

Anno XII numero **32** 2013

Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

32

Editoriale La centralità del paziente come spinta al cambiamento **Presentazione** Gli indicatori di umanizzazione per una migliore organizzazione del Ssn **Focus on** L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi: Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera; Il cittadino stakeholder della sanità; Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero; La sperimentazione della checklist: primi risultati; Un modello di empowerment organizzativo per la salute mentale **Health World** L'impatto della crisi sui sistemi sanitari europei **Agenas on line** Negli ultimi 20 anni sono aumentati i malati in Italia? Vent'anni della riforma del pubblico impiego: istantanee dalle aziende sanitarie

Editoriale

La centralità del paziente come spinta al cambiamento
di *Giovanni Bissoni*

pagina 3

Presentazione

Gli indicatori di umanizzazione per una migliore organizzazione del Ssn
di *Fulvio Moirano*

pagina 6

Focus on | L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi

L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi
di *Francesco Di Stanislao, Giovanni Caracci e Sara Carzaniga*

pagina 8

Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera
di *Giovanni Caracci, Francesco Di Stanislao e Sara Carzaniga*

pagina 12

Il cittadino stakeholder della sanità
di *Angelo Tanese e Alessio Terzi*

pagina 18

Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero
di *Angelo Tanese, Alessandro Lamanna e Rosapaola Metastasio*

pagina 26

La sperimentazione della checklist: primi risultati
di *Angelo Tanese e Rosapaola Metastasio*

pagina 42

Un modello di empowerment organizzativo per la salute mentale
di *Giovanni Caracci, Renzo De Stefani e Sara Carzaniga*

pagina 52

Health World

L'impatto della crisi sui sistemi sanitari europei
di *Monica Marzano*

pagina 59

Agenas on line

Negli ultimi 20 anni sono aumentati i malati in Italia?
di *Cesare Cislighi e Fulvio Moirano*

pagina 62

Vent'anni della riforma del pubblico impiego: istantanee dalle aziende sanitarie

di *Paolo Michelutti, Fulvio Moirano, Giuseppe Della Rocca e Ragnar Gullstrand*

pagina 68



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno XII Numero 32 2013

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini

Componenti: Aldo Ancona,
Anna Banchemo, Antonio Battista,
Norberto Cau, Francesco Di Stanislao,
Nerina Dirindin, Gianluca Fiorentini,
Elena Granaglia, Roberto Grilli,
Elio Guzzanti, Carlo Liva,
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2013

agenas.  **AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

 Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente autonomo che svolge una funzione di supporto al Ministero della Salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.

Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.

L'Agenzia oggi | Presidente Giovanni Bissoni **Direttore** Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Francesco Bevere, Alessandro Cosimi,
Domenico Mantoan, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente),
Nicola Begini, Fabrizio Ferri

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria

- Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento
- Innovazione, sperimentazione e sviluppo, HTA • Supporto alle Regioni in piano di rientro

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 



La centralità del paziente come spinta al cambiamento

di **Giovanni Bissoni**

Presidente Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Attualmente si discute (e di recente se ne è parlato molto) di sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale, ma occorre tener presente, a questo riguardo, che il nostro Servizio sanitario non è fuori dai parametri europei per quanto riguarda i costi; anzi, la nostra spesa sanitaria pro-capite è inferiore a quella dei grandi Paesi europei con i quali siamo soliti confrontarci.

Non si tratta di sostenibilità dei costi, quindi, anche se significative criticità permangono. Nonostante il Ssn italiano rimanga ai primi posti nelle classifiche stilate dall'Oms per quanto attiene a considerazioni di carattere generale (universalità, accesso ai servizi, ecc.), lo stesso si attesta diversamente tra i paesi Ocse, se si valuta la qualità dei servizi erogati.

È indubbio che viviamo in un Paese a due velocità. In una parte importante del nostro territorio i cittadini hanno servizi di buona qualità, di valenza europea a costi contenuti, in un'altra si spende di più per avere servizi peggiori. E sono, è bene ricordarlo, proprio i cittadini che vivono nelle zone dove la sanità offre minore qualità a pagare di più, sotto forma di tasse locali e di compartecipazione alla spesa. È del tutto evidente, ormai, che gli stessi ticket non servono a regolare l'accesso ai servizi, ma piuttosto a co-finanziare il sistema.

Non credo che questa situazione si possa esclusivamente attribuire al fallimento di una sanità che abbiamo voluto – e continuiamo a volere – basata su un sistema universalistico e pattizio, tra istituzioni che operano sulla base di un principio di leale collaborazione. Penso, invece, che, mentre si è posta molta enfasi sull’esercizio di quanto il titolo V prevede in termini di poteri straordinari dello Stato per il controllo dei costi, molto poco si è fatto, a fronte degli stessi poteri, per il rispetto del diritto di accesso ai servizi.

Recuperare il divario tra le diverse zone del Paese resta l’obiettivo principale del Ssn, assieme alla ricerca di una sua piena sostenibilità economica, minacciata dalla crisi generale della finanza pubblica.

Tale sostenibilità va ricercata sia nella necessaria dimensione del Fondo sanitario nazionale, sia in un’accelerazione dei processi di innovazione richiamati dall’insieme della manovra del Governo: riordino ospedaliero, servizi territoriali, approvvigionamento dei beni e servizi. La dimensione dei processi previsti ha bisogno di partecipazione e condivisione delle istituzioni quanto dei professionisti e dei cittadini.

Occorre insistere sul versante della conoscenza delle esigenze assistenziali dei cittadini, intensificando gli sforzi per comprendere la domanda, la percezione dell’organizzazione della sanità da parte degli utenti e dei loro familiari, diversificando, articolando l’offerta perché sia la più appropriata e perché a condizioni diseguali non si possono dare risposte uguali.

Le risorse vanno utilizzate in conseguenza, per garantire efficacia ed efficienza ai servizi; in questo senso, credo, vada inteso il concetto di centralità del paziente, come spinta al cambia-

mento e come “partecipazione organizzativa” alle scelte di politica sanitaria.

Se si parte dai bisogni “reali” di un paziente cronico (troppo spesso antepriamo le esigenze dell’organizzazione a quelle del malato), forse diventa più facile progettare percorsi assistenziali, nuovi rapporti fra ospedale e territorio, fra le diverse professioni sanitarie, e realizzare più avanzate forme di integrazione sociale e sanitaria. Perché questo accada occorre non solo una lettura attenta dei bisogni, ma anche disponibilità e generosità verso il cambiamento.

Per favorire la partecipazione organizzativa dei cittadini occorre mettere in atto processi di *empowerment* che impongono una stretta relazione fra ricerca e azioni per essere davvero uno stimolo al cambiamento, e quindi aperti alle diverse forme, in relazione ai soggetti che li animano e al contesto in cui avvengono.

La partecipazione organizzativa dei cittadini si può sviluppare in ambiti diversi, a livello individuale, organizzativo e di comunità; ma perché essa sia, oltre all’espressione di un diritto, anche una vera “molla” per il cambiamento, deve declinarsi attraverso fasi di diverso tipo, come si riscontra nelle esperienze di *empowerment* di Cittadinanzattiva.

Un processo di *empowerment* deve includere l’acquisizione di stili di vita e comportamenti più corretti, penso non solo a movimenti e campagne informative per la prevenzione e per l’educazione a stili di vita sani, quanto a coerenza di politiche e veri e propri progetti di comunità; la capacità di gestire e prendere in carico la propria malattia/cronicità (ad esempio, gruppi di auto-aiuto in ambito sanitario e socio-sanitario); la possibilità di accedere all’organizzazione dei servizi (servizi come l’URP, gestione reclami e numero verde, la “Carta dei

Servizi”); ed, infine, accedere al processo decisionale di cura con strumenti idonei, quali, ad esempio, il consenso informato, la cartella clinica integrata.

Ogni innovazione mancata, nella grave si-

tuazione economica attuale, rappresenta un passo verso la privatizzazione del sistema, un passaggio che, proprio in nome del rispetto dell’uguaglianza e della dignità del cittadino, non possiamo permetterci.



Gli indicatori di umanizzazione per una migliore organizzazione del Ssn

di **Fulvio Moirano**

Direttore Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

6

monitor

Questo numero della rivista Monitor affronta il tema dell'umanizzazione delle cure, un aspetto della sanità che spesso viene tralasciato nella nostra attività quando, troppo presi dal contingente, dall'oggi, dimentichiamo che il fine ultimo del nostro lavoro, dei nostri studi e delle nostre ricerche sull'organizzazione dei servizi sanitari e sui relativi costi, è proprio la soddisfazione dell'utente, del paziente, del cittadino.

Desidero ringraziare tutte le Unità Operative che hanno contribuito alla ricerca che presentiamo qui di seguito, e, in modo particolare, Cittadinanzattiva, da sempre impegnata in prima linea sul fronte dell'empowerment, ovvero della ricerca delle modalità adatte a potenziare il ruolo dei cittadini per incidere con efficacia sul miglioramento dei servizi.

Sono convinto che la cura per il nostro Servizio sanitario nazionale passi anche attraverso una rinnovata capacità di ascoltare i pazienti, perché molto spesso, e i dati che presentiamo in queste pagine lo dimostrano, i malati e i loro familiari sono competenti, conoscono le risposte giuste ai problemi della sanità.

LA RICERCA AGENAS SUGLI INDICATORI DI UMANIZZAZIONE

Presentiamo in questo numero della rivista Monitor i risultati di un progetto di ricerca condotto da Agenas insieme all'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva e alle Regioni e PA dal titolo *Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari*.

Lo scopo della ricerca è stato quello di costruire un set di indicatori (individuati con una procedura partecipata) per la rilevazione del grado di umanizzazione presente nelle strutture di ricovero.

È da notare che per "umanizzazione" il gruppo di lavoro ha condiviso un concetto articolato in quattro fattori:

- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- cura della relazione con il paziente e con il cittadino.

Qualche dato emerso dalla rilevazione può essere, di fatto, già noto agli addetti ai lavori, mentre qualche altro si presenta inaspettato e stimola riflessioni.

Per quanto riguarda la metodologia seguita nella ricerca è stata elaborata, in primo luogo, una checklist formata da 140 indicatori, condivisi dal gruppo di volontari che ha partecipato alla rilevazione, composto da cittadini e operatori delle strutture.

In base ai dati rilevati, vediamo che le risposte emerse nelle 54 strutture coinvolte nell'indagine, calcolate in un punteggio che va da 1 a 10, ci danno, ad esempio, un buon punteggio (7,12) per l'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, per la semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni (8,86), per l'orientamento e segnaletica dei percorsi (8,26), mentre risulta ancora scarsa la semplificazione delle modalità di prenotazione (5,21).

Nella cura della relazione con il paziente e il cittadino, c'è ancora molto da lavorare sul tema della formazione del personale di contatto, che ottiene appena la sufficienza (6,00) nonché sul rispetto delle specificità linguistiche (4,62) e delle esigenze di culto (6,12). Un dato, quest'ultimo – ottenuto dalla media tra “possibilità di assistenza religiosa per

i cattolici” (10) e “presenza di un luogo dedicato alla pratica religiosa per altri culti” (0,96) – che registra, insieme al punteggio ottenuto da “accesso gratuito alla rete wireless” (0,65) come nel nostro Paese sussistano ancora notevoli lacune sul versante dell'integrazione e dell'innovazione.

È utile sottolineare, in questa sede, che la ricerca condotta da Agenas con Cittadinanzattiva sugli indicatori dell'umanizzazione si colloca a pieno titolo all'interno delle attività dell'Agenas sui modelli di empowerment, ovvero l'insieme delle esperienze di monitoraggio dei cittadini per il miglioramento dei servizi, e risponde pienamente ad uno dei principali mandati che Agenas, in qualità di struttura tecnico-scientifica per i servizi sanitari, ha ricevuto dalle Conferenze Stato-Regioni e Unificata, quello di orientare tutte le proprie attività alla condivisione e diffusione delle “buone pratiche” realizzate sul campo.

I dati raccolti nei 54 presidi ospedalieri che hanno partecipato all'indagine contribuiranno alla creazione di un Sistema di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, costruito sul ricco patrimonio di partecipazione civica già presente nelle Regioni e nelle Province Autonome.

Voglio qui ricordare, insieme a tutti i dipendenti e i collaboratori di Agenas, la dottoressa **Laura Conti**, dirigente della sezione Affari generali che ci ha prematuramente lasciato da pochi giorni, dopo una lunga e sofferta malattia che ha affrontato con grande coraggio e determinazione, senza mai venire meno ai compiti e alle responsabilità, spesso poco visibili, che le erano stati affidati.

Proprio Laura, che, con un forte senso di appartenenza alla Pubblica Amministrazione e alla nostra Agenzia, era precisa, determinata e instancabile, amava ripetere che dietro ogni lavoro, ogni pubblicazione dell'Agenas, c'era uno sforzo invisibile, al di là delle “firme” che compaiono in calce agli articoli e alle relazioni, un impegno di tutto l'apparato amministrativo e organizzativo che rende i risultati possibili.

E quindi, a lei vogliamo dedicare questo numero della rivista e i nostri futuri lavori.



L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi

di **Francesco Di Stanislao***, **Giovanni Caracci**** e **Sara Carzaniga*****

* Esperto Agenas, Università Politecnica delle Marche

** Dirigente sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

*** Collaboratore di ricerca sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

La ricerca *Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari* è un progetto promosso e coordinato dall'Agenas e finanziato dal Ministero della salute nell'ambito del Programma di ricerca corrente 2010 ex artt. 12 e 12 bis D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii..

Il progetto di ricerca nasce dall'incontro e dall'evoluzione delle attività che l'Agenas ha intrapreso negli ultimi cinque anni per adempiere a due diversi mandati assegnati all'Agenzia dalla Conferenza Unificata¹: l'uno relativo allo sviluppo di competenze e di attività per il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità del sistema sanitario; l'altro relativo alla promozione, nelle Regioni e Province Autonome, della pianificazione, gestione e valutazione dei processi di empowerment.

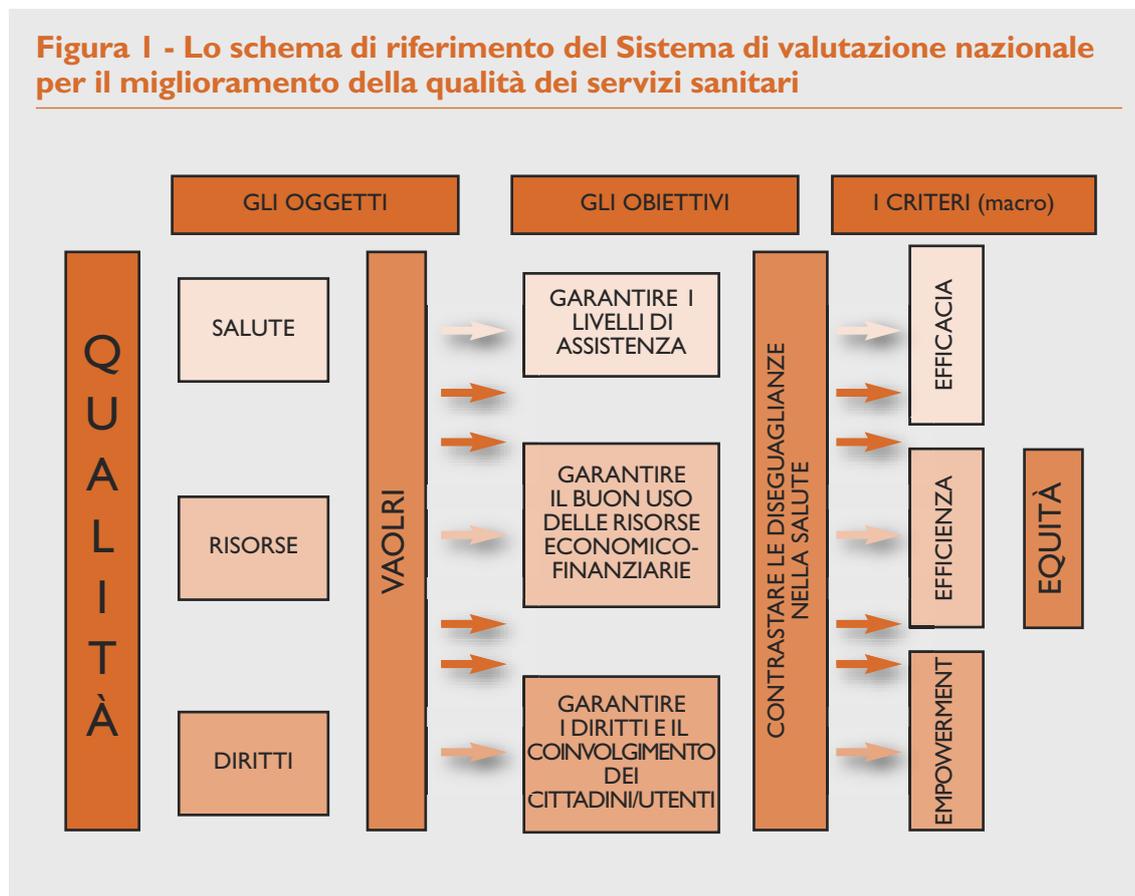
Relativamente al primo mandato l'Agenas ha promosso la costruzione di

¹ Deliberazione Conferenza Unificata del 20-09-2007 Rep. Atto n.73/CU

un *Sistema di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari* (Figura 1) attraverso attività di ricerca e progetti specifici condotti in collaborazione con le Regioni/PA e gli altri stakeholder per la definizione dei criteri di valutazione e degli indicatori. Il sistema che l'Agenzia sta mettendo appunto² si pone l'obiettivo di valutare se i sistemi sanitari ga-

rantiscano la salute dell'individuo e della collettività, il buon uso delle risorse economico-finanziarie, i diritti ed il coinvolgimento dei cittadini, il tutto all'insegna del contrasto alle disuguaglianze nella salute. A tal fine sono valutate l'efficacia (in cui sono ricompresi l'accessibilità, la sicurezza e la valutazione degli esiti), l'efficienza, l'empowerment dei cittadini e

² Di Stanislao F. e Carinci F. (2012), *Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria*, Monitor, n. 30: 8-19 (http://www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor%2030.pdf).



l'equità, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Who)³. Dopo aver definito un primo insieme di indicatori ricavabili dai dati Sdo (Schede di dimissione ospedaliera) relativi all'efficacia e all'efficienza, è emersa la necessità di realizzare uno studio specifico dedicato ad una prima definizione degli indicatori relativi all'empowerment. Per rispondere a questo bisogno di ricerca è stato particolarmente utile il lavoro che era stato realizzato per ottemperare al secondo mandato della Conferenza Unificata.

Per lo sviluppo dei processi di empowerment l'Agenas ha costituito nel dicembre 2007, con le Regioni e le PA, un Gruppo di lavoro interregionale. Il gruppo, negli anni successivi, ha sviluppato un metodo di lavoro basato sulla *condizione* non solo di strumenti concettuali, ma anche di esperienze significative. La ricerca sui metodi e strumenti per l'empowerment in sanità (partecipazione attiva dei cittadini alla valutazione dei servizi ed alle decisioni locali in materia di organizzazione dei servizi sanitari) ha permesso al gruppo interregionale di individuare modelli e strumenti di monitoraggio delle esperienze nazionali di empowerment (elaborati sulla base delle indicazioni della Who), di identificare e diffondere esperienze significative, di attivare una rete volta a favorire la realizzazione ed il trasferimento di iniziative a livello interregionale (cfr. *Monitor*⁴). Tra le iniziative segnalate dalle Regioni/PA, particolarmente interessanti si sono dimostrate alcune esperienze di promozione dell'empowerment organizzativo quelle

iniziative, che dirette al miglioramento dei servizi, si avvalgono della capacità delle persone di valutare e gestire aspetti dell'organizzazione, promuovendo il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli attori che vi partecipano. Tali iniziative sono state realizzate avvalendosi dei modelli e degli strumenti propri del miglioramento continuo della qualità, che sono stati implementati nell'ambito della valutazione condivisa dei servizi e della gestione condivisa dei servizi.

Rispetto alla valutazione condivisa si è evidenziata un'ampia diffusione nelle Regioni/PA italiane del modello di valutazione civica che si caratterizza per l'utilizzo di una metodologia dichiarata e controllabile; un modello promosso dai cittadini (in partnership con le Amministrazioni regionali e le Direzioni aziendali) e diretto alla formulazione di un giudizio motivato sugli aspetti dell'assistenza sanitaria, ritenuti più rilevanti per la tutela dei diritti e per la qualità della vita. Per tali caratteristiche, per la sua diffusione e consolidamento a livello regionale, si è ritenuto particolarmente utile partire dall'*expertise* maturato dalla valutazione civica, per definire e testare una nuova metodologia partecipata di valutazione della qualità che potesse essere utile ai fini della costruzione di un Sistema di valutazione nazionale per il *miglioramento della qualità dei servizi sanitari*.

Relativamente alla gestione condivisa dei servizi, si è rilevata un'innovativa esperienza attuata nell'ambito della salute mentale che, oltre a presentare caratteristiche di trasferibilità, rappresenta un'azione tangibile di miglio-

³ Bengoa R., Kawar R., Key P., Leatherman S., Massoud R., Saturno P. (2006), *Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems*, Ginevra: WHO Press.
(http://www.who.int/entity/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf, ultimo accesso 14/5/2012).

⁴ AA.VV. (2010), *Il sistema sanitario e l'empowerment*, I quaderni di Monitor, 6° suppl. al n. 25 di Monitor.
(http://www.agenas.it/monitor/supplementi/Quaderno_Monitor_6_SupplMon.pdf)

mento della qualità. Tale miglioramento passa attraverso il riconoscimento e la valorizzazione dell'esperienza che l'utente e il familiare hanno consolidato intorno alla malattia e sulla base della quale essi stessi sono coinvolti attivamente nella pianificazione e nella gestione dei servizi.

Sulla base di tali premesse è nato il progetto di ricerca che qui presentiamo: *“Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari.”*

Il progetto ha avuto due obiettivi:

- A. sperimentare e validare metodi e strumenti partecipati, secondo i principi della teoria dell'empowerment, per il monitoraggio della qualità dell'assistenza ospedaliera da parte dei cittadini;
- B. promuovere il trasferimento interregionale di un modello di intervento di empow-

erment organizzativo nell'area della salute mentale, basato sul “sapere esperienziale” di utenti e familiari.

Il progetto è stato, quindi, articolato in due linee di lavoro con gruppi di ricerca e piani operativi dedicati specificamente al raggiungimento di ciascuno degli obiettivi sopra riportati.

Gli articoli che seguono sono raccolti in due sezioni, “Gli indicatori di umanizzazione” e “Gli UFE, Utenti e Familiari Esperti”, una per ciascuna delle linee di lavoro, nelle quali si illustrano le attività e i prodotti realizzati. In ognuna delle due sezioni sono riportati, inoltre, i nomi dei componenti dei gruppi di lavoro coinvolti, che teniamo particolarmente a ringraziare per l'entusiasmo, la professionalità e la passione grazie alle quali è stato possibile realizzare felicemente le numerose e complesse attività previste da questo progetto.

Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera.

Metodi e strumenti

di **Giovanni Caracci***, **Francesco Di Stanislao**** e **Sara Carzaniga*****

* Dirigente sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

** Esperto Agenas, Università Politecnica delle Marche

*** Collaboratore di ricerca sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

L'obiettivo specifico della prima linea di lavoro è consistito nel progettare, sperimentare e validare metodi e strumenti per la valutazione, condivisa con i cittadini, del grado di umanizzazione degli ospedali e delle case di cura private accreditate. Il concetto di umanizzazione sarà approfondito negli articoli che seguiranno, intanto, è utile anticipare la definizione a cura del Ministero della salute, che descrive il termine umanizzazione come: “la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino”¹.

Il risultato atteso era la definizione di un set di indicatori e relativa procedura partecipata per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero che potessero contribuire alla definizione del Sistema di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, costruendo sul ricco patrimonio di partecipazione civica già presente nelle Regioni/PA.

A tal fine è stato costituito un Gruppo Tecnico di coordinamento nazionale, composto da Agenas ed esperti dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, organizzazione di cittadini con un'ampia esperienza nello standard setting e nella definizione di procedure di rilevazione della qualità partecipate con i cittadini ed ispirate ai programmi di valutazione esterna sviluppati in ambito professionale.

Il progetto si è basato sulla metodologia della ricerca-azione ed è stato caratterizzato, in tutte le fasi del processo, dal coinvolgimento più ampio possibile di tutte le Regioni e PA (Tabella 1).

segue a pag. 14 ►

¹ Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini, presentate in Audizione dal Ministro della Salute alla Comm.ne Affari Sociali della Camera dei Deputati nel giugno 2006. Le nove parole chiave sono: fiducia; qualità; umanizzazione; unitarietà del sistema; responsabilità; legalità; cultura dei risultati; politica delle alleanze; l'Europa e il Mondo (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_530_allegato.pdf)

Tabella I - Partecipanti alla ricerca

NOME	COGNOME	REGIONE/ PA
Luigia	Calcalario	ABRUZZO *
Lidia	Bocci	
Maria Assunta	Ceccagnoli	
Bruno	Cipollone	
Laura	Ottaviani	
Gabriella	Sabino	BASILICATA *
Haimo	Kaser	BOLZANO
Monica	Loizzo	CALABRIA *
Rossana	Maida	
Caterina	Tavano	
Teresa	Angiello	CAMPANIA *
Renato	Pizzuti	
Cinzia	Rea	
Maria Augusta	Nicoli	EMILIA-ROMAGNA *
Vittoria	Sturlese	
Anna Paola	Agnoletto	FRIULI VENEZIA GIULIA *
Barbara	Lavia	
Francesca	Tosolini	
Mario	Braga	LAZIO
Alessandra	Moisello	LIGURIA
Giancarlo	Fontana	LOMBARDIA
Alberto	Deales	MARCHE *
Deborah	Gordini	
Giuseppe	Cecere	MOLISE
Sandra	Scarlattelli	
Marco	Rapellino	PIEMONTE *
Paola	Borelli	
Alessandra	D'Alfonso	
Ambrogio	Aquilino	PUGLIA *
Sonia	Giausa	
Massimo	Timussi	SARDEGNA *
Donatella	Garau	
Gelsomina	Di Pietro	SICILIA *
Marco	Menchini	TOSCANA *
Roberta	Bottai	
Annalisa	Berti	
Emanuele	Torri	TRENTO *
Antonio	Perelli	UMBRIA *
Linda	Richieri	
Marco	Ottonello	VALLE D'AOSTA *
Sabrina	Ghidoni	
Patrizia	Vittori	
Paola	De Polli	VENETO *
Maria Grazia	Cavazzin	

NOME	COGNOME	ORGANIZZAZIONE
Angelo	Tanese	Agenzia di Valutazione Civica Cittadinanzattiva
Rosapaola	Metastasio	
Alessio	Terzi	
Teresa	Petrangolini	
Michela	Liberti	
Giovanni	Caracci	Agenas
Francesco	Di Stanislao	
Alessandro	Lamanna	
Sara	Carzaniga	
Beatrice	Cerilli	
Ciro	Vinciguerra	

* Regioni/PA nelle quali è stata sperimentata la checklist

► segue da pag. 12

Il Gruppo tecnico ed il Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment hanno seguito un piano operativo articolato in diverse azioni.

- *Presentazione alle Regioni/PA* dell'impianto generale della ricerca e raccolta delle adesioni alla sperimentazione e validazione degli indicatori di umanizzazione.

- *Condivisione e validazione con tutte le Regioni/PA* dello schema generale elaborato per la declinazione del concetto di umanizzazione; del set di indicatori di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate; della prima versione della checklist per la rilevazione degli indicatori di umanizzazione e della metodologia per il coinvolgimento dei cittadini, secondo procedure differenziate corrispondenti alle diverse tipologie di partecipazione civica presenti a livello locale.

- *Prima sperimentazione* della rilevazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. Le sei Regioni/PA che hanno partecipato alla prima sperimentazione, hanno testato la checklist in 24 strutture (21 ospedali e 3 case di cura private accreditate). In ciascuno stabilimento la checklist è stata compilata da un'équipe locale appositamente costituita da referenti aziendali e referenti civici. Tutte le équipe locali sono state formate tramite lo svolgimento di 6 corsi regionali di formazione svolti dal Gruppo tecnico di coordinamento. Ogni équipe locale ha restituito, oltre alla checklist compilata, un diario di bordo – predisposto dal Gruppo tecnico – contenente osservazioni sulla checklist e suggerimenti per la messa a regime del sistema di valutazione del grado di umanizzazione.

- *Revisione della checklist* sulla base delle osser-

vazioni riportate dalle équipe locali nei “diari di bordo”.

- *Seconda sperimentazione* della rilevazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. Le dieci Regioni/PA che hanno partecipato alla seconda sperimentazione, hanno testato la versione revisionata della checklist in 30 strutture (28 ospedali e 2 case di cura private accreditate). Anche la seconda sperimentazione ha comportato la costituzione delle équipe locali in ogni stabilimento di cura, la formazione a cura del Gruppo tecnico di coordinamento e la raccolta delle checklist compilate e dei diari di bordo.

- *Nuova revisione* della checklist sulla base delle osservazioni contenute nei diari di bordo e redazione della checklist finale.

- *Predisposizione degli schemi per la pesatura degli indicatori*. Per facilitare la lettura dei risultati delle rilevazioni del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, è stato previsto il calcolo di indici sintetici a partire da un algoritmo attraverso il quale attribuire pesi differenti agli indicatori di umanizzazione. Sono state raccolte 126 schede di pesatura, successivamente elaborate per ricavare una prima ipotesi di pesatura da rivedere e raffinare in collaborazione con gli esperti nazionali e regionali.

- *Restituzione e progettazione attività future*. Il Gruppo tecnico ha organizzato una riunione plenaria con le Regioni/PA partecipanti per condividere quanto realizzato nell'intero percorso di ricerca. L'incontro è stato finalizzato, inoltre, a progettare con tutti i partecipanti alla ricerca l'evento di diffusione finale dei risultati e a raccogliere le opinioni e le riflessioni di ciascuno rispetto all'utilità/fattibilità di un eventuale monitoraggio periodico del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere.

Grazie al percorso sopra descritto, sono stati raggiunti i risultati attesi che, in ottemperanza agli obiettivi previsti, consistono nei documenti metodologici, negli strumenti operativi e nelle azioni che di seguito sono sinteticamente descritte.

1. Definizione di un set di indicatori per la valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. L'individuazione di un set di indicatori per la rilevazione del grado di umanizzazione è stata realizzata sulla base di una definizione del concetto di umanizzazione, effettuata a partire da un'analisi della letteratura scientifica, della legislazione nazionale, dei data-base di buone pratiche in sanità e delle esperienze promosse da reti nazionali e internazionali di ospedali.

FATTORI DI UMANIZZAZIONE

- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- cura della relazione con il paziente e con il cittadino.

È stata, quindi, sviluppata un'organizzazione "ad albero" della struttura di valutazione dell'umanizzazione, che verrà ampiamente illustrata nei successivi articoli. Complessivamente sono stati individuati 29 elementi (10 per il primo fattore, 9 per il secondo, 5 per il terzo e 5 per il quarto fattore).

2. Checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate. È stata redatta una checklist che permette di rilevare gli indicatori di umanizzazione, strutturata in maniera tale da essere facilmente

comprensibile anche ai cittadini, che congiuntamente agli operatori sanitari utilizzano tale strumento. La rilevazione degli indicatori è stata effettuata tramite la ricerca di evidenze oggettive, vale a dire informazioni la cui veridicità può essere dimostrata sulla base di fatti acquisiti a seguito di osservazioni (nel caso di servizi o elementi strutturali di facile osservazione per i cittadini) o di analisi documentale (in caso di processi o caratteristiche non direttamente osservabili o di difficile osservazione da parte di cittadini). La checklist definitiva è articolata in tre sezioni:

- la *sezione 1* con i dati anagrafici della struttura;
- la *sezione 2* con lo schema generale della struttura di valutazione utilizzata (fattori, sub-fattori ed elementi di valutazione);
- la *sezione 3* nella quale sono elencati progressivamente gli indicatori con le note esplicative per la corretta ed uniforme interpretazione ed applicazione da parte delle équipes locali.

3. Manuale per le direzioni degli ospedali pubblici, delle case di cura private accreditate e per i cittadini. È stato redatto un Manuale per l'utilizzo della checklist che contiene l'insieme delle istruzioni per le Direzioni degli ospedali e delle case di cura private accreditate necessarie per promuovere la rilevazione del grado di umanizzazione in conformità ai criteri metodologici che sottostanno al progetto. Il manuale si apre con una serie di indicazioni per assicurare il coinvolgimento dei cittadini nel processo partecipato di valutazione e nel rispetto delle specifiche caratteristiche dei diversi contesti regionali e locali; fornisce, inoltre, una guida all'utilizzo della checklist che illustra le diverse sezioni dello strumento tecnico, alcuni elemen-

ti specifici e le modalità di compilazione. Al manuale, infine, sono allegati tutti i documenti necessari all'implementazione della valutazione attraverso la checklist (diario di bordo, dichiarazione di impegno dei referenti civici ed aziendali, ecc).

4. Formazione per gli operatori e i cittadini coinvolti nella rilevazione. Sono stati infine realizzati 16 corsi di formazione, uno per ciascuna delle Regioni/PA coinvolte nella rilevazione, a cui hanno partecipato gli operatori sanitari ed i cittadini, che hanno costituito le équipes locali e che hanno poi compiuto la rilevazione del grado di umanizzazione della propria struttura sanitaria. I corsi sono stati finalizzati a presentare il quadro generale della Ricerca e ad illustrare gli aspetti teorici e metodologici della rilevazione nelle strutture sanitarie.

5. Data-base con i dati raccolti nelle 54 strutture coinvolte nella sperimentazione. I risultati della rilevazione del grado di umanizzazione effettuata presso le 54 strutture di ricovero coinvolte nella sperimentazione sono stati raccolti in un data base.

6. Presentazione dei risultati. Il 7 novembre 2012 sono stati presentati i risultati del progetto alla Direzione generale della ricerca sanitaria e biomedica e della vigilanza sugli enti del Ministero della salute, nell'ambito di un evento di diffusione nazionale a cui hanno partecipato gli esperti del Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment, i professionisti ed i cittadini che avevano contribuito alle attività di sperimentazione. Dopo le relazioni della mattinata dedicate agli obiettivi, metodi e risultati del progetto, la sessione pomeridiana si è articolata in due tavole rotonde alle quali sono stati invitati ad intervenire professionisti e cittadini, riportando le esperienze realizzate nelle proprie Re-

gioni e Province Autonome e discutendo i possibili scenari per un sistema di monitoraggio periodico del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere. Gli obiettivi, il metodo e le prime risultanze della ricerca sono stati, infine, presentati nella sessione Poster Display della 29° Conferenza internazionale dell'ISQua tenutasi a Ginevra nel mese di ottobre 2012.

Al termine della descrizione dei risultati ottenuti, si ritiene utile sottolineare alcuni elementi rilevanti che hanno caratterizzato il presente progetto di ricerca, sintetizzati di seguito.

- Il tema dell'umanizzazione delle strutture di ricovero ha suscitato un notevole interesse testimoniato dalla grande adesione ottenuta da parte delle Regioni/PA che hanno offerto la disponibilità dei propri esperti del Gruppo interregionale sull'empowerment, delle strutture ospedaliere, dei professionisti e dei cittadini.
- Il progetto di ricerca è stato contraddistinto, oltre che dalla condivisione dell'intero percorso attuativo, anche dall'esercizio concreto di processi di empowerment organizzativo che, in alcuni casi, hanno prodotto un impatto immediato a livello locale favorendo, nelle strutture sede di sperimentazione, il confronto tra cittadini e operatori sanitari e la consapevolezza circa i miglioramenti da attuare nella propria realtà.
- Si è continuamente promosso il confronto e la condivisione sia con le 16 Regioni/PA coinvolte direttamente nella sperimentazione sia con quelle che non vi hanno partecipato, ma che sono state costantemente tenute informate degli sviluppi.
- Si è rilevata l'esistenza di una grande ricchezza ed eterogeneità nel patrimonio di partecipazione civica presente nelle Re-

gioni/PA, che ha permesso d'individuare sempre i referenti civici delle équipes locali e ha contribuito a portare a termine la rilevazione in tutte le strutture sanitarie coinvolte.

- È stato dato un particolare contributo dalla rete interregionale dell'empowerment, in virtù della motivazione e disponibilità dei suoi componenti.

In conclusione, grazie alla fiducia accordata dal Ministero della salute ed alla collaborazione tra Agenas, Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva ed esperti delle Regioni/PA, è stato possibile consolidare un metodo di lavoro, avviato dal Gruppo interregionale sull'empowerment, basato sul coinvolgimento più ampio possibile delle Regioni/PA e sulla condivisione. Questo metodo ha permesso di definire procedure e strumenti standardizzati sul territorio nazionale:

- basati sulla letteratura e le esperienze internazionali e nazionali;
- condivisi nella definizione, sperimentazione e validazione;
- integrabili nei sistemi sanitari regionali.

La ricerca, infine, ha aperto uno spazio di riflessione comune e di dialogo con le Regioni/PA in virtù del quale l'Agenas intende proseguire la ricerca sugli indicatori stabilendone, in collaborazione con il Ministero della salute e con le Regioni e Province Autonome, validità e la sostenibilità affinché possa essere completato e condiviso un *Sistema di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari*, finaliz-

zato al miglioramento dell'efficienza dei servizi, dell'efficacia delle prestazioni e all'informazione dei cittadini, ai quali metterà a disposizione dati utili per compiere scelte consapevoli rispetto alla propria salute.

Le attività ed i prodotti realizzati, che sono stati qui sinteticamente descritti, saranno approfonditi dagli autori dei successivi tre contributi. Tanese e Terzi presentano il ruolo dei cittadini nella valutazione della qualità dei servizi sanitari, toccando i temi della valutazione civica e della cittadinanza attiva per arrivare a delineare le prospettive di sviluppo del coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi. Nell'articolo successivo, Tanese, Lamanna e Metastasio, approfondiscono le modalità attraverso le quali è stato declinato il concetto di umanizzazione, è stata definita la struttura di valutazione e sono stati individuati gli indicatori; ampio spazio viene dato alla descrizione della checklist, delle relative modalità di compilazione ed alla procedura partecipata di valutazione. Chiudono l'approfondimento Tanese e Metastasio ripercorrendo le tappe della sperimentazione della checklist nelle Regioni/PA e proponendo una prima analisi dei dati aggregati rilevati nelle 54 strutture ospedaliere che hanno partecipato alla sperimentazione dello strumento di valutazione.

L'insieme dei materiali che sono stati elaborati nell'ambito del progetto di ricerca grazie alla collaborazione di tutti i partecipanti – Regioni/PA, Aziende, Professionisti sanitari, Cittadini e loro Organizzazioni rappresentative – sarà reso disponibile sul sito dell'Agenas.

Il cittadino stakeholder della sanità

di **Angelo Tanese*** e **Alessio Terzi****

* Direttore Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

** Past President Cittadinanzattiva

18

monitor

Da tempo, ormai, è sempre più oggetto di dibattito l'esigenza di includere i *participatory approaches* nelle pratiche di valutazione delle politiche e dei servizi pubblici.

Secondo molti autori, anche sulla base di numerose esperienze concrete, il coinvolgimento degli *stakeholder* nei processi di valutazione può generare molti benefici. In primo luogo amplia la prospettiva con cui affrontare un determinato argomento, migliorando la qualità e la profondità delle questioni poste alla base del processo di valutazione. Secondariamente, rende il processo più trasparente e condiviso, favorendo il confronto, la comunicazione e la collaborazione tra soggetti con interessi diversi. Da ultimo, facilita il processo stesso di valutazione e rende più consapevoli e competenti i differenti *stakeholder* in merito alla valutazione.

In sintesi, un approccio partecipativo viene considerato un elemento che può rendere i risultati (*findings*) della valutazione più utili, rilevanti e credibili. Anche in sanità sono state sviluppate, a questo proposito, metodologie di grande valore, come nell'ambito dell'*Health Technology Assessment*¹.

Tuttavia, quando lo *stakeholder* è il cittadino le cose si complicano per due ordini di motivi. Il primo riguarda la connotazione polivalente dello stesso "*stakeholder* cittadino" che, a seconda dei casi, potrebbe/dovrebbe intervenire come contribuente (e quindi teoricamente sovrano), componente di una determinata comunità locale, utente o paziente, rappresentante di un'organizzazione di malati o di consumatori, ed altro ancora. La seconda ragione, di ordine molto più generale, è quella del permanere di un approccio culturale nel quale, per de-

¹ Health Equality Europe (2008) Understanding Health Technology Assessment (<http://img.eurordis.org/newsletter/pdf/nov-2010/58-1%20HEE%20Guide%20To%20HTA%20for%20Patients%20English.pdf>)

finizione, i cittadini sono “incompetenti” e comunque portatori di interessi particolari.

Questa complicazione, unita ad una più generale inerzia, ha fatto sì che, in Italia, nonostante alcuni importanti processi di riforma avviati negli anni '90, permanga una debolezza dei meccanismi istituzionali di valutazione delle politiche e delle performance delle amministrazioni pubbliche. Sono stati di fatto vanificati, per esempio i meccanismi di verifica che avrebbero dovuto fare delle Carte e delle Conferenze dei servizi un perno dell'azione delle amministrazioni (Ceref, 2010)².

A onor del vero, in campo sanitario, l'inclusione del punto di vista dei cittadini nelle valutazioni di qualità ha prodotto risultati notevoli³. Resta il fatto che, anche nei casi migliori, le metodologie partecipative hanno sviluppato l'ascolto dei cittadini, pur con tecniche sofisticate, ma non li hanno riconosciuti come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate⁴. Il punto di vista dei cittadini, in sostanza, è restato un oggetto di indagine, vale a dire uno dei tanti punti di vista di cui tener conto nello sviluppo delle diverse fasi della valutazione, piuttosto che l'autonoma espressione di una posizione fondamentale.

In tempi più recenti, le tecniche della democrazia deliberativa⁵ hanno permesso significativi passi in avanti. Esempio, a questo proposito, il caso della valutazione dell'impatto della “gron-

da autostradale” di Genova, nel quale il coinvolgimento dei cittadini ha permesso sensibili miglioramenti della qualità e riduzione dei costi del progetto⁶.

A livello internazionale, la necessità di ampliare gli spazi per l'autonoma partecipazione alla valutazione della qualità e dell'appropriatezza ha trovato ampi spazi teorici nello sviluppo dell'*Health Technology Assessment* e significative applicazioni pratiche nel *Patient and Public Involvement Program*⁷.

Il fatto più rilevante, però, è che al di là di questi sviluppi – che potremmo definire di valutazione partecipata – sempre più spesso i cittadini hanno autonomamente cercato e praticato uno spazio proprio, senza attendere l'iniziativa “dall'alto”. In altri termini, i cittadini hanno cercato il confronto e il dialogo con le istituzioni e gli altri attori, possibilmente in un rapporto di partnership e di collaborazione, considerando l'attività di valutazione come esercizio di un potere autonomo e indipendente. La finalità era, ovviamente, quella di rendere i cittadini più competenti e incisivi nella loro partecipazione alla vita pubblica, nel confronto con le istituzioni e, più concretamente ancora nel miglioramento della qualità dei servizi.

Attraverso i risultati della valutazione, infatti, diventa possibile esercitare una pressione per condividere e attuare con le istituzioni stesse dei programmi di adeguamento.

² CEREf (ed) (2010), *Rapporto sui risultati del progetto ministeriale: “Sviluppare strumenti idonei ad assicurare il coinvolgimento attivo dei pazienti e degli operatori e di tutti gli altri soggetti che interagiscono con il SSN”* (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1322_listaFile_itemName_0_file.pdf)

³ Cinotti R., Cipolla C. (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, FrancoAngeli, Milano.

⁴ Altieri L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*, FrancoAngeli, Milano.

⁵ Bobbio B. (a cura di) (2004), *A più voci*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli.

⁶ Commissione per il Dibattito Pubblico sulla Gronda di Genova (2009), *Relazione conclusiva. Posizioni, argomenti e proposte emersi nel dibattito* (http://urbancenter.comune.genova.it/IMG/pdf/gronda_genova_relazione_conclusiva_def.pdf).

⁷ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012), *Patient and Public Involvement Policy* (<http://www.nice.org.uk/medial/4/95/NICEPIPPolicy.pdf>)

LO SPAZIO DELLA VALUTAZIONE CIVICA

La valutazione civica può essere definita come una ricerca-azione realizzata dai cittadini, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili, per l'emissione di giudizi motivati su realtà rilevanti per la tutela dei diritti e per la qualità della vita.

Ricerca-azione perché nei processi di valutazione civica l'azione di valutazione, anche nei suoi aspetti più strettamente tecnici, coesiste necessariamente con la mobilitazione delle persone in merito a un dato problema, con la condivisione di informazioni e di un giudizio rispetto al problema e con la partecipazione al reperimento e all'attuazione di soluzioni. Il cittadino-valutatore è sempre e comunque un cittadino attivo e interessato al cambiamento della società⁸.

Sono i cittadini stessi, organizzati e dotati di adeguati strumenti e tecniche di valutazione, a produrre informazioni rilevanti su ambiti di analisi ritenuti significativi, quali servizi resi da soggetti pubblici o privati (es. sanità, trasporti, scuola, telecomunicazioni, utenze, servizi finanziari, ecc.) o politiche pubbliche attuate in determinati settori (come welfare, ambiente, giustizia), a livello nazionale o locale. Le fonti utilizzate sono quelle proprie del cittadino in quanto tale, e cioè la sua capacità di osservare i "luoghi", di formulare domande pertinenti e ben strutturate ai responsabili, di consultare i documenti pubblici.

L'attività di valutazione civica consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispet-

to di determinati standard quanti/qualitativi previsti da impegni contrattuali o Carte dei Servizi, il grado di rispondenza di determinate politiche alle attese dei cittadini o, ancora, l'effettivo rispetto di determinati obblighi normativi, talvolta largamente disattesi.

La valutazione civica è dunque un'attività con una forte connotazione tecnica. I cittadini non si limitano all'espressione di opinioni soggettive, ma sono in grado di formulare giudizi fondati sulla base di dati e informazioni raccolti e elaborati secondo metodi predefiniti e, per quanto possibile, scientificamente validi e rigorosi. Questa dimensione tecnica rende la valutazione civica un processo analogo ad altre forme di valutazione e di ricerca sociale⁹.

Gli elementi che invece differenziano la valutazione civica rispetto ad altre forme di valutazione sono due. In primo luogo, il fatto che essa punti a rappresentare uno specifico "punto di vista" (*standpoint*) dal quale la realtà viene osservata e, quindi, a identificare, formalizzare e rendere misurabili aspetti propri dell'esperienza del cittadino (non semplici opinioni e osservazioni), che non possono essere ricondotti o interpretati da altri punti di osservazione. In secondo, e conseguente, luogo, il fatto che tale attività sia resa direttamente, e in modo autonomo, da cittadini organizzati, che intendono esercitare un ruolo attivo nella società per il miglioramento delle istituzioni e del *policy making*¹⁰. La struttura di valutazione (e cioè la rappresentazione qualitativa della realtà posta sotto osservazione), la definizione degli indicatori signifi-

⁸ Rubin H. and Rubin I. (1992), *Community Organizing and Development*, Mac Millan Publishing Company: New York.

⁹ Tanese A., Terzi A. (2010), *The active role of citizens in the evaluation process: methods, impact and prospects of Civic Evaluation in Italy*. Abstract book of The 9th European Evaluation Society International Conference, 6-8 October 2010, Prague (http://www.europeanevaluation.org/files/ees-abstract_book_2010-web.pdf)

¹⁰ Moro G. (2005), *Azione civica*, Carocci Faber, Roma.

cativi, la definizione e il calcolo degli indici significativi e le modalità di rilevazione nascono nell'ambito delle organizzazioni civiche e sono condivise con i partner di riferimento (al contrario di quanto avviene nella valutazione partecipata dove tali operazioni sono di competenza esclusiva, o almeno prevalente, dell'istituzione).

Nei processi di valutazione civica i cittadini sono dunque al tempo stesso:

- *promotori* del processo, vale a dire coloro che esprimono l'esigenza di approfondire e formulare un giudizio su un dato problema;
- *attuatori* dell'indagine, dal momento che essi stessi raccolgono dati ed elaborano informazioni rispetto al problema;
- *utilizzatori* della conoscenza prodotta, in quanto sono direttamente interessati a produrre un cambiamento sulla realtà analizzata.

Non è dunque possibile separare l'attività strettamente "tecnica" di produzione di informazioni da quella più propriamente "politica" di utilizzo delle stesse per incidere concretamente sulla società. La valutazione civica integra queste due dimensioni in quanto¹¹:

- identifica e rende misurabili gli aspetti rilevanti dal punto di vista del cittadino;
- definisce un insieme coerente di strumenti tecnici per la raccolta dei dati e per l'elaborazione delle informazioni;
- consente ai cittadini di far valere la propria interpretazione nei processi di policy making.

LA VALUTAZIONE CIVICA

COME ESPRESSIONE

DELLA CITTADINANZA ATTIVA

Non vi è alcun dubbio sul fatto che la valutazione civica debba essere considerata come una forma di espressione della cittadinanza attiva.

Intendiamo per cittadinanza attiva la capacità dei cittadini di organizzarsi, di mobilitare in modo autonomo risorse umane, tecniche e finanziarie, e di agire nelle politiche pubbliche, con modalità e strategie differenziate, per tutelare diritti e prendersi cura dei beni comuni.

Questa concezione riconosce come carattere fondamentale di un processo in atto almeno da trenta anni, il fatto che i cittadini assumono poteri e responsabilità in ordine ai problemi della vita pubblica che li riguardano direttamente.

In altri termini, i cittadini organizzati si propongono come un attore della politica; la loro presenza ha a che fare con il governo della società e con l'interesse generale, e non solo con la soluzione di singoli problemi o con la mera espressione di difesa di interessi privati.

A tale scopo, diventa rilevante la capacità di rendere i cittadini attori importanti del processo di *policy making* e accrescere il loro livello di *empowerment* nell'arena pubblica. Una delle strategie più efficaci consiste nell'accrescere il proprio livello di specializzazione e conoscenza dei singoli problemi, attraverso una maggiore capacità di analisi e di produzione di informazioni (e quindi, in ultima analisi di valutazioni). È ciò che Aaron Wildavsky definisce "cittadino analista"¹².

Secondo l'approccio della cittadinanza attiva, quindi, la valutazione civica, come sopra descritta,

¹¹ Terzi A., Tanese A., Lamanna A. (2010), *L'Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva*, Mecosan n.74: 129-151.

¹² Wildavsky A. (1993), *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*, Transaction Publishers: New Brunswick.

è uno strumento fondamentale di empowerment del cittadino e delle organizzazioni civiche. L'autonoma produzione di informazioni può consentire di ridurre lo stato di subalternità o di dipendenza da altri nella conoscenza di un problema; o, in termini positivi, aumentare il potere dei cittadini e la loro capacità di influenza e di spinta verso il miglioramento della qualità¹³.

Dalla conoscenza prodotta dai processi di valutazione civica possono discendere azioni di informazione, ascolto e assistenza ai cittadini, di interlocuzione con le istituzioni, di partecipazione alle politiche pubbliche o più semplicemente di denuncia, reclamo o azione legale. In ogni caso, tale conoscenza è potenziale fonte di un potere proprio e originale, non derivato da altre autorità: il potere di produrre e diffondere informazioni e giudizi fondati sulla realtà, il potere di controllare e verificare il corretto funzionamento delle istituzioni e la qualità dei servizi, il potere di intervenire direttamente per risolvere problemi o rispondere a esigenze dei cittadini (ad esempio attraverso la co-produzione di politiche o servizi pubblici).

È indubbio, infine, che la valutazione civica, tra le tante forme che può assumere la *policy evaluation*, appare particolarmente collegata ai processi di apprendimento. È infatti intrinsecamente presente nell'azione stessa di valutare la volontà di agire con e nei confronti di altri attori per promuovere e realizzare un cambiamento.

Negli ultimi quindici anni Cittadinanzattiva è stata l'organizzazione che per prima ha pro-

mosso e sviluppato progetti e metodologie di valutazione civica in diversi ambiti di intervento della Pubblica Amministrazione italiana. Le azioni più strutturate a questo proposito sono state la campagna "Ospedale sicuro", condotta, dal 1998 al 2004, in 150 presidi, per verificare la sicurezza strutturale degli ospedali italiani (Lamanna e Terzi, 2005)¹⁴, l'Audit civico nelle aziende sanitarie, iniziato nel 2001 e tuttora in corso, che ha coinvolto il Ministero della salute, nove regioni e oltre il 50% delle aziende sanitarie, la Campagna "Imparare Sicuri", sulla sicurezza degli edifici scolastici, la valutazione civica della "qualità urbana" condotta in collaborazione con il Dipartimento della Funzione Pubblica, il Forum e Fondaca nel 2009¹⁵.

L'ESPERIENZA DECENNALE DELL'AUDIT CIVICO IN SANITÀ

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. Si configura quindi come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

Il primo ciclo sperimentale di Audit civico è stato avviato da Cittadinanzattiva nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 12 aziende sanitarie. A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie, e

¹³ AA.VV. (2010), *Il sistema sanitario e l'empowerment, I quaderni di Monitor, 6° suppl. al n. 25 di Monitor.* (http://www.agenas.it/monitor/supplementi/Quaderno_Monitor_6_SupplMon.pdf)

¹⁴ Lamanna A., Terzi A. (2005), *La valutazione civica della qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie (I programmi "Audit civico" e "Ospedale sicuro")*. In G. Banchieri (a cura di.), *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana, Italpromo, Roma.*

¹⁵ Dipartimento della Funzione Pubblica (2010), *La valutazione civica della qualità urbana. Manuale operativo* (http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/archivioli-valcivica/Manuale%20operativo_valcivica.pdf).

La sperimentazione ha riguardato 14 città di quattro Regioni del Sud Italia: Campania, Puglia, Calabria e Sicilia

il numero delle aziende coinvolte è aumentato costantemente negli anni¹⁶.

Oggi si può affermare che l'Audit civico si è insediato stabilmente nel sistema sanitario italiano, come la principale forma concreta di valutazione nel settore pubblico che ha come protagonisti i cittadini, in un quadro di collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

La decisione di dotare la cittadinanza attiva di un proprio strumento di valutazione dell'azione delle aziende sanitarie è nata come risposta a tre ordini di problemi.

La prima esigenza era quella di dare una forma concreta alla centralità del cittadino. L'Audit civico si proponeva di superare una visione riduttiva del ruolo dei cittadini come meri destinatari di servizi. Infatti, rispetto alle metodologie più tradizionali di rilevazione della *customer satisfaction*, nell'Audit civico il cittadino non è un puro oggetto di indagine, da interrogare con le dovute tecniche, ma diventa il soggetto valutatore che visita le strutture e interroga i responsabili. La centralità del cittadino si esercita quindi nella concreta definizione di specifici criteri di progettazione e di valutazione dei servizi e delle politiche sanitarie.

La seconda esigenza era quella di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie. Cittadinanzattiva ha fondato nel 1980 il Tribunale dei Diritti del Malato, una rete di sportelli aperti su tutto il territorio nazionale, spesso all'interno degli ospedali e delle strutture sanitarie, per raccogliere segnalazioni e interventi dei cittadini. Questa lunga esperienza è stata la base da cui si è sviluppata l'idea di rendere an-

cora più rilevante il giudizio dei cittadini per realizzare un cambiamento del sistema sanitario. Da questo punto di vista, l'Audit civico è anche uno strumento per accrescere il livello di *accountability* delle aziende sanitarie e dei loro dirigenti.

La terza fondamentale ragione era quella di disporre di una procedura di valutazione locale, ma fondata su criteri omogenei e comparabili, in modo da valutare anche il grado di disparità e di frammentazione del Servizio sanitario sul territorio nazionale. Come vedremo, infatti, l'Audit civico si basa su un sistema unificato di indicatori che rende facilmente comparabili le performance delle aziende in una prospettiva di benchmarking.

La struttura di valutazione dell'Audit è articolata in 3 componenti e 12 fattori di valutazione, analizzati attraverso una serie di indicatori uguali per tutte le aziende (in totale sono rilevati 380 indicatori).

Non è questa la sede per un approfondimento descrittivo degli aspetti tecnici e operativi dell'Audit Civico¹⁷. L'aspetto importante da sottolineare in merito alla metodologia è il fatto che l'Audit civico non è una semplice raccolta di informazioni, ma un vero processo di valutazione promosso dalle organizzazioni civiche e condiviso con le aziende sanitarie.

Le équipes di valutazione (un numero compreso tra un minimo di 8 e un massimo di 20 persone) sono composte in modo misto da cittadini e da operatori dei servizi. I cittadini sono selezionati attraverso bandi pubblici, che danno la possibilità a chiunque sia interessato di parte-

¹⁶ Terzi A., Tanese A., Lamanna A., Liberti M. (2011) *L'Audit civico: la valutazione civica sistematica dei servizi e delle strutture sanitarie*. In Tanese A. e Nardi S. (a cura di), *Osservatorio civico sul federalismo in Italia. Rapporto 2011*, Cittadinanzattiva, Roma.

¹⁷ Per questo si rimanda a Terzi, Tanese, Lamanna (2010, op. cit.).

cipare. Gli operatori dei servizi sono indicati dalla Direzione dell'azienda. I componenti dell'équipe vengono preparati allo svolgimento dell'Audit civico con un modulo formativo curato dai responsabili che hanno partecipato alla formazione regionale.

Ogni équipe definisce un Piano locale di Audit civico, che comprende:

- la definizione del campo di indagine, cioè l'elenco dettagliato delle strutture che saranno sottoposte ad analisi, i nominativi dei responsabili da intervistare e l'indicazione degli operatori incaricati dell'accoglienza dei gruppi di osservazione;
- la designazione nominativa delle persone responsabili delle specifiche operazioni di raccolta dei dati (somministrazione dei questionari e osservazione diretta);
- il calendario delle operazioni di raccolta dei dati.

La fase di esecuzione comprende le operazioni di raccolta dei dati e della loro restituzione su supporto informatico. Sulla base dei dati raccolti, l'équipe elabora un Rapporto locale di valutazione articolato in quattro parti: l'analisi dei dati, il verbale sintetico di valutazione, il piano di eliminazione delle non conformità e il piano delle azioni correttive.

A circa un anno di distanza dalla conclusione, è prevista una verifica sugli effettivi esiti ed in particolare sullo stato di attuazione del piano di eliminazione delle non conformità e del piano delle azioni correttive. Di norma, tale verifica è associata alla realizzazione di un nuovo ciclo di Audit civico.

LE PROSPETTIVE DI COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI NELLA VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

La Pubblica Amministrazione italiana è caratterizzata da una diffusa debolezza dei sistemi di valutazione e di misurazione delle performance e le pratiche di valutazione delle politiche pubbliche sono ancora poco consolidate mentre la crisi in atto tende a privilegiare un approccio meramente contabile. La sanità, da molti punti di vista, si colloca su livelli decisamente più avanzati della media. Il Rapporto 2011 dell'Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità ha rilevato l'esistenza di una situazione a "macchia di leopardo" dove situazioni di assoluta eccellenza (anche nel confronto internazionale) coesistono con realtà arretrate, caratterizzate da servizi di scarsa qualità, nei quali avvengono sistematicamente violazioni dei diritti essenziali¹⁸.

Fatte le debite proporzioni, una questione analoga è rilevabile anche nel livello dell'Unione europea. La crisi del modello sociale europeo, infatti, è di antica data; già nel 2007 una *survey* sullo stato di attuazione della Carta europea dei diritti del malato metteva in evidenza sistematiche difficoltà in tre diritti fondamentali: il rispetto del tempo dei pazienti, la libera scelta e l'accesso alle cure¹⁹. Il più recente *assessment* del 2011 ha confermato il dato e ha rilevato la tendenza di vari sistemi sanitari europei a rispondere al problema con lo sviluppo almeno sul piano formale di un "utente forte", cioè capace di fronteggiare le riduzioni di protezione con la capacità di esercitare consapevolmente ed efficacemente i diritti relativi al consenso, alla libe-

¹⁸ Tanese A. e Nardi S. (a cura di), Osservatorio civico sul federalismo in Italia. Rapporto 2011. Cittadinanzattiva, Roma.

¹⁹ Active Citizenship Network (2007), Patients' Rights in Europe: Civic Information on the Implementation of the European Charter of Patients' Rights, Report at First European Patients' Rights Day, 29 March 2007, Brussels. (http://www.activecitizenship.net/images/patientsrights/patients_rights_report_final-eng.pdf)

ra scelta, al reclamo e al risarcimento²⁰.

In linea di principio ciò fa crescere la domanda di trasparenza, di *accountability* e di autonoma verifica della qualità; ma al tempo stesso si riscontra, a questo proposito, anche una sensibile resistenza da parte delle istituzioni e dei sistemi amministrativi.

Per un'amministrazione pubblica consapevole, la partecipazione dei cittadini è una risorsa in più per perseguire un modello di buon governo. Per un'amministrazione pubblica debole nei processi di *governance* e di management, invece, il coinvolgimento del cittadino può rischiare di diventare fine a sé stesso, un'opzione più ideologica o formale che un contributo sostanziale alla produzione di una conoscenza utile per decidere e attuare un cambiamento reale.

A fronte di molte difficoltà, occorre anche sottolineare che tutti i più recenti tentativi di riforma della Pubblica Amministrazione in Italia hanno messo in rilievo le esigenze di misurazione delle performance, di trasparenza, rendicontazione e partecipazione. L'ultimo in ordine temporale è il Decreto Legislativo n. 150/2009, che indica la valutazione, la rendicontazione e la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche non più come iniziative volontarie e sporadiche del singolo ente, ma fasi obbligatorie e integrate di un ciclo di gestione della performance su cui poggia la stessa azione di governo dell'amministrazione.

Questo nuovo "spazio normativo" per la valutazione e la trasparenza sembra essere una ulteriore risposta alla crescente domanda di *accountability*, di cambiamento e di *governance* della Pubblica Amministrazione maturata negli ultimi anni

in Italia. Infatti, pur in un quadro generale di delegittimazione delle istituzioni e di sfiducia nella politica, permane nell'opinione degli italiani una domanda di servizio pubblico (soprattutto in servizi essenziali come sanità, educazione, giustizia).

Il Sistema di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari progettato da Agenas, attribuendo un peso consistente al punto di vista del cittadino e alla dimensione dell'empowerment, testimonia l'attenzione delle istituzioni a creare nuovi spazi e occasioni per rispondere positivamente a questa domanda di partecipazione. E la disponibilità e l'interesse di molti cittadini a prendere parte attivamente ai processi di Audit e di valutazione civica appare l'espressione di una riserva di fiducia e di aspettativa di cambiamento ancora presente nel Paese, e alla quale è possibile attingere per intraprendere percorsi di miglioramento delle politiche e dei servizi pubblici.

Da questo punto di vista, la valutazione civica ha in sé una grande potenzialità di sviluppo, perché coniuga la produzione di informazioni con l'utilizzo delle stesse per l'azione. Si tratta di un tipo di ricerca-sociale che ha insito al suo interno l'obiettivo e il meccanismo di produzione di un cambiamento nella realtà, che è dato dalla volontà di partecipazione e di protagonismo dei cittadini. A fronte di una domanda di cambiamento e di una debolezza di risposta da parte delle istituzioni, i cittadini, in partnership con le istituzioni stesse, possono fornire una conoscenza utile per l'apprendimento, vale a dire per la costruzione di un nuovo modello di relazioni sociali e di *governance* di problemi complessi.

²⁰ Active Citizenship Network (2011). *The EU Charter of Patient's Rights. A Civic Assessment. Report at 5th European Patients' Rights Day, 18 April 2011, Brussels* (http://www.activecitizenship.net/files/patients_rights/civic_assessment/european_patients_rights_day_report_light.pdf)

Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

di **Angelo Tanese**, **Alessandro Lamanna** e **Rosapaola Metastasio**

* Direttore Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

** Esperto Agenas

*** Ricercatrice dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

1. L'IMPOSTAZIONE DEL PERCORSO DI RICERCA

Il mandato per l'unità di ricerca prevedeva la progettazione, la sperimentazione e la validazione di una metodologia di rilevazione periodica del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e privati accreditati, attraverso una metodologia di valutazione partecipata. Per impostare correttamente tale attività, in primo luogo il gruppo di ricerca ha cercato di dare risposta ad alcune questioni di fondo.

1. Cosa intendere per umanizzazione? Cosa rilevare esattamente?

Pur trattandosi di un concetto noto e sovente utilizzato nei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e dalla stessa normativa di riferimento, per rendere l'umanizzazione oggetto di un processo di valutazione strutturato si è reso necessario declinare tale concetto in dimensioni precise e indicatori misurabili.

2. A quale livello rilevare il grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero? A

Livello aziendale? A livello di singolo presidio ospedaliero? A livello di singolo reparto?

Se la valutazione scende a livello di singola Unità Operativa all'interno di un ospedale è senza dubbio più analitica e consente di rilevare, pur all'interno della stessa struttura di ricovero, gradi di umanizzazione molto differenziati. Allo stesso tempo, un livello di analisi spinto sino al singolo reparto o servizio richiede una struttura di valutazione molto articolata e un processo lungo e complesso, a scapito della semplicità e rapidità del percorso.

Altra questione che si poneva era come adottare una struttura di valutazione valida per tipologie di strutture di ricovero molto differenziate (ad esempio il

grande ospedale ad elevata complessità assistenziale, la struttura monospecialistica, il piccolo presidio territoriale o la casa di cura privata). Anche qui, infatti, il gruppo di ricerca ha dovuto tener conto di due esigenze contrapposte: da un lato quella di standardizzare e rendere omogenei i criteri di valutazione e i possibili fattori di umanizzazione, dall'altro quella di definire indicatori pertinenti, validi e in grado di restituire la complessità e la diversità delle strutture.

3. *Il terzo quesito di ricerca aveva a che fare, in termini più tecnico-operativi, con il numero e la tipologia di indicatori da prevedere e le relative modalità di rilevazione.*

L'esigenza era quella di coniugare la necessità di una rilevazione agevole (pochi indicatori ma buoni) con quella di disporre di informazioni analitiche e in grado di restituire la pluralità di servizi assistenziali e di relazioni tra operatori e cittadini all'interno di un ospedale. Come noto, infatti, all'interno di una struttura di ricovero convivono realtà molto differenziate per tipologia di prestazioni e funzioni assistenziali: dall'accesso in emergenza al ricovero programmato, dall'attività di diagnostica alle terapie intensive, dal percorso nascita alla gestione del fine vita. Ma l'ospedale si caratterizza anche, in senso fisico e spaziale, per la copresenza di luoghi e momenti di erogazione dei servizi molto diversificati (il CUP, il Pronto Soccorso, il reparto di degenza, la sala operatoria, ecc.). Tutti questi ambiti e momenti di contatto tra la struttura e il cittadino sono importanti ai fini della valutazione del grado di umanizzazione, anche se con gradi di importanza e di impatto sulla vita delle persone molto diversificati.

La scelta degli indicatori doveva inoltre garantire un elevato grado di affidabilità del dato (riproducibilità e possibilità di verifica), rendendo

il più possibile indipendente da percezioni e giudizi soggettivi.

4. *La quarta ed ultima questione iniziale aveva a che fare con la richiesta di prevedere una modalità partecipata di raccolta dei dati e, più in generale, l'adozione di un processo di valutazione inclusivo nei confronti dei cittadini, da coinvolgere in tutte le fasi del percorso valutativo, oltre che nella progettazione, sperimentazione e validazione del set di indicatori.*

Questa esigenza, coerente con il concetto di empowerment alla base del progetto stesso di ricerca, doveva tener conto di modelli di partecipazione dei cittadini molto differenziati nelle singole realtà regionali e quindi non utilmente riconducibili a un unico schema rigido.

Le risposte fornite alle domande di ricerca iniziali sopra descritte hanno definito i "paletti" all'interno dei quali si è svolta la progettazione dello strumento e della metodologia partecipata di valutazione.

In particolare, il percorso che ha portato a identificare la struttura di valutazione si è sviluppato in tre fasi:

- nella prima fase è stata svolta una ricerca di base sul tema dell'umanizzazione, attraverso l'acquisizione e l'analisi di materiali, letteratura nazionale e internazionale, fonti normative ed esperienze regionali, al fine di definire una cornice teorica di riferimento in cui collocare il nuovo strumento da progettare;
- a partire dal materiale raccolto, nella seconda fase si è proceduto a declinare il concetto di umanizzazione in quattro fattori, a loro volta articolati in sub-fattori ed elementi, secondo una classica struttura di valutazione "ad albero";
- nella terza fase per ciascun elemento sono

stati individuati grappoli di indicatori quanti-qualitativi, sino a definire una prima checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero pubbliche e private, e contestualmente è stata messa a punto la metodologia per il processo di valutazione partecipata.

2. LA DECLINAZIONE DEL CONCETTO DI UMANIZZAZIONE

L'evoluzione della medicina con il suo approccio parcellizzato alla malattia e ai singoli organi e dell'ospedale come luogo di cura dei malati di ogni categoria sociale si è accompagnata, negli anni, a una costante riflessione sul tema dell'umanizzazione dell'assistenza sanitaria e dei luoghi di cura. Questa riflessione ha inteso richiamare l'attenzione di tutti a considerare l'uomo malato nella sua interezza e come "centro" delle cure. Tale riflessione ha, altresì, promosso un passaggio dalla medicina "disease centred" a una medicina "patient oriented" e ha prodotto una molteplicità di declinazioni del concetto di umanizzazione. Queste declinazioni, in quanto espressione di diverse definizioni di un concetto¹, sono utili perché, attraverso di esse, sono stati resi comprensibili aspetti della realtà di particolare importanza, connessi alla cura di una persona malata.

Il primo passaggio del gruppo di ricerca è stato, quindi, quello di studiare i concetti di umanizzazione già definiti e, successivamente, di declinare un concetto di umanizzazione che avesse le caratteristiche di:

- compatibilità con le attuali indicazioni normative presenti nella legislazione nazionale e regionale;
- buona coerenza con i significati espressi con il termine "umanizzazione" dai principali soggetti (governi, organizzazioni nazionali e internazionali, associazioni di cittadini-pazienti, ecc.);
- buona coerenza con l'impianto concettuale generale dello schema di riferimento del Sistema di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari in costruzione da parte di Agenas;
- buona coerenza con il sistema di accreditamento delle Regioni/PA e delle proposte in lavorazione in questo ambito (cfr. Disciplinare tecnico per la revisione della normativa sull'autorizzazione/accreditamento²).

Le aree di studio per la chiarificazione del concetto di umanizzazione sono state:

- la normativa e gli atti programmatici prodotti al livello nazionale e regionale;
- i documenti redatti da organizzazioni istituzionali e di ricerca al livello nazionale e internazionale;
- i documenti redatti da organizzazioni di cittadini/pazienti al livello nazionale e internazionale.

Un elenco dei riferimenti bibliografici del materiale consultato è riportato sul sito dell'Agenzia, area "Qualità ed Accreditamento", box "Empowerment del cittadino", "Riferimenti bibliografici"³.

¹ Marradi A. (2006), *Concetto*. In Cavallaro R. (a cura di), *Lexicòn*, CieRe, Roma

² Tavolo di lavoro Ministero, Agenas, Regioni e Province Autonome (2011), *Disciplinare tecnico per la revisione della normativa sull'autorizzazione/accreditamento* http://www.agenas.it/agenas_pdf/Relazione%202%20sem%202011/Allegati%20alla%20relazione%20attivit%C3%A0%202%20sem%202011/Allegato%2027_%20Accreditamento%20disciplinare%20tecnico.pdf

³ http://www.agenas.it/agenas_pdf/Riferimenti%20Bibliografici_Umanizzazione.pdf

Da tale attività di ricerca è emerso che alla definizione di “umanizzazione” segue sovente un elenco di temi, ma esiste un nucleo centrale di tematiche strettamente connesse, in genere, le stesse che più frequentemente sono contenute nelle carte dei diritti del malato.

Un buon esempio di ciò è la definizione di umanizzazione data nel 2006 dal Ministero della salute, nell’ambito dell’enunciazione delle nove parole chiave del cosiddetto “New Deal” della sanità italiana⁴. L’umanizzazione è definita “*la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino*” ed è presente un evidente riferimento ad alcuni temi propri della Carta Europea dei Diritti del Malato⁵ (accesso, sicurezza, assenza di dolore, informazione, accoglienza e comfort, parteci-

pazione dei cittadini).

La ricerca ha quindi verificato l’esistenza di numerose modalità di definire e declinare l’umanizzazione dell’assistenza sanitaria, che non compare come diritto o dimensione di per sé, ma riassume ed esprime molti altri diritti o aspetti diversi (Box 1- Umanizzazione in sanità).

In ambito internazionale il termine è poco presente e si utilizzano, piuttosto, termini quali “patient-centred health care”, “patient-centred care” e “patient-centred care”.

Si è così delineata una concettualizzazione dell’umanizzazione affine a ciò che gli anglosassoni chiamano “respect and caring”, vale a dire “*il livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente, anche per ciò che riguarda l’informazione e la qualità del servizio*”⁶.

Questo approccio parte dal presupposto che in un ospedale il paziente, proprio per la sua par-

⁴ Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini, presentate in Audizione dal Ministro della Salute alla Comm.ne Affari Sociali della Camera dei Deputati nel giugno 2006. Le nove parole chiave sono: fiducia; qualità; umanizzazione; unitarietà del sistema; responsabilità; legalità; cultura dei risultati; politica delle alleanze; l’Europa e il Mondo (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_530_allegato.pdf)

⁵ Cittadinanzattiva (2002), Carta europea dei diritti del malato (<http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/europa/1955-carta-europea.html>)

⁶ Focarile (1998), Indicatori di qualità dell’assistenza sanitaria, Centro scientifico editore, Torino

Box 1- Umanizzazione in sanità

- Considerazione del paziente nella sua unicità
- Rispetto per la persona in quanto portatore di specifici valori, bisogni, preferenze, aspettative, esperienze
- Approccio olistico alla persona, benessere psico-fisico
- Informazione e coinvolgimento, processo decisionale condiviso
- Libera scelta
- Evitare sofferenze e dolore non necessari
- Trattamento personalizzato
- Privacy e confidenzialità
- Semplificazione
- Standard di qualità
- Relazioni dignitose, supporto emotivo e nelle cure
- Riduzione di paure ed ansie
- Indipendenza
- Libertà da discriminazione (coercizione, danno, sfruttamento)
- Accesso
- Sicurezza
- Continuità delle cure e agile transizione da un servizio a un altro

ticolare condizione che lo obbliga a una cesura dolorosa con le abitudini quotidiane, è più fragile e sensibile. Il ragionamento sull'umanizzazione degli ospedali non può quindi prescindere da un superamento del modello bio-medico a favore del più complesso modello bio-psico-sociale della malattia con uno spostamento del focus assistenziale dalla "malattia" alla "persona" nella sua interezza.

Al termine di questa fase iniziale di ricerca è stato così possibile arrivare a una definizione dell'umanizzazione quale *"capacità di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"* e a tracciare una prima articolazione operativa del concetto di "umanizzazione" lungo quattro dimensioni:

1. processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
2. accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
3. accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
4. cura della relazione con il paziente e con il cittadino.

Tale articolazione è stata oggetto di confronto prima in un seminario di studio interno a Cittadinanzattiva con referenti del Tribunale per i diritti del malato, del PiT Salute e del Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici (CnAMC), al quale sono stati invitati dirigenti e professionisti sanitari, e poi anche con il gruppo di coordinamento Agenas e con i referenti regionali dell'*empowerment*, al fine di arricchire

l'impianto teorico concettuale e affinare lo schema iniziale.

3. IL LIVELLO DI ANALISI E LA RICERCA DEI FATTORI DI UMANIZZAZIONE

Rispetto alle altre questioni iniziali, il gruppo di ricerca ha ritenuto di dover proporre come unità di analisi il singolo stabilimento di cura. Di qui anche la scelta di prevedere la costruzione di un set di indicatori da non rilevare in ciascuna unità operativa dell'ospedale (reparto di degenza o servizio) ma in grado di valutare:

- elementi comuni a tutto il presidio (es. URP, Carta dei Servizi, bar, parcheggi, orari, ecc.);
- elementi riconducibili a singoli reparti, ma utili a declinare fattori di umanizzazione fondamentali (es. Pronto Soccorso, grado di personalizzazione all'interno di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici, ecc.).

Dopo aver condiviso la declinazione dell'umanizzazione nelle quattro dimensioni sopra descritte e individuato la singola struttura di ricovero come unità di analisi, il passaggio seguente è stato dunque quello di articolare la struttura di valutazione in sub-fattori e singoli elementi ai quali, successivamente, associare specifici indicatori misurabili, secondo una tipica struttura ad albero (Figura 1).

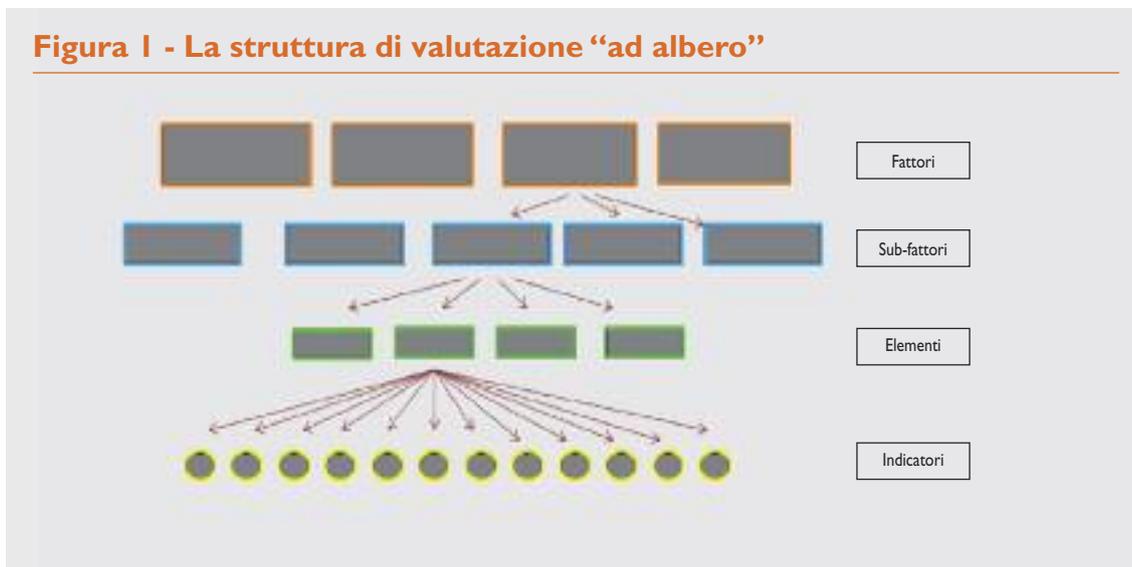
Per l'individuazione dei singoli elementi e degli indicatori si è preso spunto da diverse fonti.

In primo luogo il punto di vista del cittadino attraverso i dati contenuti in alcuni Rapporti prodotti negli anni da Cittadinanzattiva, quali:

- i Rapporti PiT Salute⁷ del 2010 e 2011, nelle parti espressamente dedicate alle segna-

⁷ Il PiT (Progetto integrato di tutela) nasce nel 1996 come servizio gratuito di informazione, assistenza e consulenza per i cittadini nel loro rapporto con i servizi socio-sanitari, che raccoglie ogni anno oltre 50.000 segnalazioni. Il Rapporto PiT, che classifica e analizza tali contatti, è il principale strumento attraverso il quale il Tribunale dei Diritti del Malato fornisce ogni anno una fotografia del Servizio sanitario nazionale dal punto di vista del cittadino.

Figura I - La struttura di valutazione “ad albero”



lazioni dei cittadini in merito al tema dell’umanizzazione delle cure da parte di operatori sanitari, e in particolare rispetto a:

- comportamenti e atteggiamenti inadeguati;
- incuria nei confronti dei pazienti (vita nei reparti);
- maltrattamenti;
- indisponibilità a fornire informazioni;
- dolore inutile;
- violazione della privacy;
- scarsa collaborazione personale sanitario/utente.
- i Rapporti realizzati nel 2010 e nel 2011 dal CnAMC (Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici), la rete di Cittadinanzattiva che riunisce oltre 80 organizzazioni di persone con patologie croniche e rare, rappresentative di oltre 90.000 aderenti⁸.

Il lavoro si è svolto in forte collegamento con l’approccio metodologico della valutazione civica e, in particolare, con l’Audit civico, che ha

costituito senz’altro una fonte fondamentale per il lavoro di progettazione dell’impianto metodologico e del set di indicatori sull’umanizzazione. Alcuni fattori di valutazione dell’Audit civico, infatti, si configurano come contenitori rilevanti per questo tema e particolarmente sovrapponibili alle principali dimensioni individuate per la declinazione del concetto di umanizzazione.

L’Audit civico è stato consultato anche in qualità di corposa banca dati, rivelando un’informazione interessante: “privacy”, “comfort”, “informazione e comunicazione”, “tutela dei diritti” e “partecipazione dei cittadini”, erano proprio quelli che avevano fatto registrare i valori medi più bassi nell’ultimo Rapporto Nazionale dell’Audit civico, presentato nel giugno del 2010 sui dati di 87 Aziende Sanitarie. Tale dato ha ulteriormente rafforzato l’importanza e l’opportunità della realizzazione di una valutazione civica approfondita di questo tema specifico.

Per l’individuazione, la selezione e la formu-

⁸ Il Rapporto annuale del CnAMC è lo strumento attraverso il quale portare all’attenzione delle istituzioni e dell’opinione pubblica le molteplici criticità che caratterizzano l’assistenza sanitaria e sociale delle persone con patologia cronica e rara.

lazione di indicatori, sono stati inoltre esaminati approfonditamente documenti provenienti dalla letteratura, fonti normative, Linee guida regionali, buone prassi individuate tramite ricerca su siti web di aziende sanitarie pubbliche e private, materiali sull'umanizzazione di specifici ambiti di cura, Carte dei Servizi (quale ad esempio, l'Osservatorio regionale della Toscana sulla Carta dei Servizi pubblici sanitari), banche dati di progetti realizzati da ospedali a livello nazionale e internazionale e selezionati come buone pratiche e Carte della qualità di Cittadinanzattiva (Tabella 1).

4. LA CHECKLIST PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE

Al termine dell'attività di selezione o adattamento di indicatori già esistenti e di formulazione di nuovi indicatori ha preso forma una matrice della struttura di valutazione articolata in 4 livelli (fattori, sub-fattori, elementi e indicatori), per un totale di 140 indicatori, a partire dalla quale è stata elaborata la checklist di rilevazione (Tabella 2)⁹.

Nella definizione della matrice il coinvolgimento delle Regioni è stato determinante, per validare la struttura di valutazione. Il Gruppo

⁹ La versione qui riportata è quella definitiva, validata a seguito dei due cicli di sperimentazione e illustrata ufficialmente nel Convegno finale realizzato da Agenas il 7 novembre 2012 per la presentazione al Ministero della salute dei risultati del Progetto di Ricerca Corrente 2010.

Tabella 1 - Tipologie di fonti documentali per la formulazione degli indicatori (esempi)

Fonti normative

- D.L.vo 30/12/92, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" art.14
- DPCM 19/5/95 "Carta dei servizi pubblici sanitari"
- D.M. 24/7/95 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e efficacia del SSN (allegato 224 indicatori)
- D.M. 15/10/96 (Ministero della sanità) "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere"
- D.M. 12/12/2001 (Ministero della sanità) "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (allegato 1;2;3;4, 91 indicatori)
- Leggi regionali sui diritti del malato
- Leggi regionali con espliciti riferimenti al tema (es. L. R.Veneto n. 56 del 14 settembre 1994)

Materiali su specifici ambiti (es. percorso nascita)

- OMS, 1985: "Parto: non è una malattia" - 15 raccomandazioni; "Tecnologia appropriata per la nascita"
- Unicef, 2010: Standard per le buone pratiche per gli ospedali
- Ospedali & Comunità amici dei bambini

Banche dati

- database della rete HPH (Ospedali per la promozione della salute) dell'OMS
- database delle buone pratiche regionali per l'empowerment di Agenas
- database del Premio Andrea Alesini di Cittadinanzattiva
- database del Forum P.A.

Carte dei Servizi e della Qualità

- Osservatorio regionale Toscana sulla Carta dei Servizi pubblici sanitari 2011 - Allegato Repertorio di impegni per la Carta dei servizi sanitari con i relativi indicatori e standard (DGR 697/2003)
- Carta della qualità medicina interna di Cittadinanzattiva
- Carta della qualità in chirurgia di Cittadinanzattiva
- Carta della qualità della cartella clinica di Cittadinanzattiva

NB: L'individuazione analitica dei singoli indicatori è emersa alla fine dall'elaborazione di indicatori ex-novo oppure dalla selezione o dall'adattamento di indicatori desunti da altre fonti.

Tecnico di coordinamento nazionale del progetto ha infatti deciso sin dall'inizio di coinvolgere tutte le Regioni e Province Autonome nel percorso stesso di elaborazione della struttura di valutazione e non soltanto nella fase di sperimentazione successiva, per verificarne coerenza, esaustività e tenuta concettuale in modo condiviso.

Tutti i referenti delle Regioni/PA partecipanti hanno così preso parte sin dall'inizio al percorso di definizione della struttura di valutazione, e nelle due ulteriori revisioni successive ai cicli di sperimentazione sul campo, contribuendo così

in modo sostanziale alla formulazione e messa a punto degli indicatori finali.

Come si evince dalla tabella, i quattro fattori individuati come macro-contenitori tematici sono stati scomposti in sub-fattori specifici, che contengono a loro volta gli elementi di valutazione. Questi ultimi costituiscono il risultato dell'aggregazione di grappoli di indicatori (da un minimo di 1 ad un massimo di 15) rilevati empiricamente sul campo¹⁰.

Il livello dell'elemento restituisce un dato sufficientemente circostanziato e specifico, in grado di permettere una significativa comparazio-

¹⁰ Attraverso osservazione diretta o questionario-intervista ad un responsabile.

Tabella 2 - La struttura di valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali

FATTORI	SUB-FATTORI	Elementi	N. indicatori	Tot. indicatori		
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 funzione di supporto psicologico	5	45		
		1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	4			
		1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	9			
		1.1.4 "ospedale senza dolore"	4			
	1.2 rispetto della privacy	1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili	5			
		1.2.2 rispetto della riservatezza	2			
	1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche	2			
		1.3.2 rispetto delle esigenze di culto	4			
		1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali	4			
	1.4 continuità delle cure	1.4.1 agevolazione della continuità delle cure	6			
	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 accessibilità fisica	2.1.1 eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali		3	47
			2.1.2 accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto		9	
2.2 logistica e segnaletica		2.2.1 orientamento e segnaletica	2			
		2.2.2 percorsi interni	2			
		2.3 reparti di degenza "a misura d'uomo"	2.3.1 dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	8		
2.4 comfort generale della struttura		2.3.2 reparti di degenza "a misura di bambino"	4			
		2.3.3 comfort alberghiero	8			
		2.4.1 comfort dei servizi comuni	8			
		2.4.2 comfort delle sale d'attesa	4			
		3.1 semplificazione delle procedure	3.1.1 semplificazione delle modalità di prenotazione	4		
3.2 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.1.2 semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	3				
	3.2.1 agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8				
	3.2.2 accesso alle informazioni	4				
	3.2.3 accessibilità e fruibilità del sito web	3				
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	4.1 relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	15	26		
		4.1.2 formazione del personale alla relazione di aiuto	3			
	4.2 relazione con il cittadino	4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino	5			
		4.2.2 accoglienza	2			
		4.2.3 formazione del personale di contatto	1			
			140			

Fonte: Agenas e Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

ne tra ospedali, ma evitando al tempo stesso la frammentazione dell'informazione prodotta dalle singole domande e sotto-domande costituenti la checklist.

La matrice di valutazione finale, validata al termine del progetto di ricerca, è dunque articolata in:

- 4 fattori;
- 12 sub-fattori;
- 29 elementi;
- 140 indicatori.

La scelta della formulazione terminologica del primo fattore, “*Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona*”, è stata dettata dall'esigenza trattenere adeguatamente un contenitore che riassume i principali diritti connessi al concetto di umanizzazione, secondo le risultanze della ricerca sulla letteratura e materiali di varia origine sopra descritti. Questo fattore, non a caso collocato per primo nella matrice, rappresenta quello che, tra tutti, meglio esprime la gamma di significati e di contenuti rilevanti per il tema oggetto di ricerca; conseguentemente si presenta più consistente, insieme al secondo fattore, dal punto di vista del numero di indicatori presenti.

L'enfasi posta sui processi sta ad indicare l'obiettivo di intercettare, tramite i 45 indicatori di cui consta questo fattore, gli sforzi posti in essere dall'ospedale/casa di cura per conformare la propria struttura organizzativa ad un approccio orientato ai bisogni dei pazienti, intesi e trattati come singole individualità, cioè come persone portatrici di specifici bisogni, valori e aspettative, legati al genere, all'età, alla cultura d'origine, ecc., come emerge dalla Tabella 3.

Alcuni elementi di questa prima dimensione, inoltre, attengono ad esigenze meno correlate a caratteristiche personali del singolo, ma alla condizione stessa di fragilità tipica del “degente” in quanto tale, e quindi sono volti ad indagare la sussistenza di servizi e accortezze volti a ridurre o alleviare lo stato di disagio di chi si trova sradicato dall'intimità della propria abitazione e dalla propria vita quotidiana per un periodo di durata variabile.

Anche il secondo fattore “*Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura*” attiene a una macro-dimensione unanimemente riconosciuta in grado di incidere in modo rilevante sul livello di umanizzazione delle strutture di ricovero.

Attraverso 47 indicatori vengono rilevate qua-

Tabella 3 - Sub-fattori ed elementi costituenti il Fattore I “Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona”

SUB-FATTORI	Elementi	N. Indicatori.
1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 funzione di supporto psicologico	5
	1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità col mondo esterno	4
	1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	9
	1.1.4 “ospedale senza dolore”	4
1.2 rispetto della privacy	1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione di dati sensibili	5
	1.2.2 rispetto della riservatezza	2
1.2 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche	2
	1.3.2 rispetto delle esigenze di culto	4
	1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali	4
1.4 continuità delle cure	1.4.1 agevolazione della continuità delle cure	6

lità e caratteristiche degli aspetti fisici e strutturali degli ospedali, con particolare riferimento ai requisiti di accessibilità, all'orientamento e ai percorsi (Tabella 4).

Altro importante blocco riguarda il comfort secondo un'accezione "alberghiera" per quanto concerne la presenza dei tipici standard di servizi e dotazioni nelle stanze di degenza (ad esempio climatizzazione, televisione, connessione wireless, ecc.). Vengono inoltre indagati il livello di comfort e la vivibilità dei reparti (ad esempio orario dei pasti, possibilità di consumarli in compagnia di visitatori in una sala da pranzo dedicata, ecc.), e del reparto di pediatria, per l'alta sensibilità che in esso si richiede in termini di esigenze strutturali e di arredo.

Il terzo e il quarto fattore, come si è detto, sono meno corposi quanto a numerosità degli indicatori ivi inseriti, pur riuscendo a saturare gran parte degli aspetti ritenuti rilevanti dalle équipes locali e dai referenti regionali coinvolti nella validazione della metodologia.

In particolare, con il fattore "Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza", articolato in 22 indicatori, vengono sondati elementi finalizzati ad agevolare gli utenti nell'accesso alle informazioni e ai documenti sanitari che li riguardano, oltre che alle prestazioni; tali elementi vengono rilevati anche attraverso la verifica dell'esistenza di procedure scritte di cui la struttura si sia dotata per potenziare il processo di semplificazione (Tabella 5).

Il quarto e ultimo fattore riveste una consi-

Tabella 4 - Sub-fattori ed elementi costituenti il Fattore 2 "Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura"

SUB-FATTORI	Elementi	N. Indicatori.
2.1 accessibilità fisica	2.1.1 eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	3
	2.1.2 accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto	9
2.2 logistica e segnaletica	2.2.1 orientamento e segnaletica	2
	2.2.2 percorsi interni	2
2.3 reparti di degenza "a misura d'uomo"	2.3.1 dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	8
	2.3.2 reparti di degenza "a misura di bambino"	4
	2.3.3 comfort alberghiero	8
2.4 comfort generale della struttura	2.4.1 comfort dei servizi comuni	8
	2.4.2 comfort delle sale d'attesa	4

Tabella 5 - Sub-fattori ed elementi costituenti il Fattore 3 "Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza"

SUB-FATTORI	Elementi	N. Indicatori.
3.1 semplificazione delle procedure	3.1.1 semplificazione delle modalità di prenotazione	4
	3.1.2 semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	3
3.2 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8
	3.2.2 accesso alle informazioni	4
	3.2.3 accessibilità e fruibilità del sito web	3

derevole importanza ai fini della declinazione del concetto di umanizzazione, pur essendo costituito da soli 26 indicatori¹¹. La “Cura della relazione con il paziente e con il cittadino”, pur nella difficoltà di far emergere gli aspetti relazionali connessi alle singole interazioni tra gli utenti e il personale sanitario, assume un ruolo fondamentale in termini di investimento sulla formazione degli operatori, di cura e organizzazione dell'accoglienza, attenzione alla comunicazione clinica e rispetto di standard dichiarati (Tabella 6). Si ritiene che tali elementi, infatti, siano espressione diretta del grado di attenzione di un ospedale nei confronti dei fruitori: non solo verso i pazienti tout court (sub-fattore 4.1), ma anche nei riguardi di tutti coloro che, a vario titolo, entrano in contatto con la struttura sanitaria in esame (sub-fattore 4.2).

5. LE MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA CHECKLIST

La checklist è rivolta a singoli stabilimenti di cura e, di norma, ne viene compilata una sola per ciascuna struttura. Nel caso, invece, di un complesso ospedaliero che riunisce più strutture, devono essere compilate tante checklist quanti so-

no gli stabilimenti o presidi che lo compongono (strutture interne).

La checklist è articolata in 3 sezioni.

La Sezione 1 contiene i dati anagrafici della struttura e deve essere compilata dal referente aziendale incaricato dalla Direzione Generale. Comprende le seguenti voci:

- la denominazione ufficiale della struttura di ricovero;
- la denominazione della struttura interna, nel caso in cui la struttura di ricovero riunisca più stabilimenti o presidi e la checklist si riferisca ad uno solo di questi;
- la denominazione dell'Azienda sanitaria locale di appartenenza o sul cui territorio la struttura insiste;
- il codice (ed eventuale sub-codice) regionale della struttura e dell'Azienda sanitaria di appartenenza di cui al DM 17/9/1986 e attribuito in ambito regionale;
- il tipo di struttura;
- il numero totale di posti letto esistenti e utilizzabili nei reparti (occupati o meno dai degenti), in regime di ricovero ordinario, ricovero ordinario a pagamento e in regime di Day Hospital;
- la data di compilazione.

¹¹ Per successivi utilizzi dello strumento, si prevede, anche sulla base delle osservazioni delle équipes locali, l'opportunità d'un arricchimento con altri indicatori, al fine di approfondire ulteriormente la dimensione di questo Fattore.

Tabella 6 - Sub-fattori ed elementi costituenti il fattore 4 “Cura della relazione con il paziente e con il cittadino”

SUB-FATTORI	Elementi	N.Indicatori.
4.1 relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	15
	4.1.2 formazione del personale alla relazione di aiuto	3
4.2 relazione con il cittadino	4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino	5
	4.2.2 accoglienza	2
	4.2.3 formazione del personale di contatto	1

Nella Sezione 2 è illustrato lo schema generale della struttura di valutazione utilizzata, vale a dire l'insieme dei fattori, sub-fattori ed elementi di valutazione nei quali è stato scomposto il concetto di umanizzazione, fino all'individuazione dei singoli indicatori.

La Sezione 3 costituisce propriamente la checklist, in cui sono elencati progressivamente i 140 indicatori.

Essi sono di due tipi, distinti in base alla modalità attraverso la quale deve essere ricercata l'evidenza oggettiva che giustifica quanto affermato nella risposta data:

- a. *indicatori di osservazione diretta* (OSS): per rilevare la presenza di servizi o elementi strutturali che i cittadini possono osservare direttamente e in autonomia (es. presenza del bar o dello sportello bancomat all'interno della struttura);
- b. *indicatori con prove documentali* (DOC): richiesti laddove gli indicatori riguardano processi e caratteristiche organizzativo-strutturali, che potrebbero non essere direttamente osservabili o difficili da rilevare per un cittadino comune. Per questi occorre la verifica di evidenze oggettive che devono essere fornite tramite documenti, atti, procedure scritte, ecc. Non è richiesto allegare e fotocopiare cartacei dei documenti, né annotare gli estremi delle procedure o degli atti aziendali.

In alcuni casi sono contemplate ambedue le modalità di rilevazione (DOC e OSS) e l'equipe che compila la checklist potrà quindi scegliere la modalità più idonea al proprio contesto operativo.

Tutti gli indicatori prevedono risposte con modalità chiuse. La maggior parte delle modalità di risposta è espressa in termini dicotomici

(presenza-assenza), o con più di due modalità chiuse predefinite; sono presenti alcuni casi in cui si richiede l'inserimento di valori numerici (ad esempio rapporti tra il numero di stanze di degenza con determinate caratteristiche e il n. totale delle stanze di degenza).

Al fine di permettere lo svolgimento della rilevazione in un tempo ragionevolmente ristretto, le osservazioni richieste sono state limitate ad alcune aree, generalmente accessibili al pubblico (ad esempio: entrata principale e aree circostanti, atrio, parcheggio, ecc.).

La sezione 3 è strutturata sotto forma di griglia continua (Figura 2):

- nella prima colonna è riportato il numero progressivo dell'indicatore;
- nella seconda colonna è indicata la modalità attraverso la quale chi compila la checklist deve ricercare l'evidenza oggettiva che giustifica quanto affermato nella risposta data, come spiegato sopra: OSS per le evidenze oggettive che devono essere fornite attraverso osservazioni; DOC per le evidenze oggettive che devono essere fornite tramite prove documentali;
- nella terza colonna sono descritti gli indicatori ed elencate le possibili risposte da dare semplicemente barrando la relativa casella;
- nella quarta colonna, infine, sono contenute eventuali note esplicative utili per la corretta e uniforme interpretazione del testo e/o delle varie modalità di risposta dell'indicatore, che si raccomanda di leggere con attenzione.

La Figura 2 esemplifica la strutturazione della griglia con cui sono presentati gli indicatori e i relativi campi di compilazione.

Al fine di permettere lo svolgimento della rilevazione in un tempo ragionevolmente ristretto, in caso di indicatori relativi ad aspetti particolari presenti in tutte o nella maggior delle unità operative di degenza e dei servizi della struttura sanitaria, la metodologia prevede che le équipe prendano in considerazione solo alcune unità operative di degenza, limitandone cioè la rilevazione ad alcuni reparti-indice o servizi-indice:

- Medicina Generale;
- Chirurgia Generale;
- Centro prelievi;
- CUP;
- URP;
- Servizio diagnostica per immagini.

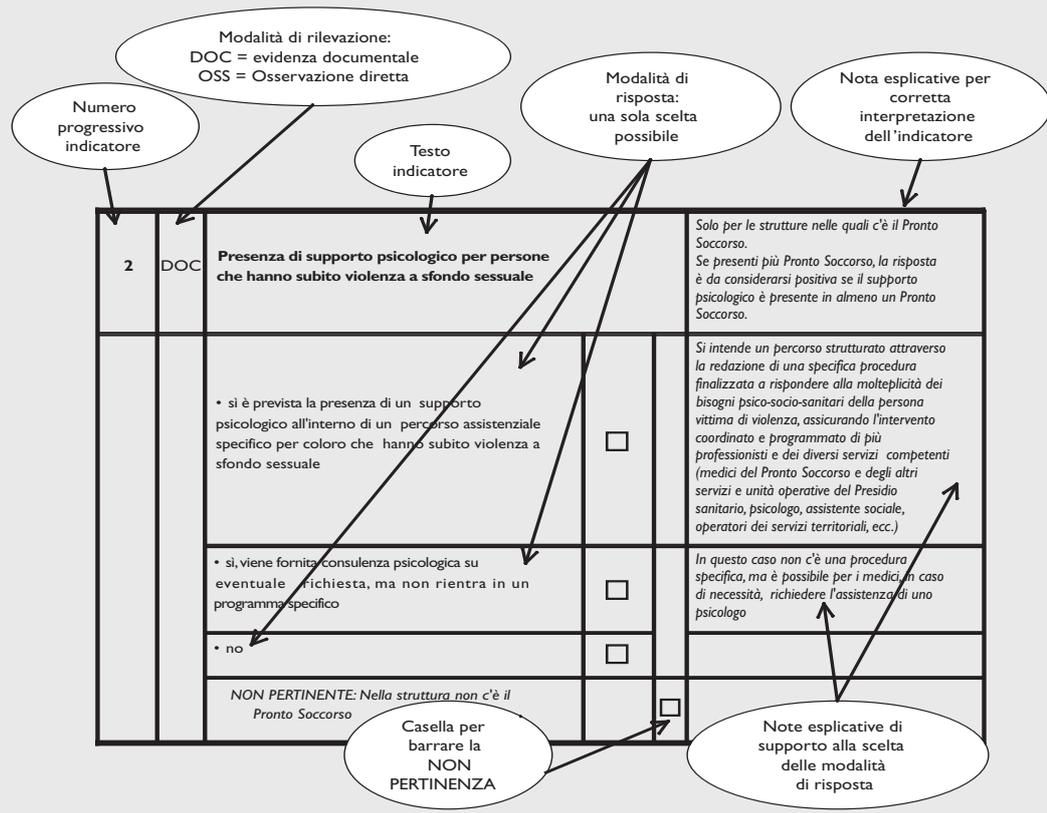
Altri indicatori invece sono volti a cogliere caratteristiche ritenute particolarmente signifi-

cative in specifiche Unità Operative. Ad esempio, l'indicatore "Presenza di un salottino o altra area di socializzazione" è rilevato non solo nell'Unità Operativa di Medicina generale ma anche nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, per l'interesse che tale elemento strutturale assume in questo servizio.

Sono inoltre presenti indicatori specifici su:

- Pediatria;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Pronto Soccorso;
- Unità Operative specialistiche di oncologia e/o ematologia oncologica e/o chirurgia oncologica;
- Terapie intensive polivalenti, specialistiche o post-chirurgiche;
- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).

Figura 2 - Forma grafica di un indicatore



La checklist fornisce indicazioni precise per supportare le équipes nella rilevazione nei casi particolari in cui possano trovarsi: es. come regolarsi in caso di indicatori riferiti ad un servizio di cui la struttura è sprovvista, in caso di errore nella scelta di una risposta o in caso di denominazioni diverse di alcuni reparti.

Nel caso in cui nella struttura siano presenti più Unità Operative di Medicina Generale, di Chirurgia Generale, ecc., si prende come riferimento quella di prima apertura, usando poi per tutte le relative domande sempre lo stesso reparto-indice.

In tutti i casi nei quali c'è l'indicazione di considerare, nella compilazione della checklist, una specifica unità operativa di degenza (es. Medicina Generale, Pediatria, Terapia intensiva, ecc.) e nella struttura sono presenti più unità operative di questo tipo, l'utilizzo della checklist può prevedere di valutarle tutte. In tal caso dovranno essere utilizzati gli appositi allegati della checklist, compilandone uno per ciascuna unità operativa analizzata.

Inoltre, in caso di organizzazione del modello assistenziale per intensità di cure, è previsto che si prenda come riferimento l'area di cura sotto la responsabilità di un unico coordinatore infermieristico e con caratteristiche simili all'unità operativa di riferimento (es. area a media intensità assistenziale con patologie internistiche per la U.O. di Medicina generale; area a media intensità assistenziale con patologie chirurgiche per la U.O. di Chirurgia Generale; area a media intensità assistenziale con patologie oncologiche per la U.O. di Oncologia, e così via).

Nel caso in cui siano presenti più servizi di Pronto Soccorso, l'indicazione fornita è quella di prendere come riferimento il Pronto Soccorso generale (non specialistico).

Nei casi nei quali l'indicatore proposto non sia applicabile alla struttura sanitaria esaminata – perché, ad esempio, l'indicatore riguarda le donne partorienti e non esiste il punto nascita – è possibile scegliere l'apposita modalità di risposta “non pertinente”. L'indicatore è, così, automaticamente escluso dalla valutazione. Situazioni analoghe potrebbero verificarsi anche per altre unità operative e servizi non presenti quali il Pronto Soccorso, la pediatria, le terapie intensive, o temporaneamente non attivi.

6. LA METODOLOGIA PARTECIPATA DI VALUTAZIONE, CON UN RUOLO ATTIVO DEI CITTADINI

L'elemento che qualifica maggiormente il sistema progettato per la valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e privati accreditati è la definizione di un processo partecipato, che prevede il coinvolgimento obbligatorio dei cittadini.

Questi ultimi sono infatti chiamati a svolgere un ruolo attivo, che è al tempo stesso di produttori e di garanti dei dati raccolti e resi pubblici.

Al fine di favorire questo requisito di partecipazione, senza tuttavia irrigidire il percorso in una modalità univoca, la metodologia è stata progettata indicando i criteri che dovrebbero essere rispettati nei diversi contesti locali.

a. Il coinvolgimento dei cittadini deve essere attivo e con alcune garanzie di autonomia

Il coinvolgimento dei cittadini non deve essere considerato come elemento accessorio di un processo di valutazione che ha come protagonista principale l'azienda sanitaria o il singolo ospedale, e rispetto al quale i cittadini svolgono un mero ruolo di certificatori.

La valutazione del grado di umanizzazione

dell'ospedale avviene, da un punto di vista strettamente tecnico, tramite la compilazione della checklist. Il ruolo attivo dei cittadini si concretizza quindi nel fatto che gli stessi cittadini partecipano, insieme agli operatori individuati dall'azienda, alla compilazione della checklist.

L'elemento partecipativo non si risolve nella semplice rilevazione o raccolta del dato. Secondo la metodologia validata, i cittadini possono essere parte attiva nella gestione dell'intero processo valutativo, esercitando una funzione autonoma di garanzia rispetto a:

- modalità di accesso al processo (organismi istituzionali e soggetti coinvolti, criteri di individuazione-selezione di cittadini interessati a partecipare, requisiti di conoscenze e capacità civiche per la partecipazione, definizione dei possibili ruoli attribuiti ai cittadini);
- ruolo attivo nella fase di produzione delle informazioni (coordinamento e svolgimento operativo della rilevazione dati attraverso osservazione diretta);
- ruolo di validazione dei dati prodotti direttamente dalla struttura;
- partecipazione a presentazione pubblica dei dati, con possibilità di esprimere liberamente opinioni, giudizi e proposte di intervento per il miglioramento dei servizi e delle strutture.

b. Le attività devono prevedere una condivisione del percorso tra struttura sanitaria e cittadini, con procedure che valorizzino la partecipazione come un valore aggiunto e non come un "obbligo"

Ciò viene assicurato dalle procedure che prevedono una modalità congiunta e integrata di produzione dei dati, secondo la metodologia dell'Audit civico, costituendo équipes miste,

che definiscono un piano operativo congiunto di rilevazione e validazione dei dati:

- i cittadini possono essere produttori di informazioni, nel caso di quei dati che vengono rilevati attraverso l'osservazione diretta della struttura di ricovero: in questa modalità la partecipazione attiva è evidente ed intrinseca (la parte aziendale è chiamata a validare i dati e a porre eventuali osservazioni e perplessità, richiedendo una verifica congiunta del dato);
- per i dati forniti dall'azienda, i cittadini devono poter svolgere un ruolo di interlocutori diretti (richiedenti) e disporre di adeguate garanzie in ordine a:
 - scadenze temporali per la produzione dei dati;
 - diritto alla verifica, attraverso la visione dell'esistenza di documenti che supportano l'esistenza o la veridicità di quanto affermato con la compilazione della checklist (evidenza oggettiva). Nei casi di perplessità, i cittadini hanno diritto alla richiesta di ulteriori evidenze documentali e approfondimenti;
 - controllo finale circa l'assenza di contraddizioni e di errori nelle misure e nelle osservazioni derivanti dall'uso degli indicatori ("validazione interna").

c. Trasparenza del processo e dei dati prodotti

Considerando la finalità ultima della rilevazione effettuata, vale a dire il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, si raccomanda che il processo di coinvolgimento dei cittadini possa chiudersi offrendo la possibilità per la cittadinanza di esprimere il proprio punto di vista sul grado di umanizzazione dell'ospedale, sia come osservazioni e commenti a quanto emerso dalla valutazione periodici-

ca, sia sollecitando autonomi giudizi e proposte di miglioramento. A seguito della fase di validazione condivisa dei dati, è dunque previsto che questi dati siano resi pubblici, dando così a tutti la possibilità di esprimere osservazioni, opinioni e proposte. In questa fase non sono coinvolti solo i cittadini e gli organismi che hanno preso parte alla rilevazione del dato, ma ovviamente tutta la comunità locale, conoscitrice e destinataria dei servizi.

Anche per questa fase è possibile prevedere una procedura di partecipazione regolamentata, che chiarisca le modalità, i tempi ecc., con cui i cittadini possono esprimere osservazioni e proporre azioni di miglioramento (es. incontri pubblici, conferenze dei servizi, nuovi strumenti collegati al web che permettono agli utenti di mettersi in relazione, scam-

biarsi opinioni, lavorare insieme in modo partecipativo, collaborativo e paritario).

La trasparenza deve comunque essere garantita in merito all'intero processo di valutazione e non solo alla fine con la pubblicazione dei dati: dall'avvio della valutazione, alle modalità di adesione alle équipes (bando o altra forma di avviso), all'individuazione dei soggetti coinvolti, alla diffusione e confronto sui risultati, sino alla comparazione nel tempo dei dati relativi allo stesso ospedale e tra più ospedali della stessa regione o della stessa tipologia. Un'adeguata pubblicizzazione può avvenire attraverso strumenti e canali di comunicazione aziendali, quali il sito aziendale, bacheche e spazi di affissione interni all'azienda, riunioni destinate al pubblico interno ed esterno, comunicati stampa, newsletter aziendali.

La sperimentazione della checklist: primi risultati

di **Angelo Tanese*** e **Rosapaola Metastasio****

*Direttore Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

**Ricercatrice dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

La ricerca prevedeva, una volta definito lo strumento di valutazione, una sperimentazione presso ospedali pubblici o case di cura private delle Regioni/PA disponibili secondo la metodologia partecipata appositamente progettata.

Anziché prevedere una modalità di coinvolgimento dei cittadini rigida e definita ex ante, la ricerca ha privilegiato il ricorso al patrimonio di esperienze di partecipazione civica già esistente nelle Regioni italiane.

Infatti, come emerge da diversi studi sulla differente valorizzazione del punto di vista dei cittadini, e del diverso grado di coinvolgimento dei cittadini nei Servizi Sanitari Regionali¹, le Regioni/PA presentano esperienze molto diversificate in ragione del grado di sviluppo delle forme di *empowerment* nei processi di *governance* e di valutazione dei servizi sanitari. È stata pertanto definita una procedura partecipata per il coinvolgimento dei cittadini che prevedesse modalità diverse a seconda dello “scenario” della partecipazione civica presente in ogni Regione o Azienda coinvolta.

I tre scenari individuati sono stati:

- A. contesto regionale e/o aziendale con una rete consolidata di organismi di partecipazione civica nell'ambito del proprio servizio sanitario;
- B. contesto regionale e/o aziendale con esperienze di valutazione civica della qualità realizzate con organizzazioni di cittadini negli ultimi 3 anni (Audit civico);
- C. contesto regionale e/o aziendale non dotato di organismi di partecipazione civica o senza esperienze di valutazione civica della qualità.

Nel primo scenario, l'azienda sanitaria che valuta una propria struttura ri-

¹ Terzi A. (2011), *Partecipazione e coinvolgimento dei cittadini nei processi di governance*, in Tanese A. e Nardi S. (a cura di), *Osservatorio civico sul federalismo in Italia. Rapporto 2011*, Cittadinanzattiva, Roma.

chiede la partecipazione di due o tre cittadini che presiedono o compongono uno o più organismi civici di partecipazione già presenti.

Nel secondo scenario, l'azienda richiede la partecipazione dei referenti dell'organizzazione promotrice di un'esperienza di Audit civico alla quale ha già aderito.

Nel terzo caso, è stata definita una procedura per raccogliere rapidamente eventuali segnalazioni di disponibilità, secondo principi di trasparenza e promozione della partecipazione civica, con l'intento di consentire l'individuazione di referenti civici qualificati, vale a dire in possesso di specifiche conoscenze ed esperienze nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. La procedura privilegia il coinvolgimento di quelle organizzazioni civiche presenti sul territorio e con le quali l'azienda intrattiene già rapporti di collaborazione.

L'individuazione delle tre procedure ha permesso di adottare modalità di partecipazione differenziate in base al contesto, mantenendo comunque un impianto metodologico comune e l'utilizzo di uno strumento di rilevazione omogenea.

Il percorso di sperimentazione è stato strutturato secondo 7 passaggi:

1. Adesione della Regione/PA.
2. Costituzione della Cabina di Regia Regionale, con funzioni di coordinamento e supporto, composta dal referente regionale della rete empowerment per Agenas, da altri referenti regionali, delle singole aziende o civici direttamente coinvolti nel coordinamento del percorso di sperimentazione e da un referente individuato all'interno del Gruppo tecnico di coordinamento nazionale Agenas-Cittadinanzattiva.
3. Selezione e coinvolgimento delle aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri o case di

cura presso i quali testare lo strumento.

Al momento dell'adesione la Regione/PA ha selezionato e comunicato le strutture pilota, con un'indicazione di massima di privilegiare:

- 1 azienda ospedaliera;
 - 1 presidio ospedaliero medio-grande (400-500 p.l.);
 - 1 presidio medio-piccolo (200 p.l.);
 - 1 struttura privata accreditata.
4. Individuazione dei referenti civici presso ogni presidio in cui effettuare la sperimentazione (in genere 2 o 3 cittadini), con i quali condividere il processo di rilevazione e validazione dei dati, secondo la procedura di rilevazione definita.
 5. Giornata di Formazione per i referenti aziendali e civici (équipe locale) organizzata dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva in cui sono stati illustrati e chiariti:
 - la **checklist di indicatori** (impostazione, struttura e modalità di compilazione);
 - il **processo di rilevazione** (aspetti necessari per garantire la partecipazione civica e il ruolo attivo dei cittadini), focalizzato sulla metodologia, sull'utilizzo degli strumenti e sulle modalità di rilevazione dei dati;
 - il "**diario di bordo**" uno strumento per consentire alle équipe locali di raccogliere annotazioni e suggerimenti nel corso del processo di valutazione su tutti gli aspetti critici o migliorabili. Il diario di bordo si compone di due parti:
 - PARTE A – percezioni soggettive, sia elementi di criticità sia aspetti positivi: atteggiamenti, opinioni e difficoltà incontrate dall'équipe locale (referenti civici e referenti aziendali) nell'attuare il percorso proposto nelle sue diverse fasi;

PARTE B – osservazioni tecniche in merito ai contenuti e all'utilizzo della checklist o in merito alle modalità di svolgimento del processo partecipato; tempo dedicato allo svolgimento delle attività (stima delle ore/uomo impiegate dall'équipe nel suo complesso, dalla componente aziendale e dalla componente civica).

Nel corso della giornata di formazione i referenti aziendali e civici hanno ricevuto il materiale di formazione (un Manuale per lo svolgimento del processo di rilevazione e valutazione) e condiviso e programmato tempi e fasi del processo di rilevazione e validazione dei dati.

6. Rilevazione del grado di umanizzazione tramite la compilazione della checklist ed inserimento dei dati.

In continuità con la metodologia dell'Audit civico, le rilevazioni dei dati sono state condotte da équipe miste composte dai cittadini, coinvolti secondo gli scenari individuati, e da referenti delle strutture partecipanti, appositamente incaricati per la realizzazione della sperimentazione (es. Direttore Sanitario di Presidio, referente Qualità, URP, altro).

Per garantire una rilevazione agile e snella, realizzabile in pochi giorni, sono stati individuati dei passaggi definiti per guidare le équipe:

- i referenti civici, in base alla loro conoscenza già acquisita della realtà aziendale, pre-compilano la propria copia della checklist; analogamente i referenti aziendali pre-compilano la copia della checklist in loro posses-

Tabella I - Strutture coinvolte nella prima sperimentazione

PRIMA SPERIMENTAZIONE (febbraio - aprile 2012) - 24 OSPEDALI	
Regione/P.A.	NUMERO E NOME STRUTTURE E AZIENDA DI APPARTENENZA
ABRUZZO	POLICLINICO "SS. ANNUNZIATA" - CHIETI - ASL n. 2 LANCIANO VASTO CHIETI
	PRESIDIO OSPEDALIERO "SPIRITO SANTO" - PESCARA - ASL PESCARA
	PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN MASSIMO" - PENNE - ASL PESCARA
	PRESIDIO OSPEDALIERO "G. MAZZINI" - TERAMO - ASL TERAMO
	CASA DI CURA PRIVATA PROVVISORIAMENTE ACCREDITATA "PIERANGELI" - PESCARA
CALABRIA	PRESIDIO OSPEDALIERO "ANNUNZIATA", DIP.TO MATERNO-INFANTILE - COSENZA - AO COSENZA
	PRESIDIO OSPEDALIERO "MARIANO SANTO", DIP.TO ONCOEMATOLOGICO - COSENZA - AO COSENZA
MARCHE	PRESIDIO OSPEDALIERO GERIATRICO POLISPECIALISTICO "U. SESTILLI" - IRCCS ANCONA
	CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA "VILLA DEI PINI" - CIVITANOVA MARCHE (MC)
	PRESIDIO OSPEDALIERO "SANTA CROCE" - FANO (PU) - AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD
	PRESIDIO OSP. "S. SALVATORE" - PESARO (PU) - CENTRO - AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD
	PRESIDIO OSP. "S. SALVATORE" - PESARO (PU) - MURAGLIA - AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD
	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - JESI (AN) - AMBITO SANITARIO ASUR/AREA VASTA 2
	PRESIDIO OSPEDALIERO GEN. LE PROV. LE "C.G. MAZZONI" - ASCOLI PICENOASUR/AREA VASTA 5
PIEMONTE	OSPEDALE "SAN GIOVANNI BOSCO" - TORINO - ASL TO2
	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "S. GIOVANNI BATTISTA" - TORINO
PUGLIA	PRESIDIO OSPEDALIERO "IGNAZIO YERIS DELLI PONTI" - SCORRANO (LE) - ASL LECCE
	PRESIDIO OSPEDALIERO "VITO FAZZI" - LECCE - ASL LECCE
	CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA "VILLA BIANCA" - LECCE
TRENTO	PRESIDIO OSPEDALIERO ALTO GARDA E LEDRO - ARCO (TN) - APSS TRENTO
	PRESIDIO OSPEDALIERO "S. CHIARA" - TRENTO - APSS TRENTO
	PRESIDIO OSPEDALIERO CAVALESE (TN) - APSS TRENTO
	PRESIDIO OSPEDALIERO CLASSIFICATO EQUIPARATO "SAN CAMILLO" - TRENTO

so e preparano le evidenze documentali utilizzate per la compilazione;

- l'équipe si riunisce, in una o poche date concordate, presso la struttura oggetto della rilevazione e compie le seguenti operazioni:
 - confronta le checklist compilate;
 - esamina le evidenze documentali richieste dalla checklist;
 - compie le osservazioni richieste dalla checklist;
 - compila in via definitiva la checklist con firma di tutti i referenti;
 - verbalizza in un documento separato le eventuali risposte divergenti.
- La checklist compilata viene trasmessa al-

l'équipe nazionale, che si occupa dell'inserimento dei dati in un database unico.

7. Primo momento di verifica, condivisione e definizione del peso degli indicatori.

Sulla base di griglie predefinite, i componenti delle équipe locali e delle Cabine di Regia sono stati chiamati a partecipare ad un passaggio molto importante per la validazione della metodologia sperimentata, quale quello della valutazione degli indicatori in relazione ad alcuni parametri di riferimento e all'attribuzione di pesi.

Nel periodo compreso tra febbraio e giugno 2012 la checklist è stata testata in due cicli di sperimentazione, che hanno complessivamente

Tabella 2 - Strutture coinvolte nella seconda sperimentazione

Regione/P.A.	SECONDA SPERIMENTAZIONE (aprile - maggio 2012) – 30 OSPEDALI NUMERO E NOME STRUTTURE E AZIENDA DI APPARTENENZA
BASILICATA	AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" - POTENZA
CAMPANIA	AZIENDA OSPEDALIERA "GAETANO RUMMO" - BENEVENTO
EMILIA ROMAGNA	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "S. ORSOLA - MALPIGHI" - BOLOGNA PRESIDIO OSPEDALIERO FIDENZA - SAN SECONDO,VAIO - FIDENZA (PR) - AUSL PARMA PRESIDIO OSP. "REGINA MARGHERITA" - CASTELFRANCO EMILIA (MO) - AUSL MODENA MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE SPA - IMOLA (BO)
FRIULI.V.G.	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" - UDINE PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN POLO" - MONFALCONE (GO) - ASS 2 ISONTINA CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA "S. GIORGIO" - PORDENONE CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO - IRCSS AVIANO (PN)
SARDEGNA	PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN FRANCESCO" - ASL NUORO
SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO "FERRAROTTO" - CATANIA - AOU POLICLINICO "VITTORIO EMANUELE" PRESIDIO OSPEDALIERO "V. EMANUELE" - CATANIA - AOU POLICLINICO "VITTORIO EMANUELE" PRESIDIO OSPEDALIERO "G. RODOLICO" - CATANIA - AOU POLICLINICO "VITTORIO EMANUELE" PRESIDIO OSPEDALIERO "S. BAMBINO" - CATANIA - AOU POLICLINICO "VITTORIO EMANUELE" AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "G. MARTINO" - MESSINA
TOSCANA	PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI DI DIO" - FIRENZE - AZIENDA SANITARIA FIRENZE CENTRO ONCOLOGICO FIORENTINO S.r.l. - SESTO FIORENTINO (FI) AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "CAREGGI" - FIRENZE PRESIDIO OSPEDALIERO CARRARA - ASL MASSA E CARRARA PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN DONATO" - AREZZO - AUSL 8 AREZZO PRESIDIO OSPEDALIERO "MISERICORDIA E DOLCE" - PRATO - AUSL 4 PRATO AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE
UMBRIA	PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI BATTISTA" - FOLIGNO (PG) - ASL 3 UMBRIA PRESIDIO OSPEDALIERO GUBBIO GUALDO-TADINO (PG) - ASL 1 UMBRIA
VAL D'AOSTA	PRESIDIO OSP. "UMBERTO PARINI" - OSPEDALE REGIONALE AOSTA - AUSL VALLE D'AOSTA
VENETO	PRESIDIO OSPEDALIERO "S. MARIA DI CA' FONCELLO" - TREVISO - AZIENDA ULSS N. 9 TREVISO AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI PADOVA PRESIDIO OSPEDALIERO "S. LORENZO" - VALDAGNO (VI) - ULSS N. 5 OVEST VICENTINO OSPEDALE CLASSIFICATO "SACRO CUORE - DON CALABRIA" - NEGRAR (VR)

coinvolto 54 strutture di ricovero afferenti a ben 16 Regioni/PA, come evidenziato nelle Tabelle 1 e 2, che riportano tutti gli ospedali coinvolti.

Come si è detto, per la sperimentazione sono state elaborate procedure differenziate a seconda del contesto della partecipazione della Regione o dell'Azienda Sanitaria. Gli scenari della partecipazione nelle 16 Regioni/PA aderenti alla sperimentazione sono stati:

- 3 Regioni attraverso la rete di organismi di partecipazione già presenti (tipologia A);
- 5 Regioni attraverso la rete dell'Audit civico già presente (tipologia B);
- 3 Regioni attraverso il coinvolgimento della rete di associazioni presenti (tipologia C);
- 2 Regioni con la modalità mista A + B;
- 1 Regione con la modalità mista A + C;
- 2 Regioni con modalità mista B + C.

In tutto il percorso di sperimentazione la partecipazione dei cittadini, in piena coerenza con

quanto previsto, ha costituito un elemento fondante e qualificante, rappresentando un valore aggiunto per il processo di valutazione. Ciò grazie alle caratteristiche stesse della metodologia elaborata, articolata in un insieme coerente di procedure tali da garantire una vera partecipazione dei cittadini, a differenti livelli.

Ben 111 soggetti, appartenenti sia a Cittadinanzattiva che ad altre Associazioni e/o membri di organismi di partecipazione, sono stati coinvolti nelle équipes di rilevazione, suddivisi così come riportato nella Tabella 3.

In particolare, le attività hanno previsto una condivisione di tutto il percorso tra struttura sanitaria e cittadini: dalla programmazione di tempi e fasi del processo di rilevazione dei dati, alla revisione degli indicatori, alla definizione del peso degli stessi, alla valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali, alla partecipazione a presentazioni pubbliche dei dati, con possibilità

Tabella 3 - Soggetti coinvolti nelle singole Regioni

	Prima sperimentazione	
	Strutture	Cittadini/Organizzazioni
Abruzzo	5	4
Calabria	2	3
Marche	8	16
Piemonte	2	7
Puglia	3	5
PA. Trento	4	19
Totale	24	53
	Prima sperimentazione	
	Strutture	Cittadini/Organizzazioni
Basilicata	1	4
Campania	1	3
E. R.	4	5
F.V.G.	4	7
Sardegna	1	3
Sicilia	5	7
Toscana	7	17
Umbria	2	4
Val d'Aosta	1	2
Veneto	4	5
Totale	30	57

di esprimere opinioni e proposte di intervento.

Grazie a tale ampiezza del coinvolgimento e al carattere sperimentale del progetto, è stato particolarmente concreto e tangibile il contributo dei cittadini, soprattutto attraverso lo strumento dei Diari di Bordo, contenenti le preziose osservazioni e proposte delle équipes locali. Sono stati presi in considerazione suggerimenti e proposte relativi alla messa a punto del processo e alla revisione, al perfezionamento e alla validazione degli indicatori costituenti la checklist, sia per quanto riguarda il contenuto (la messa a fuoco degli oggetti da indagare) sia per la chiarezza della formulazione terminologica.

Da ultimo, non è secondario sottolineare come questo processo di partecipazione, così strutturato, abbia consentito una collaborazione pressoché alla pari tra cittadini e operatori delle strutture sanitarie, nel lavoro di gruppo e nella discussione costruttiva sulle caratteristiche e sulle criticità degli ospedali e sui modi per migliorare la formulazione degli indicatori.

Secondo le testimonianze dirette dei volontari partecipanti, ciò ha avuto anche un'importante conseguenza di ordine culturale nel contribuire a ridurre il comune senso di inferiorità dei cittadini nei confronti delle istituzioni e delle amministrazioni pubbliche e di migliorare il clima tra le parti, promuovendo uno spirito davvero collaborativo.

UNA PRIMA ANALISI DEI PUNTEGGI RIFERITI AI 54 OSPEDALI VALUTATI

Dal percorso di sperimentazione della checklist in 54 strutture di ricovero è derivato, oltre alla validazione degli indicatori e della metodologia, anche un importante patrimonio informativo costituito dai dati raccolti.

Le risposte ai 140 indicatori della checklist so-

no state elaborate secondo criteri di calcolo stabiliti dal gruppo di coordinamento della ricerca, attribuendo a ciascuna modalità di risposta di ogni singolo indicatore un punteggio compreso tra 1 e 10.

Si è scelto inoltre di trattare tutti gli indicatori allo stesso modo, come risposte a domande a sé stanti, anche quando si trattava di sub-domande.

Prima di illustrare i risultati emersi dall'attribuzione dei punteggi sul grado di umanizzazione alle singole strutture si rendono necessarie due ulteriori precisazioni.

Dal momento che la checklist per la rilevazione dei dati è stata revisionata a più riprese durante il processo, grazie ai contributi delle équipes locali, in sede di analisi dei punteggi sono stati esclusi dieci indicatori in quanto modificati, eliminati o aggiunti nei passaggi intermedi tra la prima e la seconda versione della checklist utilizzata nei due cicli di sperimentazione, e tra la seconda versione e quella definitiva consegnata a chiusura progetto. Sono stati dunque valutati esclusivamente gli indicatori comuni a tutti i passaggi di sperimentazione.

La seconda precisazione afferisce alla "qualità" dei dati da cui scaturiscono i risultati di seguito riportati, che devono essere utilizzati in modo prettamente segnaletico. Dal momento infatti che la finalità della sperimentazione non era quella di validare o pubblicare le performance delle singole strutture in merito al grado di umanizzazione ma di verificare la validità e la fruibilità della checklist, i punteggi attribuiti ai singoli indicatori non sono stati oggetto di ulteriori verifiche con le équipes di valutatori e possono contenere errori di digitazione o compilazione.

Ciò che appare significativo è il dato aggregato che deriva dall'analisi delle risposte alla

checklist, e il tipo di riflessioni e implicazioni che da esso deriva.

Analizziamo innanzitutto i punteggi medi ottenuti dalle 54 strutture valutate sui quattro fattori di valutazione (Tabella 4).

Come emerge dalla tabella 4, nessuno dei fattori ha conseguito un punteggio inferiore a 6 (su 10) e lo scarto tra il fattore che ha presentato un punteggio più alto e quello più basso è limitato.

Il valore più alto, pari a 7,12, riguarda il fattore che rileva l'adeguatezza strutturale – e quindi materiale – degli ospedali, mentre è proprio il fattore relativo ai processi assistenziali e orga-

nizzativi orientati alla personalizzazione (quello che intercetta maggiormente lo spettro semantico del concetto di umanizzazione) a registrare il punteggio più basso tra tutti (6,39).

Occorre tuttavia segnalare che l'analisi dei punteggi medi non evidenzia il grande differenziale rilevato tra le strutture migliori, caratterizzate da punteggi talvolta eccellenti (medie superiori a 9 su 10), e le strutture più problematiche in tema di umanizzazione, con punteggi anche inferiori a 4 su 10.

Tale differenziazione di punteggi sarà resa evidente nell'analisi del dettaglio dei punteggi relativi ai singoli fattori.

Tabella 4 - I punteggi medi dei quattro fattori di umanizzazione

Fattore	media Fattore
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	6,39
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	7,12
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	6,71
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	6,89

**Tabella 5 - Fattore 1: "Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona".
Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi**

Elemento	media elemento
1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili	8,03
1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	6,75
1.4.1 agevolazione della continuità delle cure	6,69
1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali	6,42
1.2.2 rispetto della riservatezza	6,36
1.1.1 funzione di supporto psicologico	6,33
1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	6,19
1.3.2 rispetto delle esigenze di culto	6,12
1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche	4,62
1.1.4 "ospedale senza dolore"	non rilevato ²
PUNTEGGIO MEDIO: 6,39	
PUNTEGGIO MINIMO: 2,9	
PUNTEGGIO MASSIMO: 9,3	

² L'elemento "ospedale senza dolore" non è stato rilevato, essendo stato inserito nella Matrice di Valutazione solo a conclusione del progetto di ricerca, grazie ai contributi delle équipes locali partecipanti.

Osserviamo il dettaglio dei punteggi, presentati in ordine decrescente, ottenuti dai singoli elementi di valutazione del fattore 1, “Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona” (Tabella 5). Spicca per il punteggio più alto l’elemento che rileva l’aspetto formale e normativo del rispetto della privacy (con punteggio di 8,03, che si distacca da tutti gli altri), mentre il rispetto della riservatezza e del pudore dei pazienti ottiene un punteggio appena sopra la sufficienza (6,36).

Molto carenti appaiono gli ospedali valutati per quanto concerne la capacità di venire incontro ad esigenze linguistiche diverse dall’italiano (materiali informativi multilingue, servizio di interpretariato, ecc.). Anche il rispetto delle esigenze di culto registra un punteggio appena sufficiente (6,12).

L’osservazione dei risultati dei singoli indicatori rivela un’informazione emblematica: ad abbassare significativamente il punteggio dell’elemento “rispetto delle esigenze di culto” è la scarsissima presenza di ospedali che si siano dotati di un luogo dedicato alla pratica religiosa per altri culti (punteggio medio di 0,96, pari a sole 5 strutture su 52

rispondenti), a dispetto degli indicatori relativi all’agevolazione del culto cattolico, che risultano soddisfatti pressoché ovunque, registrando i valori più alti tra tutti gli indicatori di questo fattore: la “Possibilità di assistenza religiosa per cattolici (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)” e la “Presenza di Cappella cattolica” hanno infatti ottenuto rispettivamente i punteggi di 10 e 9,81.

Un’ultima considerazione relativamente al primo fattore riguarda il sensibilissimo scarto in termini di punteggio massimo e minimo raggiunti dalle singole strutture ospedaliere partecipanti. Stante un punteggio complessivo del fattore di 6,39, come esposto sopra, sono risultati un ospedale/casa di cura con punteggio di 2,9 ed uno con punteggio di 9,3. Tale risultato, oltre che in termini concreti come dato sulle strutture, va interpretato anche come informazione indicativa della buona capacità discriminante della checklist elaborata.

Anche il fattore 2, “Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura”, contiene elementi di valutazione ed indicatori che riescono a differenziare bene tra loro gli ospedali/case di cura (Tabella 6). A fronte del punteggio medio

Tabella 6 - Fattore 2: “Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura”. Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi

Elementi	media elemento
2.3.2 reparti di degenza “a misura di bambino”	8,85
2.2.2 percorsi interni	8,34
2.2.1 orientamento e segnaletica	8,26
2.1.2 accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto	7,45
2.4.2 comfort delle sale d’attesa	7,16
2.4.1 comfort dei servizi comuni	6,64
2.3.3 comfort alberghiero	6,51
2.3.1 dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	5,71
2.1.1 eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	5,15
PUNTEGGIO MEDIO: 7,12	
PUNTEGGIO MINIMO: 3,6	
PUNTEGGIO MASSIMO: 8,7	

del fattore (7,12), infatti, si è riscontrato un notevole scarto di quasi 5 punti tra la struttura ospedaliera con punteggio inferiore (3,6) e quella con punteggio più alto (8,7).

Interessante la distribuzione dei 9 elementi di questo fattore: molto critico appare il punteggio dell'elemento che indaga l'eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali. Tuttavia il dettaglio dell'andamento dei singoli indicatori e sub-indicatori rivela che l'accessibilità dal punto di vista delle barriere architettoniche è acquisita in tutte le strutture (l'indicatore "Presenza di almeno un percorso accessibile per disabili motori" ha registrato il punteggio massimo, ossia 10). Gli indicatori che abbassano drasticamente la media di tale elemento sono dunque quelli che riguardano l'eliminazione di barriere relative ad altre disabilità, quali quelle sensoriali: gli accorgimenti che consentono ai non-vedenti e agli ipovedenti di accedere ad alcune aree come Centro Prelievi, URP e CUP sono, infatti, pressoché assenti, segnalando la sussistenza di un grave ritardo da parte degli ospedali/case di cura valutati su questo tema.

Un altro risultato degno di interesse è l'elevato punteggio ottenuto dai reparti pediatrici valutati: la presenza di reparti di degenza "a misura di bambino" è l'elemento di questo fattore che ha raggiunto il punteggio più alto, come si

evince dalla Tabella 6 (8,85). Vale la pena, a tal proposito, menzionare alcuni degli indicatori con valutazione migliore, quali la presenza di Unità Operative Pediatriche con "arredi adatti ai bambini", con "pareti e corridoi colorati" e con "specifici elementi decorativi alle pareti": questi tre indicatori sono stati soddisfatti da tutti gli ospedali che accolgono bambini.

Occorre segnalare, per quanto riguarda il fattore in esame, anche l'indicatore con punteggio medio più basso: l'accesso gratuito con rete wireless è ancora un indicatore dal carattere fortemente innovativo, almeno per quanto riguarda le strutture ospedaliere partecipanti (punteggio 0,65).

Per il fattore 3 inerente l'"Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza" (Tabella 7) emerge una valutazione molto buona dell'elemento relativo alla semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni (8,86) e anche il buon livello di accessibilità e fruibilità del sito web (7,41), almeno per quanto riguarda la presenza di informazioni relative ai servizi presenti negli ospedali e agli orari di apertura (disponibili sui siti web di tutte le strutture).

Molto più basso appare invece il grado di agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria (5,67), soprattutto per quel che concerne l'accesso digitale: l'utilizzo della connessione

Tabella 7 - Fattore 3: "Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza". Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi

Elementi	media elemento
3.1.2 semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	8,86
3.2.3 accessibilità e fruibilità del sito web	7,41
3.2.2 accesso alle informazioni	6,40
3.2.1 agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	5,67
3.1.1 semplificazione delle modalità di prenotazione	5,21
PUNTEGGIO MEDIO: 6,71	
PUNTEGGIO MINIMO: 3,7	
PUNTEGGIO MASSIMO: 9,7	

internet per poter consultare la cartella clinica, ricevere online referti di esami diagnostici o per pagare il ticket attraverso ricevitorie risulta ancora molto poco favorito e sfruttato.

La distribuzione dei singoli ospedali/case di cura risulta anche in merito a questo fattore sensibilmente variabile: a fronte di un punteggio medio del fattore di 6,71, è emersa la presenza di ospedali con una valutazione molto scarsa (punteggio singolo più basso: 3,7) e ospedali che hanno raggiunto punteggi ragguardevoli (9,7).

Gli elementi del fattore 4, “Cura della relazione con il paziente e con il cittadino” (Tabella 8) presentano tra loro una limitata variabilità: tra l’elemento con punteggio maggiore e quello con punteggio minore c’è uno scarto non evidente. Tuttavia colpisce che l’elemento con punteggio più basso sia la formazione del personale di contatto, e che quello con valutazione più alta sia un elemento che rileva l’adempimento formale ad obblighi imposti dalle norme: l’elemento assunzione di impegni nei confronti del cittadino riguarda infatti principalmente le caratteristiche della Carta dei Servizi.

Tra gli indicatori con punteggi più elevati, spicca la “realizzazione, negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi quali/quantitativa dei reclami ricevuti dall’URP” che avviene in tutte le struttu-

re partecipanti, sebbene poi il relativo indicatore di controllo riveli che non dappertutto a tale analisi seguano provvedimenti o interventi specifici: l’adozione di una o più azioni e/o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall’analisi dei reclami registra un punteggio medio inferiore (8,89).

Altro risultato interessante che emerge dalla lettura dei singoli indicatori è la “polarizzazione” di due indicatori riguardanti i reparti di ginecologia, rispettivamente al vertice e in coda all’elenco ordinato: gli ospedali che hanno dei punti nascita, a dispetto di una diffusissima cura della preparazione al parto attraverso corsi (punteggio medio di 9,19), non sembrano supportare altrettanto le partorienti per le problematiche in cui possono incorrere nel periodo, tipicamente critico, successivo alla nascita dei loro figli: l’indicatore sulla presenza di corsi sulle problematiche post-partum (prevenzione della depressione, riabilitazione del pavimento pelvico, ecc.) registra lo scarso punteggio di 5,26.

Anche gli indicatori individuati per questo fattore, infine, hanno dimostrato una capacità davvero rilevante di discriminare le strutture valutate, che, nell’ambito di un valore medio raggiunto dal fattore di 6,89, hanno ottenuto punteggi molto variabili, con picchi di 10 e 2,1 per gli ospedali con punteggi massimo e minimo.

**Tabella 8 - Fattore 4: “Cura della relazione con il paziente e con il cittadino”.
Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi**

Elementi	media elemento
4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino	7,46
4.1.2 formazione del personale alla relazione di aiuto	7,17
4.1.1 cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	6,96
4.2.2 accoglienza	6,84
4.2.3 formazione del personale di contatto	6,00
PUNTEGGIO MEDIO: 6,89	
PUNTEGGIO MINIMO: 2,1	
PUNTEGGIO MASSIMO: 10	

Un modello di empowerment organizzativo per la salute mentale

di **Giovanni Caracci***, **Renzo De Stefani**** e **Sara Carzaniga*****

* Dirigente sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

** Direttore del Dipartimento di salute mentale e Responsabile Servizio di salute mentale di Trento (Uo 2 di Psichiatria)

*** Collaboratore di ricerca sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

La seconda linea di attività prevista dal progetto di ricerca corrente 2010 ha avuto come obiettivo la promozione del trasferimento interregionale di un modello di intervento di empowerment organizzativo nell'area della salute mentale, basato sul "sapere esperienziale" di utenti e familiari. Tale obiettivo si colloca nell'ambito delle attività che l'Agenas ha realizzato dal 2007 per adempiere al mandato assegnato dalla Conferenza Unificata¹: per il quale è stata chiamata a promuovere nelle Regioni/PA la pianificazione, gestione e valutazione dei processi di empowerment. La strategia adottata dall'Agenas per promuovere a livello nazionale l'empowerment si è sostanziata nel "Ciclo delle buone pratiche per l'empowerment", un modello di intervento e miglioramento costituito da una serie di azioni sistematiche che vanno dal "Condividere valori, modelli e strumenti", al "Rilevare esperienze significative", al "Trasferire saperi", per "Promuovere azioni". Grazie alla collaborazione del Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment per ciascuna fase del ciclo sono state realizzate attività e prodotti di cui si è accennato nella presentazione generale del progetto di ricerca e che di seguito vengono sinteticamente richiamati.

- **Condivisione dei valori e strumenti.** È stata individuata una definizione ed un modello di analisi di empowerment condiviso a livello nazionale e sulla base di tali elementi teorici è stato costruito uno specifico strumento di rilevazione.
- **Rilevazione esperienze significative.** Le Regioni/PA hanno rilevato attraverso lo specifico strumento 71 esperienze esemplari di empowerment realizzate nei propri territori. Le esperienze, segnalate all'Agenas, sono sta-

¹ Deliberazione Conferenza Unificata del 20-09-2007 Rep. Atto n.73/CU.

te classificate in esperienze volte alla promozione dell'empowerment individuale, organizzativo e di comunità.

- **Trasferimento di saperi.** Le iniziative di empowerment sono state rese disponibili on-line sul sito dell'Agenas in un data-base pubblico (http://www.agenas.it/database_empowerment.htm); per facilitare la diffusione delle conoscenze sono stati realizzati eventi di tipo divulgativo, informativo e formativo a livello regionale, nazionale e internazionale, che hanno coinvolto più di 800 professionisti sanitari.
- **Promozione di azioni.** Poiché il ciclo delle buone pratiche mira, non solo allo scambio delle conoscenze, ma anche ad ampliare le possibilità di azione, l'Agenas si è impegnata a promuovere il trasferimento di iniziative esemplari di empowerment che potessero favorire anche in altri contesti il miglioramento della qualità dei servizi.

La seconda linea di attività, che si descrive in queste ultime pagine del *Focus on*, si colloca esattamente nell'ultima fase del "Ciclo delle buone pratiche per l'empowerment".

UFE - UTENTI FAMILIARI ESPERTI

Nell'ambito delle iniziative di empowerment segnalate dalle Regioni/PA all'Agenas è stata rilevata un'esperienza innovativa costruita sul "sapere esperienziale" di pazienti e familiari, realizzata dalla Provincia Autonoma di Trento, nota con il nome "UFE - Utenti Familiari Esperti". Si tratta di una nuova formula di intervento sul disagio mentale e di promozione della salute nei luoghi di cura, nell'integrazione socio sanitaria e nella comunità, che prevede che utenti e familiari siano messi in condizione di svolgere in modo strutturato e continuativo attività e fornire prestazioni ri-

conosciute in diverse aree del Dipartimento di salute mentale. Questi nuovi esperti traggono dalla malattia e dal loro percorso di cura consapevolezza di un "sapere esperienziale" e sviluppano la capacità di trasmetterlo. La loro competenza si differenzia da quella degli operatori in quanto "esperti per esperienza" anziché per professione, integrandosi in modo complementare (Box 1 - UFE).

Dall'esperienza del Servizio di salute mentale di Trento e dall'approccio del *fare assieme*, che ne caratterizza le pratiche (www.fareassieme.it), sono quindi nati i primi UFE (Utenti Familiari Esperti) italiani e grazie alla loro voglia di creare un collegamento nazionale ed internazionale delle varie esperienze con momenti dedicati alla condivisione. Nasce così nel giugno 2011 la Rete ufologica nazionale.

In questo modello di empowerment organizzativo, il riconoscimento e la valorizzazione del punto di vista e dell'esperienza che l'utente e il familiare hanno consolidato intorno alla malattia, attraverso la responsabilizzazione dell'utente, favorisce non solo la relazione di cura in senso stretto, ma anche la qualità organizzativa e tecnica dei servizi. L'esperienza UFE, oltre a rappresentare un'azione di miglioramento della qualità dei servizi, è caratterizzata dal coinvolgimento dei cittadini/utenti e dal rigore metodologico in tutte le fasi di attuazione, dalla pianificazione, all'implementazione e alla valutazione. Particolare attenzione è stata prestata alla valutazione dei processi e degli esiti dell'iniziativa, anche attraverso la costruzione di strumenti ad hoc in collaborazione con prestigiose istituzioni del mondo della ricerca: tale attenzione ha permesso agli UFE di essere un'esperienza capace di rendere conto dei risultati raggiunti e di come siano stati ottenuti.

Per le motivazioni di cui sopra, si è ritenuto che il modello di empowerment organizzativo

proposto dagli UFE presentasse tutte le caratteristiche necessarie al fine di promuoverne il trasferimento in altri contesti regionali.

Il progetto ha visto la partecipazione delle seguenti quattro Unità di ricerca (Ur):

1. Apss - Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento - Unità operativa 2 (Uo 2) di Psichiatria
2. Azienda Usl di Bologna - Dipartimento di salute mentale (Dsm) e Dipendenze patologiche

3. Azienda Asl n° 8 di Cagliari - Dipartimento di salute mentale (Dsm)

4. Az. Usl Roma B - Dipartimento di salute mentale (Dsm)

Altri Dsm, sebbene non abbiano formalizzato una specifica convenzione con l'Agenzia, hanno preso parte alla ricerca attraverso la disponibilità di professionisti, utenti e familiari (Tabella 1) che hanno permesso il pieno raggiungimento delle finalità di questo progetto.

La metodologia utilizzata si è basata sui criteri

Box I - UFE (Utenti Familiari Esperti)

ATTIVITÀ

Centro di salute mentale

Prima accoglienza al front office e al call center; accompagnamento nelle situazioni di crisi, presenza strutturata nelle équipe territoriali.

Reparto ospedaliero

Presenza nella vita del reparto e accompagnamento nelle situazioni di crisi.

Abitare

Presenza amicale e di accompagnamento diurna e notturna alla Casa del Sole, struttura residenziale che ospita persone con problemi psichici importanti. Presenza nelle abitazioni del fareassieme e nelle convivenze di mutualità. Accompagnamento nelle situazioni di difficoltà domiciliare.

Percorsi di cura

Garante dei percorsi di cura condivisi, strumento per la negoziazione tra utenti, familiari e operatori delle varie fasi del percorso di cura.

Sensibilizzazione

Promozione nelle scuole e nelle comunità di una corretta informazione contro il pregiudizio verso la malattia mentale, attraverso l'organizzazione di eventi e la realizzazione di campagne informative.

Famiglie

Facilitatore nei cicli di incontro con le famiglie, luogo privilegiato per iniziare uno scambio di informazioni e di saperi tra famiglie e Servizio.

EVENTI EXTRA-ORDINARI

2006, Oceano dentro

In barca a vela attraverso l'Atlantico, 10 uomini e donne che hanno inseguito un sogno: dimostrare che anche un equipaggio del Servizio di salute mentale di Trento può arrivare fino alla fine del mondo.

2007, Quel treno speciale per Pechino

208 utenti, familiari, operatori, cittadini attivi, appartenenti ai mondi della salute mentale, provenienti da tutta Italia, sono partiti insieme in treno da Venezia a Pechino in un viaggio indimenticabile, per contrastare il pregiudizio verso la malattia mentale.

2009-2010, Fareassieme la nostra scuola a Muyeye

Una scuola professionale gratuita e aperta a tutti a Muyeye, un villaggio poverissimo del Kenya. I formatori composti da un gruppo numeroso di utenti, familiari, operatori e cittadini della salute mentale di tutta Italia si sono impegnati fattivamente, sia a livello di contribuzione economica sia di presenza personale, in un progetto di cooperazione internazionale, nello specifico nella costruzione di una scuola.

UFE & CTC Settembre 2011

Dalla costa orientale alla costa occidentale, seguendo un itinerario che richiama il mitico "coast to coast" New York Los Angeles, gli utenti e familiari hanno raccontato l'esperienza UFE in diverse università americane e centri di ricerca, per presentare come il protagonismo e il coinvolgimento all'interno dei Servizi sia un valore aggiunto alle pratiche lavorative quotidiane.

della ricerca-azione, con una progettazione partecipata che ha permesso il coinvolgimento attivo degli stakeholder per la condivisione di obiettivi specifici, delle azioni, degli strumenti, delle criticità e delle soluzioni. Il progetto di ricerca si è articolato secondo un piano operativo che ha previsto fasi preliminari e fasi operative, come di seguito illustrato.

Fasi preliminari

Per la realizzazione delle attività è stato costituito un Gruppo di Coordinamento – composto dall’Agenas e dagli esperti dell’Ur Apss di Trento-Uo2 Psichiatria – che ha definito e condiviso

gli obiettivi specifici, il piano dei lavori, le strategie di azione. Il Gruppo di coordinamento ha inoltre provveduto al monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto, affinché fossero rispettati i tempi e le modalità previste dalla ricerca.

Fasi operative

- a. Individuazione dei contesti regionali in cui promuovere il trasferimento del modello di empowerment e reclutamento dei partecipanti.
- b. Progettazione condivisa di eventi di sensibilizzazione/informazione e di percorsi di formazione-intervento, finalizzati alla promozione

Tabella 1 - Partecipanti alla ricerca

Nome	Cognome	REGIONE/ PA - STRUTTURA
UFE - Utenti e Familiari Esperti di Bologna Roma Cagliari Ancona Perugia Palermo		
Salvatore	Biondo	UFE di TRENTO
Piergianni	Burreddu	
Maurizio	Capitano	
Mirella	Gretter	
Adriana	Grisenti	
Claudia	Maistrelli	
Maria Flora	Pancheri	
Giuseppe	Piccolo	
Renzo	De Stefani	
Roberto	Cuni	
Stefania	Arici	
Stefania	Pellegrini	
Lavinia	Rossi	
Angelo	Fioritti	EMILIA-ROMAGNA Az. USL di Bologna DSM e Dip. Pat.
Michele	Filippi	
Erica	Pirazzini	
Paolo	Boccaro	LAZIO Az. USL Roma B DSM
Donatella	La Cava	
Gabriella	Petralito	
Augusto	Contu	SARDEGNA Az. ASL n° 8 di Cagliari DSM
Maria Carla	Montixi	
Miriam	Picciau	
Antonietta	Santus	
Maria Gabriella	Ferrari	MARCHE ASUR n.7 DSM
Maria Cristina	Montanari	
Tiziana	Tommasi	
Patrizia	Lorenzetti	UMBRIA AA.SS.LL.
Deanna	Armellini	
Antonella	Micheletti	DD.SS.MM.
Grazia	Guercetti	
SICILIA ASP Palermo - DSM		

del trasferimento interregionale del modello di intervento "UFE Utenti Familiari Esperti".

- c. Individuazione di metodi e strumenti per il monitoraggio delle attività progettuali e per la valutazione delle azioni previste*
- d. Realizzazione degli eventi di sensibilizzazione/informazione*
- e. Implementazione dei percorsi di formazione-intervento*
- f. Valutazione delle azioni realizzate nelle diverse Regioni*
- g. Diffusione dei risultati attraverso modalità differenziate*

Progettazione condivisa

Acquisita la disponibilità dei referenti invitati a partecipare, è stato avviato un processo di progettazione condivisa che ha permesso di definire le modalità attraverso le quali realizzare gli eventi di sensibilizzazione/informazione ed i percorsi di formazione-intervento. La struttura degli eventi di sensibilizzazione – chiamati “Giornate ufologiche” – è stata definita sulla base di un format da replicare, con i dovuti adattamenti, in tutte le realtà locali. Stessa scelta è stata compiuta rispetto alla struttura dei percorsi di formazione-intervento che ha previsto, oltre alla giornata di sensibilizzazione, un corso di Formazione (“Corso Fareassieme”) strutturato in 16 ore di formazione presso il Dsm individuato e rivolto a circa 80 partecipanti tra operatori, utenti e familiari. Il percorso di formazione-intervento si è concluso con la realizzazione di due stage presso l’Uo 2 Psichiatria di Trento di 12 utenti, familiari e operatori per ogni Dsm, intervallati da un “trasferimento temporaneo” di personale del Dsm di Trento, presso ogni Dsm partecipante.

I risultati attesi secondo gli obiettivi previsti sono stati non solo pienamente raggiunti, ma su-

perati e consistono nelle azioni di seguito sinteticamente descritte.

Realizzazione di tre eventi di sensibilizzazione/informazione sul territorio nazionale

Nonostante i risultati attesi dal progetto prevedessero 3 eventi di sensibilizzazione – da realizzare nel Nord, Centro e Sud Italia – sono stati organizzati sei distinti eventi denominati “Giornate ufologiche” a Palermo, Cagliari, Bologna, Roma, Perugia, Ancona. Il programma delle giornate ha previsto, l’illustrazione da parte dell’Agenas de “Il ciclo delle buone pratiche per l’empowerment”, la rappresentazione da parte di referenti dell’Aps di Trento Uo 2 di Psichiatria del modello di empowerment organizzativo degli UFE, le testimonianze dirette di operatori ed UFE, per proseguire con il racconto degli “attori” locali sulle esperienze già maturate nella specifica realtà e in dibattito sulle prospettive future.

Attuazione di percorsi di formazione-intervento nelle Regioni sede di sperimentazione

I tre Dsm che hanno aderito ai percorsi di formazione-intervento hanno realizzato oltre alla giornata di sensibilizzazione anche il corso di formazione e hanno partecipato agli stage presso l’Aps di Trento. Tra il primo ed il secondo stage che ciascun Dsm ha svolto a Trento, gli operatori e gli UFE di Trento hanno visitato le strutture di appartenenza dei colleghi delle Regioni coinvolte nello stage. Considerando i partecipanti alle giornate di formazione, ai corsi e agli stage, sono state coinvolte circa 500 persone tra utenti, familiari e operatori.

Conclusioni

In conclusione si sottolineano alcuni elementi

di interesse emersi nell'attuazione di questa seconda linea di attività prevista dalla Ricerca Corrente 2010.

- Il progetto si è rivelato efficace nel promuovere il trasferimento del modello di empowerment organizzativo, esemplificato dall'esperienza realizzata dall'Uo 2 Psichiatria dell'Apss di Trento, costruendo tra i diversi portatori di interesse percorsi condivisi di sensibilizzazione e formazione-intervento. Si ritiene opportuno sottolineare che, così come ben colto in ciascuna delle realtà dipartimentali partecipanti alla ricerca, il trasferimento di modelli non deve essere considerato come il tentativo di calare dall'alto modalità organizzative nate in altri contesti. Come ci ricorda la stessa letteratura di settore, infatti, l'empowerment si specifica in relazione al contesto e alla popolazione, assumendo forme differenti per persone diverse (età, fascia sociale, bisogni, ecc.), in contesti diversi (differenze culturali, confini nazionali ecc.).² Per tale motivo, per "promozione del trasferimento di modelli di empowerment" non si intende il replicare con modalità standardizzate una particolare esperienza, ma partire da un'attenta analisi del contesto, dei vincoli e delle risorse disponibili per costruire nella specifica organizzazione, in collaborazione con la comunità locale, il proprio modello di empowerment organizzativo.
- Nell'ambito della salute mentale sono in atto esperienze importanti che sperimentano nuove modalità di collaborazione con

pazienti e familiari per rendere i servizi sempre più rispondenti alle necessità degli utenti. Sebbene il modello realizzato a Trento si caratterizzi per aver dato sistematicità alla presenza dei familiari e degli utenti "dentro" ai servizi, anche in altre realtà regionali si sono sviluppate interessanti iniziative volte a favorire l'empowerment delle organizzazioni, attraverso il riconoscimento delle competenze dei cittadini. Tali iniziative, insieme a quella degli UFE, sono modelli che, con i relativi adattamenti, potrebbero essere utilmente esportati dalla salute mentale alle altre aree dell'assistenza sanitaria. Gli stessi partecipanti alla ricerca, nel seminario finale dedicato alla valutazione condivisa del percorso, hanno concordato sull'importanza del coinvolgere altre organizzazioni, anche non facenti parte del mondo della salute mentale (università, aziende, associazioni culturali, ecc.), in modo da allargare la base di condivisione della cultura del fare insieme, una cultura che rende tangibile il costrutto dell'empowerment inteso come "potere con"³ gli altri. La possibilità di contaminazioni tra i diversi ambiti dell'assistenza e la necessità di aumentare il più possibile il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse sono stati elementi più volte evidenziati nell'ambito delle attività di ricerca.

- Appare, infine, di particolare interesse l'esito finale non previsto del progetto, ovvero l'impegno tra i referenti a mantenere

² Francescato D., Tomai M. (2005), *Psicologia di comunità e mondi del lavoro. Sanità, pubblica amministrazione, azienda e privato sociale*, Carocci Editore, Roma.

³ Kreisberg, S. (1992), *Transforming power: Domination, empowerment, and education*, Albany, NY: State University of New York Press.

una rete tra i diversi Dsm che – come espresso dalle loro stesse parole – permetta “di uscire dall’autoreferenzialità e fungere da stimolo per superare le difficoltà, mettendo a punto nuove azioni”. Tale impegno si è da subito concretizzato in una newsletter inviata a cadenza periodica a tutti i componenti della rete e nell’organizzazione del “1° Incontro della Rete Ufologica Nazionale - Il sapere esperienziale di utenti e

familiari nei Servizi di salute mentale: un concetto astratto o una risorsa concreta?” (Milano, m25 gennaio 2013).

Le parole e lo spirito di iniziativa dei professionisti, dei familiari e degli utenti, particolarmente evidenti anche al termine del progetto di ricerca testimoniano quanto sia sentita la necessità di promuovere reti di conoscenza tra istituzioni, organizzazioni e professionisti che permettano di ampliare le possibilità di azione.



L'impatto della crisi sui sistemi sanitari europei

di **Monica Marzano**
Collaboratrice Agenas

L vecchio welfare state barcolla, ma non crolla sotto i colpi della crisi finanziaria che dal 2007 attanaglia gli Stati dell'Unione Europea. Eppure, il timore che venga compromessa la sostenibilità dei sistemi sanitari europei è tangibile ed aleggia, sebbene in modalità e tempi diversi, nei 27 paesi Ue. Nonostante, fin dagli anni '90, tutti gli Stati, chi prima e chi dopo, abbiano messo in atto politiche di contenimento della spesa sanitaria per far fronte alla crescita di bisogni sanitari dovuti all'invecchiamento della popolazione (problema reale, ma troppo enfatizzato) e per i costi legati alle innovazioni tecnologiche. Ma dal 2007 con la grave emergenza economica qualcosa è cambiato, la sfida attuale è quella di coniugare l'obbligo di fare i conti con una coperta che appare sempre più corta, con la necessità di continuare a garantire i valori universali e solidaristici dei sistemi di protezione sociale che caratterizzano la società europea. Conciliare rigore con equità e solidarietà è il mantra che tiene acceso il dibattito tra i policy maker, come testimonia il convegno organizzato dalla FIASO dal titolo *L'impatto della crisi finanziaria sui sistemi europei: valutazione delle opzioni strategiche e di trade off*. A farsi interprete delle tensioni tra governance economica e governance sanitaria è Willy Palm dell'European Observatory on Health System and Policies, pronto a sottolineare che "i sistemi sanitari europei dalla fine degli anni '80 hanno attuato politiche di contenimento e di efficientizzazione della spe-

sa sanitaria, capaci di mantenere costante il rapporto tra spesa sanitaria e Pil". Tuttavia, la mancanza di crescita del Pil europeo e la fase di stagnazione economica hanno riversato sui sistemi sanitari europei, "restrizioni finanziarie e problematiche del tutto estranee alla dinamica della sanità e riguardanti il sistema economico e finanziario nel suo complesso, mettendo a dura prova il sistema valoriale che regge il welfare solidaristico europeo". Mentre, già oggi gran parte della popolazione europea comincia a fare i conti con condizioni di salute non proprio ottimali, colpa di una visione ragionieristica della sanità che "non tiene in debita considerazione il legame tra salute e progresso economico, ovvero tralascia che investire in salute vuol dire promuovere la ricchezza di un popolo. Infatti, le evidenze scientifiche dimostrano che nei Paesi che più degli altri soffrono le severe imposizioni dettate dalla Troika, si assiste a un circolo vizioso che vede la crisi incidere sullo stato di salute della popolazione, provocando a sua volta una nuova spirale recessiva". Ci si ammala, non ci si cura per mancanza di risorse, non si lavora.

LE TRE OPZIONI

Si ritorna, così al quesito di partenza. Posta la necessità di alleviare la pressione sui budget pubblici, quali sono le strategie da implementare per salvare la sostenibilità del sistema sanitario europeo, colpendo sprechi ed inefficienze, senza compromettere equità e qualità delle prestazioni sanitarie? E soprattutto, quali possono essere le soluzioni per ridurre la domanda di assistenza sanitaria?

Esperti e policy maker studiano tre possibili opzioni, sintetizzate da Sarah Thomson (*Senior Research in Follow in Health Policy and Deputes Director of LSE Health*), nella scelta tra: 1) chi co-

prire? 2) quali servizi garantire? 3) quanta parte dei costi coprire, ipotizzando nuovi oneri per i cittadini? Opzioni che però mostrano, ognuna, per ragioni diverse, limiti e rischi evidenti.

Ipotizzare l'esclusione di una fetta della popolazione, quella che per intenderci gode di un reddito alto, con una conseguenziale espansione della sanità integrativa, comporta come osserva Thomson: "il rischio di forti disuguaglianze nell'approccio ai servizi, come dimostra il caso della Francia, dove si registra uno status sanitario di gran lunga inferiore per chi non dispone dell'assicurazione volontaria privata. Ma soprattutto, è reale il rischio di dover far fronte ad una minore entrata fiscale per lo Stato per una migrazione dal pubblico al privato. Senza contare che le assicurazioni tenderebbero a prediligere utenti giovani e in salute", con i malati cronici e gli over 65, costretti a restare nel sistema sanitario pubblico, che senza adeguate entrate fiscali, offrirebbe prestazioni sanitarie peggiori di quelle attuali.

Garantire soltanto alcuni servizi, escludendo quelli meno vantaggiosi in termini di sprechi e di appropriatezza, "appare difficile da realizzare e anche in questo caso sarebbe difficile assicurare equità e accessibilità alle cure, soprattutto per le fasce più deboli che non sarebbero capaci di far fronte alle spese dell'assicurazione volontaria". Infine, non consente risparmi netti e significativi per le casse pubbliche.

Quanto all'introduzione di nuovi oneri, come dimostrato dall'esperienza di diversi stati europei si tratta di "strumenti già spuntati, con un effetto selettivo limitato, incapaci di incidere sull'inappropriatezza prescrittiva, oltre a determinare risultati indesiderati per i cittadini meno abbienti, che rinuncerebbero a visite mediche con una possibile impennata del tasso di mortalità".

L'IMPATTO DELLA CRISI IN ITALIA

Intanto, anche l'Italia alle prese con spending review, manovre finanziarie e restrizioni varie, che hanno comportato un grave definanziamento della sanità, teme pericolose ricadute per la tenuta del sistema sanitario nazionale. Di certo il comparto soffre del tributo che ha dovuto versare per consentire conti in regola. “Eppure – osserva Giovanni Bissoni, Presidente dell'Agenas – il sistema sanitario nazionale per molti parametri, in primis l'universalismo, resta tra i migliori al mondo, la spesa sanitaria italiana è tra le più basse d'Europa e persino la Corte dei Conti ha riconosciuto che è il comparto della pubblica amministrazione che ha maggiormente innovato e dimostrato capacità di governare la spesa”. Certo, resta il nodo del gap tra Nord e Sud “con un Paese diviso a metà per quel che riguarda la qualità dei servizi erogati, con un Centro-Sud non in linea con i parametri europei e che sancisce il fallimento dei Piani di rientro, troppo attenti a far quadrare i conti, anche a costo di penalizzare la qualità e i diritti dei cittadini”. Mentre diventa sempre più concreta l'eventualità che, a causa della riduzione di risorse destinate alla sanità e a furia di tagli lineari, anche le Regioni virtuose vadano in soffe-

renza e incontrino difficoltà a coniugare equilibrio economico e qualità dei servizi”. Volendo, si può guardare alla crisi come un'opportunità e una sfida da raccogliere, “rafforzando ulteriormente il processo di innovazione organizzativa e gestionale a partire dal riordino ospedaliero e delle cure territoriali”. Ma la domanda di fondo resta: quanto lo Stato intende investire in Sanità? Tutta l'innovazione e l'efficienza non basteranno da sole a far tornare i conti “se non nell'ambito di un Patto tra le Regioni e lo Stato capace di garantire un equilibrio maggiore tra esigenze di bilanci e miglioramento dei servizi; se non si ricoprirà la dignità delle politiche sanitarie e non si rafforzeranno le funzioni di indirizzo del Ministero della salute, che deve essere effettivamente responsabile delle politiche sanitarie del Paese, esercitate nell'ambito delle compatibilità finanziarie; se non riaffermeremo con forza che spetta alla politica dire come intende conciliare la compatibilità con il rispetto degli art. 32 e l'art. 3 della Costituzione, il quale recita: “È compito della Repubblica rimuovere ostacoli economici e sociali che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini”. Insomma, è soltanto questione di scelte politiche.

Negli ultimi 20 anni sono aumentati i malati in Italia?

I dati dell'indagine multiscopo Istat dal 1993 al 2011

di **Cesare Cislighi*** e **Fulvio Moirano****

* Coordinatore scientifico, attività e ricerche economico sanitarie - Agenas

** Direttore Agenas

Il problema della crescita della spesa sanitaria a causa dell'invecchiamento è un tema ricorrente e già molto dibattuto. C'è chi pensa che il sistema sanitario non potrà reggersi in futuro a causa principalmente dell'invecchiamento della popolazione ed invece chi ritiene, almeno per questo fattore, che il sistema sanitario non avrà eccessivi contraccolpi.

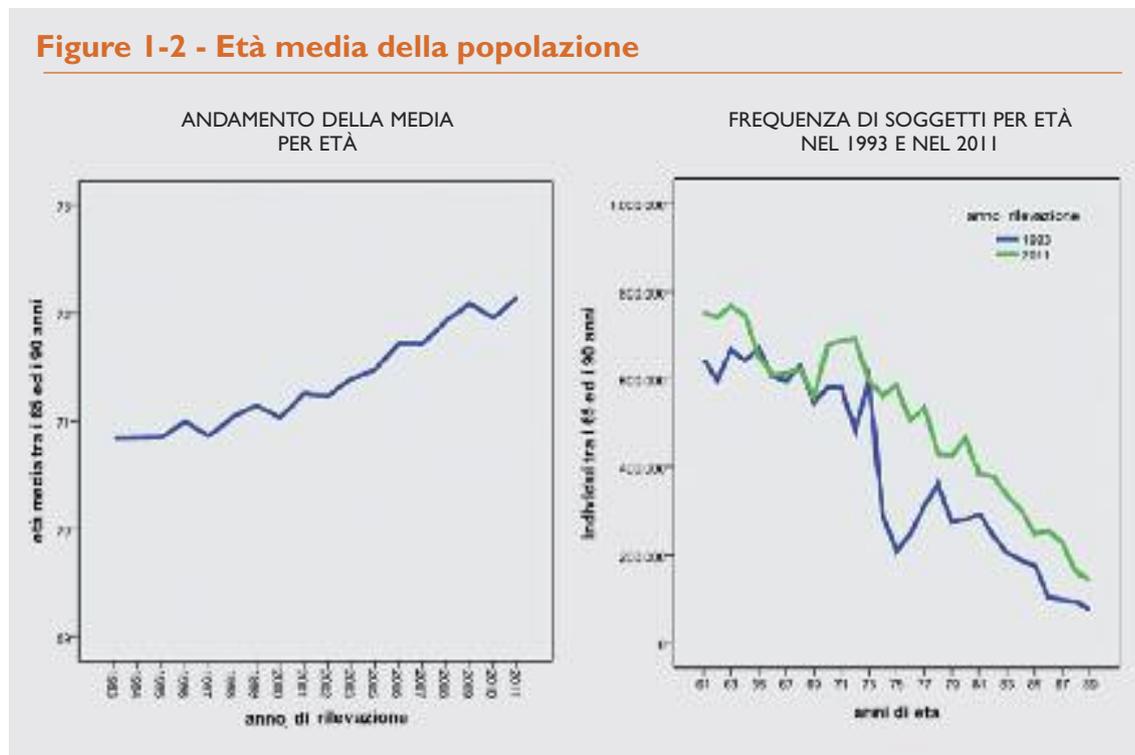
Con questa nota non si vuole certo dare una risposta definitiva, ma semplicemente si intende ragionare sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat sulle condizioni di vita che viene effettuata dal 1993 e da allora riporta i dati raccolti su circa un milione di soggetti. I dati evidenziano logicamente una certa variabilità campionaria però non eccessiva, essendo effettivamente i campioni annuali di circa 50.000 soggetti. Si sono qui considerati solo i soggetti tra i 65 ed i 90 anni di età, età in cui maggiormente si manifestano le patologie croniche.

La prima osservazione è ciò che è successo nelle classi di età; la figura 1 evidenzia l'andamento dell'età media nella popolazione tra i 65 ed i 90 anni di età dal 1993 al 2012.

L'incremento della media supera l'anno, cioè da meno dei 71 anni a più dei 72; la figura 2 invece mostra il numero di individui alle stesse classi di età e si riconferma che non solo la media per età è aumentata, ma aumentano anche il numero dei soggetti praticamente per tutte le classi annuali di età. Si faccia attenzione a non dare troppa importanza alle variabilità annuali dovute sicuramente anche, come già detto, alla variabilità campionaria.

Gli anziani quindi in questi vent'anni sono aumentati sia in proporzione sia in valore assoluto e quindi è del tutto legittimo chiedersi: ma i malati crescono

Figure I-2 - Età media della popolazione



di più, di meno o rimangono costanti, e questo sia proporzionalmente sia in valore assoluto.

L'indagine Istat chiede agli intervistati se essi siano portatori di diverse patologie croniche, di cui alcune si possono ritenere ben definite, come l'infarto o i tumori, altre molto meno, come le artriti o le bronchiti, altre ancora più che patologie sono sintomatologie, come l'ipertensione. Le risposte sono ovviamente soggettive e non hanno alcun riscontro diagnostico, pur tuttavia si deve considerare che il sistema sanitario subisce l'impatto della domanda di assistenza che è funzione di quanto i soggetti ritengono di aver bisogno e quindi le risposte soggettive sono una buona misura di questo impatto e quindi dei conseguenti costi assistenziali.

Considerando la presenza nei soggetti di una o più delle patologie maggiormente rilevanti tra quelle elencate (non si sono ad esempio considerate le allergie, le artriti, ecc.), si è calcolato il

tasso di cronicità per età riportato in figura 3 ed il numero di soggetti con almeno una patologia cronica mostrato dalla figura 4.

Ciò che è evidente è come il tasso di cronicità "grezzo 65-90 anni" tenda a diminuire e, quindi, poiché le età delle popolazioni aumentano, una sua eventuale standardizzazione per età evidenzerebbe un'ancor maggiore diminuzione nel tempo, dato che ovviamente i più anziani sono anche i più malati, come risulta chiaramente anche dalla figura 5.

A 60 anni riferiscono di avere almeno una patologia cronica il 35% circa degli intervistati di tutto il ventennio, mentre a 90 anni la percentuale arriva a superare il 60%; è poi ovvio che, invece, il numero di soggetti cronici diminuisca con l'età al diminuire dei sopravvissuti e così la frequenza massima si raggiunga a 72 anni; si osservi che il numero di soggetti è una stima campionaria e riguarda la somma degli italiani vi-

venti in 18 anni (nel 2004 l'indagine non è stata effettuata); ciò significa che a 65 anni ci sono poco più di 200.000 cronici, a 72 anni poco meno di 300.000 e a novant'anni solo 50.000.

Già questi primi dati ci mostrano che il numero di soggetti cronici non è cresciuto enormemente

in questi ultimi vent'anni e semmai il problema è il rapporto tra i soggetti cronici di età 65-90 ed i soggetti attivi tra i 25 ed i 65 anni di età, che ne devono sostenere i costi con il loro contributo economico. Dai dati dell'indagine però non emerge un rapporto sfavorevole e sembra che esso riman-

Figure 3-4 - Trend di cronicità

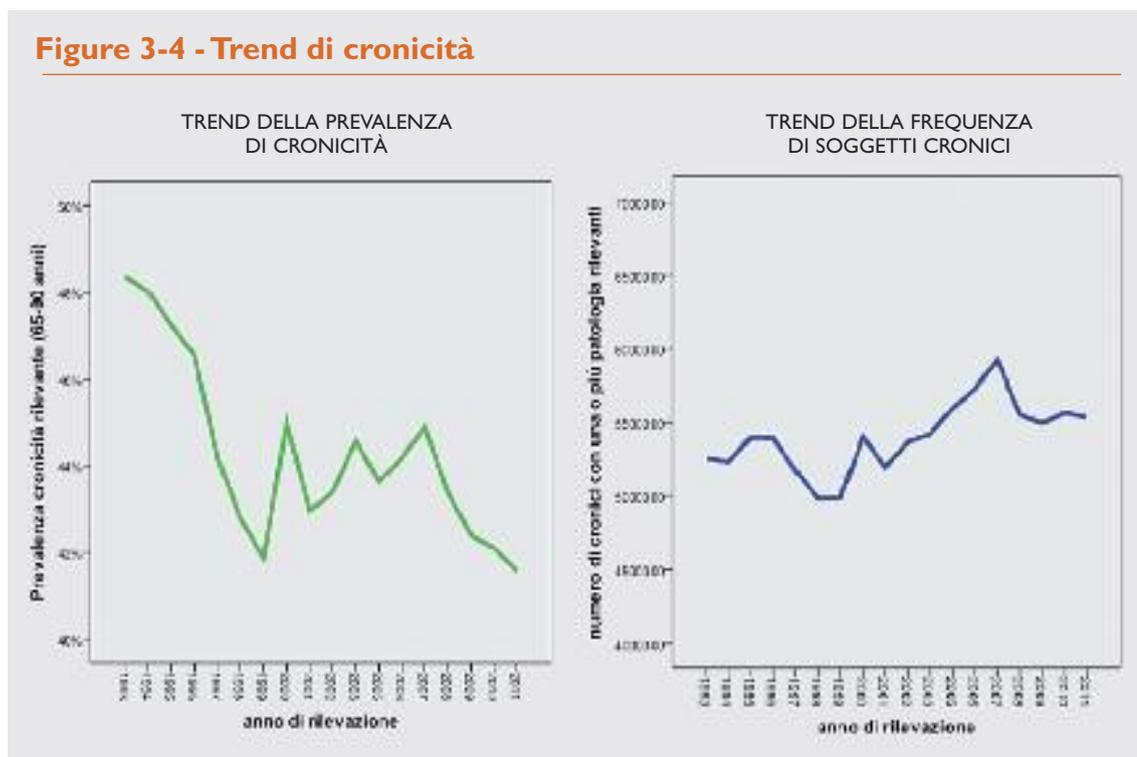
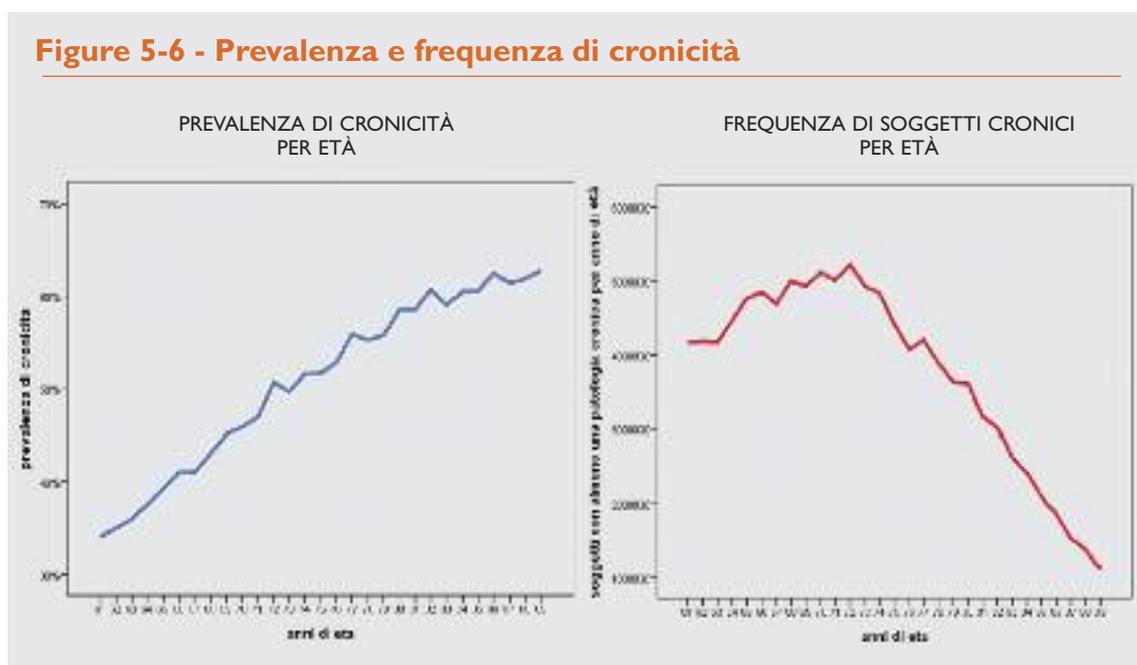


Figure 5-6 - Prevalenza e frequenza di cronicità



Negli ultimi 20 anni sono aumentati i malati in Italia?

ga pressoché costante, come da figura 7.

È opportuno a questo punto analizzare i dati dell'indagine relativi a ciascuna delle patologie indagate, chiedendosi innanzitutto quale sia stato il

trend delle prevalenze per ciascuna di esse dal 1993 al 2011 secondo le risposte date dagli intervistati.

Ci sono patologie (Figura 8) che evidenziano una chiara diminuzione, e, tra queste, segnaliamo

Figura 7 - Soggetti attivi in età tra i 25 ed i 65 anni e soggetti cronici tra i 65 ed i 90 anni di età

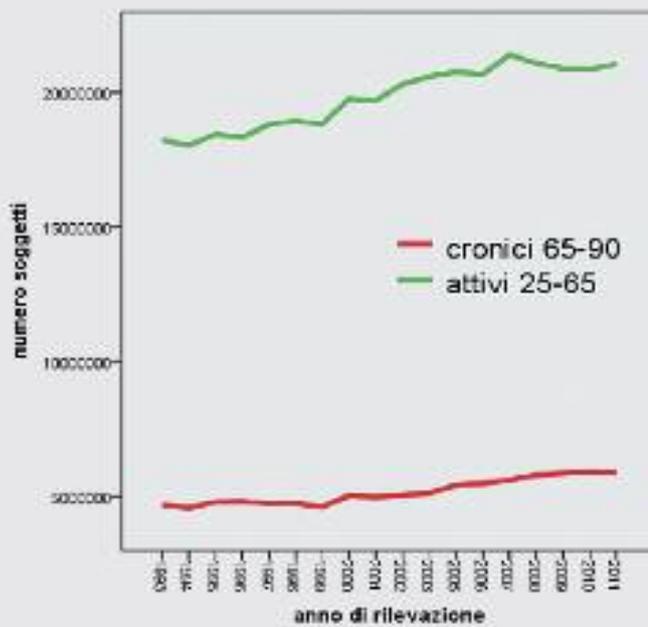
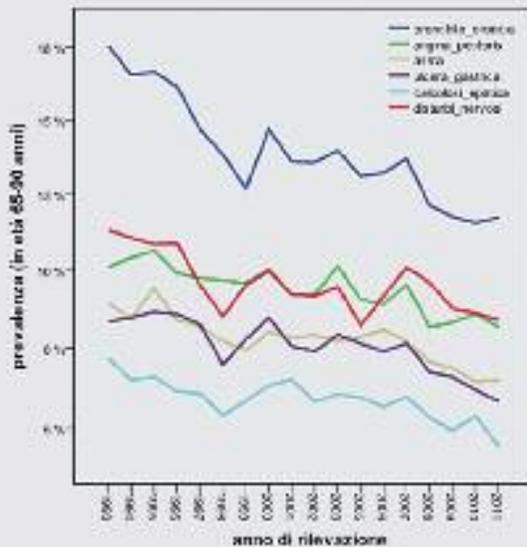
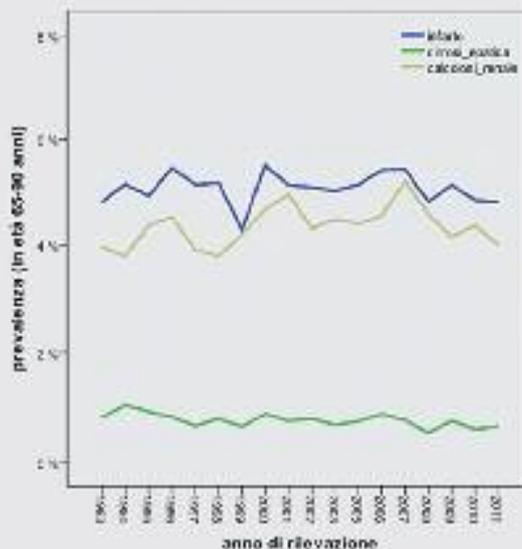


Figure 8-9 - Trend delle patologie

TREND DI PREVALENZE IN DIMINUZIONE



TREND DI PREVALENZE STAZIONARIE



ad esempio l'asma, l'angina e l'ulcera gastrica. Anche la bronchite cronica risulta in forte diminuzione, tuttavia per questa patologia, come anche per altre, potrebbe essere intervenuta una maggior consapevolezza sulla diagnosi dei propri disturbi.

Altre patologie, tra cui l'infarto e la cirrosi, mostrano invece (Figura 9) un trend completamente piatto, segno di una prevalenza rimasta costante nella popolazione durante tutto il ventennio 1993-2011.

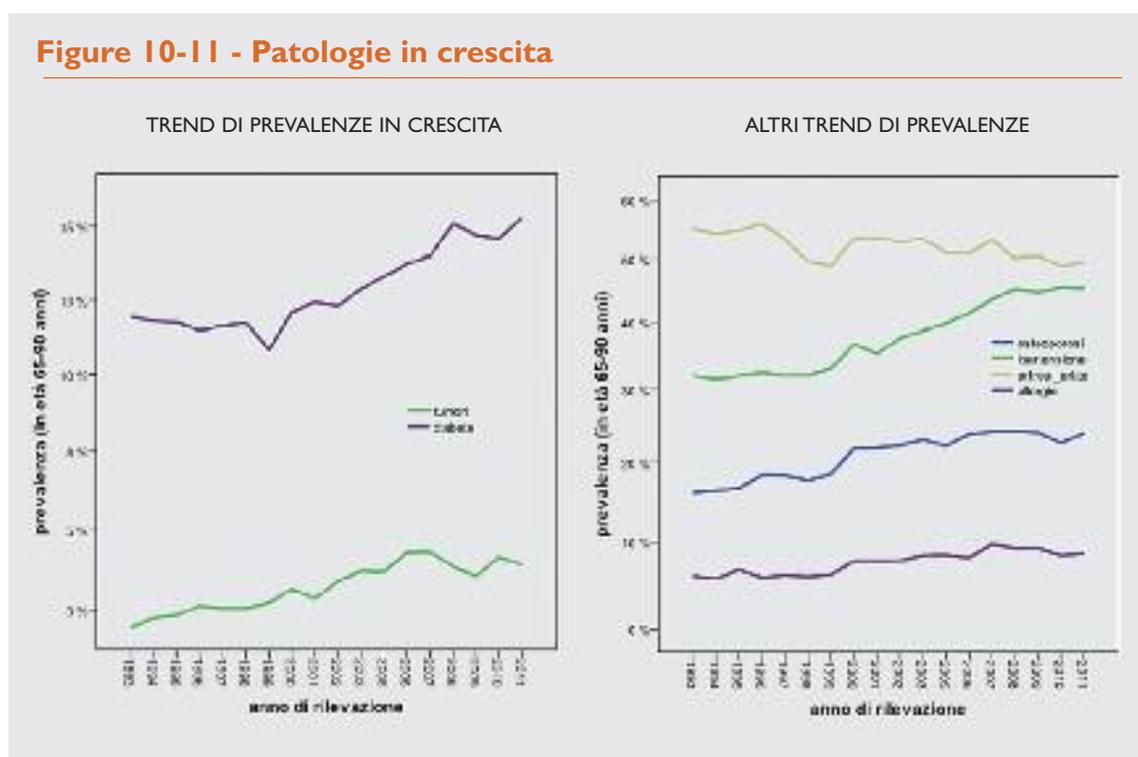
Diversamente ci sono alcune patologie che evidenziano una prevalenza in netta crescita (figura 10), in particolare il diabete ed i tumori; per altre (figura 11), anch'esse prevalentemente in crescita, si può ritenere che sia aumentata più il riscontro diagnostico che la malattia (ipertensione ed osteoporosi) o che nel tempo sia cambiato il modo di chiamare la stessa sintomatologia.

In ogni caso le uniche due patologie che evidenziano una crescita delle percentuali di segnalazione negli intervistati in età tra i 65 e gli

89 anni di età sono il diabete ed i tumori. A questo punto è doveroso chiedersi se il numero dei malati cronici per le diverse patologie sia cresciuto in valore assoluto o meno, poiché, ovviamente, la spesa assistenziale è funzione di questo valore, che dipende sia dalla prevalenza sia dal numero dei soggetti delle varie età.

Il trend dei numeri assoluti non stravolge i trend delle prevalenze anche se, essendo il numero di soggetti in crescita, tende ad aumentare la tendenza. Ciò comunque che si evidenzia (Figura 12) è una decisa crescita di soggetti con tumore ed una leggera crescita di soggetti che hanno avuto un infarto, mentre quasi tutte le altre patologie evidenziano o una diminuzione o una stazionarietà; fa eccezione l'ipertensione (Figura 13), ma di questa patologia (o solo sintomo?) già si è detto sulla causa dell'aumento dovuto probabilmente ad una maggior pratica diagnostica. Qualcosa si deve commentare anche in relazione alla crescita dei tumori che può es-

Figure 10-I I - Patologie in crescita



sere dovuta anch'essa, almeno in parte, ad una maggior consapevolezza della diagnosi della malattia, un tempo maggiormente taciuta ai soggetti malati.

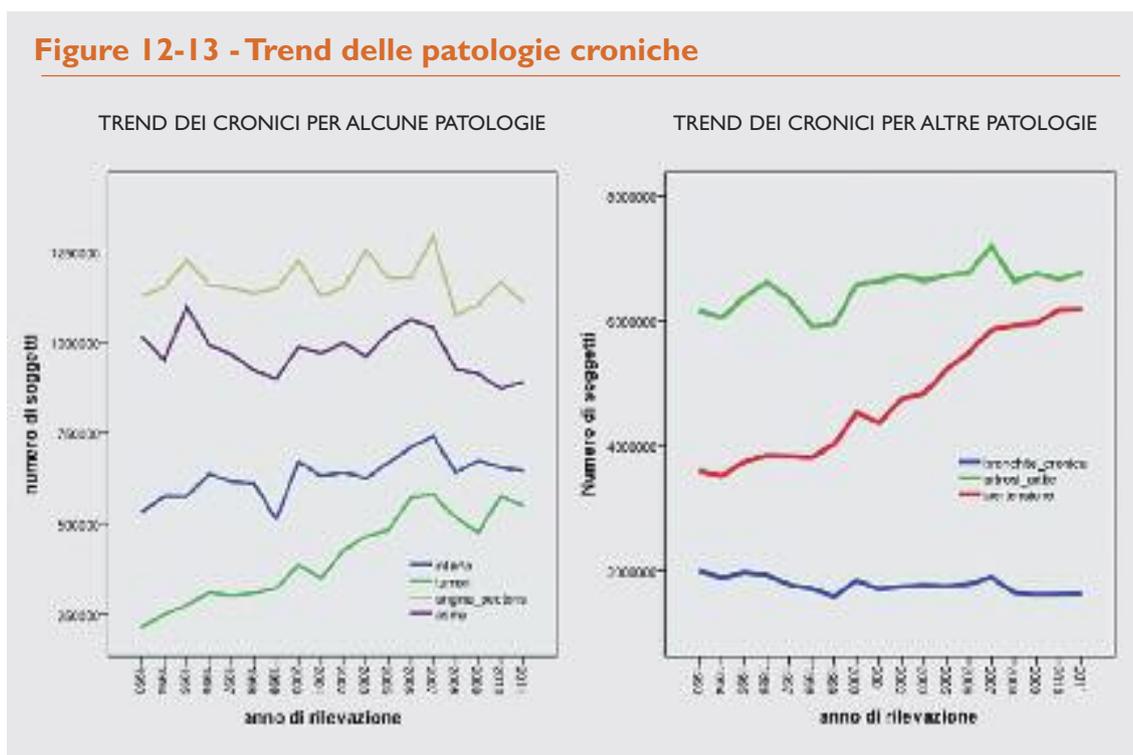
Non si vuole a questo punto trarre delle vere conclusioni, ma solo osservare come i dati dell'Indagine Multiscopo Istat non evidenzino dal 1993 al 2011 una crescita importante di soggetti anziani bisognosi di assistenza medica, ma fondamentalmente una stazionarietà o una leggerissima crescita, come sembra risultare dalla Figura 4 e dalle seguenti.

Ciò non vuol dire che la spesa sanitaria non tenderà a lievitare, ma la causa principale non sembra che possa diventare l'invecchiamento, mentre sicuramente costituirà un fattore più rilevante il progresso tecnologico, che introduce procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più costose. Si consideri anche che negli ultimi decenni si è osservata una crescita dei valori delle attività riguardanti soprattutto gli anziani, e si

pensi ad esempio alla chirurgia, dalla quale un tempo la popolazione più anziana era quasi esclusa. Al contrario attualmente le nuove tecnologie riguardano sempre più la popolazione di mezza età o comunque meno vecchia ed in prospettiva, si pensi agli scenari creati dalla genomica, potrebbero avere un impatto molto forte soprattutto sulle popolazioni giovani.

Un diverso discorso riguarderà il problema socio assistenziale con una crescita sicuramente dei costi della popolazione anziana, ma, per quanto riguarda la spesa sanitaria in senso stretto, non si ritiene che possa più di tanto aumentare in funzione dell'invecchiamento della popolazione. D'altra parte, da ormai molti anni si dice che l'invecchiamento creerà problemi di compatibilità economica del sistema sanitario e questi problemi, sinora, se si considera solo il numero di soggetti bisognosi di assistenza, non sono stati rilevati, mentre sono stati constatati a riguardo dei costi crescenti delle nuove tecnologie.

Figure 12-13 - Trend delle patologie croniche



Vent'anni della riforma del pubblico impiego: istantanee dalle aziende sanitarie

di **Paolo Michelutti***, **Fulvio Moirano****, **Giuseppe Della Rocca*** e **Ragnar Gullstrand***

* Collaboratore Agenas

** Direttore Agenas

68

monitor

A vent'anni di distanza dalla riforma del pubblico impiego ci siamo chiesti se siano migliorate l'efficienza e la razionalità della spesa del personale del Ssn. I dirigenti sono tutti responsabilizzati e valutati sui risultati raggiunti? Le procedure e le regole sono trasparenti e pubbliche? Le retribuzioni dei singoli lavoratori sono congruenti in relazione alle prestazioni fornite? Qual è il grado di flessibilità nell'utilizzo di un infermiere in un'azienda sanitaria di oggi? Come si sono evolute le relazioni sindacali e quanto incidono nella gestione dei rapporti di lavoro? Le aziende sanitarie come gestiscono la formazione e come sviluppano le competenze individuali dei loro dipendenti? Le opportunità di carriera, di crescita professionale e di sviluppo possono considerarsi "pari" tra i generi?

Queste sono alcune riflessioni che scaturiscono dagli obiettivi della riforma del pubblico impiego in occasione dei vent'anni della sua "nascita": era il 3 febbraio 1993, e il Presidente della Repubblica Scalfaro emanava il decreto legislativo n. 29 "Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (per un dettaglio dei principi perseguiti dal decreto si veda il Box 1). Da allora, con vari interventi normativi a modifica e integrazione della riforma che ancora oggi si susseguono, i "primari" sono diventati direttori di struttura complessa, gli "assistenti medici" sono diventati dirigenti *con incarico di natura professionale*, le relazioni sindacali sono diventate un nodo cruciale della gestione del personale sia a livello nazionale sia a livello regionale e sia a livello aziendale, il Controllo di Gestione una funzione presente in tutte o quasi le realtà aziendali, il sistema di formazione Ecm una realtà consolidata, gli incentivi di produttività, le retribuzioni di posizione e di risultato, un cruciale di ogni dipendente del Ssn.

Rispetto a questi temi, su cui Agenas ha intrapreso negli anni una serie di iniziative e di progetti di studio, analisi, supporto e sviluppo, la domanda che la ricorrenza del ventennale impone è: con riferimento agli obiettivi che la riforma si poneva, *quanto* e *come* oggi è stato realizzato dalle aziende sanitarie e dai sistemi sanitari regionali? Approfittando dei primi risultati disponibili della ricerca “*Sviluppo del performance management nelle aziende sanitarie: analisi dei sistemi premianti e dello stile direzionale in rapporto al clima interno e alla soddisfazione dell’utenza*”, condotta da Agenas a partire dalla fine del 2011 e tuttora in corso (la ricerca è stata presentata nel n. 30 di *Monitor*), si proverà a fornire una prima risposta a questa domanda, in particolare per quanto riguarda quegli elementi della riforma legati alla valorizzazione delle *performance* (ge-

stione per obiettivi, valutazione individuale, incentivazione economica) che nelle aziende sanitarie, in confronto ad altre pubbliche amministrazioni, hanno avuto una maggiore spinta propulsiva e una più piena applicazione.

Proprio questi elementi, dopo essere stati ulteriormente normati e rafforzati dalla contrattazione collettiva nazionale di lavoro negli anni '90 e primi anni 2000, sono stati oggetto di nuova e viva attenzione da parte del legislatore con il D.Lgs. 150/2009 (cosiddetta riforma Brunetta) e ancora recentemente con il decreto legge 518/2012 (cosiddetto decreto Balduzzi) a riprova di un primo elemento che la ricerca mette in luce e che qui anticipiamo: passati vent'anni, la riforma non può ancora dirsi compiuta. Non si parla di fallimento, dei passi in avanti sono stati fatti e qualcosa nelle aziende

¹ Rossini G. (2012), *Ciclo delle performance del management sanitario*, *Monitor*, n. 30: 43-50.

Box I - Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29

Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Finalità del decreto:

- accrescere l'efficienza delle amministrazioni;
- razionalizzare il costo del lavoro pubblico;
- integrazione della disciplina del lavoro pubblico con quella del lavoro privato.

Principi introdotti dal decreto:

- regolazione contrattuale dei rapporti di lavoro;
- obiettivi, programmi e verifica dei risultati della gestione;
- responsabilità dirigenziale della gestione e dei relativi risultati;
- organizzazione degli uffici al fine di assicurare l'economicità, speditezza e rispondenza al pubblico interesse dell'azione amministrativa;
- poteri del privato datore di lavoro, per l'organizzazione e la gestione dei rapporti di lavoro;
- comunicazione interna ed esterna ed interconnessione mediante sistemi informatici e statistici pubblici;
- trasparenza, attraverso l'istituzione di apposite strutture per l'informazione ai cittadini;
- armonizzazione degli orari di servizio, di apertura degli uffici e di lavoro con le esigenze dell'utenza;
- responsabilità e collaborazione di tutto il personale per il risultato dell'attività lavorativa;
- flessibilità nell'organizzazione degli uffici e nella gestione delle risorse umane;
- parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro;
- formazione e aggiornamento del personale;
- spesa per il proprio personale evidente, certa e prevedibile nella evoluzione;
- informazione alle rappresentanze sindacali sulla qualità dell'ambiente di lavoro e sulle misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro; su loro richiesta, nei casi previsti, incontro per l'esame delle predette materie, ferme restando l'autonoma determinazione definitiva e la responsabilità dei dirigenti nelle stesse materie.

sanitarie esiste, anche se le realtà sono molto diverse e diversamente sviluppate. Ma la riforma non può neanche dirsi ancora pienamente realizzata, nonostante la grande attenzione del legislatore. Quindi due prime considerazioni: innanzitutto, l'innovazione ha stentato a realizzarsi, ma permangono le ragioni che l'hanno resa necessaria; in secondo luogo, per realizzare processi di cambiamento di tale portata nel settore pubblico la spinta normativa è necessaria ma non è sufficiente. Che fare?

PERFORMANCE MANAGEMENT: ISTANTANEE DALLE AZIENDE SANITARIE

Di seguito si descrivono brevemente, e in forma anonima, alcuni casi aziendali, sia *good* sia *bad practice*, tratti dalla citata ricerca Agenas ancora in corso sul tema del *performance management*. In particolare si evidenziano i comportamenti che l'azienda ha assunto nel corso del 2010 relativamente alle fasi del ciclo delle performance²: la definizione e l'assegnazione degli obiettivi; il collegamento obiettivi-risorse; il monitoraggio in itinere; la misurazione e la valutazione; l'utilizzo dei sistemi premianti; la rendicontazione dei risultati che dà luogo a sua volta ad un nuovo ciclo per la definizione e l'assegnazione di nuovi obiettivi.

Azienda 1

La prima azienda è un'Asl con un'estensione provinciale e circa 2.500 dipendenti.

Il ciclo delle performance, di periodicità annuale, comincia con gli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale e coinvolge, a cascata, tutti i dipendenti, sia della diri-

genza sia del comparto. In particolare, un ruolo forte è giocato dai direttori di dipartimento che, ricevuti gli obiettivi dalla Direzione, li negoziano personalmente con i singoli responsabili delle strutture a loro afferenti. A loro volta i responsabili delle strutture coinvolgono gli altri dirigenti e alcune figure del comparto, assegnando ad ognuno di loro degli obiettivi individuali. Il tutto con un sistema di pesi e di indicatori sufficientemente flessibile da poter "personalizzare" gli obiettivi sui diversi ruoli della struttura. La fase di assegnazione dura, dal momento della ricezione degli obiettivi aziendali dalla Regione (marzo 2010) al momento di assegnazione degli obiettivi al singolo individuo (luglio 2010), quattro mesi. La Regione ha un sistema di obiettivi molto "forte" per cui l'Azienda deve aspettare la loro assegnazione per avviare il ciclo al suo interno: questo fattore le fa scontare però un certo ritardo nell'assegnare gli obiettivi alle singole persone che li ricevono all'inizio del secondo semestre.

Il ciclo di valutazione è altrettanto strutturato. Tutti i dipendenti sono valutati sugli obiettivi assegnati, oltre che su alcuni comportamenti organizzativi, che però sono uguali per tutti. La valutazione riferita all'anno 2009, è avvenuta per il personale del comparto a maggio 2010, mentre per i dirigenti, unitamente alla valutazione degli obiettivi di budget assegnati alle strutture, a luglio 2010. Gli obiettivi di budget sono stati valutati dal Nucleo di Valutazione con un buon grado di differenziazione, anche se con risultati molto sbilanciati verso l'alto: metà delle strutture hanno una media di raggiungimento uguale

² Il ciclo delle performance è inserito, quale riferimento normativo, nel D.Lgs. 150/2009, ma è stato sistematizzato per la prima volta, quale teoria manageriale, da Peter Drucker nel 1954 con la teoria del "management by objectives" (Peter Drucker, "The Practice of Management", 1954).

o superiore al 95%, un terzo ha risultati compresi tra l'80 e il 95 per cento, e il resto delle strutture ha una media di risultati inferiore all'80%.

Il grado di differenziazione dei risultati di budget trova corrispondenza in un buon grado di differenziazione della retribuzione di risultato dei dirigenti medici dell'Azienda (Figura 1). Tale differenziazione nella remunerazione è frutto di una valutazione differenziata che tiene conto, oltre che del raggiungimento degli obiettivi di struttura, del raggiungimento degli obiettivi individuali e della valutazione comportamentale. La media della retribuzione di risultato procapite è di circa 4.000 euro. Alla quota di retribuzione di risultato assegnata al dirigente medico corrisponde un monte ore annuo aggiuntivo che questi deve garantire all'Azienda per poter percepire l'incentivo.

Analogo andamento distributivo lo si trova nella remunerazione degli incentivi di produttività per il personale del comparto, con quote procapite che variano da zero a 4.000 euro e una media di circa 1.600 euro procapite (per quanto riguarda il personale di categoria D). In

questo caso la differenziazione è frutto dell'impegno orario del dipendente (ogni tipo di assenza costituisce "decurtazione" di incentivo), della valutazione comportamentale, del raggiungimento di eventuali obiettivi individuali, ma anche di una certa "pesatura" assegnata dalla Direzione alla struttura di appartenenza e al ruolo ricoperto.

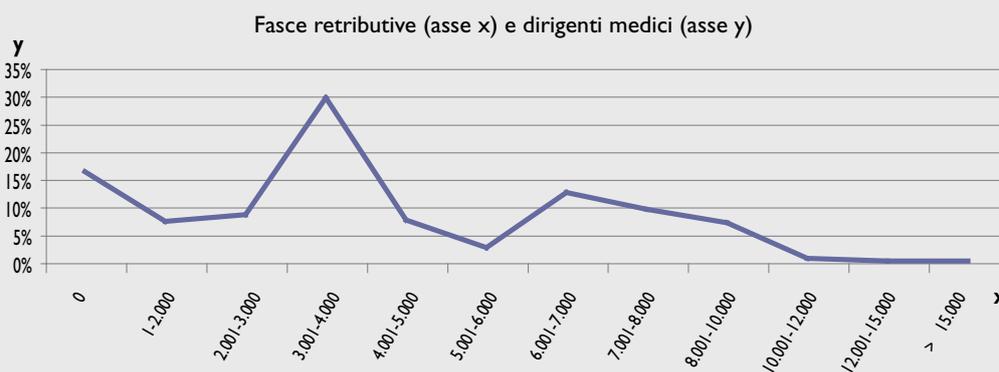
Si sottolinea infine che in questa azienda gli incentivi economici, sia della dirigenza sia del comparto, non vengono remunerati in quote anticipate, ma in un'unica soluzione successivamente alla valutazione delle performance dell'anno di riferimento.

Azienda 2

La seconda azienda è nuovamente un'Asl con un'estensione provinciale e circa 3.500 dipendenti.

Il ciclo delle performance nel 2010 ha preso avvio dalla definizione degli obiettivi ad opera del Comitato di budget aziendale che, a inizio anno, ha coinvolto le strutture in un processo bottom-up chiedendo loro di fare delle proposte di obiettivi per l'anno in corso. Tali propo-

Figura 1 - Distribuzione retribuzione di risultato dirigenti medici - Azienda 1



ste sono state poi discusse e validate dall'Azienda che ha integrato con alcuni suoi obiettivi di carattere economico finanziario. Poco significativa invece la presenza di obiettivi declinati "a cascata" dagli indirizzi regionali, in quanto generici e non del tutto pertinenti con l'attività dell'Azienda. Gli obiettivi così definiti sono stati negoziati dalla Direzione aziendale con le prime linee organizzative, ossia le direzioni dei presidi ospedalieri e la Direzione dei distretti territoriali; in una seconda fase, questi ultimi, insieme con la Direzione aziendale, hanno assegnato gli obiettivi alle strutture entro il mese di aprile 2010. Gli obiettivi, inerenti il contenimento della spesa, una forte spinta verso il miglioramento dell'appropriatezza clinica, il potenziamento di alcuni servizi, il miglioramento della produttività, sono caratterizzati da contenuti sufficientemente sfidanti da non prevedere in modo scontato il raggiungimento pieno a fine anno.

La valutazione degli obiettivi di budget ad opera del Nucleo di Valutazione conferma la natura sfidante degli obiettivi con circa la metà delle strutture che ottiene delle medie di risultato

degli obiettivi di budget inferiori all'80% (Figura 2). L'attività di valutazione si ferma però al livello di struttura e non è sviluppata a livello individuale, né per la dirigenza né per il comparto: non vengono assegnati, e quindi neanche valutati, obiettivi individuali o indicatori comportamentali.

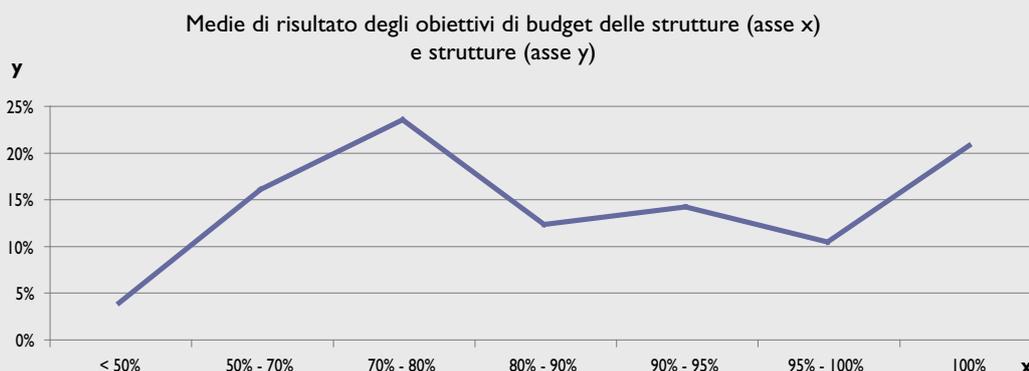
Vengono comunque corrisposti gli incentivi economici legati alla produttività e al risultato ma, nonostante la differenziazione nella valutazione degli obiettivi di budget e a fronte di una mancanza di valutazione individuale, la loro distribuzione è pressoché "a pioggia": circa 2.000 euro per i medici e circa 1.000 euro per il comparto di cat. D. Minime variazioni si registrano solo a causa del diverso impegno orario.

Anche in questo caso gli incentivi sono pagati in un'unica soluzione dopo la valutazione degli obiettivi di budget dell'anno considerato.

Azienda 3

La terza e ultima struttura, di cui si riportano alcune osservazioni, è un'Azienda ospedaliera con più di 4.000 dipendenti.

Figura 2 - Valutazione obiettivi di budget delle strutture - Azienda 2



Anche in questo caso il ciclo delle performance comincia con l'assegnazione degli obiettivi alle strutture, la quale però, in questo caso, avviene a ottobre 2010, ad anno quindi quasi finito. Gli obiettivi assegnati tengono conto degli obiettivi regionali assegnati per quell'anno alle aziende a maggio 2010. L'assegnazione non avviene tramite negoziazione, ma attraverso una comunicazione rivolta direttamente ai direttori di struttura (complessa e semplice a valenza dipartimentale). Il processo di assegnazione degli obiettivi si ferma alle strutture: sia ai dirigenti sia al comparto non sono assegnati specifici obiettivi né di equipe né individuali.

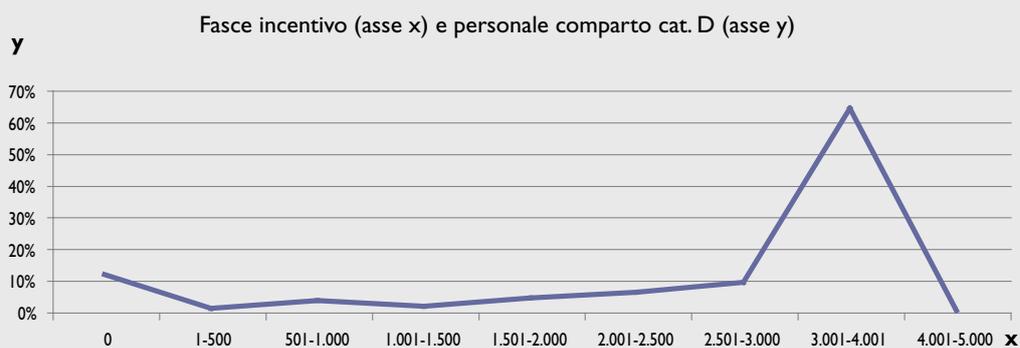
La valutazione degli obiettivi di budget ad opera del Nucleo di Valutazione vede una buona differenziazione di punteggi medi, ma comunque tutti superiori all'80%. Tuttavia è emerso che la valutazione positiva viene attribuita a tutte le strutture che raggiungono il punteggio minimo dell'80%; nel caso in cui la struttura raggiunga un valore leggermente inferiore si cerca di capirne le ragioni e si tende a portarla all'80%. Se le strutture raggiungono almeno l'80%, hanno diritto al 100% del budget (fondo) previsto

come incentivo per la struttura. Il personale è invece valutato sulla base di una scheda che riporta alcuni comportamenti organizzativi uguali per tutti.

In conseguenza del regolamento sulla distribuzione dei fondi e delle valutazioni comportamentali tendenzialmente tutte positive, gli incentivi sono generalmente livellati sulla stessa cifra. Per il personale del comparto di categoria D la media procapite è di quasi 3.000 euro e decurtazioni avvengono praticamente solo sulla base di impegni orari ridotti. Nella Figura 3 si può vedere l'andamento della distribuzione "verso l'alto".

Maggiore invece la differenziazione della retribuzione di risultato tra i dirigenti medici, con una media procapite intorno ai 5.000 euro corrisposta a circa un terzo dei dipendenti di questa qualifica, ma con una variabilità da 0 a 15.000 euro per gli altri casi. La differenziazione è comunque dovuta a un sistema di "pesi" che assegna a priori un incentivo più alto a persone che appartengono a determinate strutture o che assumono determinati incarichi e non ad una valutazione meritocratica.

Figura 3 - Distribuzione incentivo di produttività - comparto cat. D - Azienda 3



Gli incentivi, così definiti, sono retribuiti sia per la dirigenza sia per il comparto in acconti mensili pari all'80% dell'incentivo totale.

TRA REALE E IDEALE

Una presentazione esaustiva dei primi risultati della ricerca *“Sviluppo del performance management nelle aziende sanitarie: analisi dei sistemi premianti e dello stile direzionale in rapporto al clima interno e alla soddisfazione dell'utenza”*³, da cui sono state tratte le istantanee sopra riportate, si è svolta durante un seminario, tenutosi il 19 settembre 2012 e organizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, *“La valutazione della performance nelle amministrazioni pubbliche: un primo bilancio”*. In seguito a questo evento è stato redatto un articolo *“Performance Management nel Servizio Sanitario Nazionale: una analisi del grado di efficacia del ciclo delle performance nella valutazione degli obiettivi e nella gestione delle retribuzioni”* (Moirano F., 2012) pubblicato sulla rivista *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni* (ed. Giuffrè).

A completamento del quadro sopra abbozzato, si riportano le considerazioni conclusive della relazione.

Il reale

- Dalla ricerca emerge che più del 90% delle aziende assegna alle proprie strutture gli obiettivi di budget, ma una buona parte

(quasi il 50%) lo fa in tempi non congrui (oltre il primo quadrimestre). Rientrano in questi casi l'Azienda 1 e l'Azienda 3. Fino a che punto le tempistiche del processo influiscono sull'efficacia? È noto infatti che gli obiettivi devono innanzitutto essere conosciuti e discussi nei primi mesi dell'anno. I tempi, in questo senso, individuano la capacità dell'azienda di programmare, individuare ex ante gli obiettivi (e non durante l'intera annualità) dare alla valutazione una logica stringente e rigorosa al fine della gestione dell'insieme dell'azienda.

- Il processo a cascata di assegnazione degli obiettivi, tipico del ciclo delle performance (che nel caso delle aziende sanitarie comincia con gli obiettivi assegnati dalla Regione alle Direzioni aziendali, poi da queste alle strutture, attraverso il sistema di budget, e infine da quest'ultime ai singoli dirigenti e operatori del comparto), presenta diverse incongruenze e mancanze:
 - a. un quarto delle aziende riceve gli obiettivi regionali dopo il primo quadrimestre dell'anno (il caso dell'Azienda 3);
 - b. il 40% delle aziende non assegna obiettivi individuali ai propri dirigenti (il caso dell'Azienda 2 e dell'Azienda 3);
 - c. il 50% delle aziende non assegna obiet-

³ Il programma della ricerca in questione viene svolto nell'ambito del ruolo che Agenas ha nel contribuire, come previsto dalla normativa, alla valutazione della prestazione delle strutture e del personale della Pubblica amministrazione. Questa ricerca si sofferma sulle procedure gestionali e sulle politiche retributive e si rifà ad una prima indagine esplorativa, iniziata nel 2011, su alcuni casi regionali ed aziendali (*Analisi del rapporto tra prestazioni e retribuzioni nel Ssn alla luce del D.Lgs 150/2009*). I dati sono stati raccolti su una scheda - questionario, somministrata a tutte le Aziende Sanitarie su tutto il territorio nazionale e a cui hanno risposto circa il 75%. Sulla base delle risposte fornite sono state individuate 50 realtà aziendali su cui sono stati fatti degli approfondimenti sul campo al fine di individuare delle buone pratiche gestionali. Le fasi successive della ricerca saranno di tipo qualitativo: di individuazione e approfondimento dei casi di successo; di elaborazione di modelli di gestione, di formazione in laboratori di apprendimento in modo da individuare percorsi di miglioramento e motivazionali; di analisi delle condizioni socio professionali e di carriera dei direttori generali delle aziende sanitarie; di analisi di clima interno e di soddisfazione dell'utenza delle aziende di successo.

tivi individuali al personale del comparto (il caso dell'azienda 2 e dell'Azienda 3)⁴.

- Le aziende, quando devono valutare i risultati delle strutture, mantengono giudizi medio alti e allo stesso tempo differenziano poco. Ben il 45% delle strutture aziendali, in media, raggiunge gli obiettivi al cento per cento; il 30% ha risultati compresi tra il 90% e il 99%; solo l'1% ha risultati inferiori al 50%. Una ragione è sicuramente legata alla "necessità" di non decurtare gli incentivi della dirigenza e del comparto: tipico, in questo senso, il caso dell'Azienda 3, in cui i risultati sono mantenuti tutti sopra l'80% per evitare decurtazione di incentivi.
- La retribuzione del personale dirigente medico (non gestionale) in pochi casi risulta essere inquadrato nel sistema di performance management. Non solo il 40% delle aziende non assegna obiettivi ai dirigenti come prima evidenziato, ma vi è scarsa correlazione tra la valutazione degli obiettivi di budget e gli incentivi ottenuti (nuovamente il caso dell'Azienda 2 e dell'Azienda 3). Inoltre si sottolinea l'assoluta disparità di risorse a disposizione delle aziende per premiare i propri dirigenti: si va da aziende con premi di circa 1.000 euro in media procapite (o anche meno) ad aziende con 10.000 euro in media procapite, senza che ciò sia minimamente correlato ai risultati ottenuti dall'Azienda stessa.

- Gli incentivi del personale del comparto in molti casi presentano un buon grado di differenziazione, tuttavia le retribuzioni hanno una correlazione non significativa con la prestazione e la valutazione degli obiettivi dell'organizzazione; al contrario, i fattori di maggiore differenziazione sembrano essere i "progetti obiettivo" oltre che la presenza e la qualifica professionale; mentre incide poco nell'incentivazione la valutazione comportamentale o delle competenze. Non sempre le aziende con risorse (fondi contrattuali) maggiori sono quelle che differenziano di più. Anche in questo caso, come per la dirigenza, vi è notevole disparità tra le aziende in ordine alla disponibilità economica per incentivare il proprio personale: per gli operatori di categoria D si va, in media, da 250 euro procapite a più di 4.000 euro procapite.

L'ideale

Torniamo per un attimo al decreto n. 29 del 1993. Esso esigeva dalle neonate aziende sanitarie di "gestire" con i poteri del privato datore di lavoro le proprie risorse umane, fornendo altresì un quadro dettagliato di principi attraverso cui esercitare tale potere:

- flessibilità nell'uso;
- efficienza e razionalità nella spesa;
- responsabilità nei risultati;
- parità nelle opportunità;
- trasparenza nelle procedure;
- congruità (in relazione alle prestazioni for-

⁴ In merito a questi due ultimi aspetti, da un punto di vista della gestione, vi è chi ritiene difficile attribuire obiettivi a tutto il personale e/o ritiene più importante definire bene e monitorare gli obiettivi di struttura e lasciare ad altre forme di valutazione, come ad esempio la valutazione delle competenze, il compito di verificare il livello di prestazione individuale. Il termine prestazione si riferisce infatti a più modalità ed indicatori: obiettivi di risultato o di budget propri di una logica MBO (Management By Objective) ma anche competenze individuali, attività supplementari da svolgere, non propriamente richiamati dal budget, in alcuni casi ripresi come "progetti-obiettivo".

nite) nelle retribuzioni;

- confronto e dialettica sindacale nella gestione dei rapporti di lavoro;
- formazione e sviluppo nelle competenze individuali.

Il fine ultimo, così come dichiarato al comma 1 dell'art. 1, era di accrescere l'efficienza delle amministrazioni, razionalizzare il costo del lavoro pubblico e armonizzare la disciplina del lavoro pubblico con quella del lavoro privato.

Quanto è distante la realtà sopra descritta rispetto agli obiettivi posti dalla riforma, in particolare in merito alla responsabilità sui risultati e la congruità nelle retribuzioni? La misura di tale distanza probabilmente può essere data proprio dalla necessità di rafforzare, ribadire e a tratti ridefinire a livello normativo questi concetti.

Nei vent'anni successivi infatti vari interventi legislativi hanno modificato, integrato, definitivamente sostituito quell'impianto normativo. Gli ultimi due, in ordine cronologico:

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, dal titolo "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", più conosciuto come "Riforma Brunetta", che, sulla base di un'analisi dei risultati e degli effettivi prodotti dalla riforma del pubblico impiego partita nel 1993, ha tentato un rilancio dell'azione riformatrice ponendo una serie di correttivi e di enfasi ai principi definiti nel decreto n. 29 (per esempio, maggiore enfasi sulla trasparenza e comunicazione, così come sulla responsabilità dei risultati e nella congruità delle retribuzioni; oppure limitazione degli ambiti del confronto sindacale) confermando però gli

obiettivi che si era posto il legislatore vent'anni prima, ossia aumento dell'efficienza, ottimizzazione della produttività (rispetto al costo), avvicinamento delle caratteristiche (disciplina, strumenti, retribuzione) del lavoro pubblico al lavoro privato;

- il decreto legge n. 518 del 13 settembre 2012 convertito con legge n. 189 del 8 novembre 2012 che, ribadendo l'importanza della valutazione delle performance per il percorso di carriera del dirigente sanitario, ribadisce: *"i dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione secondo le modalità definite dalle Regioni sulla base della normativa vigente in materia per le pubbliche amministrazioni. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, nonché registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. L'esito positivo della valutazione determina la conferma dell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo"*.

Proprio la "Riforma Brunetta" con la sua azione di rilancio, nel confermare la necessità di riformare il lavoro pubblico in relazione al lavoro privato, evidenzia lacune e criticità degli interventi normativi pregressi e, in qualche modo, porta a domandarsi in merito alla capacità dello strumento normativo in quanto tale, di innovare realmente e incisivamente le modalità di gestione del personale delle aziende pubbliche.

CHE COSA MANCA?

Cosa manca e cosa è mancato per poter realizzare pienamente il percorso di cambiamento e innovazione del pubblico impiego in sanità tracciato a più riprese dalle norme e dai contratti collettivi di lavoro?

Diversi studi hanno individuato e analizzato quali possono essere le cause di tale insuccesso e, più in generale, le difficoltà di introdurre managerialità nel settore pubblico: resistenze culturali, approcci burocratici ai temi proposti, ingerenza della politica, difficoltà a misurare fenomeni qualitativi quali sono le prestazioni di cura e assistenza, meccanismi di *spoil system* che non garantiscono la continuità nelle politiche di innovazione introdotte dalle direzioni aziendali, ecc. Qui si vuole porre l'attenzione su due aspetti che, per opinione di chi scrive, costituiscono, se non governati, ulteriore impedimento alla realizzazione piena della riforma del pubblico impiego.

Un governo del cambiamento

Perché si deve valutare? Una domanda semplice ma che, se fatta oggi nelle aziende sanitarie, rischia, spesso, di non ottenere risposte. Questo perché il tema della valutazione, così come la gestione per obiettivi, l'incentivazione economica dei risultati e gli altri temi analizzati nei paragrafi precedenti sono stati introdotti nelle aziende sanitarie con obbligo normativo, senza che fosse stato fatto emergere il bisogno e l'esigenza dal basso. Contrariamente a quanto affermano le teorie del *change management* che invece suggeriscono un coinvolgimento pieno di chi è oggetto delle azioni di cambiamento. Per esempio, John Kotter, in "A force for a change: How leadership differs from management" (1990), definisce i seguenti otto passaggi da compiere per assicurare un successo al cambiamento:

- stabilire un senso di urgenza, affinché le persone coinvolte percepiscano il problema e comincino a cercare delle soluzioni;
- creare una coalizione, che inizi a ragionare sul problema, raccogliendo commenti, opinioni e punti di vista;
- sviluppare una vision chiara, che indirizzi i comportamenti e gli sforzi di chi è stato coinvolto nel problema;
- condividere la vision con le persone anche attraverso alcuni primi fatti concreti e prime realizzazioni del cambiamento;
- autorizzare la gente ad eliminare gli ostacoli, realizzando così il pieno coinvolgimento delle persone che si sentono protagoniste e aiutano l'organizzazione a diffondere i risultati e ad analizzare i problemi;
- assicurare le vittorie di breve durata, comunicando e promuovendo i primi successi ottenuti e rilanciando con ulteriori realizzazioni;
- consolidare e continuare a muoversi, definendo standard e procedure e ponendo enfasi sui risultati;
- ancorare i cambiamenti, attraverso una revisione degli standard e delle procedure e una successiva loro applicazione.

Quante volte nelle aziende sanitarie, sulla spinta dell'obbligo normativo, l'innovazione è stata subito oggetto e definizione di standard e procedure, senza che venissero seguiti i necessari passi per coinvolgere le persone, con la conseguenza di avere i *cassetti pieni* di progetti mai realizzati o iniziati ma, di fronte alle prime difficoltà, abbandonati?

Una politica del personale

Le aziende sanitarie, anche sulla spinta normativa, hanno sviluppato diversi approcci alla

gestione delle risorse umane. La persona che lavora oggi in un'azienda sanitaria infatti, qualsiasi sia la forma contrattuale che regola il suo rapporto di lavoro, è oggetto di vari "approcci" gestionali che possiamo così sintetizzare:

- **amministrativo**, ossia l'approccio *storico* al personale, finalizzato all'inquadramento normativo e contrattuale del lavoratore all'interno dell'azienda, tipicamente gestito dall'ufficio o struttura di "amministrazione del personale", con tipica logica *weberiana* di organizzazione burocratica;
- **sindacale**, ossia l'approccio dialettico delle trattative e dei negoziati, con i rappresentanti sindacali dei lavoratori da una parte, *professionisti* nella tutela dei diritti e nelle rivendicazioni dei lavoratori, e la delegazione trattante di parte pubblica dall'altra, con composizione, spesso non costante e formazione non specifica, di manager e dirigenti aziendali;
- **economico**, ossia l'approccio distaccato e ferreo dei numeri, finalizzato, in questi tempi di Piani di rientro, disavanzi di bilancio e austerità, al contenimento della spesa del personale attraverso varie soluzioni (blocco del turn over, revisione delle dotazioni organiche, accorpamenti aziendali e conseguenti riorganizzazioni del lavoro, la revisione dei fondi contrattuali, ecc.);
- **formativo**, ossia l'approccio più eclettico, guidato dal programma nazionale di Educazione continua in medicina, impegnato nello sviluppo delle competenze dei professionisti della sanità, quale *mission* più nobile, e nell'erogazione dei crediti formativi agli stessi, quale attività più burocratica;
- **tutelante (della sicurezza)**, ossia l'ap-

proccio preventivo, della salute e della sicurezza sul lavoro, regolamentato dal D. Lgs. 81/2008 (conosciuto come Testo Unico Sicurezza Lavoro), e gestito da una serie di professionisti della materia (RSPP, medico competente, servizi di medicina del lavoro e di psicologia, ecc.), e costellato da una serie di obblighi, regole, prescrizioni;

- **professionale**, ossia l'approccio corporativo, con riferimenti esterni alle aziende (il 70% dei dipendenti del Ssn sono iscritti a ordini, albi e collegi) e interni (direzioni mediche, direzioni infermieristiche e delle professioni sanitarie) deputati, i primi, a certificare le competenze, i secondi, a regolare e organizzare il lavoro, in un settore in cui l'autonomia professionale del lavoratore è tale da spingere quest'ultimo all'auto-gestione (quantomeno per gli aspetti di formazione e aggiornamento, se non anche nello sviluppo della carriera e a volte nell'organizzazione del lavoro).

Più che parlare di gestione delle risorse umane è necessario parlare di "gestioni" delle risorse umane nelle aziende sanitarie. Le funzioni descritte infatti hanno come target gli stessi soggetti (i lavoratori) ma sono gestiti da diversi servizi con competenze e culture diverse. Tale eterogeneità di approcci però ha portato spesso a una gestione "frammentata" del capitale umano con conseguenti risultati inefficaci; la mancanza di una sinergia tra i vari orientamenti e metodi è stata poi spesso la causa del fallimento di iniziative e progetti di cambiamento. È necessario quindi che le aziende sanitarie possano sviluppare un approccio "integrato" alla gestione del capitale umano, ossia avere una politica del *personale*, finalizzata a:

- valorizzare l'autonomia regolamentare dell'azienda;
- separare le responsabilità tra organi di governo e rappresentanze sindacali, con relazioni sindacali basate su ampia partecipazione ma limitata contrattazione;
- ricerca di risparmi di spesa nell'ambito dei limiti di bilancio;
- sviluppo del merito a scapito dell'anzianità, attraverso la diffusione di sistemi di valutazione delle prestazioni⁵.

CAMBIARE È DIFFICILE, NON FARLO È PEGGIO

Per concludere, si espongono due proposte progettuali in carico ad Agenas.

1. La ricerca “*Sviluppo del performance management nelle aziende sanitarie [...]*” prosegue con l'approfondimento delle buone pratiche gestionali individuate nella prima parte della ricerca in una ventina di aziende sanitarie sul territorio nazionale. L'obiettivo è di individuare le condizioni e le caratteristiche che hanno permesso lo sviluppo delle buone pratiche gestionali in quelle specifiche aziende (tra cui sarà analizzato in particolare il ruolo e il profilo del Direttore Generale, il clima organizzativo e il grado di soddisfazione dell'utenza), per poi, all'interno di laboratori di apprendimento, coinvolgere le aziende che vogliono sviluppare dei sistemi di gestione delle risorse umane più efficaci e definire insieme a loro dei

percorsi di cambiamento su cui accompagnarli, in una piena ottica di *change management*.

2. Insieme alla diffusione e promozione delle buone pratiche nella gestione delle risorse umane, una recente proposta progettuale Agenas, prospetta anche di monitorare gli aspetti quantitativi del capitale umano delle aziende sanitarie (costo del personale, quantità e composizione del personale, quantità e tipologia dei servizi erogati): gli aspetti qualitativi e gli aspetti quantitativi, monitorati costantemente, andranno a costruire un “*osservatorio delle risorse umane nelle aziende del Ssn e delle relative buone pratiche di gestione*” rivolto a:

- a. le Direzioni generali e i responsabili del personale delle aziende sanitarie del Ssn al fine di fornire loro uno strumento per costruire e sviluppare politiche di gestione (reclutamento, retribuzione e valorizzazione) del proprio capitale umano integrate all'interno dell'azienda e coerenti con le politiche regionali e nazionali;
- b. le Direzioni regionali al fine di sviluppare politiche regionali del personale delle Asr e supportare le Asr nell'implementazione di tali politiche.

Tali proposte vanno nella direzione auspicata nel paragrafo precedente, nella consapevolezza che le difficoltà e gli ostacoli al cambiamento a cui si è fatto cenno continuano ad esistere, ma che cambiare è possibile e, soprattutto, è necessario!

⁵ Tratto da Ruffini R., *La definizione delle politiche del personale, working paper, Ce.PA. - Formez, 2003.*