore sarà "interrogato", al fine di presentare un breve quadro introduttivo sulla domande stesse. Inoltre è possibile fornire in anticipo il set di domande all'intervistato.

Inoltre nell'ambito dell'intervista può accadere all'intervistatore di essere lui stesso interrogato (per esempio sul significato dell'audit, sulla sua estensione o, più precisamente, sul significato da attribuire a un termine o a una perifrasi), come in ambito osservazionale può capitare agli osservatori di essere a loro volta osservati.

#### OSSERVAZIONE

*L'osservazione è la tecnica più importante per raccogliere direttamente informazioni e dati (...)* (Biorcio, Pagani, 1997, p. 62).

Nella conduzione dell'audit civico l'attenzione dell'osservatore sarà rivolto ad aspetti e fenomeni di natura organizzativa, collettiva.

L'osservazione nel corso dell'audit civico sarà non intrusiva, ovvero non provocherà cambiamenti intenzionali nei fenomeni osservati, in modo da non inquinare l'indagine, e non partecipativa, nel senso che ovvero non comporterà la partecipazione alla vita organizzativa studiata.

L'osservatore saprà mantenere un elevato livello di auto-osservazione.

L'osservazione è un triplo lavoro di esercizio della percezione, di memorizzazione e di annotazione (Beaud, Weber, 1997, p. 143).

#### ANALISI DEI DOCUMENTI

*La società moderna è una società che si autodocumenta in continuazione: possiamo dire che non c'è atto istituzionale o attività socialmente organizzata che non lasci dietro di sé qualche traccia documentale.* (Corbetta, 1999, p. 467).

Chiamiamo documenti istituzionali i documenti che rappresentano un aspetto istituzionale, e quindi cogente e condiviso, collettivo, del nostro vivere associato. Un esempio di documento istituzionale è il bilancio di un'organizzazione, o il volantino di presentazione di un evento culturale promosso da un ente.

L'analisi dei documenti istituzionali richiede tra le altre cose capacità di comprensione dello specifico gergo linguistico specifico del documento, delle sue caratteristiche strutturali e delle condizioni/luoghi di accessibilità e reperibilità, nonché delle persone deputate a fornirci informazioni rispetto alla consultazione e alle sue modalità.

In un certo senso la "lettura documentaria" dell'organizzazione necessita anche di competenze e di risorse specifiche, relative al come muoversi all'interno dell'organizzazione in modo adeguato al fine di reperire le informazioni pertinenti.

*Il ricercatore deve quindi analizzare e interpretare i termini trovati, inserendoli nel contesto storico e sociale di cui sono l'espressione. L'errata attribuzione di significato è una delle cause più ricorrenti di errore di interpretazione.* (Biorcio, Pagani, 1997, p. 68).

5) *Aspetti comunicativi e relazionali; gestione delle dinamiche all'interno dell'équipe e nell'incontro con gli interlocutori aziendali*

Questa fase formativa, gestita da una psicologa del Servizio di psicologia clinica aziendale, ha portato i componenti dell'équipe ad identificare gli strumenti per una maggiore conoscenza di sé, volta a comprendere ed esplicitare, in ambito relazionale, gli atteggiamenti che possono favorire od ostacolare un clima collaborativo all'interno dell'équipe e la situazione di intervista-incontro con gli interlocutori aziendali.

Sono state identificate alcune domande-guida che hanno condotto l'équipe a una riflessione e alla conseguente narrazione dell'esperienza in termini relazionali:

- aspettative rispetto al tipo di relazione fra i componenti dell'équipe (*Io spero che qui noi ...*)
- aspettative - timori rispetto al compito (*Io spero che qui noi NON ...*)
- aspettative rispetto all'esperienza (*Questa esperienza avrà successo se ...; Questa esperienza sarà scadente se ...*)
- idee e aspettative rispetto all'équipe di audit e rispetto ai singoli componenti (*Gruppi di questo genere servono a ...; Mi aspetto che le persone che parteciperanno a questa esperienza siano ...*)
- consapevolezza di sé (*Il mio punto di forza più grande è ...*).

6) *Simulazione di un'intervista*

A scopo didattico-formativo sono state inoltre organizzate due simulazioni di interviste a Responsabili di Unità operative, valide poi ai fini dell'audit, con l'obiettivo di "apprendere in situazione" le competenze necessarie per la conduzione dell'intervista, sia dal punto di vista tecnico-metodologico (*check list*, intervista, analisi dei documenti), sia da quello emotivo e relazionale (formulazione delle domande, errori da evitare, ambiguità, vissuto emotivo).

Le interviste sono state video-registrate e poi analizzate con l'aiuto della psicologa, per sottolineare a caldo i diversi passaggi attuati dai protagonisti, gli aspetti emotivi-relazionali emersi e le dinamiche attivate, allo scopo di fissare a livello esperienziale gli elementi peculiari per la riuscita dell'intervista.

### 6.3. La rilevazione

#### *... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Modena* <sup>72</sup>

Dopo la formazione e dopo avere strutturato e definito il Piano delle azioni, ha preso avvio la vera e propria fase di rilevazione delle informazioni, , tenendo conto della relativa numerosità dell'équipe (12 persone) e della varietà di Unità operative oggetto di audit (7 nell'ospedale e 5 nel territorio).

L'équipe si è suddivisa in 2 gruppi misti (3 operatori e 3 cittadini), ognuno dei quali ha condotto l'esperienza rispettivamente nella realtà ospedaliera e distrettuale, lasciando scegliere ai cittadini la collocazione e invitando i professionisti a partecipare al sottogruppo in cui non era prevalente la loro attività, per consentire il più possibile una estraneità all'ambito oggetto di rilevazione e valutazione.

Gli ambiti oggetto di audit sono stati:

- OSPEDALE: Direzione sanitaria, Medicina, Ortopedia, Chirurgia, Day Surgery, Pare, Dialisi, Pronto soccorso
- DISTRETTO: Direzione Distretto, Poliambulatorio (es. medicina di base e specialistica), Centro di salute mentale e Servizio Dipendenze patologiche

Per facilitare la rilevazione, inevitabilmente ampia date le dimensioni delle realtà da esplorare, è stato attivato un gruppo ristretto/gruppo di regia rappresentativo sia della parte civica sia della parte professionale coinvolta, utile per coordinare le decisioni e pianificare le attività in modo partecipato, rispettando le esigenze e i carichi di lavoro dei professionisti e delle strutture coinvolte, oltre che dei cittadini volontari.

I due sottogruppi hanno quindi formulato il loro piano di audit (date, orari, sequenza dell'incontro) e lo hanno inviato formalmente alle Unità operative da incontrare. Le Unità operative sono state anche informate formalmente dai Direttori di ospedale e di Distretto. Sono seguiti poi incontri informali da parte dei professionisti componenti l'équipe di audit, che svolgono abitualmente la propria attività in quel contesto (es. gli operatori di Distretto hanno preso contatti con i Responsabili delle Unità operative territoriali e lo stesso è avvenuto per l'ospedale), per consentire ai Responsabili di prepararsi all'audit disponendo del maggior numero di informazioni possibile.

Le rilevazioni sono state condotte prevedendo sempre almeno la presenza di un operatore e un cittadino, prestando attenzione al fatto che gli operatori non appartenessero alle Unità operative e/o al contesto oggetto di valutazione.

Gli incontri con le Unità operative sono risultati ottime occasioni di conoscenza - soprattutto da parte dei cittadini - di aspetti organizzativi generalmente considerati interni ma la cui conoscenza consente maggiore profondità nell'analisi complessiva.

I Responsabili delle Unità organizzative hanno anche generalmente ben accolto la possibilità di confrontarsi con altri punti di vista (professionisti e cittadini) relativamente ad aspetti anche di organizzazione interna.

---

<sup>72</sup> A cura di Chiara Danesi, Giulia Teresa Franchini, Nicoletta Poppi.

In genere è risultato pressoché immediato il passaggio da una metodologia rigorosa e che richiede l'adozione di alcune formalità, a un contesto colloquiale e dialogico.

#### *L'elaborazione dei dati*

Dopo la rilevazione delle informazioni (ottobre 2005) è stata effettuata una prima analisi e lettura comparativa dei dati che ha permesso di mettere in evidenza le criticità e le aree di miglioramento su cui programmare interventi già dal 2006, insistendo sulla necessità di utilizzo immediato dei dati per impostare la programmazione negoziata degli aspetti di miglioramento emersi.

Questa analisi è stata effettuata dall'équipe di valutazione con il supporto del referente del progetto; la discussione e la programmazione degli interventi di miglioramento è stata effettuata all'interno del CCM di Vignola, con la partecipazione delle Direzioni di Distretto, di ospedale e delle Unità operative coinvolte nell'indagine.

È stata quindi effettuata una vera e propria mappatura delle criticità emerse per fattore di qualità e livello organizzativo coinvolto; quindi in sede di CCM locale è stata definita la priorità degli interventi utilizzando i criteri dell'economicità e del numero degli attori organizzativi da coinvolgere. Gli interventi maggiormente onerosi sono stati posticipati alla programmazione 2007; quelli fattibili nell'immediato sono stati approntati già nel 2006.

Concludendo, è possibile affermare che si è trattato di un'esperienza interessante sul profilo della possibilità di attivare percorsi di valutazione partecipata in ambito sanitario, partendo dal presupposto che l'incontro e il confronto tra diversi punti di vista e significati attribuiti porti a un maggiore arricchimento e consapevolezza reciproca. Ed è proprio la discussione e il confronto sui significati attribuiti ai diversi aspetti considerati nella valutazione, a partire dalla concretezza con cui tale aspetti trovano applicazione concreta, che si sviluppa la costruzione condivisa del percorso.

Particolare significato acquista poi, a giudizio degli autori, l'integrazione tra le diverse modalità di valutazione adottati nelle Aziende sanitarie, pur essendo consapevoli delle differenze ma recuperando le affinità, soprattutto in termini di coerenza, razionalizzazione e significato complessivo.

Infine, si sottolinea la necessità di connessione della fase di valutazione alla successiva fase decisionale in sede aziendale complessiva e locale, attraverso un percorso che è possibile definire di programmazione partecipata in un contesto di *governance* che riconosca ai cittadini diritti, competenze, processi strutturati e strumenti legittimati di partecipazione.

**... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Rimini**<sup>73</sup>

La fase della rilevazione consiste nella pianificazione delle azioni e nel loro svolgimento. Inoltre in questa particolare fase è utile effettuare delle riflessioni ponendo l'attenzione sulla modalità di rilevazione e sulle difficoltà incontrate.

La programmazione della rilevazione e il piano delle azioni sono stati condotti dal Gruppo locale dell'audit civico e dai responsabili delle strutture sanitarie interessate.

Nello schema seguente sono evidenziate le strutture in cui è stata condotta l'esperienza dell'audit civico e i partecipanti del gruppo alla rilevazione.

<b>STRUTTURE</b>	<b>DIRETTORI DELLA STRUTTURA</b>	<b>GRUPPO AUDIT CIVICO</b>
<b>Direzione generale</b>	Dr. Marcello Tonini <i>Direttore generale Azienda USL</i>	Giorgio Zanzani - <i>referente aziendale audit civico</i> Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Marta Corti - <i>Ass.ne Tutela diabete giovanile adulto</i> Prof. Bruna Tenenti - <i>Ass.ne Orizzonti nuovi</i> Fabiola Carnevali - <i>Ass.ne La nuova strada</i>
	Dr. Angelo Fioritti <i>Direttore sanitario Azienda USL</i>	Giorgio Zanzani - <i>referente aziendale audit civico</i> Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Marta Corti - <i>Ass.ne Tutela diabete giovanile adulto</i> Prof. Bruna Tenenti - <i>Ass.ne Orizzonti nuovi</i> Fabiola Carnevali - <i>Ass.ne La nuova strada</i>
<b>Centro salute mentale Riccione</b>	Dr.ssa Daniela Ghigi <i>Direttore CSM Riccione</i>	Giorgio Zanzani - <i>referente aziendale audit civico</i> Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Prof. Bruna Tenenti - <i>Ass.ne Orizzonti nuovi</i> Fabiola Carnevali - <i>Ass.ne La nuova strada</i>
<b>Dipartimento cure primarie Riccione</b>	Dr.ssa Lorena Angelini <i>Direttore DCP</i>	Giorgio Zanzani - <i>referente aziendale audit civico</i> Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Dott.ssa Maria Mafia Russo - <i>Direttore U.O. Pediatria, psicologia, tutela minori</i> Marta Corti - <i>Associazione Tutela diabete giovanile adulto</i>
<b>Dipartimento cure primarie Rimini</b>	Dr. Riccardo Varliero <i>Direttore DCP</i>	Dott.ssa Maria Mafia Russo - <i>Direttore U.O. Pediatria, psicologia, tutela minori</i> Marta Corti - <i>Associazione Tutela diabete giovanile adulto</i> Fabiola Carnevali - <i>Ass.ne La nuova strada</i>

(continua)

<sup>73</sup> A cura di Giorgio Zanzani.

<b>STRUTTURE</b>	<b>DIRETTORI DELLA STRUTTURA</b>	<b>GRUPPO AUDIT CIVICO</b>
<b>Ospedale Infermi</b>	Dr. Paolo Masperi <i>Direttore medico di Presidio</i>	Dott.ssa Maria Mafia Russo - <i>Direttore U.O. Pediatria, psicologia, tutela minori</i> Marta Corti - <i>Associazione Tutela diabete giovanile adulto</i> Fabiola Carnevali - <i>Ass.ne La nuova strada</i>
<b>Dipartimento salute mentale e SPDC</b>	Dr. Marco Bartolotti <i>Direttore Dipartimento salute mentale e SPDC</i>	Giorgio Zanzani - <i>referente aziendale audit civico</i> Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Prof. Bruna Tenenti - <i>Ass.ne Orizzonti nuovi</i>
<b>Neuropsichiatria infantile Rimini e Riccione</b>	Dr. Andrea Tullini <i>Direttore UO NPI</i>	Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Dott.ssa Angela Angelini - <i>URP AUSL</i> Prof. Bruna Tenenti - <i>Ass.ne Orizzonti nuovi</i>
<b>Centro salute mentale Rimini</b>	Dr. Riccardo Sabatelli <i>Direttore UO CSM Rimini</i>	Giorgio Zanzani - <i>referente aziendale audit civico</i> Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Paola Maffi-Sala - <i>Lega italiana lotta tumori</i> Prof. Bruna Tenenti - <i>Ass.ne Orizzonti nuovi</i> Fabiola Carnevali - <i>Ass.ne La nuova strada</i>
<b>Unità operativa oncologia</b>	Dr. Alberto Ravaioli <i>Direttore UO Oncologia</i>	Roberto Parma - <i>referente équipe</i> Dott.ssa Maria Mafia Russo - <i>Direttore UO Pediatria, psicologia, tutela minori</i> Dott.ssa Angela Angelini - <i>URP AUSL</i> Marta Corti - <i>Ass.ne Tutela diabete giovanile adulto</i> Paola Maffi-Sala - <i>Lega italiana lotta tumori</i> Dott.ssa Raquel Acosta <i>Ass.ne italiana lotta alla distrofia muscolare</i>

Un'importanza centrale in questa fase riveste l'aver contattato le strutture prescelte nel progetto dell'audit civico per poter effettuare una programmazione delle azioni per la rilevazione: somministrazione dei questionari e rilevazione delle griglie di osservazione.

Sono state utilizzate due modalità di contatto: la prima modalità formale è stata l'invio di una lettera firmata dal Direttore generale dell'Azienda USL di Rimini al Direttore sanitario, ai Direttori dei Distretti di Rimini e Riccione, al Direttore del Centro di salute mentale di Riccione, al Direttore del Dipartimento di salute mentale e SPDC di Rimini, al Direttore medico del Presidio ospedaliero di Rimini, al Direttore del Centro di salute mentale di Rimini, al Direttore di Neuropsichiatria infantile di Rimini e Riccione, al Direttore dell'Unità operativa di oncologia di Rimini; la seconda modalità più informale è stata quella di interpellare telefonicamente i Direttori delle Strutture individuate per spiegare il progetto, concordare gli appuntamenti e illustrare le modalità di svolgimento dell'indagine.

Il gruppo di lavoro ha stabilito che per effettuare la rilevazione nelle strutture fosse necessaria una équipe formata da almeno tre persone. Le date delle visite sul campo e delle interviste sono state concordate con i responsabili delle strutture.



La rilevazione è stata effettuata attraverso la somministrazione dei questionari e delle griglie di osservazione. Ha impegnato il gruppo di lavoro per 30 ore, nel corso di sei giornate.

La rilevazione è stata accolta con estrema disponibilità da parte dei soggetti coinvolti ed è stata vissuta come un'opportunità per conoscere lo sviluppo della rappresentanza dei cittadini nell'ambito dell'Azienda, per confrontare alcune scelte effettuate e altre in itinere direttamente con le rappresentanze dei cittadini, per sperimentare nell'incontro diretto con i cittadini la necessità di porre maggiore attenzione agli strumenti di comunicazione con gli stessi cittadini relativi alla conoscenza dei servizi.

Un aspetto importante di questa esperienza è stata quella di aver creato dei momenti significativi sia per i cittadini che per gli operatori per apprendere e riflettere sui progetti aziendali e sui percorsi di miglioramento per i cittadini che vengono portati avanti a vari livelli in Azienda.

#### *Rapporti e relazioni nel gruppo*

Le relazioni nel gruppo di lavoro si sono caratterizzate fin dall'inizio in modo positivo dal momento che quasi tutti i componenti si conoscevano precedentemente per altri incontri e progetti aziendali ed erano già in buoni rapporti relazioni.

Sicuramente l'esperienza dell'audit civico ha migliorato il clima relazionale, favorendo una maggiore conoscenza reciproca e rafforzando le relazioni tra i componenti dell'*équipe*. Inoltre la condivisione degli obiettivi comuni ha favorito la coesione e la determinazione del senso di appartenenza al gruppo di lavoro.

I fattori che hanno condizionato il clima all'interno dell'*équipe* locale sono:

- condivisione di un obiettivo comune;
- flessibilità dei componenti;
- comprensione e rispetto da parte di ciascuno soggetto riguardo al tempo e agli impegni degli altri;
- disponibilità del referente aziendale a coordinare le azioni e gli appuntamenti tenendo conto delle esigenze di tutti i componenti;
- consapevolezza che l'indagine dell'audit civico potesse essere di utilità per processi di miglioramento.

La modalità di rapporto all'interno dell'*équipe* è stata caratterizzata dalla discussione franca sui propri bisogni relativi alla declinazione dei tempi di vita rispetto ai tempi di lavoro, dalla possibilità di esprimere le proprie lacune, le proprie incertezze, e le proprie delusioni ed entusiasmi riguardo al lavoro comune.

Il rapporto tra il responsabile dell'*équipe* e il responsabile aziendale è stato improntato al continuo dialogo e confronto reciproco. Agli incontri dell'*équipe* erano presenti entrambi, e hanno valutato insieme la disponibilità del tempo nonché dell'oggetto dell'incontro e la modalità di presenza.

Il rapporto costante con l'*équipe* è fondamentale per garantire l'accompagnamento e il supporto necessario al buon esito del processo di audit civico.

*Principali considerazioni emerse dall'esperienza dell'audit civico*

- Le caratteristiche delle strutture sanitarie prescelte per lo svolgimento del progetto dell'audit civico possono indubbiamente favorirne o sfavorirne la buona riuscita. Le strutture sanitarie che hanno maggiore consuetudine al rapporto con i cittadini favoriscono il lavoro e allo stesso tempo le strutture sanitarie che hanno sviluppato conoscenze e competenze intorno ai temi relativi alla qualità offrono anch'esse un terreno più fertile per il lavoro.
- Le caratteristiche importanti del referente aziendale del progetto dell'audit civico, alla luce dell'esperienza conclusa, sono sicuramente la buona conoscenza della realtà aziendale, la flessibilità nella conduzione del gruppo, la disponibilità ai cambiamenti, la motivazione rispetto all'importanza per i sistemi sanitari dei processi relativi alla qualità.
- Le caratteristiche importanti del referente dell'équipe sono inerenti alla conoscenza della realtà aziendale, all'attitudine al lavoro di gruppo, alla motivazione rispetto alla necessità di lavorare in alleanza con gli operatori sanitari.
- Momenti cruciali dell'esperienza sono stati l'intervista ai Dirigenti, la discussione in gruppo dei risultati, i momenti informali e la frequenza degli incontri.

*Criticità e punti di forza dell'esperienza dell'audit civico*

- I punti di forza nel momento della formazione del progetto dell'audit civico sono rappresentati dal coinvolgimento diretto della Direzione generale e della Direzione sanitaria quali promotori del progetto.
- Un punto di criticità nella formazione locale è stato rappresentato dalla scarsa partecipazione delle Associazioni del territorio. Tale carenza è stata elemento di forte delusione per la rappresentanza dei cittadini del gruppo Audit civico.
- Nella definizione delle azioni un punto di forza è stato rappresentato dal costante e puntuale coordinamento del responsabile aziendale, dalla forte motivazione del responsabile dell'équipe locale, dalla precisa metodologia proposta dal gruppo di riferimento regionale.
- Nella fase della rilevazione un punto di forza è stato rappresentato dalla coesione e comunità di intenti del gruppo di lavoro Audit civico.
- Le relazioni tra i diversi soggetti dell'audit civico si sono rilevati un punto di forza del gruppo di lavoro. I rapporti erano basati sulla conoscenza reciproca maturata nell'ambito della costituzione e dello sviluppo dei Comitati consultivi misti aziendali e dall'aver un linguaggio comune nonché una conoscenza personale.
- Un secondo punto di forza del gruppo di lavoro è stato rappresentato dalla necessità di concludere il percorso nel breve tempo, creando le condizioni per un'assidua frequentazione dei componenti di gruppo.
- Un fattore positivo rilevato dall'esperienza dell'audit civico è stata la disponibilità dei dirigenti delle strutture ad accettare suggerimenti e proposte per il miglioramento dei servizi.

Concludendo, è possibile affermare che l'esperienza è stata giudicata positivamente. In particolare sono stati apprezzati: l'apertura dimostrata dall'Azienda e dai Direttori delle strutture nel partecipare al progetto, la disponibilità e l'accoglienza dei diversi livelli aziendali e il clima che si è creato all'interno dell'équipe operativa.

Nello specifico la metodologia adottata nel progetto dell'audit civico è stata adeguata all'obiettivo, ma si ritiene importante effettuare una riflessione e una eventuale revisione degli strumenti di rilevazione e del panel degli indicatori.

## **6.4. La restituzione e la diffusione dei risultati**

### ***... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Piacenza***<sup>74</sup>

#### *L'attesa*

Alla conclusione della raccolta dei dati dell'audit, l'équipe locale ha proceduto in tempi molto brevi a un'analisi delle criticità emerse nell'audit 2003 e alla verifica delle azioni messe in atto, valutando positivamente gli interventi dell'Azienda.

Era necessario, per il gruppo molto coeso ed entusiasta del lavoro svolto, poter avere un riscontro in tempi brevi, per cui non si è atteso il rapporto finale di Cittadinanzattiva ma si è proceduto prendendo in esame i questionari, le griglie di monitoraggio e i verbali degli incontri con i direttori di UO e Servizi, per estrapolare gli indicatori che si presentavano negativi senza alcuna giustificazione o motivazione di scelte aziendali e/o di servizio definite e pertinenti.

#### *Elaborazione dei dati e relazione*

Pertanto, il responsabile aziendale, coadiuvato dai referenti aziendale e civico dell'équipe, ha realizzato un report sui dati rilevati, rendendo visibili il numero e gli indicatori risultati negativi per ogni UO e Servizio indagato. Il report è pubblicato sul sito internet (e intranet) dell'Azienda <http://www.ausl.pc.it> alla sezione Customer Satisfaction (ciXqua) "Cittadini per la qualità" nelle pagine dedicate all'audit civico (analisi indicatori).

Questo report è stato lo strumento utilizzato dall'équipe locale per le loro valutazioni e osservazioni e per la realizzazione di un primo documento di analisi dei dati da presentare ufficialmente all'Assemblea generale del volontariato il 7/11/2005. A tale Assemblea erano presenti il Direttore generale i direttori di presidio e distretto e responsabili di UO e servizi, i componenti dei 4 CCM dell'Azienda, medici di medicina generale, volontari di diverse associazioni, i presidenti dei sindacati dei pensionati e anche qualche cittadino curioso.

Sicuramente il verificare, da parte dell'équipe locale civica, che le criticità rilevate nell'audit civico del 2003 erano state risolte da azioni messe in atto dall'Azienda, come è stato anche evidenziato nell'assemblea generale del 7/11/2005, ha consentito una

---

<sup>74</sup> A cura di Giovanni Ferrari.

valorizzazione del lavoro svolto e una soddisfazione a livello personale che è risultata preziosa nel percorso di conclusione dell'audit.

Dall'Assemblea del 7/11/2005 è subito emerso un primo dato importante rappresentato dalla decisione dell'Azienda di farsi carico con tempestività delle criticità evidenziate di bassa complessità, in questo contesto, l'équipe locale ha espresso una particolare soddisfazione, rappresentata dalla consapevolezza da parte dei componenti di essere partecipi e in parte promotori di processi per il miglioramento della qualità a favore dei cittadini.

Un fatto rilevante per il gruppo è risultato l'intervento del Direttore generale che, sulla base delle aspettative e dei dubbi sorti in seguito all'intervento sull'ospedale di Fiorenzuola, ha chiarito in un incontro richiesto dal CCM Val d'Arda e svolto il 14/2/2006 le strategie dell'intervento e la destinazione della struttura; dal mantenimento delle funzioni attuali agli investimenti sulle tecnologie e all'accorpamento dei servizi territoriali sparsi nella città in un unico contenitore funzionale ai bisogni dei cittadini della Val d'Arda.

In seguito alla consegna rapporto di audit da parte di Cittadinanzattiva è stata realizzata a fine 2006 la relazione conclusiva da parte dell'équipe locale che - insieme a tutto il materiale elaborato - è stata consegnata ai CCM e inviata alla Direzione generale e a tutti i dirigenti coinvolti.

Il CCM della Val d'Arda ha assunto l'impegno di tenere monitorato il lavoro rispetto alle criticità strutturali ed organizzative segnalate che si rifacevano all'ampliamento della struttura ospedaliera di Fiorenzuola.

#### *Divulgazione dell'esito dell'audit*

È stato definito un piano di comunicazione interno ed esterno all'Azienda che ha coinvolto la Direzione generale, i Direttori e Responsabili delle Unità operative e dei Servizi coinvolti e ha previsto: elaborazione dei dati da pubblicare sul sito aziendale sia internet che intranet e con evidenza ai CCM e alle Associazioni di volontariato attraverso la *newsletter* "la voce dei cittadini"; lettera aperta del presidente dell'esecutivo provinciale dei CCM; come enunciato nel programma di avvio, pubblicazione di tutto il materiale dell'audit web aziendale <http://www.ausl.pc.it> nella sezione Customer Satisfaction (ciXqua) "Cittadini per la qualità".

I risultati e il percorso dell'audit civico sono stati ripresi in più occasioni dalla stampa locale ed è stato realizzato un poster manifesto presentato nella sezione "poster" in occasione della Giornata del cittadino "Convegno Cittadinanza & Sanità", realizzato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale il 27/6/2006. Il poster è stato esposto al pubblico presso il Presidio ospedaliero e il Distretto della Val d'Arda e all'ingresso del Presidio ospedaliero di Piacenza.

### *Attenzioni e riflessioni*

I risultati registrati dall'audit civico fanno ovviamente riferimento a una qualità del servizio rilevato "in offerta": non possono quindi essere considerati senza un opportuno confronto con i dati riguardanti la qualità percepita dall'utente.

Un raffronto tra queste diverse rilevazioni permette di individuare quali siano gli spazi di miglioramento futuro, che si pongono tra le potenzialità dell'offerta e l'effettiva difficoltà di implementazione di questa offerta.

Nel concreto, risulta evidente come l'Azienda abbia aumentato decisamente i propri standard qualitativi, ma è altrettanto chiaro il fatto che queste potenzialità restano ancora a livello latente e non vengono effettivamente percepite come valore dagli utenti.

La strada da percorrere non conduce più a un aumento quantitativo dei servizi presenti sul territorio monitorato (gli indicatori fotografano a questo proposito un livello prossimo alla saturazione), ma piuttosto a un'attenzione crescente agli aspetti prettamente comunicativi interni ed esterni e in specifico di formazione interna rispetto alla capacità di ascolto, accoglienza, informazioni, relazione degli operatori della sanità.

## **6.5. La chiusura del progetto e le ricadute dell'esperienza**

### ***... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Reggio Emilia***<sup>75</sup>

#### *Premessa*

Uno degli elementi che fin dall'inizio ha caratterizzato l'esperienza di audit civico nell'Azienda USL di Reggio Emilia è stato il senso profondo che l'équipe ha individuato nell'opportunità di sperimentare questa metodologia; ovvero il fondamentale valore aggiunto nella valutazione che deriva dal gruppo e in particolare dal gruppo misto costituito da cittadini e operatori.

In sé non è una novità assoluta, perché da anni in questa realtà i Comitati consultivi misti (CCM) operano in modo analogo nell'offrire il proprio contributo di osservatori e segnalatori di criticità all'Azienda. È così importante e consolidato il contributo dei CCM al miglioramento dei servizi che, agevolato dal fatto che il presidente del CCM di Scandiano - Distretto nel quale è stato realizzato l'audit civico (ospedale, cure primarie, Centro di salute mentale e SerT - faceva parte dell'équipe, è stato naturale coinvolgere il Comitato fin da subito, mantenendolo costantemente aggiornato sugli sviluppi dell'indagine.

Nel primo incontro l'équipe locale ha individuato all'unanimità quale responsabile dell'équipe stessa il presidente del CCM di Scandiano. Quando, al termine dell'esperienza, ma già condiviso nei diversi incontri che hanno accompagnato il percorso, l'équipe ha deciso di passare il testimone al Comitato per la verifica successiva degli impegni assunti dall'organizzazione sulle priorità di azioni di miglioramento individuate, tale scelta è stata accolta molto positivamente.

---

<sup>75</sup> A cura di Sara Baruzzo e Giovanni Olmi.

I membri dell'équipe di audit civico hanno sentito ed esplicitato il buon clima nel gruppo, che ha favorito fin da subito il dialogo e il confronto; anche negli incontri con gli operatori e i responsabili ai diversi livelli dell'organizzazione si percepiva lo stesso spirito di apertura e collaborazione, un sentimento comune rispetto al fatto che i "servizi sanitari sono un bene della comunità".

Il responsabile dell'équipe operativa, per primo, ha favorito la condivisione dei valori e dei principi che sottendono l'applicazione della metodologia dell'audit civico, sia all'interno dell'équipe operativa, avendo cura che le persone facessero gruppo, sia con le strutture e i professionisti incontrati. Ha sostenuto il gruppo nelle fasi di realizzazione dell'audit civico, ha partecipato alle visite e alle interviste, ha garantito il raccordo con l'Azienda e le sedi di audit assieme al responsabile aziendale del progetto.

Anche il momento formativo, rivolto principalmente alla conoscenza della metodologia e degli strumenti e alla condivisione del piano di audit, ha rappresentato l'occasione per il confronto aperto sugli obiettivi e le finalità dell'iniziativa, sul ruolo dell'équipe di audit civico e il suo collegamento con il CCM.

Aspetto fondamentale è stato proprio la creazione di unità di gruppo in grado di supportare e sostenere il progetto in tutte le sue fasi e soprattutto nel garantire una credibilità da parte delle strutture valutate. Si è sviluppato un clima di fiducia che è stato trasmesso nel confronto con le strutture da valutare e con i soggetti intervistati.

L'équipe operativa aveva stabilito che ciascun *team*, sia per le interviste che per la rilevazione attraverso le griglie di osservazione, fosse costituito da un minimo di due persone (un operatore e un rappresentante dei cittadini). La partecipazione è stata numerosa, così che il numero minimo è sempre stato ampiamente superato.

L'impegno è stato significativo anche in termini di tempo dedicato. Infatti per la sola fase della rilevazione sono state impegnate complessivamente 11 giornate per circa 30 ore in totale.

La rilevazione è stata accolta con estrema disponibilità da parte di tutti i soggetti coinvolti. Le interviste, in particolare, hanno costituito momenti significativi sia per i cittadini che per gli operatori dei *team*, per apprendere e riflettere su progetti aziendali e percorsi di miglioramento che vengono portati avanti a vari livelli in Azienda.

### *I tempi dell'audit civico*

#### Anno 2005

Promozione dell'iniziativa a maggio, costituzione dell'équipe a giugno, formazione dell'équipe locale a settembre, rilevazione delle informazioni nei mesi di ottobre e novembre, invio dei dati raccolti a Cittadinanzattiva a novembre.

#### Anno 2006

Primo rapporto da parte di Cittadinanzattiva a luglio, rapporto definitivo ad agosto, completamento del rapporto e relazione di accompagnamento a settembre, incontro con la Direzione aziendale ad ottobre, successivamente incontro a Scandiano con le strutture che hanno partecipato all'indagine.

### *Il gruppo*

Ogni decisione sul come procedere è stata condivisa con l'équipe dal momento della sua costituzione.

È stata privilegiata una modalità informale di rapportarsi negli incontri, si è utilizzata molto anche la comunicazione attraverso e-mail per conferme di incontri, scambio di materiale, confronto su documenti (es. verbali di incontri).

Il livello di conoscenza tra i partecipanti era inizialmente disomogeneo anche se alcuni operatori lavorano insieme o hanno occasione di farlo, così come alcuni rappresentanti dei cittadini si conoscevano tra loro o conoscevano alcuni degli operatori. Non è stato comunque un problema, in quanto la conoscenza reciproca di ciascuno con tutti gli altri è stata approfondita con il tempo e con l'occasione degli incontri.

È sempre stato agevolato il confronto su dubbi o sulla necessità di approfondimenti sul ruolo dei componenti dell'équipe, sul significato dell'audit civico, sulla metodologia proposta, sul proseguimento delle attività a seguito dei risultati raccolti (es. che non finisca tutto con la raccolta dei dati, ma che a vari livelli sia mantenuta attenzione e monitoraggio delle azioni di miglioramento), ecc.

Anche le domande presenti negli strumenti di rilevazione sono state lette in modo critico, ricercando il significato più profondo, e anche se talvolta alcuni degli aspetti indagati sono stati considerati superati nella realtà aziendale di Reggio Emilia, nella valutazione ci si è attenuti agli elementi richiesti dal modello proposto.

Il consenso sul come procedere nei diversi momenti è stato sempre ricercato e ottenuto attraverso il dialogo franco e propositivo.

Un altro elemento importante nel creare un clima positivo è stata la responsabilità che ciascuno si è preso rispetto agli altri, anche attraverso banali regole di comportamento che ci si è dati dal primo incontro (es. quando non si può partecipare ad un incontro si comunica appena possibile agli altri membri del gruppo), dimostrando disponibilità, comprensione e rispetto da parte di ciascuno riguardo al tempo e agli impegni degli altri.

Anche il rapporto tra il responsabile dell'équipe operativa e il responsabile aziendale è stato improntato al continuo dialogo e confronto reciproco. Agli incontri dell'équipe operativa erano presenti entrambi, così come generalmente nelle interviste e negli incontri di valutazione delle strutture; tuttavia quando uno dei due non poteva essere presente, si rapportava con l'altro e con alcuni componenti dell'équipe, di volta in volta coinvolti, per conoscere le impressioni a caldo.

Il rapporto costante con l'équipe è fondamentale per garantire il presidio, l'accompagnamento e il supporto necessario al buon esito del processo di audit civico.

### *La restituzione e la discussione dei risultati all'interno dell'équipe locale*

Quando i risultati sono arrivati nel luglio 2006, l'équipe si è riunita per leggere il rapporto fornito da Cittadinanzattiva e confrontare i dati con i verbali e i questionari compilati dai *team* nel corso dell'audit civico, al fine di ritrovare rispondenza nel rapporto e condividere l'esito della valutazione.

Si è trattato di un lavoro lungo e meticoloso che si è protratto per un paio di incontri e ha portato ad evidenziare diverse osservazioni, presentate poi a Cittadinanzattiva che si è resa disponibile a rivedere il rapporto locale, perché alcuni indicatori non rispondevano esattamente a quanto rilevato nel corso dell'audit civico. Si sottolinea in questa fase l'attenzione dimostrata da Cittadinanzattiva alle osservazioni portate dall'équipe locale e i tempi contenuti con cui ha fatto pervenire il rapporto corretto (agosto 2006).

A settembre 2006 l'équipe si è nuovamente riunita per discutere i risultati e completare il rapporto locale, in particolare attraverso l'inserimento nelle singole schede di note integrative e commenti ricavati soprattutto dai verbali compilati da ciascun *team* di valutatori nel corso della rilevazione. Sono stati altresì riportati nelle singole schede i valori degli indicatori che non sono rientrati nel calcolo dell'indice di adeguamento agli standard (IAS), ma che l'équipe ha ritenuto comunque importante inserire nel rapporto in quanto costituisce un'informazione che è stata rilevata e quindi che può essere utile anche se non ha inciso nel calcolo dello IAS.

L'équipe operativa ha poi deciso di accompagnare il rapporto locale con una relazione conclusiva.

Tale relazione riprende brevemente nella premessa il percorso svolto, ricordando le strutture oggetto di valutazione; riporta alcune considerazioni generali sull'esperienza compiuta dall'équipe operativa locale, altre considerazioni sul pacchetto di indicatori di audit civico, individuando ulteriori aspetti che si potrebbero esplorare; poi si sofferma sulle aree di miglioramento. Quest'ultima parte della relazione riporta sostanzialmente l'esito dell'analisi effettuata dall'équipe operativa sul rapporto locale. Rispetto agli indicatori che non raggiungono lo standard sono state individuate delle priorità di intervento per ciascun livello indagato. I criteri che hanno guidato l'individuazione delle aree di miglioramento sono riconducibili alla fattibilità delle azioni proposte e ai tempi contenuti di realizzazione. L'équipe ha così ritenuto di interpretare il ruolo concreto di partecipazione al miglioramento dei servizi sanitari dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

A conclusione della relazione è stata inserita una rappresentazione grafica che riporta in sintesi i risultati per ciascun livello indagato (Azienda, assistenza ospedaliera, Cure primarie), così da renderne immediata la lettura da parte dei diversi destinatari.

#### *La restituzione dei risultati agli interlocutori aziendali*

Il 12 ottobre 2006 l'équipe di audit civico ha incontrato la Direzione aziendale per presentare il rapporto locale e la relazione di accompagnamento. Erano presenti all'incontro: il Direttore generale, il Direttore sanitario, il Direttore amministrativo, il Coordinatore sociale, il Direttore del Presidio ospedaliero, la Direzione infermieristica e tecnica aziendale, la Direzione infermieristica e tecnica di Presidio, il Direttore del Dipartimento di salute mentale e il Responsabile infermieristico e tecnico di Dipartimento, il Direttore del Programma cure primarie e il Responsabile infermieristico e tecnico del Programma.



Il materiale (rapporto locale e relazione) era stato inviato in precedenza a tutti gli invitati, per poter dedicare l'incontro al confronto su quanto emerso dalla rilevazione e dall'analisi degli indicatori.

La riunione ha rappresentato un momento fondamentale rispetto al percorso complessivo dell'audit civico; l'équipe operativa si è presentata quasi al completo e ha illustrato l'esperienza, l'analisi dei risultati e le azioni di miglioramento proposte.

La Direzione aziendale ha apprezzato molto il lavoro svolto, ha ringraziato l'équipe per l'impegno, che ha riconosciuto essere notevole, per l'attenzione con cui è stato svolto il lavoro, le modalità di presentazione dei risultati e le scelte operate rispetto alle priorità individuate nelle azioni di miglioramento proposte.

Il Responsabile dell'équipe locale ha ringraziato la Direzione per l'apertura dimostrata nel partecipare a questa iniziativa, confermando gli ottimi rapporti che intercorrono tra i rappresentanti dei cittadini, la Direzione aziendale e i professionisti ai diversi livelli di responsabilità.

L'équipe ha risposto alle varie domande poste dai diversi interlocutori su specifici indicatori e l'incontro si è concluso con la condivisione delle azioni di miglioramento e l'impegno alla loro realizzazione in tempi contenuti.

È stata condivisa altresì la scelta dell'équipe di coinvolgere il Comitato consultivo misto di Scandiano nel monitoraggio dell'attuazione delle iniziative di miglioramento.

Successivamente è stato organizzato a Scandiano un incontro di presentazione dei risultati alle strutture coinvolte: la prima ora è stata prevalentemente dedicata alle Unità operative dell'ospedale, l'ora successiva alle strutture territoriali (medicina di base e specialistica, Centro di salute mentale e SerT).

Erano presenti operatori e responsabili dei diversi livelli organizzativi dell'ospedale e dei servizi territoriali coinvolti dall'indagine, il Direttore del Distretto, il Direttore del Presidio ospedaliero aziendale, la Responsabile infermieristica del Programma aziendale Cure primarie, la Responsabile infermieristica del Dipartimento di salute mentale, il Responsabile dello staff Sicurezza e conformità strutturale, un rappresentante del Servizio alberghiero, la referente aziendale dell'Area accreditamento.

Oltre all'équipe operativa, erano presenti alcuni componenti del Comitato consultivo misto di Scandiano, rinnovato da poco.

Durante l'incontro il Direttore del Presidio ospedaliero aziendale ha fatto un rapido *excursus* storico della sanità in Italia (anni '70, anni '90, oggi: fare, fare bene, fare bene le cose giuste) collocando poi l'audit civico all'interno del governo clinico, di cui ha citato anche altri strumenti importanti come la gestione del rischio, la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza (audit clinici), e ponendo l'attenzione sull'importanza dei diversi punti di vista nel miglioramento dei servizi sanitari.

Il Referente aziendale, che assieme all'équipe ha presentato i risultati, ha sottolineato come questa esperienza rappresenti lo sviluppo di un nuovo approccio alla cultura della partecipazione, che fa leva sulla costruzione di una relazione improntata alla *partnership* tra cittadini e professionisti.

Particolare attenzione è stata dedicata alle azioni di miglioramento proposte dall'équipe ed è stata messa in evidenza la collaborazione nata tra équipe di audit civico e Comitato consultivo misto, che ha accettato di ereditare il lavoro svolto dall'équipe operativa e proseguire attraverso il monitoraggio dello stato di attuazione delle iniziative di miglioramento.

*Conclusione - dalla relazione di accompagnamento al rapporto di audit civico*

L'esperienza è risultata molto positiva sotto diversi punti di vista, evidenziati dall'équipe operativa locale:

- la trasparenza e l'apertura dimostrata dall'Azienda,
- il clima collaborativo, di fiducia e di confronto che si è creato all'interno dell'équipe operativa,
- la disponibilità e l'accoglienza manifestata dai diversi livelli aziendali nel rapporto con i *team* di verifica,
- la possibilità, in particolare per i cittadini, di comprendere molti aspetti di tipo organizzativo e di processo e approfondire alcune tematiche attuali e innovative che l'Azienda sanitaria sta sviluppando (es. gestione integrata del rischio).

*Diffusione dell'esperienza*

L'esperienza di audit civico effettuata nel 2005 nell'Azienda USL di Reggio Emilia è stata presentata in una comunicazione orale al XVI Congresso della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria - VRQ tenutosi ad Assisi dal 15 al 18 novembre 2006.

È stata inoltre presentata in forma di poster e relazione di accompagnamento alla 15 Conferenza HPH che si è tenuta a Vienna dal 11 al 13 aprile 2007.

L'*abstract* dell'esperienza è stato pubblicato nelle news aziendali a gennaio 2007.

Ampio spazio è stato dedicato anche nel Bilancio di missione 2006, nella Sezione 3 riguardante gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali e in particolare il Paragrafo 3.2.1. La partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi sanitari.

***... nell'équipe locale dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia***<sup>76</sup>

L'esperienza di audit civico presso l'Azienda ospedaliera S. Maria Nuova è iniziata a fine 2005 e si può affermare che non è ancora giunta ad una vera e propria conclusione, o meglio, il suo *ending point* può essere definito alquanto atipico.

Per comprendere la singolarità di questo percorso occorre brevemente accennare alle fasi principali di riferimento del progetto che sono state determinanti per l'evoluzione in questo tipo di chiusura e nelle conseguenti ricadute. È importante premettere che l'équipe di audit è composta da 12 elementi, per metà operatori aziendali, sia medici che infermieri e amministrativi, e per metà cittadini cooptati dalle organizzazioni di

---

<sup>76</sup> A cura di Loredana Cerullo.

volontariato presenti sul territorio reggiano e diversi per età, etnia, sesso, esperienza e provenienza di associazione.

A partire da questa prima fase, ha svolto un'importante funzione il Comitato consultivo misto aziendale (CCM) che è stato coinvolto come interlocutore primario per la costituzione dell'équipe e la condivisione della progettazione. Infatti si è costituito un comitato promotore composto da due rappresentanti aziendali, il presidente del CCM e un rappresentante del Tribunale per i diritti del malato (TDM) con il compito di istituire l'équipe.

La collaborazione, la co-partecipazione attiva dei cittadini e soprattutto la condivisione delle scelte decisionali ha caratterizzato tutto il percorso, a cominciare dagli esordi, favorendo di riflesso un sentimento di appartenenza del progetto da parte della componente civica, che lo ha vissuto non come qualcosa calato dall'alto, voluto dall'Azienda e in cui erano chiamati in qualità di ospiti privilegiati, ma come un processo in cui erano coinvolti come padroni di casa. Dopo aver partecipato ad un corso di formazione i cui docenti sono stati i membri del gruppo promotore precedentemente formati, l'équipe ha utilizzato gli strumenti elaborati da Cittadinanzattiva e comuni a tutte le Aziende per compiere la valutazione.

Nello specifico l'équipe si è organizzata dividendosi in sottogruppi di 2 o 3 unità, di cui necessariamente una componente doveva essere civica e una aziendale, affinché fosse preservato l'obiettivo di un confronto costante nella valutazione ma allo stesso tempo si procedesse in modo celere.

A rilevazione conclusa, l'équipe ha ritenuto prioritario dare continuità al percorso e, nell'attesa delle elaborazioni fornite da Cittadinanzattiva, ha avviato una riflessione approfondita rispetto ai dati rilevati e agli input emersi durante gli incontri e le discussioni di gruppo. Ciò che sembrava imperdibile era l'opportunità di mantenere aperto un dialogo che avrebbe permesso di incidere rispetto a quegli aspetti condivisi e importanti per migliorare lo *status quo*. Pertanto, nell'intento di potenziare il livello qualitativo di quanto analizzato, valutato comunque positivamente, i membri dell'équipe hanno individuato delle aree di criticità, a fronte delle quali hanno proposto delle azioni di miglioramento.

Sono stati presi in considerazione diversi temi, da quelli legati al comfort e ad elementi strutturali-logistici, a quelli inerenti l'informazione, l'accesso alle prestazioni sanitarie, il supporto ai degenti e familiari, la formazione degli operatori, le forme di interlocuzione cittadini-Azienda, la documentazione sanitaria, l'interazione medici ospedalieri-medici di base. Le indicazioni suggerite e tradotte in circa una trentina di proposte sono state esposte dall'équipe stessa e discusse con la Direzione aziendale dopo pochi mesi dal termine della rilevazione.

L'esito dell'incontro è stato il pieno accoglimento delle proposte da parte della Direzione che, a sua volta, ha dato un forte input al processo di realizzazione, stabilendo per ciascuna azione i tempi di realizzo e il Servizio/Settore di competenza responsabile dell'attuazione. Questo passaggio è stato fondamentale in quanto ha permesso ai vertici aziendali di prendere atto dell'importanza di alcuni fattori dal punto di vista sia dei cittadini che degli operatori e di acquisire maggiore consapevolezza della positività

e fruttuosità di questi momenti di confronto e dialogo nell'orientare le proprie scelte strategiche in un'ottica di eteroreferenzialità.

Inoltre, i cittadini sono stati favorevolmente colpiti in quanto hanno avuto l'opportunità di confrontarsi apertamente non solo, come più spesso accade, con medici e infermieri, ma con la Direzione aziendale. Il fatto che l'ascolto della dirigenza non si sia fermato alla valutazione ma sia andato oltre, interessando anche la fattibilità delle azioni volte al cambiamento, ha entusiasmato l'équipe a tal punto da rendersi disponibile a promuovere essa stessa il miglioramento.

L'équipe si è poi preoccupata della restituzione dei risultati in primo luogo al CCM, in quanto organismo con cui socializzare e condividere non solo l'analisi compiuta ma anche le azioni di miglioramento avanzate affinché si appropriasse dei frutti/esiti di un progetto utili all'espletamento della sua *mission*. Se da una parte l'équipe ha avvertito la forte esigenza di diffondere i risultati al CCM per dare impulso agli sviluppi futuri, dall'altra ha mostrato il suo forte interessamento a proseguire l'esperienza nel tempo per dare continuità all'audit civico attraverso il monitoraggio delle azioni di miglioramento adottate dalla Direzione e la collaborazione nell'attuazione di alcune azioni.

Il CCM, che attraversava un momento di rinnovo dei suoi componenti, ha colto il vantaggio di avvalersi di figure anche esterne al Comitato, preziose per il contributo che portano rispetto alle loro competenze e con cui si era creata una sinergia e un'interazione molto forte. Da qui è nata la proposta di mantenere in vita l'équipe di audit civico delegata dal CCM in qualità di sua appendice, con il compito di controllare che gli impegni assunti venissero rispettati. Quella che era la fine di un percorso è diventata la fase di avvio di uno nuovo, o meglio un naturale e logico proseguimento di un cammino non lineare ma bensì a spirale.

#### *Ruolo e coinvolgimento dell'équipe*

- La prima tappa per dare forza e valore all'équipe e creare un gruppo solido nel tempo è stata quella di chiarire il mandato e l'impegno richiesto in termini di tempo e attività. L'équipe si è così ridotta a 10 elementi, in particolare due membri della componente civica che per motivi personali rinunciavano all'incarico, sono stati sostituiti con un componente del CCM. Questo ha creato un legame ancora più forte con il CCM e ha facilitato il passaggio di informazioni tra l'équipe e il Comitato.
- Successivamente l'équipe è stata impegnata nella realizzazione di alcune azioni di miglioramento tra cui la verifica dei percorsi di accesso all'ospedale dal punto di vista sia strutturale-logistico che informativo. Alla luce di quanto emerso dalle griglie di rilevazione dell'audit, quattro membri (2 cittadini e 2 operatori) hanno verificato la chiarezza dei percorsi rispetto alla cartellonistica, la dislocazione dei parcheggi per disabili e delle pensiline per lo scarico/carico veloce dei pazienti, ipotizzando anche soluzioni di miglioramento. In seguito, i percorsi e le ipotesi sono stati discussi e verificati sul campo insieme all'Ufficio Attività tecniche e all'Ufficio Prevenzione e protezione, che si sono impegnati a portare a compimento, per le rispettive competenze, alcuni interventi di miglioramento.

- Un'azione di miglioramento che ha visto direttamente coinvolto un componente civico dell'équipe è stata la realizzazione di un corso di formazione sul tema della relazione con utenti stranieri rivolto agli operatori dell'ospedale. L'interesse per l'argomento era stato sollevato sia dai professionisti durante le interviste nei reparti, sia dal rappresentate dell'équipe locale che, essendo un immigrato esperto della tematica in oggetto in quanto mediatore culturale e formatore, si è reso disponibile a fare la docenza. Il corso ha avuto esiti positivi e, visto il numero elevato di richieste di partecipazione, è stato replicato in sei edizioni. Il docente è stato inoltre coinvolto nella formazione del personale AVO (Associazione volontari ospedalieri) su richiesta di un altro componente civico dell'équipe che opera in tale Associazione. Si può osservare come un effetto collaterale dell'esperienza di audit civico sia stata la circolarità di informazioni e conoscenze e la messa in comune di risorse ed esperienze.
- Inoltre, è da sottolineare come il contributo dell'équipe abbia avuto un'evoluzione nel tempo. L'attività del gruppo si è caratterizzata per aver captato dei bisogni, aver formulato delle idee e averne seguito lo sviluppo. L'équipe si è infatti incontrata regolarmente per monitorare l'andamento di tutte le azioni di miglioramento proposte, chiedendo ai componenti aziendali di recuperare informazioni e dati.
- Un ulteriore esempio di coinvolgimento dell'équipe nei progetti aziendali è avvenuta in occasione dell'indagine di qualità percepita dai cittadini. Il gruppo è stato riunito e interpellato dall'Ufficio sistemi qualità per avere suggerimenti circa le modalità più efficaci di restituzione e diffusione dei risultati ai cittadini. Ancora una volta l'incontro si è rivelato una preziosa occasione di confronto sui temi particolarmente cari ai cittadini e agli operatori e di apprendimento reciproco.

Quanto sin qui enunciato porta a fare alcune ulteriori riflessioni in merito alle ricadute del progetto Audit civico e alla bontà degli strumenti utilizzati.

- Il principale punto di forza dell'audit è sicuramente stato il ruolo ricoperto dal cittadino che da oggetto di valutazione, fruitore di prestazioni, diventa soggetto attivo e come tale viene riconosciuto attore alla pari del professionista. Il cittadino non viene solamente ascoltato, il suo coinvolgimento va oltre, in quanto gli si chiede un impegno propulsivo nella verifica di ciò che gli viene offerto e nella proposta di possibili azioni di miglioramento.
- L'intervista è stata uno strumento metodologico particolarmente efficace e apprezzato perché ha permesso il confronto diretto e lo scambio di idee tra operatori e cittadini. I primi hanno potuto spiegare i perché di alcune scelte operative e organizzative come ad esempio l'assegnazione o meno di un medico di riferimento per ciascun paziente, come avviene il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia, in cosa consiste la dimissione protetta. Parallelamente, i cittadini hanno potuto esprimere in modo approfondito le loro esigenze e aspettative, rivolgere domande ad esempio sulla pratica del consenso informato o sull'interazione con l'utenza straniera, che registra una considerevole crescita negli ultimi anni. Ne è conseguito un clima

disteso, aperto al dialogo e all'ascolto durante le visite di audit che, di riflesso, ha favorito un percorso di apprendimento reciproco e di apprendimento collettivo fra co-protagonisti. In particolare i cittadini sono diventati più consapevoli della complessità gestionale e funzionale di un'Azienda sanitaria mentre i professionisti hanno preso coscienza della necessità di esplicitare meglio percorsi, le informazioni spesso date per scontate o non definite.

- Un ulteriore valore aggiunto dell'esperienza consiste nel fatto che il processo di valutazione è stato condotto in maniera congiunta da operatori e cittadini, ossia dai due *stakeholder* principali del processo sanitario che, in questo modo, sono portati a confrontarsi per produrre una decisione condivisa. Ne è conseguita un'alimentazione della fiducia reciproca dovuta a una tensione e impegno comune sul piano degli interessi e delle idee. La valutazione è diventata un'occasione di crescita professionale e motivazione per gli operatori e di conoscenza e consapevolezza del proprio ruolo per i cittadini.
- Esito positivo hanno avuto anche gli incontri con la Direzione aziendale, durante i quali sono stati affrontati temi delicati quali l'interazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale, le relazioni con l'Azienda USL di Reggio Emilia, le prospettive future di adozione di modelli di gestione della qualità, il trattamento del dolore, la formazione psico-sociale dei professionisti, la definizione di percorsi clinico-assistenziali, la gestione dei reclami, il lavoro di rete con le altre strutture socio-sanitarie e assistenziali territoriali. Gli incontri hanno avuto come risultato l'avvicinamento tra cittadini-operatori-dirigenza, componenti storicamente viste in contrapposizione. L'audit ha in questo modo favorito l'abbattimento di alcune barriere culturali dando spazio a un confronto sereno in vista di un bene comune.
- L'esperienza ha altresì contribuito a rafforzare una visione positiva dell'Azienda da parte dei cittadini, a prescindere dai risultati ottenuti dalla rilevazione o dall'accoglimento delle proposte presentate alla Direzione aziendale, ma per la disponibilità al dialogo e alla *partnership* dimostrata a tutti i livelli.
- Si può quindi affermare che l'audit civico ha promosso l'*empowerment* del cittadino sotto tutti i punti di vista, della partecipazione ai cambiamenti aziendali, del controllo di informazioni e conoscenze, di consapevolezza critica rispetto al proprio ruolo e alla gestione delle risorse.

#### *A conclusione*

Si riportano le parole di un componente dell'équipe locale in rappresentanza della parte civica, che così commenta l'esperienza:

*Un'esperienza nuova: mi sento un cittadino di serie A. Il Progetto Audit civico dell'Arcispedale S. Maria Nuova è un'espressione che si spiega da sola perché le parole che la compongono hanno in sé un potenziale comunicativo enorme: si intende progettare facendo appello alla collaborazione tra organizzazioni civiche e Azienda ospedaliera per coinvolgere il cittadino come utente, come malato e come interprete delle proprie richieste. Questo progetto mi ha affascinato e per*

*l'appunto coinvolto fin dal primo momento. La formazione del gruppo costituito da cittadini rappresentanti del volontariato e da professionisti dell'Azienda è porsa da subito ben riuscita, perché tutti gli elementi hanno saputo portare la propria esperienza e l'hanno saputa confrontare per iniziare un nuovo cammino. La motivazione individuale è stata forte, ma non per protagonismo bensì con lo scopo di crescere personalmente per fare crescere gli altri sui temi trattati. Proprio per questo è stato piacevole sottoporsi anche ad un certo training preparatorio. Come cittadino è stato veramente qualificante poter contattare direttamente le strutture ospedaliere sia come Direzione sanitaria che come Unità operative e trovarle aperte al dialogo e pronte a un confronto in diretta. Molto spesso si parla di temi legati alla sanità anche in modo cronachistico e banale, non considerando che laddove si fornisce un servizio per la prevenzione e cura della salute si parla di un bene inestimabile per chi lo riceve e per chi lo amministra.*

*In questa fase iniziale, che mi auguro possa proseguire in futuro, abbiamo stilato dei questionari di rilevamento dati concreti, abbiamo rilevato positività e negatività delle strutture e del loro funzionamento, parlando direttamente con i medici delle Unità operative, confrontandoci con fiducia reciproca. Certo le opinioni possono anche divergere ma il dialogo ne ha tratto vantaggio perché motivato e disponibile al cambiamento, da entrambe le parti. Anche noi rappresentanti delle organizzazioni e dei cittadini siamo risultati diversi e diversamente motivati o interessati settorialmente, senza per questo però perdere di vista l'obiettivo finale di contribuire a migliorare la qualità di un servizio per tutelare i diritti di tutti e per far partecipare i cittadini in modo costruttivo.*

*Importante è rilevare che quanto è stato elaborato sotto forma di richieste di miglioramento e di proposte ha ricevuto l'attenzione e la risposta della Direzione sanitaria in forma diretta durante due incontri. Tramite la stampa interna è stata divulgata l'azione svolta agli addetti e dipendenti dell'Azienda e ora si tratta di trovare le formule giuste per rapportarci con la cittadinanza. Il tema è dunque caldo e non deve essere perso di vista. Abbiamo iniziato a parlare di quello che si sente normalmente nelle sale d'attesa, nei corridoi dell'ospedale, nelle case dove ci sono malati e problemi legati alla salute, delle difficoltà di utenti e prestatori di servizio, della qualità che deve crescere con moto lineare per l'equilibrio generale. Credo si capisca chiaramente che non vorrei fermarmi dopo questi primi sviluppi e che mi aspetto un futuro promettente per l'audit civico!*





## 7. I temi "caldi" emergenti

### 7.1. Lavoro e identità di gruppo: le condizioni per costruire un'identità di gruppo

*... nell'équipe locale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara*<sup>77</sup>

*Premessa*

Il progetto Audit civico è nato dall'idea di poter migliorare il servizio sanitario con il monitoraggio di indicatori di qualità percepita attraverso un gruppo di lavoro misto tra operatori delle Aziende sanitarie e rappresentanti delle associazioni di volontariato. Era presente pertanto la consapevolezza che la reciproca collaborazione tra i membri, basata sul valore del lavoro congiunto, rappresentava la chiave per un buon andamento dei lavori.

Molte sono le variabili che si è cercato di tenere sotto controllo durante il processo di evoluzione del gruppo con l'obiettivo di progredire da un gruppo di lavoro a un lavoro di gruppo dalle prime fasi di interazione fino a raggiungere l'integrazione.

*Obiettivo*

Il momento in cui i partecipanti dell'équipe operativa dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara si sono incontrati per la prima volta è stato il giorno di inizio del corso di formazione, in cui ancora non era del tutto chiaro ai presenti né la finalità dell'iniziativa né la metodologia operativa. A questo proposito si è ritenuto che la presenza autorevole dei referenti dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale fosse fondamentale in questo momento inaugurale, per illustrare in modo chiaro e inequivocabile gli obiettivi del progetto ed eliminare qualsiasi dubbio inerente gli stessi e per chiarire eventuali fini non perseguibili attraverso questa esperienza, in termini di utopie o di scopi personali.

Questa fase, che si può definire di reclutamento, ha infatti consentito ad alcuni volontari di scegliere di non far parte dell'équipe ritenendo di non sentirsi all'altezza del compito che gli veniva richiesto, o riconoscendo che quello non era il luogo in cui avrebbero potuto soddisfare i propri bisogni soggettivi. Tale selezione "naturale" ha contribuito a una maggiore coesione tra i membri rimanenti in termini di condivisione della meta che si intendeva perseguire, ritenendo che una delle condizioni necessarie fosse la definizione di un obiettivo unico e condiviso; il gruppo è risultato composto quindi da dodici persone (compresi il referente aziendale e il referente del volontariato), in linea con gli esiti di alcuni studi, secondo cui il numero dei componenti di un gruppo di lavoro non deve superare le 10-12 unità per garantirne un efficace funzionamento.

---

<sup>77</sup> A cura di Federica Fiorini.

### *Metodo e ruoli*

Molta energia è stata investita durante la fase formativa nell'approfondimento del ruolo del *team* e dei suoi componenti, ponendo particolare attenzione anche sulla ricchezza insita nella eterogeneità di esperienza e provenienza dei membri più che sull'antagonismo tra le parti esterne e interne rispetto alla realtà aziendale; ciò ha consentito la conoscenza e il confronto su alcune tematiche ospedaliere tra cittadini e dipendenti. Inoltre, la specificazione delle norme di comportamento finalizzate ad uniformare le modalità di lavoro ha cercato di produrre una logica comune per raggiungere il risultato atteso.

### *Leadership*

Lo stile di *leadership* adottato è stato quello democratico: il referente aziendale ha svolto una funzione prettamente tecnica fornendo supporto metodologico e in modo non direttivo; al *team* è stato chiesto di partecipare attivamente alle scelte, le decisioni sono state prese in maniera condivisa, il parere di tutti è stato ascoltato e tenuto in considerazione per l'avanzamento dei lavori.

In questo modo, i componenti del *team* sono stati invitati a prendere parte al processo decisionale, si sono sentiti coinvolti nel progetto e questo ha aiutato il *leader* a fare in modo che gli obiettivi di ciascun individuo coincidessero con quello del gruppo.

Si ritiene che, a differenza di altri approcci, quello democratico consenta di avviare una migliore comunicazione tra le persone e di conoscersi meglio, e renda il lavoro più difficile ma sicuramente più gratificante. Inoltre, l'individuo che lavora in un approccio democratico è maggiormente motivato e soddisfatto e raggiunge gli obiettivi con più facilità ed entusiasmo.

### *Comunicazione*

La strategia comunicativa è stata intesa come scambio finalizzato al raggiungimento degli obiettivi e utilizzata come strumento di governo del processo evolutivo del gruppo attraverso il confronto, l'ascolto attivo volto alla valorizzazione di tutti i punti di vista, l'esposizione, il *feedback*, la libertà di espressione e la condivisione di un linguaggio comune.

Un fattore critico che ha rallentato i tempi di comunicazione all'interno dell'équipe è stata l'impossibilità di trasmettere via e-mail i documenti di lavoro, che quindi venivano discussi solamente all'interno di riunioni, incontrando a volte difficoltà nel riuscire a concordare date in cui tutti i membri fossero disponibili; in questo modo l'integrazione dei singoli contributi all'interno dei materiali comportava una rielaborazione in un secondo momento da parte del referente aziendale. Un interscambio elettronico avrebbe chiaramente consentito anche una più proficua elaborazione delle relazioni prodotte sia in fase di raccolta delle informazioni sia in fase di stesura di report, diari di bordo dell'esperienza e altro ancora.

### *Clima*

Con il termine clima si intende quell'insieme di elementi, opinioni e percezioni dei partecipanti che colgono la qualità dell'ambiente del gruppo; in una sola parola l'atmosfera, che nonostante venga intesa come rivolta all'insieme delle persone, ha tuttavia una valenza sostanzialmente individuale e che, nel caso specifico dell'Azienda di Ferrara, è variata in relazione ai vari accadimenti che si sono susseguiti durante lo svolgimento del progetto. Alcuni fattori come la fiducia e l'attenzione, capaci di esprimere il clima e significativamente elevati all'inizio dell'esperienza, sono risultati influenzati negativamente nel momento della restituzione dei risultati statistici, sia per la tipologia di aggregazione dei dati proposta, sia per l'omissione dei contributi allegati alle griglie di osservazione. La lettura dei report contenenti gli esiti dei sopralluoghi, svolti dall'équipe all'interno delle Unità operative, è risultata comprensibile solo agli addetti ai lavori e l'impegno che gli auditor avevano investito nel redigere verbali di accompagnamento non è stato valorizzato all'interno dei report; questo ha comportato una sensazione di mancato riconoscimento di una parte di lavoro in cui erano state investite notevoli energie e una diminuzione della motivazione.

Altri elementi come la sintonia, il contesto amichevole e la possibilità di espressione sono rimasti costanti durante tutto il percorso e manifestati in termini di collaborazione.

### *Identità*

Per quanto riguarda il processo di formazione dell'identità di un gruppo si può distinguere in due componenti: una di identificazione e una di individuazione. Con la prima il soggetto si rifà alle figure rispetto alle quali si sente uguale e con le quali condivide alcuni caratteri e produce il senso di appartenenza a un'entità collettiva; con la seconda il soggetto fa riferimento alle caratteristiche che lo distinguono dagli altri, per le proprie peculiarità e per una propria storia individuale che è sua e di nessun altro.

Per entrare più nel dettaglio basti pensare che tra i membri del gruppo vi erano alcuni dipendenti aziendali e altri che appartenevano ad associazioni di volontariato del territorio ferrarese (2-3 per associazione); la situazione di partenza era quindi quella di vari sottogruppi di persone in cui vi era confidenza e complicità poiché già si conoscevano al di fuori di questa esperienza, e diffidenza verso gli altri, in particolare nei confronti degli operatori sanitari, i quali solo dopo un po' di tempo sono stati visti dai volontari come punti di riferimento in quanto conoscitori della realtà organizzativa che si andava ad esplorare, e non come antagonisti. Solo con il trascorrere del tempo il senso di appartenenza al gruppo ha consentito di sciogliere i sottogruppi e andare verso un *team* omogeneo.

Dal punto di vista dell'immagine il gruppo ha scelto di dotarsi di un logo rappresentativo in cui vi sono alcune parti di un puzzle che si chiudono a formare una sorta di contenitore; la particolarità sta nel fatto che le singole componenti hanno le sembianze di un corpo umano con testa, gambe e braccia. Ogni tassello è simile agli altri, pur

mantenendo la sua specificità e si posiziona vicino agli altri in un disegno armonico che simboleggia l'incastro tra le parti. Il messaggio è stato quindi quello della squadra unita da un unico scopo il cui raggiungimento è dato dalla collaborazione di tutte le parti.

**Figura 14.** Logo dell'équipe operativa dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara



## **7.2. L'audit civico come esempio di programmazione partecipata: ombre e luci della partecipazione e del coinvolgimento**

***... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Ferrara*** <sup>78</sup>

*Premessa*

L'audit civico, inteso come analisi critica e sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie, è nato per rispondere all'esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino, come criterio essenziale per la valutazione dei servizi sanitari che si esplica in alcuni processi:

- lo sviluppo della partecipazione civica e della tutela dei diritti dei cittadini che richiedevano nuovi spazi di dialogo fra cittadini e Aziende sanitarie;
- lo sviluppo delle metodologie della qualità percepita e il superamento dei limiti della *customer satisfaction*.

La metodologia dell'audit civico è stata elaborata da Cittadinanzattiva con il contributo di un tavolo nazionale di lavoro costituito da esperti provenienti da varie Aziende sanitarie, da enti di certificazione e dall'Istituto superiore di sanità.

La progettazione dell'audit civico ha preso avvio da quattro domande poste dai cittadini.

- Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi. La domanda a questo proposito è "quali sono le azioni elementari che le Aziende sanitarie stanno conducendo per facilitare l'accesso ai servizi per il paziente e i loro familiari?".
- Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato e determina il quesito: "quale attenzione pongono le organizzazioni sanitarie a problemi emergenti quali assistenza ai malati cronici, controllo della sicurezza, alleviamento del dolore?".

---

<sup>78</sup> A cura di Monia Baldi, Lorena Ceragioli, Sara Castellari, Elisabetta Cattozzi, Annamaria Toschi.

- Il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi "in che modo i cittadini possono partecipare all'attività di progettazione e di governo dei servizi loro destinati?".
- Il quarto aspetto riguarda il cittadino all'interno del suo territorio e quindi "quali risposte tempestive e pertinenti può dare l'Azienda a un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?".

La vastità e la complessità degli argomenti da analizzare rende molto difficile dare una risposta esauriente. Cercare di rispondere a tutte le domande vuol dire indagare su cosa si sta facendo per:

- favorire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari;
- eliminare le barriere fisiche e organizzative/burocratiche;
- garantire una buona informazione sui servizi;
- favorire le azioni di tutela dei diritti;
- rendere disponibile e consultabile la documentazione sanitaria;
- rendere confortevoli e accoglienti le strutture;
- adeguare l'organizzazione e i comportamenti alle esigenze di rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati;
- migliorare la qualità dei servizi;
- adeguare le strutture e gli impianti alle nuove normative in campo di sicurezza;
- prevenire e monitorare gli errori di pratica medica e assistenziale;
- ridurre il dolore dei pazienti;
- facilitare l'utilizzazione dei servizi presenti da parte dei malati cronici e terminali;
- migliorare il coinvolgimento nei rapporti tra Aziende e organizzazioni civiche.

Fra gli obiettivi generali dell'audit civico sono presenti a livello locale:

- favorire l'impegno di operatori sanitari e amministratori nei confronti di aspetti dell'assistenza sanitaria di particolare rilievo dal punto di vista dei cittadini;
- favorire l'impegno dei cittadini per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria facendoli interagire con la direzione aziendale;
- promuovere il confronto tra varie Aziende sanitarie (*benchmarking*) per la diffusione di eventuali buone pratiche effettuate;
- creare le condizioni affinché sia possibile promuovere spazi dedicati al confronto a partire dall'idea della reciprocità e del rispetto fra cittadini e professionisti.

Fra gli obiettivi specifici da raggiungere a livello locale sono presenti:

- la promozione della partecipazione dei cittadini;
- l'utilizzo delle informazioni per l'attivazione di percorsi di miglioramento del sistema;
- la promozione delle innovazioni e valorizzazione dei punti di eccellenza;
- la costruzione di canali di informazione interattivi con le rappresentanze dei cittadini;
- rendere evidente il dialogo che intercorre tra i soggetti che interagiscono nel progetto.

Per la costituzione dell'équipe operativa locale, i Comitati consultivi misti hanno rappresentato un punto di riferimento come interlocutori privilegiati per lo sviluppo di percorsi di partecipazione.

#### *L'audit civico nell'Azienda USL di Ferrara*

Per la realizzazione dell'audit civico nell'Azienda USL di Ferrara sono stati scelti i Dipartimenti delle cure primarie afferenti ai 3 Distretti aziendali (Centro-Nord; Ovest; Sud-Est).

L'Azienda USL di Ferrara comprende 26 Comuni, suddivisi nei tre Distretti, con un bacino d'utenza di circa 350.000 residenti.

La scelta è ricaduta su tale struttura aziendale poiché, in accordo con i Comitati consultivi misti, si è convenuto sulla necessità di valutare una struttura organizzativa di recente costituzione, nella quale non fossero state effettuate analisi complessive di qualità dei servizi dal punto di vista dei cittadini.

La fase di avvio è iniziata quando la Direzione generale, acquisito il parere favorevole dei CCM aziendali, ha deciso di aderire all'iniziativa regionale nominando un referente aziendale che ha svolto incontri di presentazione dell'audit civico ai tre Comitati consultivi misti e ai Responsabili dei 3 Distretti.

Si è provveduto a formare un Comitato promotore del progetto che, oltre a partecipare agli incontri con la Regione e con Cittadinanzattiva, ha pubblicizzato il progetto presso l'Azienda USL.

Nel mese di settembre 2005, dopo la fase di formazione in sede regionale del referente aziendale e di due suoi collaboratori (il Comitato promotore), si sono costituite tre équipe locali, una per ogni Distretto.

Come modalità di reclutamento/nomina dei partecipanti all'équipe si è provveduto prima a presentare l'iniziativa nei CCM, quindi si sono raccolte adesioni al progetto sia all'interno dei componenti dei CCM stessi sia da parte di personale dipendente e appartenenti ad associazioni di volontariato.

È inoltre stato nominato in ogni Distretto un responsabile dell'équipe operativa locale scelto dalla stessa équipe in base alle conoscenze delle strutture e delle persone coinvolte nell'indagine. Tra i compiti del responsabile c'era quello di mantenere i rapporti con il referente aziendale; coordinare le azioni svolte dall'équipe, facilitandone il compito nel prendere contatto con persone da intervistare e luoghi da visitare.

Le équipe hanno seguito un iter formativo che ha consentito loro di acquisire le conoscenze e le abilità pratiche per condurre l'audit civico a livello locale e le ha rese quindi operative.

La formazione si è svolta a Ferrara, Codigoro e Cento (sedi rispettivamente dei Distretti Centro-Nord, Sud-Est e Ovest) tra la metà di ottobre e l'inizio di novembre 2005 con il coordinamento del referente aziendale e dei due collaboratori che insieme al referente avevano partecipato alla formazione regionale. Gli stessi sono stati i docenti del corso di formazione insieme con i Direttori dei Dipartimenti delle cure primarie.

L'intervento formativo si è articolato in 4 giornate di 3 ore ciascuna in cui sono stati sviluppati i seguenti obiettivi:

- conoscere il progetto Audit civico calato nel contesto locale tramite l'illustrazione del progetto regionale collegato al progetto di audit locale (descrizione del contesto);
- conoscere il contesto per prepararsi al rapporto con le strutture e i loro responsabili con un atteggiamento di ascolto e di dialogo;
- conoscere e utilizzare gli strumenti dell'audit civico, tramite l'approfondimento sia sugli strumenti sia sulla metodologia e l'approfondimento della tecnica di intervista;
- sapere utilizzare gli strumenti dell'audit civico, tramite l'approfondimento pratico dell'uso degli strumenti.

Il piano delle azioni per la rilevazione è stato concordato con i responsabili delle équipe locali e con i Direttori dei Distretti e dei Dipartimenti delle cure primarie.

Sono state coinvolte tutte le Unità operative afferenti ai Dipartimenti delle cure primarie escludendo i Servizi Salute donna e Pediatria di comunità per i quali non erano stati approntati strumenti di rilevazione.

Alla fase di rilevazione, effettuata nei mesi di ottobre e novembre 2005, hanno partecipato i componenti delle équipe operative locali.

I contatti con le Unità operative delle strutture sono stati tenuti dai responsabili delle équipe operative locali tramite i Responsabili delle strutture e delle UU.OO. oggetto di rilevazione

Le osservazioni sono state effettuate generalmente da due persone (un dipendente e un volontario) e in linea di massima gli operatori sanitari hanno valutato strutture diverse da quelle di appartenenza.

La rilevazione è stata accolta nelle varie Unità operative con spirito collaborativo da parte del personale sanitario dipendente.

All'interno dell'équipe locale il clima è stato collaborativo positivamente influenzato da conoscenza e fiducia reciproca.

Gli incontri delle équipe sono avvenuti con buon livello di partecipazione e con modalità non troppo formali ma più spesso amichevoli dovute principalmente alla reciproca conoscenza.

#### *Ombre e luci della partecipazione*

Si intende sottolineare che l'Azienda USL di Ferrara ha sempre espresso attenzione al cittadino/utente, il quale è stato più volte coinvolto in indagini e rilevazioni sulla qualità percepita nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Come già evidenziato, un limite dell'indagine di audit civico è stato la non completa adeguatezza degli strumenti di rilevazione che non contemplavano la presenza di alcune Unità operative all'interno del Dipartimento delle cure primarie quali Salute donna e Pediatria di comunità.

Punto di forza della realizzazione del progetto è sicuramente stato l'aver coinvolto i Responsabili del Dipartimento delle cure primarie fin dalla fase formativa delle équipes operative locali: ciò ha favorito la conoscenza reciproca e ha messo in evidenza fin dall'inizio il carattere non "ispettivo" della ricerca.

Per quanto riguarda la formazione delle équipes operative locali un punto critico è aver dovuto costituire e formare tre gruppi di lavoro data la vastità del territorio.

Punto di forza è stata la chiarezza nella definizione degli obiettivi della ricerca che non hanno dato adito a successive possibili incomprensioni. Infatti i responsabili delle équipes si sono fatti carico della definizione del piano delle azioni insieme con il responsabile aziendale. Il piano poi è stato discusso all'interno delle équipes e ciascuno componente si è assunto le proprie responsabilità in merito alla rilevazione, fornendo adeguate disponibilità di tempo.

Punto di forza dei rapporti/relazioni tra i diversi soggetti dell'audit civico (referenti regionali, équipe locale, gruppo promotore, ecc.) è stato sicuramente lo spirito di collaborazione che ha accomunato tutti per la risoluzione dei problemi che si sono presentati.

### **7.3. Il difficile mestiere della rilevazione: difficoltà e discrepanze nel conciliare metodica e strumenti di valutazione con l'interpretazione dei dati**

#### ***... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Ravenna***<sup>79</sup>

##### *L'équipe in cammino*

L'équipe dell'Azienda USL di Ravenna è costituita da persone non esperte dell'audit civico; gli unici due componenti che in passato avevano partecipato all'iniziativa, lo avevano fatto nella fase sperimentale, quando il percorso era diverso.

Nel gruppo - costituito da due diverse componenti: aziendale e civica (alcuni di questi appartenevano al CCMT di Ravenna e altri a Cittadinanzattiva di Ravenna) - erano presenti anche persone che avevano esperienza di indagini di diversa metodologia ma non avevano potuto partecipare neppure al primo momento di apprendimento di presentazione dell'audit.

Il trasferimento di conoscenza a questi membri dell'équipe, avendo solo ascoltato l'esposizione dell'audit, era praticamente impossibile; la rapida informazione fatta alcuni mesi dopo a Ravenna è valsa appena per una percezione comune dell'impegno che si presentava.

---

<sup>79</sup> A cura di Rocco Baruzzi, Roberto Bertoni, Maria Caroli, Giancarlo Casamenti, Claudia Cornacchia, Mario Dona, Maria Giovanna Gentile, Anna Pia Guadagni, Livio Laghi, Maria Poggiali, Loris Masarà, Paolo Missiroli, Nevio Profili, Rita Rambelli, Giuseppe Rossini, Riccarda Suprani, Franco Vicariucci, Antonella Zambrini, Giovanni Zanzi.



In questa situazione ogni operatore si era fatto un'idea, più o meno consapevole, del cammino da percorrere, delle tappe fondamentali e dei tempi relativi che queste avrebbero richiesto. Ora si può affermare che non si era capito dove stava il centro dell'esperienza dell'audit, ritenendo cruciale l'organizzazione della rilevazione (cosa ovvia) e non riuscendo a immaginare il peso degli sviluppi successivi.

La presa di contatto con lo strumento dell'audit civico si è sviluppata in una progressiva scoperta di difficoltà e nel tentativo, si spera riuscito, di superarle.

È dunque possibile riconoscere in questa esperienza di rilevatori dell'audit civico, tre momenti fondamentali.

- La prima fase è quella che si può definire dell'apprendimento teorico, quando l'iniziativa è stata descritta da chi l'aveva concepita e sperimentata e che nella maggioranza dei componenti dell'équipe non trovava esperienze in cui riconoscerla. Si è sommariamente capito di cosa si trattava.
- Il momento successivo è stato cruciale per la comprensione del modello dell'audit e ha avuto inizio quando sono arrivati i primi risultati: con sommo sconcerto, si è capito che si era ben lungi dall'essere giunti praticamente al termine dell'iniziativa, infatti non solo l'immagine della realtà che era stata descritta esaminando i questionari e compilando le griglie di osservazione risultava distorta, ma non si riuscivano a comprendere pienamente i meccanismi valutativi alla base dei valori riportati; è stato quindi necessario ripercorrere tutto il lavoro già svolto, confrontandolo passo a passo con i risultati per comprendere il senso di ogni valutazione.
- Infine si è attraversata la fase della maggiore consapevolezza, quella in cui si è riusciti a chiarire la filosofia vera dell'indagine e l'origine delle discrepanze tra quello che si intendeva dire e quello che risultava dall'indagine. In questa fase è stato possibile interagire con chi elaborava i dati per esprimere nel modo più fedele la visione della realtà rilevata.

#### *Fase dell'apprendimento teorico*

Va rilevato come il momento dell'apprendimento iniziale sia stato distante nel tempo dall'inizio dell'esperienza, affievolendo in questo modo la chiarezza delle informazioni ricevute.

Questo elemento ha quasi annullato la funzione della trasmissione delle informazioni tra pari, vuoi perché troppo diluite nel tempo, vuoi perché affievolite nei significati più che nella descrizione dei compiti.

In definitiva è venuta a mancare una vera e propria interiorizzazione dei meccanismi dell'audit civico nel suo complesso, finendo per privilegiare la programmazione operativa che per i tempi e le caratteristiche si concentrava nella fase della rilevazione, mentre la valutazione veniva vista come qualcosa di cui occuparsi in seguito, magari rimandando ogni approfondimento a quel momento.

Forse, a questo punto, l'aiuto di un tutor o alcune letture fatte in gruppo avrebbero orientato di più; l'attenzione era invece concentrata su questionari e griglie e non si

percepiva la valutazione come un impegno significativo dell'équipe, né si percepiva l'esatta consistenza degli indicatori IAS.

Il risultato di questi aspetti dell'esperienza ha senz'altro portato a uno scollamento tra le fasi dell'audit civico tale che, come già detto, ci si è preoccupati delle diverse fasi come se fossero staccate e non inserite in un'unica logica

In definitiva, nel momento in cui venivano date risposte ai questionari o si compilavano griglie, non ci si poneva il problema di come l'elaborazione degli stessi avrebbe comportato un'interpretazione e come questa avrebbe contribuito a delineare quanto si stava descrivendo.

Inevitabilmente tutto questo ha assunto evidenza nelle fasi successive e ha indotto a riflettere sulle possibili cause e sugli errori (che senz'altro ci sono stati), ma l'approfondimento di questi aspetti ha portato alla convinzione che in parte questo scollamento fosse implicito nel modello, al fine di non permettere che la rilevazione dell'esistente finisse per divenire una semplice descrizione di ciò che l'équipe avrebbe voluto che fosse.

#### *Acquisizione consapevolezza degli effetti dello strumento (indicatori) e della filosofia del modello*

Come già accennato, il momento in cui l'équipe ha iniziato un percorso di riflessione sul proprio operato è stato in occasione della restituzione della prima valutazione.

L'intera équipe aveva percepito questa fase come un momento di controllo e ratifica delle elaborazioni del materiale prodotto nella fase precedente, in particolare poi si attendeva che le numerose note inserite, come convenuto con gli organizzatori dell'iniziativa, fossero prese in esame e utilizzate per filtrare e pesare le risposte dei questionari e delle griglie.

La realizzazione che nulla di ciò era avvenuto e che in alcuni casi la situazione era stata travisata in modo sostanziale, ha portato a comprendere che il vero audit stava iniziando in quel momento, che la fase della rilevazione agiva come base per la vera riflessione sulle realtà prese in esame e sulla capacità di delinearle in maniera coerente.

L'équipe ha allora deciso di ripercorrere tutta la precedente esperienza attraverso la ricerca dei collegamenti tra rilevazione e analisi dei dati, questa volta comprendendo veramente il significato di alcune scelte strutturali della ricerca e delle modalità con cui emergeva la valutazione.

Si può dire che mano a mano che si procedeva nell'analisi aumentava la consapevolezza dell'équipe, quasi un completamento dell'apprendimento: una sorta di vera formazione sul campo.

In definitiva pur non condividendo tutto quanto si stava realizzando, la sensazione di una maggiore conoscenza dello strumento, condivisa da tutta l'équipe, ha persuaso i componenti che avrebbero potuto rifare tutto da capo, nella convinzione di farlo meglio e in tempi più ridotti.

*Tentativo dell'équipe di risolvere le contraddizioni dei primi elaborati, tentando di fare emergere in modo corretto quanto percepito e riportato in sede di rilevazione*

L'équipe si è dunque trovata davanti a una prima restituzione dei dati che forniva una fotografia delle realtà prese in esame che non corrispondeva alle proprie percezioni e valutazioni.

L'analisi dei primi dati aveva condotto a una maggiore conoscenza dei meccanismi intrinseci dell'audit civico e delle logiche che informavano il modello, comprendendo soprattutto come la fase di analisi fosse momento cruciale dell'iniziativa e che solo in questa fase assumevano significato le diverse note redatte nel corso della rilevazione.

A questo punto si è deciso che occorre risolvere le più importanti contraddizioni emerse dall'analisi delle prime elaborazioni, sia che si trattasse di inesattezze riscontrate a livello del sistema, sia che dipendessero da travisamenti nell'interpretazione delle risposte fornite.

Questa fase è stata di gran lunga la più impegnativa, non solo perché lunga e complessa, ma anche per la delicatezza di certe scelte, infatti in alcuni casi si è deciso di modificare la risposta data in fase di rilevazione ma prestando sempre la massima attenzione ad evitare che questa operazione diventasse una sorta di aggiustamento a posteriori.

La condivisione delle scelte con Cittadinanzattiva è sembrata la migliore garanzia per evitare errori. Anche per questo motivo è stato molto importante il confronto avuto con gli organizzatori dell'audit civico; in questa occasione è stato possibile esporre una serie di proposte di miglioramento dello strumento che erano scaturite dall'analisi approfondita svolta dall'équipe, ma anche verificare con loro il percorso di comprensione metodologica e condividere meglio le finalità.

I rilievi sono stati accolti e lo strumento è stato modificato.

Per quanto riguarda invece i contenuti della rilevazione, è stato possibile ricevere da Cittadinanzattiva un contributo importante su come interpretare meglio le domande e di conseguenza come articolare al meglio la risposta.

Al termine del percorso l'équipe si è ritrovata cresciuta: cresciuta nella consapevolezza di sé stessa, perché i membri erano riusciti a creare un buon livello di comunicazione e comprensione; rafforzata nel rapporto con i valutatori (l'organizzazione dell'audit) con i quali aveva condiviso le scelte importanti; migliorato il livello di identificazione nel progetto dei componenti dell'équipe stessa.

Si può concludere con quello che ultimamente era un'affermazione ricorrente:

*Oggi ci sentiremmo in grado di rifare tutto il percorso, meglio e in meno tempo!*

## **7.4. L'audit civico come esperienza di comunicazione**

### ***... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Cesena***<sup>80</sup>

Il progetto regionale di audit civico nell'Azienda USL di Cesena è stato fortemente partecipato e condiviso con i cittadini del territorio dell'Azienda USL, con i professionisti, con le associazioni di volontariato, grazie a un accurato Piano di comunicazione declinato in ogni singola fase del progetto e che ha visto coinvolti tutti gli strumenti a disposizione della Direzione Pubbliche relazioni e comunicazione, a cui il progetto ha fatto capo.

Il Piano di comunicazione ha rappresentato uno dei punti di forza, sia nella fase di reclutamento dei partecipanti ai gruppi di lavoro, sia nella fase di gestione degli strumenti di rilevazione (che ha visto la fattiva collaborazione da parte delle Unità operative oggetto della rilevazione), sia nella fase di implementazione delle azioni di miglioramento a seguito delle criticità rilevate.

I componenti dell'équipe dell'audit civico concordano all'unanimità sul fatto che l'accurato Piano di comunicazione sia stato il perno del progetto stesso per la sua riuscita. Infatti, la comunicazione capillare a tutto l'auditorio interessato degli impegni assunti per migliorare ha legittimato il progetto e ha creato le basi per progetti di audit civico futuri.

Non ultimo, tale Piano di comunicazione ha contribuito a valorizzare la partecipazione civica, intesa come risorsa, enfatizzando il ruolo di cittadino partecipe dichiarato nel Piano sanitario regionale 2008-2010.

Le strutture oggetto di indagine sono state indicate dalla Regione in sede di discussione dell'avvio del progetto Audit civico. L'Azienda USL di Cesena ha poi scelto di estendere l'indagine a tutte le Unità operative di degenza dell'Ospedale Bufalini per consentire una valutazione più approfondita.

L'attenzione alla comunicazione ha permesso di creare un alto grado di consenso e di adesione al progetto sia all'interno dell'Azienda ai vari livelli organizzativi sia all'esterno e cioè verso la comunità locale. L'attenzione alla comunicazione ha sempre attraversato trasversalmente tutte le fasi del progetto. L'audit quindi è da intendersi quale nuovo approccio alla cultura della partecipazione che fa leva sulla costruzione di una relazione improntata sulla *partnership* tra cittadini e professionisti, ed è proprio per questo che è stato importante non solo comunicare per far conoscere il processo e la metodologia dell'audit, ma anche per favorire la relazione fra professionisti e cittadini e consentire così un dialogo e, soprattutto, una cultura dell'ascolto reciproco comprensibile e costruttivo.

Le fasi del progetto di comunicazione sono indicate di seguito.

---

<sup>80</sup> A cura di Maria Giovanna Madrigali.

*Comunicare per informare e promuovere: rendere partecipi al progetto sia il cittadino che l'Azienda*

Risultava estremamente importante coinvolgere i dipendenti dell'Azienda prima dell'avvio dell'indagine, soprattutto per renderli partecipi del progetto e motivarli al rapporto con i cittadini, e sensibilizzare le associazioni di volontariato per richiederne le adesioni al progetto e una successiva e fattiva collaborazione. Queste sono le azioni intraprese.

All'interno dell'Azienda:

- presa in carico del progetto da parte della Direzione strategica attraverso incontri con i referenti audit, al fine di condividere metodologie e strumenti. Il pieno coinvolgimento della Direzione ha consentito una legittimazione del progetto e ha facilitato la condivisione a cascata di tutte le fasi progettuali;
- lettera del Direttore generale ai responsabili delle UO coinvolte per comunicare e condividere l'avvio del progetto, che ha rappresentato uno strumento di comunicazione che ha rafforzato un'adesione partecipata al progetto da parte di tutti i dipendenti coinvolti;
- informazione ai dipendenti attraverso gli strumenti informativi gestiti dalla Direzione Pubbliche relazioni e comunicazione (*newsletter* allegata al cedolino mensile dello stipendio, articolo sul giornalino aziendale);
- incontri con i direttori delle UO e/o servizi scelti per il progetto.

All'esterno dell'Azienda:

- incontri con il Comitato consultivo misto, per presentare il progetto e, soprattutto, per stimolare le adesioni dei volontari. Il CCM rappresenta infatti nelle Aziende l'interlocutore privilegiato per lo sviluppo dei percorsi di partecipazione;
- mondo della scuola: sono stati contattati i presidi di alcuni istituti scolastici superiori per richiedere anche la partecipazione di studenti. Ha risposto la Preside dell'istituto Iris Versari ed è stata iscritta al corso una studentessa;
- comunicati stampa.

Attraverso queste azioni di informazione si è ottenuta anche l'adesione di singoli volontari, in particolare uno studente universitario.

*Comunicare per formare: approfondimento dei contenuti e della metodologia dell'audit per favorire la cultura dell'ascolto*

L'azione di reclutamento all'interno e all'esterno dell'Azienda nel luglio del 2005, ha avuto come risultato la designazione dei seguenti componenti l'équipe locale:

Renato Bocchini	Medicina interna - rappresentante Azienda USL
Peppino Botticelli	rappresentante Comitato consultivo misto
Daniele Casadei	rappresentante Comitato consultivo misto
Liana Farolfi	Ufficio Qualità - rappresentante Azienda USL
Achille Kobau	studente universitario
Angela Legnini	URP - rappresentante Azienda USL

Maria Giovanna Madrigali	Direzione Comunicazione - rappresentante Azienda USL
Veronica Maggio	studentessa Istituto Iris Versari
Matteo Modigliani	rappresentante Comitato consultivo misto
Anna Maria Piraccini	URP - rappresentante Azienda USL
Paola Sintucci	Direzione sanitaria Ospedale Bufalini - rappresentante Azienda USL
Lidia Vergaglia	Dip. Salute mentale - rappresentante Azienda USL
Fernando Zanfini	rappresentante Comitato consultivo misto

- Per rendere operativa l'équipe locale creando un clima di collaborazione e offrendo un necessario supporto alla conoscenza del contesto, degli strumenti di indagine, delle tecniche di rilevazione, si è organizzato un corso di formazione articolato in due giornate e svoltosi il 7 e 13 di ottobre 2005, organizzato con lezioni frontali, esercitazioni pratiche e simulazioni di casi.
- Importante è stata la partecipazione al corso - in qualità di relatori - dei direttori delle aree oggetto dell'indagine per facilitare la realizzazione del progetto e far conoscere il contesto delle strutture oggetto di analisi, l'organizzazione aziendale, dove e quali fonti informative consultare e come utilizzare al meglio gli strumenti della rilevazione (questionari e griglie di osservazione).
- Una importante lezione, nell'ambito del corso, è stata dedicata alle tecniche di intervista per sottolineare l'importanza di un atteggiamento di ascolto e dialogo.
- È stato nominato il coordinatore dell'équipe locale e gli intervistatori sono stati suddivisi in sotto-équipe composte da un rappresentante dell'Azienda e due cittadini.
- La scelta del coordinatore dell'équipe è avvenuta su proposta dei referenti con il consenso di tutta l'équipe, tenuto conto della preparazione professionale e motivazione al progetto.
- Organizzazione della fase di rilevazione e definizione del piano delle azioni.
- Pubblicizzazione del programma formativo dell'équipe locale tramite Intranet.
- Tutti gli operatori dell'Azienda hanno appreso che il progetto si avvaleva di una équipe appositamente formata per garantire una rilevazione consapevole, nel rispetto degli *item* di ambito sanitario.

#### *Comunicare per condividere: la rilevazione e l'ascolto*

Le azioni più significative sono indicate di seguito.

- Contatti con le strutture oggetto di indagine: il coordinatore dell'équipe locale, in collaborazione con il referente aziendale, ha organizzato degli incontri con i direttori delle strutture coinvolte per spiegare nei dettagli il progetto e facilitare gli accessi da parte dei componenti dell'équipe locale per la somministrazione dei questionari. Questa azione di comunicazione ha garantito una maggiore disponibilità all'accoglienza dell'équipe da parte di direttori e coordinatori di Unità operativa, contribuendo alla realizzazione di un sereno clima di confronto durante le interviste.

- Individuazione delle date di rilevazione con i direttori di area, ai quali è stata garantita un'unica figura di riferimento nella persona del coordinatore dell'équipe.
- Somministrazione dei questionari da parte dei quattro gruppi alle varie strutture e conoscenza e approfondimento del contesto.
- Responsabilizzazione diretta dei direttori per la compilazione dei questionari.
- Comunicazione dello stato di avanzamento del progetto al Comitato consultivo misto. La comunicazione costante sullo stato di avanzamento ha consentito di mantenere vivo l'interesse dei componenti di parte civica nei confronti del progetto per tutta la durata dello stesso.

#### *Comunicare i risultati dell'indagine*

- I questionari e gli strumenti di rilevazione compilati sono stati inviati a Cittadinanzattiva per l'elaborazione.
- La bozza del report finale elaborato da Cittadinanzattiva con i risultati dell'indagine è stata attentamente valutata dall'équipe locale che, rispetto ad alcuni indicatori non molto chiari, si è più volte incontrata con i rappresentanti di Cittadinanzattiva.

#### *Azioni per diffondere i risultati*

- Organizzazione di un seminario per la divulgazione dei risultati a cittadini, rappresentanze civiche, Associazioni di volontariato, Conferenza territoriale sociale sanitaria, tutti gli operatori dell'Azienda. Il seminario ha rappresentato un momento di condivisione - con tutti gli attori citati - dei risultati del progetto e degli impegni assunti dall'Azienda in termini di miglioramento, manifestando quindi la piena disponibilità ad adeguarsi ai cambiamenti e a migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini, in coerenza con quanto dichiarato nel Bilancio di missione aziendale, nell'Atto aziendale, nella Carta dei Servizi e in ogni altra documentazione in cui l'Azienda dichiara i propri intenti e la propria *mission*.
- Predisposizione del manifesto "Comunicare l'audit civico: l'occhio del cittadino incontra l'AUSL di Cesena": il manifesto ha avuto una funzione complementare a quella del seminario, in quanto ha rafforzato la comunicazione degli obiettivi e delle fasi del progetto a tutti i dipendenti, facilitando la comprensione dell'obiettivo finale ufficializzando la collaborazione dei cittadini con l'Azienda come prima esperienza di adesione a un progetto regionale.
- Diffusione dei risultati all'interno dell'Azienda: articoli sul giornalino aziendale, sito web.
- Incontri con il Comitato consultivo misto per comunicare i risultati dell'indagine.
- Diffusione dei risultati ai cittadini: comunicati stampa, conferenza stampa, trasmissioni radiofoniche e televisive.

### *Comunicare per migliorare*

#### Azioni di miglioramento proposte

- L'elenco delle criticità emerse e le azioni di miglioramento proposte sono state approfondite con la Direzione sanitaria aziendale per la condivisione.
- Incontri di audit con le articolazioni organizzative interessate per risolvere le criticità emerse.
- Presentazione delle azioni di miglioramento al CCM.

#### Azioni di miglioramento intraprese

- Per la buona riuscita del progetto è stato determinante l'aver intrapreso una serie di azioni correttive e di miglioramento a fronte di tutte quelle situazioni in cui l'indicatore non raggiungeva o raggiungeva parzialmente lo standard previsto.
- Il 90% delle azioni condivise per portare ogni indicatore allo standard previsto è stato intrapreso e concluso. Per il restante 10% si è attualmente in attesa di una data di chiusura, poiché risulta inserito in situazioni che richiedono tempi più lunghi legati sia a ristrutturazioni edilizie in corso sia a riorganizzazioni interne relative alle competenze dei professionisti.
- In particolare nell'area delle Cure primarie e della Salute mentale si sono intraprese tutte le azioni condivise e si è riscontrato un forte coinvolgimento di responsabili e operatori che hanno compreso il vero significato del progetto, partecipando attivamente anche ai momenti di riflessione a posteriori.
- Per arrivare al momento della condivisione delle azioni sono stati utilizzati gli incontri di audit promossi dall'URP per la gestione delle segnalazioni dei cittadini. L'obiettivo di questi incontri è quello di un'analisi del percorso oggetto di contestazione, dell'individuazione di eventuali anomalie e della condivisione di azioni da intraprendere per migliorare e per evitare il ripetersi del problema segnalato.
- Analogamente a quanto avviene per le segnalazioni dei cittadini, per tutti gli indicatori che nel percorso dell'audit civico sono risultati critici nell'Azienda USL di Cesena si è proceduto a un'attenta disamina della situazione di contesto alla presenza dei direttori dei Dipartimenti interessati, del responsabile della Qualità, del direttore del Servizio infermieristico e tecnico aziendale, del direttore della Direzione medica di Presidio e del direttore delle Pubbliche relazioni e comunicazione. In questa occasione si sono analizzati i motivi che per ogni *item* non avevano consentito il raggiungimento dello standard e successivamente si sono condivisi tutti i percorsi possibili da intraprendere per migliorare e raggiungere lo stesso.
- La presenza di tutti gli attori responsabili allo stesso tavolo di audit ha facilitato l'intraprendere azioni di miglioramento condivise e ha restituito al progetto una valenza di operatività e concretezza utile per riprogettare e riutilizzare l'esperienza in altri ambiti.



- Comunicazione tramite Intranet aziendale delle azioni di miglioramento condivise: al fine di dare trasparenza ai risultati del progetto, le azioni dichiarate sono state rese note tramite il sistema informativo aziendale Intranet.

#### *Considerazioni conclusive*

- Risultati soddisfacenti rispetto al raggiungimento dello standard: su 300 indicatori rilevati, 222 hanno raggiunto totalmente lo standard, 35 solo parzialmente, 50 non lo hanno raggiunto.
- Le criticità emerse sono da considerarsi uno stimolo per azioni di miglioramento.
- Esperienza positiva di relazione/confronto fra cittadini e operatori.
- L'équipe locale ha vissuto l'esperienza con entusiasmo superando il timore iniziale sul mancato ritorno in termini di miglioramento e sulla scarsa considerazione da parte dell'Azienda. L'auspicio è quello di una pronta reazione da parte di tutte le Strutture coinvolte e di una capacità reattiva anche in termini di maggiore senso di appartenenza e coinvolgimento. Gli sbocchi futuri offerti da questo progetto sono di due tipi: allargamento dell'indagine ad altre aree dell'Azienda e adeguamento degli indicatori a realtà diverse e più o meno complesse e coinvolgimento dei cittadini tramite il CCM in un maggior numero di progetti aziendali per l'importanza strategica del loro ruolo nella veste di utenti, per offrire sempre più da vicino il punto di vista del fruitore delle prestazioni.

## **7.5. L'audit civico: realizzazione e gestione del progetto nell'ottica del PDCA**

### ***... nell'équipe locale dell'Azienda USL di Parma***<sup>81</sup>

*Rappresentare il punto di vista del cittadino non significa raccogliere un insieme di opinioni informi, ma rendere visibile il modo in cui il servizio sanitario si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza, con la consapevolezza che ciò non potrà mai esaurire la realtà che si vuole analizzare, ma dovrà necessariamente integrarsi e confrontarsi con i vari punti di vista presenti nel servizio sanitario (medici, operatori sanitari), in un esercizio di partecipazione democratica, capace di valorizzare le competenze di cui ciascun cittadino è portatore, e di incidere, in prospettiva, nelle iniziative da intraprendere nella politica della salute*  
(da [http://pugliattiva.regione.puglia.it/web/sanita/audit\\_civico/come\\_funzionera.php](http://pugliattiva.regione.puglia.it/web/sanita/audit_civico/come_funzionera.php)).

Nell'Azienda USL di Parma il Progetto Audit civico è stato inserito all'interno del percorso di qualità intrapreso dall'Azienda stessa.

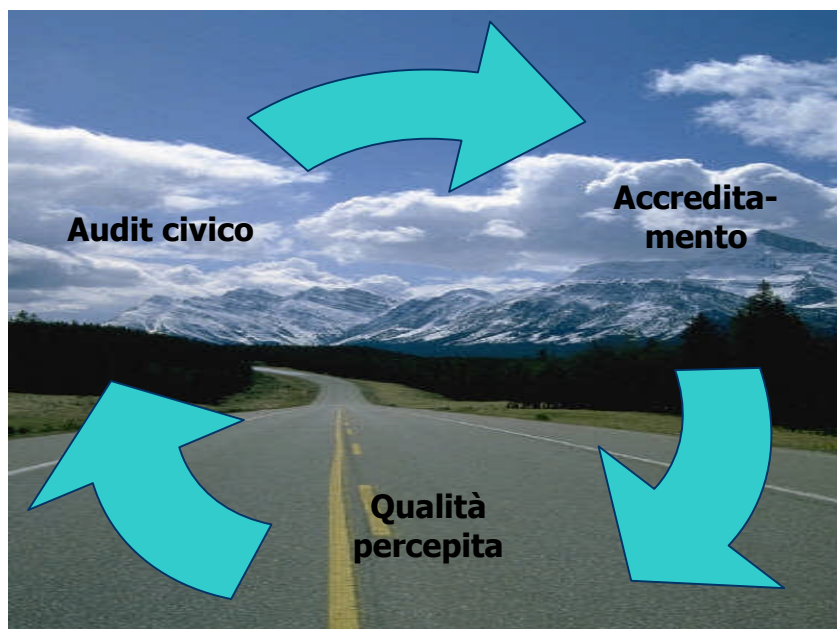
La filosofia di fondo che ha guidato il lavoro e che contraddistingue il concetto sopra esposto è quella di esaltare un aspetto fondamentale che consiste nel creare una solida relazione con il cittadino. Pertanto sono state intraprese iniziative per fornire al gruppo

---

<sup>81</sup> A cura di Cristiana Damini e Maurizio Falzoi.

di persone individuato - siano esse clienti interni o esterni - gli strumenti necessari utili ad identificare e soddisfare le proprie esigenze garantendo in questo modo una diffusa focalizzazione sull'utente.

Di seguito sono rappresentate le strade della qualità percorse dall'Azienda USL di Parma.



Il progetto ha una dimensione tecnico-professionale molto specifica e contiene riferimenti specialistici basati sul Total Quality Management. Nondimeno esso mette in luce la forte integrazione necessaria tra la componente professionale, i fattori organizzativi e i destinatari dei servizi nell'affrontare e risolvere, con effetti positivi su tutti e tre i fronti, alcuni nodi critici nel sistema di erogazione del servizio. L'orientamento e la focalizzazione sul cittadino, in altre parole, si è rilevato non solo il punto centrale da cui partire per sviluppare analisi e proposte di cambiamento, ma anche un conveniente e razionale approccio nel dipanare situazioni complesse e delicate.

L'esperienza maturata ha consentito di fornire informazioni puntuali e fedeli ai cittadini sull'attività dell'organizzazione; l'iniziativa è stata vissuta dal gruppo operativo come una modalità per rendere consapevoli i cittadini di tutto quello che viene fatto dietro le quinte di un'Azienda sanitaria; pertanto si è ritenuto necessario fornire informazioni interessanti non solo sulle corretta e completa informazione istituzionale - dove, come, quando, chi fornisce i servizi - ma anche attraverso lo sviluppo di una dimensione educativa verso il cittadino, affinché il tutto contribuisca a ridurre il dislivello informativo e a ri-orientare il sistema delle attese elevando la capacità di co-decidere insieme all'Azienda stessa.

Ci si è resi conto che il coinvolgimento nelle decisioni con l'Azienda o la relazione venutasi a creare con il personale si sono rilevati di grandissima rilevanza per le persone e questo ha consentito di attuare un certo numero di azioni di miglioramento; infatti, le informazioni di ritorno sono state utilizzate per perfezionare alcuni aspetti sia per gli utenti che per le strutture sanitarie oggetto di verifica.

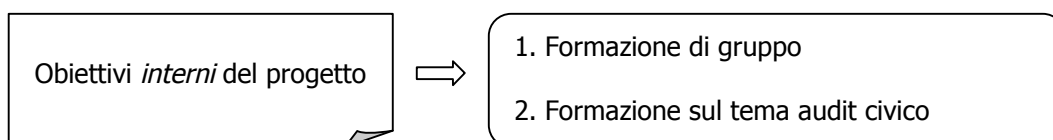
Nell'applicazione del progetto Audit civico l'Azienda USL di Parma ha deciso di agire nell'ottica dell'applicazione del modello ciclico PLAN - DO - CHECK - ACT.

### PLAN

Secondo tale modello la fase di pianificazione strategica è avvenuta su due differenti livelli: un livello esterno rivolto alla cittadinanza, nello specifico alle Associazioni di volontariato, alle quali è stato presentato il progetto ed è stata esplicitamente richiesta la collaborazione con propri rappresentanti, e un livello interno avvenuto con l'ufficializzazione del progetto in seguito alla presentazione dello stesso in Collegio di Direzione. La fase della pianificazione si è conclusa con la costituzione del gruppo operativo, formato da rappresentanti delle Associazioni di volontariato e personale dell'Azienda sanitaria.

### DO

Nel sistema Audit civico, cui l'Azienda USL di Parma ha aderito nel maggio 2005, è stato dato ampio spazio alla formazione. Il motivo di questa scelta è stato quello di fornire alle persone coinvolte gli strumenti necessari per conoscere e comprendere nel migliore dei modi una nuova realtà: quella del contesto sanitario. Si voleva inoltre fornire agli stessi gli strumenti necessari per correggere le modalità che essi normalmente utilizzano per gestire situazioni, problemi, contesti che si svolgono all'interno dell'organizzazione medico-sanitaria. Pertanto gli obiettivi interni sono stati principalmente due: la formazione del gruppo e la formazione sul tema audit civico.



- Formazione di gruppo: obiettivo principale dell'intervento formativo è stato quello di creare il contesto e individuare le variabili per fissare il giusto equilibrio tra i bisogni del singolo e i bisogni del gruppo, orientando l'attenzione dei partecipanti sul fatto che lavorare in *team* implica considerare che il risultato di ognuno è sempre derivante anche dal contributo più o meno importante di altri attori.
- Formazione sul tema audit civico: lo scopo è stato quello di effettuare un programma formativo in forma uniforme secondo il modello proposto dalla Regione. Si è preferito optare per una strutturazione suddivisa in specifici moduli formativi la cui supervisione è avvenuta da parte del Gruppo regionale preposto al progetto Audit civico. La formazione è stata pensata e calibrata per favorire l'apprendimento dei seguenti punti fondamentali: cos'è l'audit civico; qual è la sua funzionalità; come raccogliere i dati - attraverso l'acquisizione di tecniche osservazionali e relazionali; l'apprendimento da parte dei partecipanti sull'impatto dell'intervistatore in un contesto di ricerca; i compiti degli intervistatori.

### *CHECK*

Dopo la compilazione delle griglie di osservazione e delle schede preposte da Cittadinanzattiva, il Dipartimento di Qualità e accreditamento dell'Azienda USL ha provveduto a una prima elaborazione interna dei dati ottenuti, che sono stati presentati ufficialmente alle Associazioni di volontariato nel dicembre del 2005.

Questo primo passaggio è stato di grande utilità per scoprire le aree di soddisfazione e le disfunzioni e poter agire per effettuare dei cambiamenti reali, partendo dal presupposto che la consapevolezza dei punti critici sia il passo principale e più importante per determinare un vero miglioramento.

### *ACT*

In seguito ai risultati ottenuti, nell'ottobre del 2006 alla presenza della Direzione generale e delle Associazioni di volontariato, il Dipartimento Qualità e accreditamento ha organizzato una giornata dedicata alla presentazione dei risultati dell'audit civico comparati con gli esiti inviati dalla Regione in seguito all'azione di *benchmark* effettuata tra le varie Aziende coinvolte nel Progetto regionale. Scopo dell'incontro è stato quello di presentare, in seguito all'iniziativa, i punti di eccellenza rilevati, i punti critici emersi e soprattutto le corrispondenti azioni correttive messe in atto dall'Azienda. Vi è la consapevolezza che il reale punto di forza di questa iniziativa è stato mostrare con la massima trasparenza ai cittadini che il loro lavoro era stato la leva fondamentale per avviare azioni di miglioramento reali ed efficaci, ma soprattutto diffondere loro il messaggio che è molto importante per l'Azienda sanitaria avere cittadini in grado di partecipare attivamente - in qualità di co-erogatori - alle azioni e alle attività aziendali affinché questo possa contribuire a garantire l'efficacia dei servizi erogati.

## **7.6. Epilogo**

### ***... nell'équipe locale dell'Azienda di Forlì*<sup>82</sup>**

*Ricordo ancora molto bene il senso di fastidio provato nel primo incontro esplicativo a Bologna quando mi fu posto sul tavolo un questionario in cui mi si chiedeva ciò che io stesso intendevo dell'utilità dell'audit civico, del valore della valutazione dei cittadini, della metodologia adottata ad un sistema. Non sapevo assolutamente nulla, né di Cittadinanzattiva, né del progetto Audit civico e cercavo di sbirciare le parole che la mia vicina, dottoressa Scarpellini, che d'ora in poi chiamerò brevemente Paola, buttava giù, con estrema scioltezza, rispondendo alle domande. Non era certamente il tentativo di "copiare": non ero lo studente che doveva sostenere un esame, né dovevo risolvere un problema di analisi matematica, ma attraverso le risposte di Paola, cercavo di capire il significato del mio essere lì e del mio futuro "da fare". Partecipando ai lavori dei CCM, come*

---

<sup>82</sup> A cura di Franco Marzo, responsabile équipe locale e rappresentante associazioni del CCM.

*rappresentante del volontariato, mi era piombato addosso quell'incarico di cui non sapevo assolutamente nulla ed inoltre, come volontario nel reparto di degenza oncologica, ero pronto ad ascoltare le parole del dolore, a tenere tra le mie le mani di chi cerca il calore di un fratello, di pregare insieme un dio sconosciuto, mentre quello che mi si proponeva lì, mi sembrava solo una serie di parole inutili. Ero veramente in crisi, anche se c'è stato un tempo, neanche tanto lontano, in cui avevo, del partecipare alla vita, una strana idea di efficienza, un misto di volontà e capacità teso a capire le cose affrontandole con impegno, nell'etica di una pratica quotidiana occupata moralmente nel piacere del lavoro come di un gioco. Un'idea di efficienza che dava per scontata anche quella che proviene dalla buona salute e dall'energia del corpo e della mente, riconoscendo così, soltanto nel tempo della propria integrità fisica, i limiti assegnati ad ogni uomo per dare un senso alla vita. Ed allora, ho cercato di tornare indietro nel tempo e di "fare", perché la possibilità di essere, per l'uomo, è il fare. Era necessario avviare l'operazione che consisteva inizialmente nel comunicare al più alto numero di persone lo scopo e quindi la necessità di questa realizzazione cercando di coinvolgerle non solo dal punto di vista filosofico, ma anche e sopra tutto, dal punto di vista dell'impegno di lavoro. Da questo ne seguiva ovviamente la formazione e la costituzione dell'équipe. Pensare alla costituzione di un'équipe, all'organizzazione dei contenuti, delle finalità, non è solo un rivolgersi alla memoria di ciò che progetti del passato hanno portato di nuovo e di buono, ma sopra tutto di ciò in cui hanno fallito. Questo progetto non è un qualcosa che si definisce una volta per tutte: si attua nel tempo, si evolve e si conforma alle situazioni che si modificano, come in un lungo viaggio. Sul piano esistenziale, che è quello del fare, continuamente si pone il dover decidere su cose concrete che, nel loro divenire, mutano e si trasformano. C'è la necessità di predisporre con tempestività il superamento di scelte già fatte. C'è la necessità di raccordare, e ciò non è cosa facile, la consapevolezza del cambiamento con il naturale bisogno di stabilità della realizzazione. Tutto comunque è stato fatto, l'équipe è stata costituita, formata, sopra tutto per merito di Paola, ed è passata in seguito alla rilevazione dei dati richiesti. I dati sono stati elaborati, dopo un periodo di tempo abbastanza lungo, da un programma che ha prodotto una serie di risultati positivi su diversi livelli ed ha rilevato anche alcune criticità.*

*Ed io? Sono passato dal fastidio accennato all'inizio di questo breve ... racconto, all'entusiasmo rivitalizzante dell'organizzare, dell'insegnare, dell'agire, quasi come se avessi incontrato un nuovo ... amore.*

*Fantasie che durano un sospiro e cedono il posto alla malinconia dell'ultima speranza, quando lo sguardo della coscienza contempla, sullo sfondo del proprio orizzonte al tramonto, solo il finito di sé, e non vede nulla al di là di quello.*

*F.M.*

*26/2/2009*

*PS Cara Paola,<sup>83</sup> non so se ciò che ho scritto corrisponda a quanto tu mi hai richiesto, ma ho espresso in queste righe, sinceramente, il significato che ha avuto per me questa esperienza che abbiamo fatto insieme.*

*Franco*

---

<sup>83</sup> Paola Scarpellini, referente aziendale dell' *équipe* locale dell'Azienda USL di Forlì.

# Bibliografia

- Altieri L. (a cura di). Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità. *Salute e società*, n. 2. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Azienda ospedaliera OIRM Sant'Anna. *Carta dei servizi, sezione terza*. Torino, 1996.
- Azienda ospedaliera San Giovanni Battista della Città di Torino. *Carta dei servizi. I fattori di qualità*. Torino, 2005.
- Beaud S., Weber F. *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Guides Repères. La Decouverte, Paris, 1997.
- Biorcio R., Pagani S. *Introduzione alla Ricerca Sociale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.
- Bobbio L. (a cura di). *A più voci*. Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica. Edizioni scientifiche italiane, Roma, 2004.
- Capizzi S., Scatolini E. L'Associazionismo per la salute nel nuovo welfare tra identità dell'agire e cultura organizzativa. In Cipolla C. (a cura di). *Manuale in sociologia della salute I*. FrancoAngeli, Milano, 2004, pp. 430-453.
- Capizzi S. Quale contributo partecipativo per il co-settore alla definizione delle politiche di promozione della salute?. In Altieri L. (a cura di). *Salute e Società*. FrancoAngeli, Milano, I-2, 2002, pp. 134-145.
- Cinotti R., Cipolla C. *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Cittadinanzattiva. Cittadini e servizi sanitari Rapporti annuali sulle segnalazioni dei cittadini (edizioni dal 1999 al 2008)  
<http://www.cittadinanzattiva.it/i-tuoi-diritti-pit-salute/il-rapporto.html>
- Cittadinanzattiva. Rapporto sulla sicurezza negli ospedali italiani (edizioni 2003 e 2004)  
<http://www.cittadinanzattiva.it/i-nostri-dati-salute/rapporti-salute/1564-ospedale-sicuro.html>
- Cittadinanzattiva. La valutazione della qualità delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini. Rapporti annuali sull'Audit civico (dal 2002 al 2005-2006).  
<http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico/rapporti-nazionali-audit-civico.html>
- Comitato economico e sociale europeo. Parere sui diritti del paziente. Bruxelles, 2007.  
<http://www.activecitizenship.net/content/view/48/77/>
- Corbetta P. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. *La Carta dei servizi pubblici sanitari*. 19 maggio 1995.
- Dipartimento della Funzione pubblica. *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*. Collana Cantieri, Roma, 2003.

- Dobson C. *The Citizen's Handbook. A Guide to Building Community in Vancouver*. Vancouver Citizen's Committee, Vancouver, 1995.
- Donabedian A. *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*. Roma, 1990.
- Donolo C. *Il sogno del buon governo. Apologia del regime democratico*. Anabasi, Milano, 1992.
- Fabbri D. Imparare a pensare nelle organizzazioni. In Demetrio D., Fabbri D., Gherardi S. *Apprendere nelle organizzazioni*. Carocci, Roma, 1998.
- Ferla V. (a cura di), *L'Italia dei diritti (edizioni 2001 e 2002)*. Edizioni Cultura della pace, Calenzano, 2001 e 2002.
- Ferrari G., Giordani A., Poppi N., Muraro L., Gurioli Lura M. Proposte per un Piano della comunicazione. Materiali di lavoro, 2005.
- Fondazione Avedis Donabedian. *Manuale per gruppi di miglioramento*. Edizioni Clueb, Bologna, 1998.
- Furlotti R. L'intervista come relazione significativa. In Cipolla C. *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- 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.
- 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 28<sup>th</sup> to March 1<sup>st</sup> 2005; Oxford Vision 2020, March 2005.
- Hunter D.J. Health needs more than health care: the need for a new paradigm. *The European Journal of Public Health*, 18 (3), 217-219, 2008.
- Kemmis S., McTaggart R. *The Action Research Planner*. Deakin University, Geelong Victoria, 1982.
- Lamanna A. Audit civico: la valutazione dei cittadini e la costruzione della qualità. *QA*, 13 (3): 157-158, 2002.
- 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.
- 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*. Italtel, Roma, 2005.
- Legambiente. *Un treno verde contro la mal'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore*. Legambiente, Roma, 1996.
- Lewin K., Lippit R., White R.K. Patterns of aggressive behaviour in experimentally created "social climates". *Journal of social psychology*, 10: 271-299, 1939.
- Mannarini T. *Comunità e partecipazione*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Martini E.R., Sequi R. *La comunità locale*. Carocci Editore, Roma, 1995.
- Ministero della sanità. Come definire e utilizzare gli standard di qualità. *Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari*. 1996.



- Moro G. *Manuale di cittadinanza attiva*. Carocci Editore, Roma, 1998.
- Moro G. Citizens' Evaluation of Public Participation. In Caddy J. (ed.). *Evaluating Public Participation in Policy Making*. OECD, Paris 2005a, pp. 109-126.
- Moro G. *Azione civica*. Carocci Faber, Roma, 2005b.
- Moro G., Petrangolini T. Il governo scalzo della salute. *Democrazia diretta*, n. 4-5, 1987.
- Moscovisi S., Doise W. *Dissensi e Consensi*. Il Mulino, Bologna, 1991.
- Movimento federativo democratico. *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario nazionale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992.
- Nicoli M.A., Capizzi S. Gli aspetti cruciali del cambiamento nei percorsi della qualità dell'assistenza sanitaria nella prospettiva del cittadino: il caso dell'Emilia-Romagna. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa tra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. FrancoAngeli, Milano, 2003, pp. 46-73.
- Nicoli M.A., Capizzi S. Partecipazione e dintorni: il caso dell'audit civico nella Regione Emilia-Romagna. In *La comunicazione interna ed esterna degli uffici relazioni con il pubblico*. Regione Toscana, maggio/giugno 2008, pp. 78-86.
- Nicoli M.A., Cinotti R. Lo studio della qualità percepita come momento di ascolto. *Studi Zancan*, anno IX, 1: 41-54, 2008.
- Nicoli M.A., Capizzi S., Perino A., Cipolla C. Sulle tracce di una metodologia sociale appresa collettivamente. In Biocca M. (a cura di). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Nunan D. *Understanding Language Classrooms: A Guide for Teacher-Initiated Action*. Prentice-Hall International, London, 1989.
- Olivetti Manoukian F. Generare progettualità sociale. In AA.VV. *La progettazione sociale*. Quaderni di Animazione e Formazione, Ega, Torino, 1999.
- Organizzazione mondiale della sanità. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. 1998.
- Passerini A., Corposanto C. *La costruzione partecipata della Carta dei servizi. L'esperienza della APSS di Trento*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Petrangolini T. *Salute e diritti dei cittadini*. Baldini Castaldi Delai, Roma, 2007.
- Popper K. *Congetture e confutazioni. Lo sviluppo della conoscenza scientifica*. Il Mulino, Bologna, 1972.
- Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A.M. *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- Rappaport J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3: 1-7, 1984.
- Rubin H., Rubin I. *Community Organizing and Development*. Mac Millan Publishing Company, New York, 1992.
- Sclavi M. Quando la creazione di common round diventa una questione di pubblica amministrazione. *Territorio*. 2004, pp. 281-289.

- Tajfel H. *Gruppi umani e categorie sociali*. Edizioni Il Mulino, Bologna, 1995.
- Terzi A. La partecipazione dei cittadini al regime di governo dei rischi. *Snop rivista*, n. 50, luglio 1999.
- Terzi A. Osservazione civica della sicurezza negli ospedali. *QA*, 13 (3): 156, 2002.
- Terzi A. Il cittadino che partecipa è un lusso del quale è meglio non privarsi. *Janus*, 31: 49-55, 2008.
- Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006 (Health Evidence Network report - <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, February 2006).
- Weiss E.S., Miller Anderson R.M., Laser R.D. Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education and Behaviour*, 29 (6): 683-686, 2002.
- Wildavskiy A. *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis*. Transaction Publisher, New Brunswick, 1993.
- Zammuner V.L. *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Zimmerman M.A. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport J., Seidman E. (eds.). *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2000, pp. 43-63.

# Allegati



# **Allegato 1.**

## **Indicazioni teorico-operative <sup>84</sup>**

### **INDICE**

- 1. INTRODUZIONE**
- 2. LE TRE DOMANDE DELL'AUDIT CIVICO**
- 3. IL MODELLO E LA METODOLOGIA NELL'APPROCCIO DI CITTADINANZATTIVA**
- 4. L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DELL'AUDIT CIVICO**
- 5. LA STRUTTURA OPERATIVA DELL'AUDIT CIVICO A LIVELLO LOCALE/AZIENDALE**
  - 5.1. Scelta del responsabile aziendale
  - 5.2. Presidio della comunicazione/pubblicizzazione del progetto a livello locale
  - 5.3. Costituzione dell'équipe operativa locale/aziendale (team misto operatori/utenti)
  - 5.4. Formazione delle équipe operative locali/aziendali
  - 5.5. Definizione del campo di applicazione (progetto locale)
  - 5.6. La raccolta delle informazioni
  - 5.7. Elaborazione dei dati e valutazione finale
  - 5.8. Utilizzo dei risultati delle verifiche

---

<sup>84</sup> A cura dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna e di Cittadinanzattiva, marzo 2005. File pdf (92 Kb) [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/cit\\_com\\_ssr/area\\_b/audit\\_civico/indicazioni\\_teorico\\_operative.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/cit_com_ssr/area_b/audit_civico/indicazioni_teorico_operative.pdf)

## 1. INTRODUZIONE

L'**audit civico**, inteso come **analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie**, attuata dalle organizzazioni civiche in collaborazione con le aziende stesse, è nato dall'esperienza del Tribunale per i diritti del malato per rispondere **all'esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino** assunta come criterio essenziale per la valutazione dei servizi sanitari da tre processi concomitanti:

- lo sviluppo della partecipazione civica e della tutela dei diritti azionata direttamente dai cittadini che richiedevano nuovi spazi di interlocuzione fra cittadini e aziende sanitarie;
- un costante orientamento della legislazione che, dal d.lgs. 502/1992 all'art. 118 u.c. della Costituzione, ha riconosciuto che la valutazione comporta un ruolo attivo dei cittadini;
- lo sviluppo disciplinare delle metodologie della qualità percepita (Cinotti, Cipolla, 2003) e il superamento dei limiti della *customer satisfaction*.

La metodologia dell'audit civico è stata sviluppata da Cittadinanzattiva a partire da un progetto redatto da Alessandro Lamanna e Alessio Terzi, con il contributo di un tavolo nazionale di lavoro costituito da esperti provenienti da varie aziende sanitarie, da enti di certificazione e dall'Istituto superiore di sanità<sup>85</sup>, e con il sostegno di AstraZeneca. Tale metodologia è stata testata sul campo attraverso quattro cicli sperimentali (dal 2001 al 2005), cui hanno partecipato 86 aziende.

Le applicazioni hanno avuto un esito soddisfacente sia sul piano della correttezza metodologica sia per quanto riguarda la capacità di indurre cicli concreti di miglioramento della qualità dei servizi.

Nello stesso periodo, l'Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna (ASR) ha realizzato numerosi percorsi volti a favorire la comunicazione fra utenti e istituzioni, nell'ambito di più complessive politiche regionali di sviluppo della partecipazione e di specifiche direttive della Direzione generale Sanità e politiche sociali. Negli anni 2000-2003, inoltre, l'ASR ha attuato un programma regionale, co-finanziato dal Ministero della salute, mirante a realizzare un Osservatorio della qualità come viene percepita dai cittadini, e a sviluppare nelle Aziende sanitarie conoscenze e abilità nell'utilizzo di

---

<sup>85</sup> Hanno partecipato al tavolo tecnico che ha sostenuto la progettazione dell'audit civico: Giampiero Belcredi (Imq-Csqa), Pasquale Boccalone e Maria Teresa Simeone (Azienda ospedaliera di Caserta), Daniele Caprara (ASL 21 di Legnago), Loredana Fauni (Azienda USL Bologna Nord), Mauro Grigioni (Istituto superiore di sanità), Gianlupo Lupi (Comitato nazionale Buone Pratiche), Giovanni Battista Montini e Onofrio Palombella (AstraZeneca), Renato Puggioni (Azienda ospedaliera S. Gerardo di Monza), Franco Ripa (Azienda ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino), Maddalena Galizio, Stefano Inglese, Alessandro Lamanna, Teresa Petrangolini, Silvia Scialò e Alessio Terzi (Cittadinanzattiva).

strumenti idonei alla rilevazione della stessa, ai fini del miglioramento organizzativo. Essa ha inoltre condotto altre iniziative di ricerca finalizzata ad approfondire la conoscenza delle esigenze e del vissuto dei cittadini in riferimento ai grandi temi dell'equità e dell'accessibilità ai servizi.

Infine il percorso istituzionale di accreditamento sviluppato nella Regione richiede esplicitamente l'impegno delle organizzazioni sanitarie a perseguire la acquisizione del contributo dei cittadini nella progettazione e nella gestione dei servizi.

Constatata la convergenza dei percorsi l'Agenzia Sanitaria Regionale ha convenuto l'opportunità di proporre l'audit civico come strumento utile per dimostrare la capacità delle Aziende sanitarie pubbliche e private interessate, di tenere in considerazione gli aspetti di valutazione dalla parte dei cittadini (giudizi, aspettative, preferenze di trattamento), come appunto richiedono le procedure di accreditamento.

## **2. LE TRE DOMANDE DELL'AUDIT CIVICO**

La progettazione dell'audit civico, quindi, ha preso le mosse da tre domande poste dai cittadini, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti della loro esperienza.

- 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 o riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è "Quali sono le azioni elementari che le aziende sanitarie stanno conducendo per facilitare l'accesso ai servizi per il paziente e i loro familiari?".
- Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e provoca il seguente quesito: "Quale attenzione pongono le organizzazioni sanitarie a problemi emergenti quali: assistenza ai cronici, controllo della sicurezza, alleviamento del dolore?".
- Il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi "In che modo i cittadini possono partecipare alla attività di progettazione e di governo dei servizi loro destinati?".

È possibile arricchire ulteriormente la valutazione prendendo in considerazione l'esperienza del cittadino come residente in un particolare territorio nel quale possono insorgere specifici problemi e quindi chiedersi "Quali risposte tempestive e pertinenti ha fornito l'azienda sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?". La trattazione di tale quesito, come è evidente, non si presta a valutazioni di ordine generale, come avviene per i primi tre e non sarà quindi ripresa nel seguito della guida.<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> È consigliabile comunque che in sede di applicazione locale sia preso in considerazione anche questo tipo di problematica.

### 3. IL MODELLO E LA METODOLOGIA NELL'APPROCCIO DI CITTADINANZATTIVA

L'audit civico è un metodo di verifica che integra (o tenta di integrare) tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità.

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita.<sup>87</sup> Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari che permettono ai cittadini di rappresentare in forma strutturata il proprio punto di vista e di partecipare quindi come soggetti autonomi ai processi di valutazione.

Il secondo approccio è dato dai contenuti del DPCM del maggio 1995 sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini un'autonoma e significativa attività di valutazione dei servizi, ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale attività. Ai fini dello sviluppo dell'audit civico, assume una particolare rilevanza il concetto di **fattore di qualità** inteso come **"aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie"**. Diviene possibile, in questo modo, scomporre l'esperienza dei cittadini in segmenti significativi e descrivibili con insiemi di indicatori qualitativi e quantitativi che permettono di passare da valutazioni di tipo soggettivo o occasionale a una valutazione sistematica e fondata su dati rigorosamente riscontrabili.

Le procedure della qualità hanno messo a disposizione due contributi. In primo luogo, hanno fornito una chiave per interpretare l'attività ordinaria di interlocuzione fra gli organismi aziendali di rappresentanza dei cittadini e le direzioni aziendali, e per favorire una maggiore integrazione con i processi di controllo e di miglioramento. Il secondo contributo, dato dalla metodologia del *benchmarking*, ha permesso di definire un insieme di performance che rendono possibile la comparazione fra le aziende e quindi aumentare la significatività della valutazione.

---

<sup>87</sup> Moro G. *Manuale di cittadinanza attiva*. Carocci Editore, Roma, 1998.



## **4. L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DELL'AUDIT CIVICO**

### ***La struttura organizzativa di supporto***

Essa è composta da diversi organi preposti a compiti di organizzazione, coordinamento, analisi, a seconda delle fasi del progetto nelle quali essi si trovano ad operare. La procedura di audit prevede un preciso regime di responsabilità che deve essere rispettato anche nel caso dell'audit civico.

### ***Gruppo di regia regionale***

Esso è composto dai responsabili aziendali del progetto<sup>88</sup> (indicati dalle rispettive direzioni generali), dai referenti dell'Agenzia sanitaria regionale<sup>89</sup> e dai referenti di Cittadinanzattiva.<sup>90</sup> Il gruppo ha le funzioni di: individuare le modalità di applicazione del metodo nelle aziende sanitarie che intendono partecipare e diffondere opportune linee di indirizzo (esempio: lettera di invito, esplicitazione del percorso di verifica, ...); supportare la formazione dei partecipanti all'audit nei termini della predisposizione del pacchetto, acquisizione degli eventuali crediti, "consulenza" alle aziende; dare contributo allo sviluppo della metodologia, tramite la definizione del format della relazione finale alle aziende e alla regione; portare contributo allo sviluppo della modalità di restituzione dei risultati.

### ***Sottogruppo indicatori***

Esso è composto da alcuni dei responsabili aziendali del progetto, da ASR e da Cittadinanzattiva. La funzione del gruppo è contestuale al preliminare lavoro di analisi e di integrazione fra indicatori di audit e altri sistemi di indicatori che hanno rilevanza a livello regionale e nazionale (Accreditamento, ex art. 14 DLgs 502/1992).

---

<sup>88</sup> Nelle persone di Maria Ravelli e Loredana Cirillo (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia), Maurizio Capelli e Letizia Maini (Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola – Bologna), Federica Fiorini (Azienda ospedaliero-universitaria Ferrara), Laura Biagetti e Loretta Muraro (Azienda USL di Bologna), Anna Giordani (Azienda USL di Parma), Maria Cristina Falzoni (Azienda USL di Ferrara), Giovanni Ferrari e Miriam Bisagni (Azienda USL di Piacenza), Maria Giovanna Madrigali e Anna Maria Piraccini (Azienda USL di Cesena), Sara Baruzzo (Azienda USL di Reggio Emilia), Vittorio Fabbri e Maria Laura Gurioli (Azienda USL di Forlì), Nicoletta Poppi (Azienda USL di Modena), Giorgio Zanzani (Azienda USL di Rimini).

<sup>89</sup> Nelle persone di Augusta Nicoli (capo progetto) e Vittoria Sturlese (collaboratrice).

<sup>90</sup> Nelle persone di Alessio Terzi (referente di progetto), Alessandro Lamanna (referente indicatori) e Simona Sappia (referente organizzativa).

### ***Équipe operativa locale/aziendale***

Essa è composta da un massimo di 10 persone: i responsabili aziendali, la componente civica, le componenti professionali coinvolte a vari livelli (da quello dirigenziale e quello più operativo). Le sue funzioni consistono nell'adozione, implementazione ed eventuale adattamento delle Linee guida del Progetto Audit civico a livello locale/aziendale, in particolare:

- predisposizione del piano locale di audit;
- individuazione degli auditor (vedi oltre) al proprio interno;
- individuazione di un responsabile dell'équipe che può essere di parte aziendale o di parte civica (scelto preferibilmente fra i rappresentanti dei cittadini).

Si viene ora a una sintetica descrizione dei ruoli di responsabilità e dei compiti ad essi attribuiti.

La *direzione aziendale*: accetta la metodologia; garantisce le condizioni generali necessarie per la corretta conduzione dell'audit e in particolare l'accessibilità dei dati; approva il piano locale di audit (fatto salvo il giudizio di conformità tecnica che compete ai responsabili identificati da Cittadinanzattiva); garantisce il tempestivo esercizio della decisionalità necessaria per la conduzione dell'audit; è accessibile (direttamente o tramite delegato provvisto dei necessari poteri) all'auditor; recepisce formalmente gli esiti e le raccomandazioni.

Il *responsabile aziendale* fa parte della équipe che realizza l'audit e partecipa alla progettazione e alla realizzazione delle operazioni necessarie allo svolgimento dell'audit (formazione, elaborazione del piano locale, elaborazione e realizzazione del programma di lavoro, interpretazione degli esiti con l'équipe locale e redazione del relativo verbale).

Egli in particolare cura i rapporti tra l'équipe operativa locale e l'Azienda, favorendo i collegamenti fra le sedi individuate per l'audit e facilitando il reperimento dei documenti e dei dati necessari al buon esito del lavoro dell'équipe operativa locale.

Altri operatori aziendali (afferenti all'Ufficio Qualità o all'Ufficio per le relazioni con il pubblico) possono essere designati a fare parte della équipe con lo scopo di potenziare la condivisione della valutazione.

Il *responsabile dell'équipe operativa locale*, che può essere di parte aziendale o di parte civica (ma scelto preferibilmente fra i rappresentanti dei cittadini), deve avere cura dell'équipe e farla lavorare come gruppo. Egli in particolare:

- coordina i lavori dell'équipe adoperandosi per redigere il programma e il piano operativo dell'audit;
- sostiene il gruppo nelle fasi di realizzazione dell'audit verificando l'andamento delle azioni di rilevazione;
- garantisce il raccordo con l'Azienda e le sedi di audit tramite il responsabile aziendale;
- facilita il lavoro di gruppo dell'équipe locale per creare quelle condizioni di condivisione dei valori e principi che sono alla base dell'audit civico.

Il *referente ASR* ha il compito di presidiare contenuto e metodo delle verifiche sul territorio regionale; intende inoltre presidiare i momenti istituzionali di confronto con le aziende sanitarie (Uffici Qualità, URP, ecc.) e il CCM/ CCRQ che richiede terzietà e indipendenza nelle valutazioni.

Il *referente di Cittadinanzattiva* è garante della corretta applicazione della metodologia e metta a disposizione l'assistenza tecnica e metodologica, l'elaborazione dei dati e dei report finali (regionale e aziendale). Egli presidia inoltre la fase di *benchmarking*.

L'*auditor*: cura l'esecuzione dell'audit nelle varie fasi di implementazione. Nel caso dell'audit civico la funzione dell'auditor è svolta dai professionisti e dai "rappresentanti dei cittadini" che garantiscono le prestazioni in forma articolata. Essi in particolare:

- curano l'applicazione locale, cooperando fra loro;
- garantiscono l'adeguatezza del progetto locale alla realtà dal punto di vista dei cittadini e dei professionisti;
- controllano la completezza e la veridicità dei dati;
- integrano lo schema della relazione locale con l'interpretazione e propongono le azioni correttive, sollecitando l'adozione delle azioni stesse e verificandone gli esiti.

## **5. STRUTTURA OPERATIVA DELL'AUDIT CIVICO A LIVELLO LOCALE/AZIENDALE**

L'audit civico, anche quando è realizzato da una organizzazione civica, non è una semplice raccolta di informazioni ma una vera e propria procedura di valutazione che comporta le seguenti fasi:

- decisione della direzione di aderire all'audit civico;
- scelta del responsabile aziendale (afferente a Ufficio Qualità o URP) che segua tutto il percorso di audit;
- comunicazione/pubblicizzazione del progetto a livello locale;
- costituzione dell'équipe operativa locale/aziendale(team misto operatori/utenti);
- formazione delle équipe operative locali/aziendali;
- definizione del campo di applicazione (progetto locale);
- raccolta dei dati;
- elaborazione e valutazione finale.

Le valutazioni ottenute vengono inserite nelle procedure di accreditamento ma il ciclo può continuare al livello locale con:

- la definizione delle aree critiche e delle azioni di miglioramento;
- *benchmarking* e diffusione;
- la verifica degli esiti attraverso la realizzazione di un nuovo ciclo di valutazione.

### **5.1. Scelta del responsabile aziendale**

La struttura locale è costituita dal responsabile aziendale afferente all'Area della Qualità o della Comunicazione con funzioni di supporto alla progettazione e alla realizzazione delle operazioni necessarie allo svolgimento dell'audit: adattamento delle linee guida generali alla realtà locale, monitoraggio di tutto il percorso di audit, elaborazione e realizzazione del programma di lavoro, interpretazione degli esiti, contributo alla relazione conclusiva e sua diffusione.

### **5.2. Presidio della comunicazione/pubblicizzazione del progetto a livello locale**

Tale fase prevede la conduzione di una campagna d'informazione preliminare, con un percorso preciso e definito. Essa rappresenta una delle priorità in quanto permette di creare un alto grado di consenso e di adesione al progetto sia all'interno dell'Azienda (a vari livelli organizzativi: Collegio di Direzione, Dipartimenti, Unità operative) sia all'esterno cioè da parte della comunità locale, dagli *stakeholder* (Comune, sindacati, scuola, Università), oltre che dagli attori che potenzialmente potrebbero essere reclutati come rilevatori (CCM, associazioni, sindacati pensionati, scuole, ecc.).

Occorre coinvolgere fin da subito nella elaborazione di un Piano di comunicazione i referenti degli Uffici Comunicazione o degli Uffici per le relazioni con il pubblico.

### **5.3. Costituzione dell'équipe operativa locale/aziendale (team misto operatori/utenti)**

L'audit viene proposto come modalità per introdurre un nuovo approccio alla cultura della partecipazione, che fa leva sulla costruzione di una relazione improntata alla *partnership* tra cittadini e professionisti.

L'équipe operativa dell'audit civico è costituita da 3 a 10 persone (cittadini volontari e operatori) cui partecipa un responsabile aziendale nominato dalla Direzione e un responsabile dell'équipe scelto preferibilmente tra i cittadini e individuato dall'équipe locale stessa. L'équipe segue uno specifico addestramento, si avvale dell'assistenza tecnica della ASR e di Cittadinanzattiva, e cura la realizzazione di tutti i passaggi.

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

I criteri di scelta sono la tipologia delle strutture su cui si svolge la verifica e la prossimità al punto di vista dell'utente: ad esempio se le strutture sono Unità operative di geriatria, si potrebbero coinvolgere nei *team* le associazioni di pensionati; se invece si tratta di Unità operative di pediatria si potrebbero reclutare gli studenti delle scuole superiori a

indirizzo pedagogico; infine per il SerT potrebbero essere coinvolte le associazioni degli utenti stessi.

Per la costituzione e l'insediamento delle componenti civiche e aziendali in linea di massima si può prevedere la seguente articolazione:

- costituzione di una sorta di comitato promotore coinvolgendo i Comitati consultivi misti;
- definizione della procedura di convocazione della cittadinanza e dei professionisti (bando aperto, invito agli iscritti delle organizzazioni aderenti, ecc.) che deve comprendere comunque una comunicazione pubblica;
- raccolta delle adesioni e verifica dei requisiti (ad esempio la disponibilità a condurre un percorso di formazione strutturato con vincoli e impegni) da parte del comitato promotore;
- sottoscrizione delle lettere di incarico ai componenti con esplicita accettazione delle regole tecniche e deontologiche;
- designazione del coordinatore della équipe operativa locale.

#### ***5.4. Formazione delle équipes operative locali/aziendali***

La formazione delle équipes locali verrà condotta in maniera uniforme a livello regionale tramite specifici moduli formativi elaborati dal gruppo regionale di regia.

La progettazione dei moduli tiene conto delle carenze e delle criticità che potrebbero incontrare i team di valutatori: scarsa conoscenza dell'organizzazione aziendale, deboli rapporti di *partnership* fra operatori e utenti, scarsa conoscenza delle fonti da consultare e degli strumenti tecnici da utilizzare per la rilevazione, ecc.

L'équipe locale svolgerà momenti di formazione comuni, in modo da garantire l'uniformità dell'approccio, e una fase aziendale che verrà programmata secondo le specifiche esigenze

#### ***5.5. Definizione del campo di applicazione (progetto locale)***

Nell'applicazione prevista nella Regione Emilia-Romagna l'obiettivo consiste nel rendere una descrizione il più possibile realistica di un territorio nel suo complesso. L'audit civico coinvolgerà il livello del governo aziendale e, per le aziende territoriali, almeno un ambito territoriale corrispondente ad un distretto nel quale saranno presi in considerazione:

- uno stabilimento ospedaliero;
- i servizi del Dipartimento di cure primarie (medicina di base e medicina specialistica);
- i servizi del Dipartimento di Salute mentale e/o SerT.

Per le aziende ospedaliere è prevista l'applicazione a un numero significativo di unità operative. Tale ambito sarà scelto dalla Direzione aziendale coinvolgendo i Comitati consultivi misti.

Le équipes operative locali, d'intesa con la Direzione, formulano il progetto aziendale di audit civico, secondo le indicazioni fornite dall'ASR e da Cittadinanzattiva. Il progetto deve essere concordato col gruppo di regia regionale del progetto e, in linea di massima comprende:

- la definizione precisa delle strutture in cui sarà applicato l'audit;
- il calendario dei lavori;
- la designazione delle persone responsabili delle specifiche operazioni di raccolta dei dati.

## **5.6. La raccolta delle informazioni**

### *5.6.1. Le fonti da utilizzare*

Le informazioni necessarie per l'audit civico sono raccolte sia attraverso l'osservazione diretta delle strutture designate sia attraverso la rilevazione di dati presso la direzione aziendale e presso i responsabili dei Dipartimenti e delle Unità operative interessati.

In particolare, l'audit civico prevede:

- lo svolgimento di **azioni di monitoraggio** (tramite griglie di osservazione e questionari) presso le strutture sanitarie e la richiesta di informazioni agli operatori delle Unità Operative e ai cittadini componenti i Comitati consultivi misti;
- la **consultazione di documenti e atti amministrativi** forniti dall'Azienda;
- la **richiesta d'informazioni alle Direzione generale e alla Direzione sanitaria** (tramite questionario).

### *5.6.2. Gli strumenti tecnici*

Per lo svolgimento dell'audit civico è stata messa a punto una struttura di valutazione articolata che risponde alla duplice esigenza di utilizzare un numero di indicatori sufficientemente grande per garantire il necessario livello di analiticità e di pervenire, ciononostante, ad una quantità contenuta di giudizi di sintesi con elevato valore operativo.

Con il contributo di un Tavolo tecnico di lavoro si è pervenuti a una struttura articolata in tre livelli di analisi: componenti, fattori, indicatori.

Al **primo livello** si situano le **tre componenti** dell'azione delle Aziende sanitarie:

- 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.);
- l'**impegno dell'Azienda nel promuovere alcune "politiche"** di particolare rilievo sociale e sanitario;
- il **coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali**;

Al **secondo livello** le componenti sono state articolate in **fattori di qualità corrispondenti alla definizione del DPCM 16/5/1995**, secondo il seguente schema:

#### Orientamento al cittadino

- accesso alle prestazioni sanitarie;
- rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati;
- relazioni sociali;
- informazione logistica e informazione sanitaria;
- 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

- sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale;
- sicurezza delle strutture e degli impianti;
- malattie croniche e oncologia;
- medicina del dolore.

#### Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

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

Al **terzo livello** ogni fattore è indagato attraverso la rilevazione di una serie di indicatori, cioè di "variabili quantitative o parametri qualitativi che consentono di esprimere un giudizio sul fattore osservato". Complessivamente sono rilevati circa 350 indicatori.

La conduzione del Progetto in Emilia-Romagna ha richiesto altresì un adattamento degli indicatori per favorire la integrazione delle informazioni rispetto ad altri strumenti di verifica ed esigenze di rendiconto della Regione, quali:

- indicatori ex art. 14 del DLgs 502/1992 e succ. mod.; DPCM 12/12/2001;
- specifiche di applicazione dei requisiti per l'Accreditamento.

Proprio alla luce di tali specificità l'elenco degli indicatori utilizzato da Cittadinanzattiva è stato in parte integrato e in parte adattato con gli altri sistemi di indicatori che hanno rilevanza a livello regionale (Accreditamento, ex art. 14 DLgs 502/1992), ad opera di un sottogruppo di lavoro (Gruppo Indicatori) i cui componenti afferiscono al gruppo di Regia regionale del progetto.

Per la raccolta delle informazioni, sono state predisposte due tipologie di rilevazione dei dati. Ogni strumento è diviso in sezioni corrispondenti alle componenti di valutazione considerate.

- Questionari da compilare in collaborazione con la Direzione generale e sanitaria in riferimento all'ambito di applicazione della ricerca
  - questionari per la rilevazione dei dati identificativi e delle attività generali dell'azienda, con parti comuni o differenziate fra Aziende territoriali e Aziende ospedaliere, a seconda degli argomenti;
  - questionari relativi alla assistenza ospedaliera;
  - questionari relativi al dipartimento di cure primarie;
  - questionari relativi al servizio di salute mentale/Sert;
  - questionario per i cittadini componenti organismi istituzionali di partecipazione.

Nei questionari sono indicati tutti i casi in cui la risposta dell'Azienda dovrà essere sostenuta da una specifica evidenza documentale (deliberazione, linea guida, protocollo, ecc.), che deve essere citata (ad es. Protocollo n., Delibera, ecc.).

- Griglie di osservazione ad uso delle équipes di valutazione  
Tale strumento consente l'osservazione diretta delle strutture identificate con l'ausilio di guide nelle quali saranno riportati in forma dettagliata e con risposte chiuse tutti gli indicatori da rilevare.

### **5.7. Elaborazione dei dati e valutazione finale**

Nel corso delle operazioni di raccolta dei dati, i responsabili delle équipes di valutazione controllano sistematicamente la corretta compilazione degli strumenti tecnici e l'effettiva validità delle evidenze documentarie allegate.

Al termine delle operazioni sul campo, l'équipe provvede alla compilazione delle liste di raccolta e all'invio dei materiali a Cittadinanzattiva. I risultati di ritorno al responsabile aziendale vengono discussi e valutati congiuntamente con l'équipe locale. Gli esiti della discussione sono raccolti in un verbale che viene presentato e discusso con la Direzione dell'Azienda.

Le liste di raccolta e i verbali di valutazione sono inoltrati a Cittadinanzattiva che produrrà il report regionale e aziendale, e attiverà la fase di *benchmarking* a livello regionale e nazionale.

Gli esiti complessivi sono presentati e discussi in un incontro regionale con la partecipazione delle équipes aziendali.

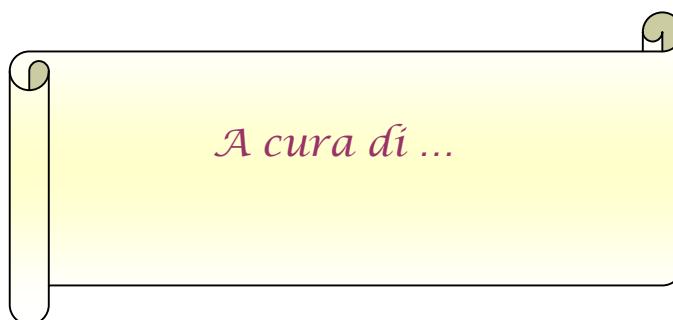
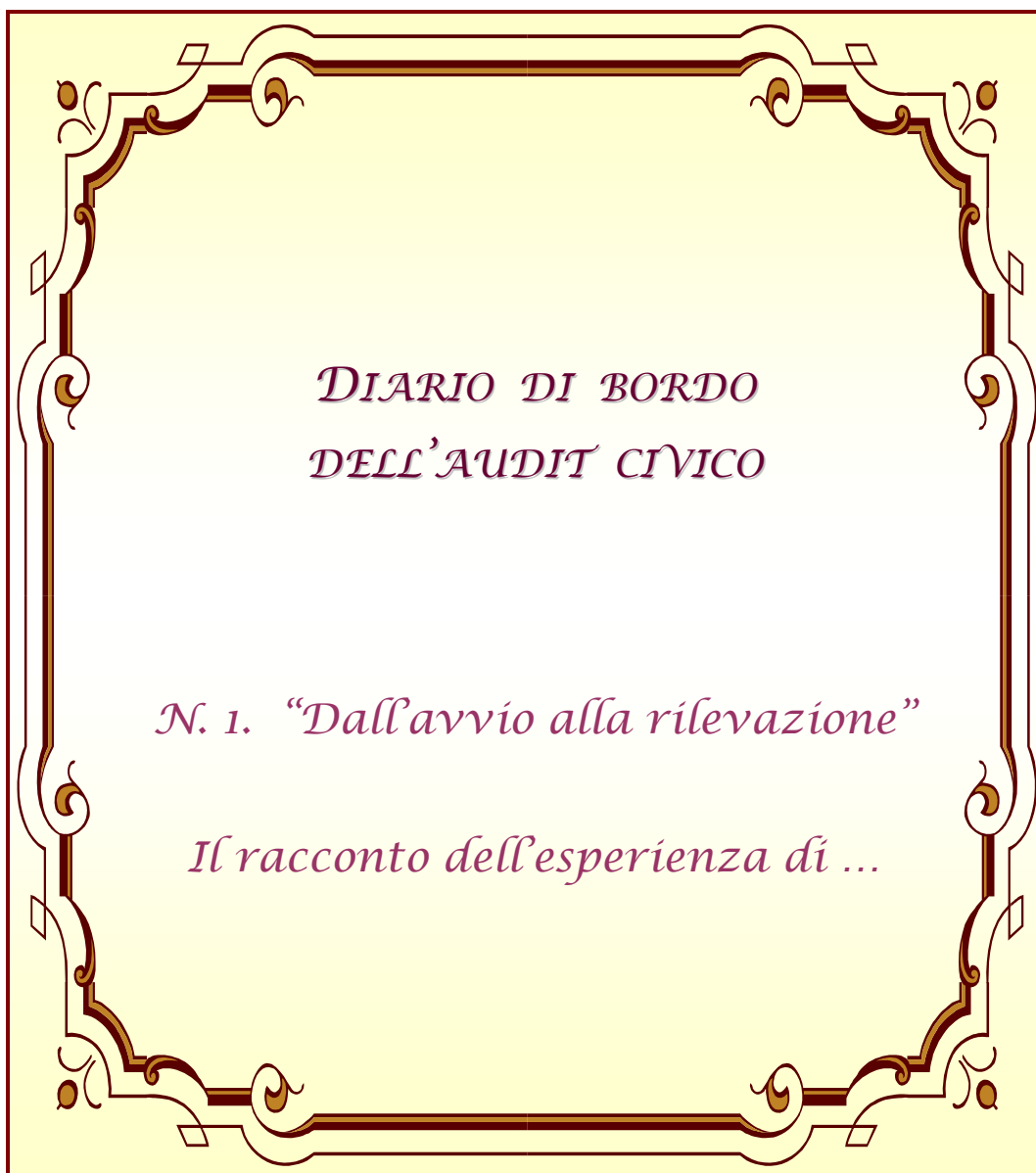
### **5.8. Utilizzo dei risultati delle verifiche**

Ogni Azienda potrà avvalersi dei risultati dell'audit ai fini di:

- utilizzo delle informazioni per il miglioramento locale (obiettivo coerente con le finalità dell'audit civico);
- utilizzo delle informazioni nel processo di verifica ex post previsto per l'accreditamento;
- utilizzo delle informazioni per l'attivazione di percorsi di miglioramento "di sistema".



## **Allegato 2.** **Diario di bordo n. 1**





## 1. IL CONTESTO DI PARTENZA

- *Caratteristiche del territorio (ricchezza dei servizi, problematiche, punti di forza, ...)*

---

---

---

---

---

---

---

- *Caratteristiche delle strutture sanitarie prescelte per realizzare l'audit civico*

- *Quali strutture avete scelto per realizzare l'audit civico? (elencare)*

---

---

---

---

---

---

---



- *Sulla base di quali considerazioni è ricaduta la scelta sulla/e struttura/e?*

---

---

---

---

---

---

---

- *Elementi di caratterizzazione delle strutture sanitarie prescelte legate, ad esempio, al fatto che:*
  - *si tratta di strutture accreditate / non accreditate*
  - *ci sono o ci sono stati recenti cambiamenti organizzativi*
  - *esiste una tradizione alla valutazione*
  - *c'è consuetudine a lavorare con associazioni e comitati di cittadini come i CCM*
  - *esistono esperienze pregresse di ascolto del cittadino assimilabili all'audit civico*
  - *ecc. ecc.*

---

---

---

---

---

---

---



## 2. LA FASE DI AVVIO

- *Quando si può parlare di avvio dell'esperienza di audit civico nella vostra realtà?*

---

---

---

---

- *Quali azioni ha compreso la fase di avvio?*

---

---

---

---

➤ *Responsabile aziendale per l'audit civico*

- *Chi è il responsabile aziendale?*

---

---

---

- *Che cosa ha fatto durante il percorso?*

---

---

---

---

➤ *Promozione*

- *C'è stata promozione dell'audit civico? Se sì, in quale momento del percorso e quanto è durata?*

---

---

---

---

- *Quali obiettivi ha avuto la promozione?*

---

---

---

---

- *Quali azioni ha compreso?*

---

---

---

---

---

- *A chi si è rivolta?*

---

---

---

---

---

- *Chi se ne è occupato? (il referente aziendale, un Comitato promotore, ecc.)*

---

---

---

---

---

- *Nel caso ci sia stato un Comitato promotore, quali i componenti e come sono stati individuati? Si allega elenco*

---

---

---

---

---

---

---

---

➤ *Équipe locale*

- *In quale momento del percorso è nata l'équipe locale?*

---

---

---

---

---

- *Data (e/o periodo) di costituzione*

---

- *I componenti (nome, cognome, professione, associazione o gruppo).*

Si allega elenco

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Modalità di reclutamento/nomina dei partecipanti all'équipe*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- *C'è un responsabile (o presidente) dell'équipe operativa locale? Se sì, chi è? Sulla base di quali ragionamenti è stato scelto?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Come viene nominato, quali ruoli ha assunto?*

---

---

---

---

---

---

---

---

➤ *Formazione locale*

- *Contenuti (Si allega programma)*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Aspetti organizzativi (durata, periodo, responsabile/i)*

---

---

---

---

- *Obiettivi*

---

---

---

---

- *Chi erano i docenti? (Si allega elenco) Erano interni e/o esterni, e quali le loro competenze?*

---

---

---

---

---

---

- *Chi ha partecipato al corso? (Si allega elenco)*

---

---

---

---

- *Piano delle azioni (per la rilevazione)*

- *Com'è nato il piano di azioni, con chi è stato concordato, in quanto tempo? (organizzazione)*

---

---

---

---

- *Quali unità operative sono state coinvolte? Perché la scelta è ricaduta su quelle unità operative?*

---

---

---

---



### 3. LA FASE DI RILEVAZIONE

- *Chi ha partecipato alla rilevazione?*

---

---

---

---

- *Quanto tempo è durata (in termini di giornate dedicate e di ore)?*

---

---

---

---

- *Come sono avvenuti i contatti con l'unità operativa/e della struttura? Attraverso quali soggetti?*

---

---

---

---

- *Chi compie le rilevazioni? Nei casi in cui i rilevatori siano operatori sanitari hanno valutato la loro o altre unità operative?*

---

---

---

---

- *Come è stata accolta la rilevazione nelle varie unità operative?*

---

---

---

---



#### 4. RAPPORTI, RELAZIONI

- *Qual è il clima interno all'équipe locale? È cambiato dalla sua costituzione, e se sì in che senso?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Quale/i fattore/i condizionano soprattutto il clima all'interno dell'équipe locale?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Con quale modalità ci si rapporta all'interno dell'équipe ad esempio rispetto alla:*
  - *frequenza degli incontri;*
  - *modalità formale/informale degli incontri;*
  - *livello di conoscenza tra i partecipanti;*
  - *grado di motivazione e di partecipazione agli incontri*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Quali relazioni intercorrono tra il responsabile dell'équipe operativa e responsabile aziendale? Ad esempio:*
  - *agli incontri sono tendenzialmente presenti entrambi, perché ...*
  - *oppure si delegano spesso, perché ...*

---

---

---

---

---

---

---

---





**5. SPAZIO APERTO A SUGGERIMENTI, COMMENTI, OPINIONI, RILIEVI RISPETTO CRITICITÀ, PUNTI DI FORZA, ECC. ALLA LUCE DELL'ESPERIENZA IN CORSO**

- Quali caratteristiche delle **strutture sanitarie** prescelte per lo svolgimento del progetto di audit civico possono favorirne oppure sfavorirne lo svolgimento e la riuscita?

---

---

---

---

---

- Criticità, punti di forza, suggerimenti rispetto al momento della **promozione** del progetto Audit civico

---

---

---

---

---



- Criticità e punti di forza rispetto alla **formazione locale**

---

---

---

---

---

- Criticità e punti forza rispetto alla **definizione del piano delle azioni**

---

---

---

---

---

- Criticità e punti forza rispetto alla **fase di rilevazione**

---

---

---

---

---

- Quali caratteristiche (competenze, aspetti particolari) è bene che abbia il **referente aziendale** dell'audit civico, alla luce della vostra esperienza?

---

---

---

---

- E il **responsabile d'équipe**?

---

---

---

---

- Criticità, punti di forza dei **rapporti/relazioni** tra i diversi soggetti dell'audit civico (referenti regionali, équipe locale, gruppo promotore, struttura ospitante, referente aziendale, responsabile dell'équipe locale)

---

---

---

---

- Momenti cruciali incontrati durante l'esperienza di audit civico in corso

---

---

---

---

- Si è verificato qualcosa che non si attendeva? Se sì, in quale fase e cosa ha riguardato?

---

---

---

---

- Ci sono state sorprese in positivo? Se sì, quali?

---

---

---

---

- *E in negativo? Se sì, quali?*

---

---

---

---

- *Cambiarebbe qualcosa del progetto Audit civico?*

---

---

---

---

- *(Per le esperienze che avevano già sperimentato in precedenza l'audit civico). Se e quali differenze sono emerse rispetto alla precedente esperienza?*

---

---

---

---

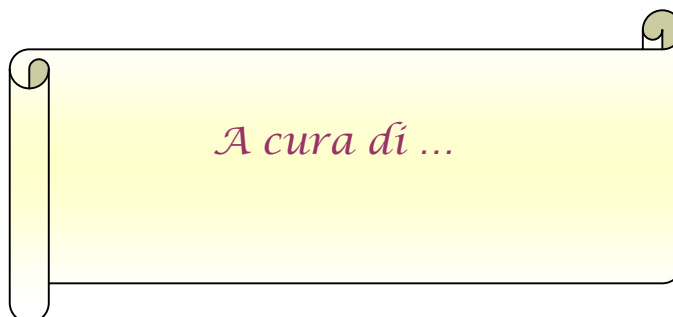
*AL RACCONTO DELL'ESPERIENZA SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI AD USO INTERNO E/O ESTERNO (OPUSCOLI, MATERIALE DIVULGATIVO, PIANO DELLE AZIONI, ELENCO DEI PROTAGONISTI, VERBALI, STATUTI, PRESENTAZIONE IN POWER POINT, ECC.):*

*Elenco materiali allegati (a cura del compilatore)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



## **Allegato 3.** **Diario di bordo n. 2**





### 1. L' ATTESA DEI RISULTATI

- Quali aspetti hanno caratterizzato l'*attesa* (sia come fatti accaduti che come clima interno al gruppo, aspettative ...)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Cosa si è fatto durante l'*attesa* e con quali obiettivi?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Chi se ne è occupato?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



- *Come è stato gestito il rapporto con l'Azienda ?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Osservazioni riferite al momento dell'attesa (criticità, punti forza, cosa tenere, cosa cambiare)*

---

---

---

---

---

---

---

---



## ***2. IL PERCORSO DEI RISULTATI ALL'INTERNO DELL'ÉQUIPE LOCALE***

- *Come si è svolto il momento della restituzione e della discussione dei risultati all'interno dell'équipe locale?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Chi se ne è occupato?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Come sono stati accolti i risultati all'interno dell'équipe locale?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Quali elementi hanno inciso particolarmente in questa fase?  
(sorprese in positivo, in negativo, ...)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Come si è proceduto dopo la discussione dei risultati? Di quali aspetti si è tenuto particolarmente conto?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





### 3. IL PERCORSO DEI RISULTATI "AL DI FUORI" DELL'ÉQUIPE LOCALE

- *A quali soggetti si sono indirizzati i risultati dell'audit civico?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *In quale forma, con quali obiettivi e modalità?*

---

---

---

---

---

---

---

---

- *Di quali aspetti si è tenuto particolarmente conto nell'organizzazione di questa fase?*

---

---

---

---

---

- *Ci sono state sorprese in positivo? Se sì, quali?*

---

---

---

---

---

- *E in negativo? Se sì, quali?*

---

---

---

---

---

- Osservazioni

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



#### 4. CONCLUSIONE DELL'ESPERIENZA

- Quali passaggi hanno caratterizzato la conclusione dell'esperienza e con quali soggetti?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



• Osservazioni

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



***5. SPAZIO APERTO A COMMENTI,  
AUSPICI E TIMORI SULL'ESPERIENZA  
TRASCORSA E SUGLI SBOCCHI FUTURI***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)

38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002. (\*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002.
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)



81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (\*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004.
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005.
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005.
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005.
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005.
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (\*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (\*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (\*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (\*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (\*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (\*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (\*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006.
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (\*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (\*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006.

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (\*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (\*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (\*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (\*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (\*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (\*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006.
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (\*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (\*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (\*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (\*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (\*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (\*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (\*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (\*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (\*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (\*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (\*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (\*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (\*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (\*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (\*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (\*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (\*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (\*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (\*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (\*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (\*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (\*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (\*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (\*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (\*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (\*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (\*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (\*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (\*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (\*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (\*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (\*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (\*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (\*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORIentamenti 1. Bologna, 2008. (\*)

168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2008. (\*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna, 2008. (\*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna, 2008. (\*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna, 2008. (\*)
172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna, 2009. (\*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2009. (\*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna, 2009. (\*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna, 2009. (\*)
176. Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2009. (\*)
177. Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna, 2009. (\*)
178. Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna, 2009. (\*)
179. Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna, 2009. (\*)
180. La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna, 2009. (\*)

