

3. **Esperienze di benchmark nella sanità italiana: pratiche di valutazione e monitoraggio della partnership**

di **Angela Guarcini e Alessio Timperi¹**

L'analisi delle esperienze relative al coinvolgimento del cittadino spesso può portare a risultati deludenti: infatti la partecipazione ad un gruppo di decisione non è sempre garanzia di una effettiva partecipazione alle decisioni da parte del cittadino.

Dietro alla volontà di voler consultare la comunità si possono celare difficoltà che non permettono un reale *empowerment* del cittadino.

Differenze culturali, presenze di forti interessi economici, regole burocratiche, sono tutti sbarramenti ad una effettiva "partecipazione" da parte del cittadino.

Tuttavia non mancano esperienze interessanti su questi temi nel nostro paese. Infatti, in Italia la partecipazione è diventato un tema centrale della politica sanitaria e non mancano esperienze da analizzare.

Cresce inoltre l'esigenza di processi di monitoraggio delle esperienze delle aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, svolte da angolazioni diverse e sulla base di indicatori differenziati, per poter misurare in modo efficace i risultati espressi.

Confronto e monitoraggio servono per aiutare le stesse aziende sanitarie ed i SSR a misurarsi per individuare la propria posizione rispetto alle medie di sistema, rispetto agli obiettivi di politica sanitaria, nazionali e regionali, rispetto alle stesse tipologie aziendali (aziende ospedaliere, aziende sanitarie locali, aziende policlinici, IRCSS, etc.).

Da queste esperienze sono nate banche dati e sono state identificate le migliori pratiche aziendali che hanno consentito di individuare gli strumenti per garantire la migliore forma possibile di *governance* in sanità.

Le esperienze di seguito considerate sono suddivise in esperienze di circoli di benchmark nazionali tra aziende sanitarie di Regioni diverse e in esperienze regionali tra aziende sanitarie di singole Regioni.

¹ Ricercatore dell'Osservatorio sulle Pratiche della Sanità italiana-SIQuAS, www.osservatoriosanita.it, ex allievo Master "Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie", edizione anno 2005.

A livello Nazionale sono state prese in esame le seguenti esperienze:

- "Confrontarsi per migliorare" progetto promosso dall'Azienda Ospedaliera "Sant'Orsola Malpighi" di Bologna, a cui hanno partecipato 9 aziende sanitarie per definire e testare un modello di analisi della "customer satisfaction" e dell' "employee",
- "Audit Civico"(Cittadinanzattiva, Tribunale dei Diritti del Malato),
- "Campagna Ospedale Sicuro" (Cittadinanzattiva -Tribunale dei Diritti del Malato).

Le esperienze regionali esaminate sono state:

- "Benchmarking dei reclami nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche". Strumenti per la valutazione della qualità percepita,
- "Il sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie toscane" (Regione Toscana, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa),
- L'Accreditamento "Joint Commission" in Lombardia. Finalità e risultati preliminari delle esperienze italiane,
- MCQ negli ospedali della Sicilia. (Regione Sicilia - CEFPAS, Caltanissetta),
- Il Miglioramento Continuo della Qualità in Sanità nella Regione Veneto e il progetto regionale sperimentale per l'accreditamento di eccellenza nell'ULSS n.1 di Belluno,
- L'esperienza EFQM dell' APSS di Trento: un sistema integrato di governance.

3.1. Confrontarsi per migliorare le prassi, le risorse ed i risultati: un progetto di confronto tra Aziende Sanitarie

L'esperienza ha preso avvio nel 2001 a seguito di una iniziativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola - Malpighi, che nell'ambito dello sviluppo del proprio sistema di gestione per la qualità, ha ritenuto importante attivare strumenti di confronto affidabili per disporre di riferimenti e di dati per avviare processi di miglioramento, con l'obiettivo di una continua crescita della qualità del servizio erogato.

L'iniziativa si inserisce inoltre in un momento in cui molte strutture sanitarie profondono sforzi per seguire le indicazioni legislative, spesso tra di loro differenti tra Regione e Regione, ed ha, tra l'altro, l'obiettivo di evitare che l'attenzione sia posta sul *modello* piuttosto che sul *risultato* ottenuto o da ottenere.

Infatti, in questi ultimi anni la sensibilità delle strutture sanitarie verso temi in qualche modo associati o associabili alla "qualità delle prestazioni e del servizio" è cresciuta rapidamente; altrettanto rapidamente si sono diffusi modelli apparentemente differenti spesso in contrapposizione formale più che di sostanza, per la "necessità" di ognuno di affermare la propria visione ed il proprio approccio.

Così la ricchezza culturale che deriva dalla differenza è diventata, a volte, ostacolo alla diffusione della cultura dell'orientamento all'utente e del miglioramento continuo nell'interesse del paziente e delle altre parti interessate.

Il progetto si propone quindi anche di dimostrare indirettamente che non esiste un approccio vincente rispetto ad un altro, ma che piuttosto ogni azione, purché inserita in un progetto complessivo e adeguata alla realtà in cui ci si muove, può essere utile per spingere le organizzazioni verso il cambiamento culturale e di mentalità che è alla base della capacità dei sistemi di gestione per la qualità di originare i risultati per i quali vengono inseriti nelle diverse realtà.

Comprendere fino a che punto l'attenzione a questi temi sia veramente diventata una "necessità" dell'alta direzione o non si tratti piuttosto di una "moda" da seguire perché questo è ciò che sta accadendo nel resto del mondo, è difficile e non fa parte degli obiettivi di questo contributo.

Ciò che è invece importante è che attraverso l'esperienza presentata non sono probabilmente stati raggiunti tutti gli obiettivi originari ma certamente si è avuta la possibilità di disporre di informazioni utili per guidare il cambiamento verso una direzione più chiara, costruendo anche il punto di partenza per esperienze più settoriali ma altrettanto importanti per i singoli partecipanti.

Il progetto prevede sia la misurazione della soddisfazione dell'utente, sia la misurazione della soddisfazione del personale.

Il progetto è partito dalla considerazione che in molte aziende sanitarie si stanno sperimentando e applicando strumenti di misurazione di diverse dimensioni ritenute significative ai fini del miglioramento da introdurre nell'organizzazione.

Il gruppo di lavoro del progetto aveva preso avvio nel 2001 a seguito di un iniziativa dell'Azienda Ospedaliera di Bologna S. Orsola Malpighi.

Il metodo impiegato dal gruppo, poi replicato anche per la misurazione della soddisfazione del personale prevedeva le seguenti fasi:

- costruzione e validazione dello strumento da impiegare (questionario da somministrare);
- validazione del modello di elaborazione da applicare
- programmazione delle fasi e delle modalità da applicare per la misurazione, in modo da calare nella realtà operativa dei diversi partecipanti, il modello teorico scelto;
- esecuzione della misurazione e sorveglianza sul processo operativo, per assicurare che vi fosse assoluta omogeneità nella raccolta dei dati;
- elaborazione dei dati;
- analisi dei risultati;
- attivazione del miglioramento nelle diverse aziende impiegando anche le esperienze positive di chi aveva ottenuto risultati migliori e analizzando la possibilità di trasferire il modello organizzativo applicato.

E' apparso subito evidente che era necessario scegliere su quale processo (o processi) si intendesse attivare la misurazione, perché ovviamente i processi principali gestiti da ogni azienda erano più di uno (ricovero, visita ambulatoriale, prestazione diagnostica).

Anche senza volere procedere ad una ulteriore frammentazione dei processi principali in ricovero area medica o chirurgica, ricovero in urgenza o in elezione ecc., era necessario (per evitare di allargare eccessivamente l'area di indagine e

costruire una sperimentazione troppo impegnativa) scegliere individuando motivazioni e priorità.

Al gruppo complessivo sembrava importante concentrarsi sul processo di ricovero che rappresenta normalmente la maggior parte del fatturato di una azienda sanitaria, soprattutto in considerazione del fatto che il modello complessivo avrebbe analizzato nell'ultima fase anche i risultati economici, questa scelta avrebbe perciò reso più semplice il collegamento. Inoltre, il processo in oggetto si configurava come quello che avrebbe consentito una valutazione più complessiva, sia per il numero di dimensioni coinvolte, sia per la durata della permanenza del paziente all'interno della struttura sanitaria.

Il modello applicato risultava comunque indipendente dalla tipologia di attività analizzate, in ogni caso la trasferibilità dell'esperienza non era messa in discussione.

Dopo la scelta della tipologia di processo, sono state discusse ed individuate le macrofasi da analizzare: accesso, ricovero e dimissione. Mentre la fase di accesso e quella di ricovero erano tenute in considerazione in maniera completa, quella di dimissione non è stata analizzata in maniera esaustiva, sia per la presenza di aziende ospedaliere che avvertivano in modo minore la necessità di indagare la dimissione in collegamento con il Medico di Medicina Generale, sia perché gli strumenti del questionario e dell'intervista "imponivano" una scelta sul numero di domande da prevedere per evitare che questa si protraesse eccessivamente rendendo critica la fase di somministrazione.

Nonostante ciò l'esperienza è stata comunque il punto di partenza per consentire ad alcuni di progettare un approfondimento della misurazione che consentisse di valutare anche questa parte finale del processo.

A conferma di ciò alcune aziende ospedaliere hanno, proprio a seguito delle riflessioni eseguite nel gruppo di lavoro, attivato ed analizzato al loro interno anche le relazioni con questa categoria professionale.

Per ognuna delle macrofasi individuate sono state poi scelte le aree da tenere in considerazione.

Il progetto si concentra su:

- prenotazione e accettazione;
- prestazioni sanitarie;

- prestazioni alberghiere.

La scelta di queste aree derivava dall'idea che ognuno degli elementi che costituisce il processo complessivo dovesse essere ritenuto importante e da indagare, secondo un principio che vede la prestazione sanitaria "tecnica" come il cuore dell'intervento sul paziente/utente.

Intorno ad essa si muovono però una serie di elementi, alcuni di servizio, altri strettamente collegati alla tecnica, che sono molto importanti per assicurare il cittadino durante i suoi momenti di contatto con le strutture sanitarie.

E' naturale che l'importanza di ognuno di questi elementi può variare anche in relazione alla patologia trattata, all'età del paziente e così via.

Ma da qualunque punto di vista si guardi la questione si tratta di elementi che i cittadini si stanno sempre più abituando a considerare.

In un certo senso questo può apparire paradossale se pensiamo che ci si trova in un momento in cui le risorse diminuiscono e quindi anche l'organizzazione di una serie di "servizi accessori" può diventare più difficile.

Alcuni sostengono che ciò accade perché comunque il cittadino medio non è in grado di valutare la qualità tecnica della prestazione che viene erogata e ritiene scontato un risultato che nei fatti scontato non è.

Questo forse anche come conseguenza di una divulgazione dei progressi della medicina che non è sempre in linea con l'effettiva possibilità di applicare i ritrovati più moderni in maniera così diffusa come sembrerebbe, o forse perché le aspettative degli utenti si sono sostanzialmente modificate.

Durante i momenti di confronto che si sono determinati nel gruppo di lavoro sono emerse tutte le posizioni, alcune più spostate verso l'attenzione all'utente mettendo sullo stesso piano tutte le dimensioni, altre che invece tendevano a privilegiare quella relazionale, altre ancora che ritenevano più giusto indagare elementi collegati agli aspetti organizzativi (ad esempio i tempi di attesa per ottenere la prestazione) e così via.

Questo non è però mai stato considerato un vincolo; anzi veniva interpretato come un arricchimento per consentire di "tarare" al meglio lo strumento scegliendo le domande più opportune per ogni dimensione generale considerata.

Queste riflessioni oggi sono (almeno apparentemente) patrimonio comune di chi, in ambito sanitario, si occupa di temi collegati alla "qualità", ma anche di chi deve preoccuparsi di rivedere i modelli organizzativi o programmare lo sviluppo delle competenze del personale sanitario.

Si pensi in questo senso all'introduzione tra gli argomenti di formazione dei medici di aspetti collegati alla comunicazione delle cattive notizie o all'aumentata consapevolezza (spesso non ancora sufficiente) su ciò che è collegato al cosiddetto consenso informato.

Ciò nonostante l'applicazione sistematica di questo approccio non è così diffusa come potrebbe apparire.

Così se da una parte sembra quasi ovvio che questi elementi dovrebbero essere tenuti in considerazione, dall'altra (e non solo per motivazioni come si dice collegate ad aspetti economici e di risorse disponibili) si compiono scelte che non sempre sono in linea con questa impostazione.

Di conseguenza in un progetto come quello descritto sembrava importante indagare, da una parte l'importanza di questi elementi "di contorno", dall'altra l'effettiva attenzione delle Direzioni su questi temi.

Il passaggio ulteriore è stata la scelta delle tipologie di unità operative da valutare, in quanto solo selezionando queste si poteva pensare di tradurre le macroaree in domande specifiche da inserire nei questionari.

Questo passaggio da una parte relativamente semplice perché trattandosi di un progetto di confronto fu subito evidente che si sarebbero dovute individuare le unità che trattavano le stesse patologie in ognuna delle aziende partecipanti, dall'altra è stato il momento per prendere in considerazione la sostanziale differenza tra le aziende ospedaliere e quelle territoriali, differenza che avrebbe "condizionato" tutto il progetto emergendo nuovamente anche nella fase di misurazione della soddisfazione del personale.

Infatti, mentre le prime hanno una maggiore "semplicità" di organizzazione, le seconde sono costituite da più presidi ospedalieri ognuno paragonabile ad una azienda ospedaliera per la complessità organizzativa, e dispongono anche del cosiddetto territorio.

E' quindi evidente che le due tipologie di organizzazioni complessive erano difficilmente confrontabili soprattutto se uno degli obiettivi del progetto era

anche quello di condividere e trasferire, in un secondo momento, il modello organizzativo applicato.

In questa fase la scelta è stata effettuata da ogni azienda territoriale sperimentatrice sulla base della propria situazione impiegando come criterio quello della facilità a realizzare l'obiettivo previsto.

Le tipologie di unità operative tenute in considerazione erano:

- Chirurgia Generale;
- Ginecologia ed Ostetricia;
- Oculistica;
- Urologia;
- Otorinolaringoiatria;
- Traumatologia ed Ortopedia;
- Cardiologia;
- Medicina Generale;
- Pediatria;
- Dermatologia.

A questo punto del progetto si incominciò a riflettere e discutere sulle domande da inserire nel questionario.

Questa fase fu complessivamente la meno critica, sia perché il gruppo poté disporre di un primo modello già elaborato da Databank sulla base delle esperienze precedentemente condotte, sia perché i pareri differenti furono relativamente limitati, probabilmente perché molti elementi erano in realtà già stati discussi e considerati nelle fasi precedenti.

Di seguito riportiamo alcuni esempi di dimensioni valutate nei sottoprocessi e nelle aree individuate.

Nell'area relativa alla "prenotazione ed accettazione", si analizzavano aspetti collegati all'efficienza del servizio di prenotazione telefonica, alla velocità di ricovero (tempo tra prenotazione e chiamata per il ricovero), alla velocità e facilità delle procedure di accettazione, ma anche dimensioni collegate alla gentilezza e disponibilità del personale infermieristico e alla chiarezza delle informazioni ricevute dal personale sanitario relativamente alla fase di prenotazione ed accesso.

Nell'area delle "prestazioni sanitarie" si prendevano in considerazione sia il rispetto della privacy in occasione di interventi, esami clinici ecc., che la

completezza e la chiarezza delle informazioni relative al consenso informato, la disponibilità e la cortesia del personale sanitario durante la degenza, la frequenza dei controlli da parte del personale medico ed infermieristico, ma anche la capacità da parte del personale sanitario di comprendere e rispondere ai bisogni individuali.

Si chiedeva, infine, al paziente un giudizio generale sulla giusta durata del tempo di ricovero e sull'efficienza dell'organizzazione ospedaliera. Nell'area delle "prestazioni alberghiere" si analizzavano la pulizia, la tranquillità e la riservatezza della stanza, la cortesia del personale addetto alle pulizie, il comfort del letto e della stanza, oltre alla qualità dei pasti, del cibo e la presenza di posate, piatti e bicchieri. Si chiedeva infine il parere del paziente relativamente alla disponibilità di spazi comuni, agli orari di visita, all'organizzazione dei tempi del reparto.

Dopo la validazione del modello utilizzato si è passati alla fase di programmazione della misurazione, per consentire che questa potesse avvenire in contemporanea nelle nove aziende partecipanti ed avesse complessivamente la durata di quattro settimane (questi elementi furono concordati nel gruppo di sperimentazione).

Si scelse, inoltre, per disporre di informazioni che potessero essere considerate effettivamente rappresentative di ciò che accade nelle diverse realtà, di effettuarla in due periodi dell'anno, con l'obiettivo di intervistare almeno il 50% dei pazienti che ruotavano mediamente in ogni singolo reparto nell'arco delle due settimane di rilevazione.

Il numero di misure eseguite consentiva di trasferire informazioni che potevano essere considerate statisticamente significative da ogni azienda partecipante sia dal punto di vista del confronto con gli altri sia in una lettura autonoma dei risultati conseguiti.

Tecnicamente la misurazione fu effettuata nel modo seguente: ogni azienda si attivò per presentare al proprio interno, ai gruppi coinvolti, il progetto, in modo da chiarire, anche con loro, il significato e gli obiettivi. Si informarono quindi sia i Direttori che i Coordinatori Infermieristici della presenza nei due periodi dell'anno del personale che avrebbe effettuato le interviste presso il reparto, chiedendo anche la loro collaborazione nel segnalare i nominativi dei pazienti che erano in condizioni di salute tali da non avere problemi a rispondere alle domande.

In particolare per quanto riguarda l'ultimo aspetto i report analitici per ogni singola azienda contenevano:

- i risultati della singola azienda espressi come:
- indice di soddisfazione dei pazienti (CSI) complessivo;
- indice di soddisfazione dei pazienti (CSI) per aree tematiche:
- sottoprocessi,
- medicina/chirurgia,
- unità operativa;
- indici di criticità per aree tematiche:
- sottoprocessi,
- medicina/chirurgia,
- unità operativa;
- mappa delle priorità;
- suggerimenti raccolti dai pazienti.
- il confronto tra i risultati delle aziende.

Il questionario da compilare consentiva di analizzare 43 fattori di soddisfazione, distinti in sette aree tematiche peculiari:

- stimolo all'orientamento al paziente;
- sviluppo delle competenze e formazione;
- crescita professionale ed autonomia professionale individuale;
- relazioni con il proprio responsabile;
- relazioni interpersonali e lavoro di gruppo;
- sistema valutativo e sistema premiante;
- validità dei processi operativi.

Nella creazione dei supporti utilizzati per la misurazione, il progetto ha, inoltre, prestato particolare attenzione alla possibilità di collegare il parametro della soddisfazione del personale con quello della soddisfazione dell'utente.

Di conseguenza le domande sono state elaborate proprio per permettere di ricavare, nell'elaborazione finale, anche questo tipo di informazione.

I fattori di soddisfazione analizzati, appartenenti alle diverse aree tematiche, riguardano ad esempio l'informazione da parte del Responsabile sugli obiettivi dell'unità operativa per migliorare la soddisfazione dei pazienti o il riconoscimento da parte di questo della qualità del servizio che ogni operatore

fornisce ai pazienti, così come l'impegno/stimolo della direzione aziendale per migliorare la soddisfazione dei pazienti stessi.

Nell'area della crescita professionale erano invece analizzati fattori come: la definizione da parte del responsabile delle esigenze di formazione e addestramento del personale rispetto agli obiettivi dell'unità operativa o il supporto/affiancamento da parte dei colleghi di lavoro, parametro considerato (con un angolo di visuale differente) anche nell'area lavoro di gruppo dove si misuravano la comunicazione e collaborazione tra le diverse figure professionali dell'unità operativa, la comunicazione e collaborazione tra le diverse unità operative ed il rispetto reciproco fra colleghi.

L'analisi dei risultati associati al sistema valutativo e premiante consentiva di monitorare l'andamento di un processo estremamente importante ed in rapido cambiamento all'interno delle strutture sanitarie.

In particolare i fattori indagati erano relativi a: chiarezza ed adeguatezza dei criteri di valutazione e tempestività della valutazione da parte del Responsabile sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.

I risultati ottenuti dall'Azienda nell'area della "validità dei processi operativi" potevano essere impiegati anche ai fini della misurazione indiretta della soddisfazione del cliente interno (inteso come elemento a valle nella catena dei processi che compongono le aziende), in quanto i parametri considerati riguardano la tempestività e qualità dei servizi forniti all'unità operativa dai laboratori o dalle radiologie, così come dalle direzioni/staff centrali.

Nella visione complessiva, i risultati relativi all'area "stimolo all'orientamento al paziente" sono stati correlati con quelli ottenuti dall'azienda nella misurazione della soddisfazione dell'utente, secondo la logica che il personale insoddisfatto sarà meno orientato alla soddisfazione delle esigenze del cliente.

In pratica il risultato migliore di questa correlazione tra le due dimensioni, è che le direzioni generali potranno decidere se agire in maniera prioritaria sul fattore "soddisfazione del personale" che potrebbe statisticamente consentire un aumento significativo della soddisfazione dell'utente.

3.2. "Audit Civico"(Cittadinanzattiva, Tribunale dei Diritti del Malato)

Il primo elemento riguardante il background del progetto è l'esperienza pionieristica del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva, nato in Italia nel 1980. Esso coinvolge attualmente circa 5.000 attivisti in tutto il paese e mobilita cittadini, comuni e utenti in qualità di attori concreti delle politiche sanitarie.

Il Tribunale per i diritti del malato è anche un interlocutore permanente di governo nazionale e amministrazioni regionali, associazioni professionali, sindacati e industrie, ed esercita un profondo effetto sulla legislazione, il bilancio pubblico, i comportamenti organizzativi e professionali nonché sulla consapevolezza pubblica dei diritti del malato.

Una delle innovazioni generate da questa iniziativa è la pratica dell'informazione civica, ovvero la produzione di dati e informazioni da parte di cittadini organizzati che sfruttano competenze e conoscenze acquisite ma anche l'esperienza pratica legata al loro coinvolgimento nei problemi pubblici e alla loro attività in alcuni ambiti politici. Questa esperienza ha portato alla creazione di una metodologia chiamata Audit civico, attualmente utilizzata da Cittadinanzattiva per la valutazione di servizi sanitari, questioni consumeristiche, servizi educativi, protezione civile ecc.

Un altro dato di background di importanza cruciale è la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea proclamata dai Presidenti di Parlamento Europeo, Consiglio e Commissione in occasione del Consiglio europeo di Nizza il 7 dicembre 2000. La sua rilevanza è legata a due elementi: la Carta è la fonte giuridica che riconosce i diritti individuali dei cittadini dell'Unione europea e, in quanto tale, rende l'Unione europea responsabile dell'attuazione del suo contenuto.

Alcuni diritti specifici stabiliti nella Carta di Nizza, inoltre, hanno un legame diretto con questioni riguardanti i diritti dei pazienti e possono quindi essere considerati una base giuridica della Carta europea dei diritti del malato.

L'articolo 35 della Carta stabilisce il diritto alla salute come diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali.

L' articolo 35 specifica inoltre che l' Unione deve garantire un alto livello di protezione della salute umana, intendendo la salute come un bene sia individuale che sociale. Questa formula costituisce un criterio direttivo per i governi nazionali: non fermarsi alle soglie di standard minimi garantiti, ma, nella diversità di capacità di prestazioni tra i vari sistemi, livellare in alto.

In aggiunta all' articolo 35, la Carta dei diritti fondamentali contiene molte disposizioni che si riferiscono direttamente o indirettamente ai diritti del malato, e che è pertanto utile richiamare: la inviolabilità della dignità umana (articolo 1) e il diritto alla vita (articolo 2); il diritto alla integrità della persona (art. 3); il diritto alla sicurezza (art. 6); il diritto alla protezione dei dati personali (art. 8); il diritto alla non discriminazione (art. 21); il diritto alla diversità culturale, religiosa e linguistica (art. 22); i diritti dei bambini (art. 24); i diritti degli anziani (art. 25); il diritto a condizioni di lavoro giuste ed eque (art. 31); il diritto alla sicurezza sociale e all' assistenza sociale (art. 34); il diritto alla protezione dell' ambiente (art. 37); il diritto alla protezione dei consumatori (art. 38); la libertà di movimento e residenza (art. 45).

La Carta dei diritti fondamentali di Nizza è la base della definizione dei quattordici concreti diritti dei pazienti elencati nella Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002, messa a punto da Cittadinanzattiva e da altre 15 organizzazioni italiane ed europee.

I diritti del malato sono i seguenti:

- diritto alla prevenzione,
- diritto all'accesso,
- diritto all'informazione,
- diritto al consenso,
- diritto alla libera scelta,
- diritto alla privacy,
- diritto al rispetto del tempo,
- diritto al rispetto di standard di qualità,
- diritto alla sicurezza,
- diritto all'innovazione,
- diritto ad evitare il dolore non necessario,
- diritto a un trattamento personalizzato,

- diritto al reclamo,
- diritto al risarcimento.

Tutti questi diritti mirano a garantire un alto livello di protezione della salute umana (articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali), assicurando un'alta qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali.

Dopo la promulgazione della Carta europea dei diritti del malato, nel 2002, si è assistito a un netto miglioramento del dibattito pubblico sui diritti dei pazienti in Europa, dovuto anche alla Carta stessa. Esso è testimoniato da diversi documenti, rapporti e pareri emessi sia da istituzioni pubbliche (Consiglio europeo, Commissione europea, Parlamento europeo, Comitato economico e sociale) sia da esperti e organizzazioni dei cittadini.

Cittadinanzattiva attribuisce un valore strategico al fatto di mettere i cittadini in grado di produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, della qualità dei servizi.

Questa particolare tipologia di valutazione può essere ricondotta *all'analisi civica*, intesa come "produzione e uso di informazioni da parte dei cittadini in funzione della attivazione di proprie politiche e della partecipazione alle politiche pubbliche, sia in sede di definizione e di implementazione che in sede di valutazione" (Moro; 1998).

I cittadini, come sostiene Aaron Wildavsky, diventano analisti. Essi imparano cioè dall'esperienza personale a comparare gli sforzi con i risultati e a distinguere le politiche più importanti da quelle meno importanti. I cittadini possono adottare una strategia di specializzazione nel proprio campo di interesse e man mano generalizzare le proprie competenze diventando soggetti attivi delle politiche pubbliche. La cittadinanza non è soltanto lealtà nei confronti del governo, ma diventa presenza attiva, informata e autorevole nella vita pubblica.

Al fine di darne una visione d'insieme, si può dire che la struttura della valutazione civica è articolata in maniera tale da poter offrire sia informazioni analitiche, in grado cioè di descrivere aspetti molto concreti della realtà, sia informazioni sintetiche, riguardanti cioè aspetti più generali della realtà valutata. A tal fine, essa è stata articolata in tre livelli: componenti, fattori di valutazione, indicatori.

Il primo livello è costituito dalle *componenti* che possono comprendere alcune caratteristiche costitutive della realtà esaminata, per esempio: strutture,

personale, organizzazione nel caso dell' iniziativa Ospedale Sicuro oppure delle aree tematiche generali come orientamento ai cittadini nel caso di Audit Civico.

Ogni componente è poi articolata in *fattori di valutazione*, intesi come aree che hanno un particolare rilievo nella percezione dei cittadini o, ancora, come gli aspetti principali che qualificano il rapporto che i cittadini instaurano con la realtà valutata.

Infine, ad un livello più analitico, ogni fattore di valutazione comprende un gruppo di *indicatori* intesi come variabili quantitative o parametri qualitativi che consentono di esprimere un giudizio sul fattore osservato.

Ogni fattore di valutazione, quindi, è collegato a un grappolo di indicatori che permettono di osservare fenomeni elementari che esprimono in modo significativo il modo di essere o di funzionare della realtà esaminata o la sua corrispondenza a norme, regole di buone prassi, ecc.

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

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

L'Audit Civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. L'Audit Civico nasce per iniziativa di Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato e si inserisce nel quadro della collaborazione con AstraZeneca, instauratasi a partire dal 2000.

Il primo ciclo sperimentale, realizzato nel 2001 con la collaborazione di 12 aziende sanitarie, è stato finalizzato alla definizione e alla prova sul campo del quadro teorico e metodologico.

Gli esiti ottenuti hanno confermato la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle aziende sanitarie che ha come protagonisti i cittadini e come quadro di azione la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

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

Nel 2003, si è passati dalla sperimentazione del metodo alla sua diffusione. Per la prima volta, è stata offerta a tutte le aziende sanitarie italiane la possibilità di partecipare al programma dell'Audit Civico. Circa 50 aziende hanno risposto all'invito, oltre 30 hanno partecipato ai corsi di formazione insieme ai cittadini, avviando successivamente il ciclo di valutazione, e 22 aziende hanno concluso i lavori in tempo utile per la redazione del Rapporto nazionale finale.

Nel 2004, le adesioni ottenute sono state ancora superiori, con 33 aziende sanitarie che hanno completato l'Audit Civico e hanno partecipato alla redazione del Rapporto nazionale, che ogni anno, conclude l'iniziativa. Sempre nel 2004, è stato firmato un accordo tra Cittadinanzattiva e l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna per l'avvio di un Programma regionale di Audit Civico collegato alle procedure di accreditamento regionale.

Nel 2005 e nel 2006 sono state stipulate altre convenzioni con l'Assessorato alla trasparenza e alla cittadinanza attiva e con l'Agenzia sanitaria della regione Puglia, con l'Assessorato alla salute della regione Lazio e con le Agenzie sanitarie regionali dell'Abruzzo e del Friuli Venezia Giulia.

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

In 6 anni sono state monitorate 135 aziende sanitarie, per valutare:

- l'orientamento al cittadino nell'organizzazione e nella gestione dei servizi;
- la priorità data alla prevenzione dei rischi, alla riduzione del dolore e al sostegno dei malati cronici ed oncologici;
- il coinvolgimento dei cittadini nella definizione e nella valutazione delle politiche aziendali.

In ciascuna delle aziende sono stati raccolti dati e informazioni attraverso il monitoraggio delle strutture e dei servizi, l'esame comparativo delle segnalazioni dei cittadini, la consultazione della documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali in genere, interviste alla direzione generale e sanitaria, la consultazione delle organizzazioni civiche.

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

Il primo ordine di problemi è originato dalla duplice esigenza di dare una forma concreta alla *"centralità del punto di vista del cittadino"* nell'organizzazione dei servizi sanitari, da tutti invocata, ma, di fatto, poco praticata e di promuovere forme efficaci di "partecipazione dei cittadini" alla gestione dei servizi sanitari pubblici.

Una seconda serie di questioni è connessa con l'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie.

Il confronto tra gruppi di cittadini e responsabili delle aziende sanitarie attraverso procedure strutturate come l'Audit Civico può assumere in questo contesto il significato di un "rendere conto" alla comunità locale dei risultati avuti nella gestione dei servizi sanitari non solo in termini – come purtroppo avviene – di bilancio economico, o – nel migliore dei casi – di lotta alle malattie, ma secondo una prospettiva più ampia di "promozione della salute" e di dimensioni spesso dimenticate della qualità dei servizi sanitari, quali la dimensione dei rapporti interpersonali e del comfort.

La terza fondamentale ragione per sperimentare una procedura di valutazione fondata su criteri omogenei e comparabili risiede *nella necessità di prevenire il rischio che la maggiore autonomia dei governi regionali e locali si traduca, nel contesto nazionale, in una diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi* con la produzione di cittadini di serie A, con più diritti e con servizi con standard qualitativamente più alti, e cittadini di serie B, con meno diritti e servizi più scadenti.

Il legame con il benchmarking, a questo proposito, non è soltanto una scelta metodologica, ma acquista un valore strategico nel rendere comparabili le

performances aziendali sulla base di elementari criteri legati ai diritti dei cittadini e a standard ormai condivisi nella società.

L'Audit Civico non può esaurire l'azione delle organizzazioni di cittadini e di malati per il miglioramento dei propri servizi sanitari né sostituire certificazioni, sistemi di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento.

L'esperienza conferma, comunque, che esso è un sostegno importante, sia per l'azione civica, sia per le amministrazioni, in quanto:

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

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

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

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

- 1) Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto – per problemi propri o di famiglia - in un processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: *"Quali sono le azioni promosse dalle aziende sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?"*
- 2) Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e il quesito è: *"Quale priorità assumono nell'azione delle aziende sanitarie alcune politiche di particolare rilievo"*

sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?

- 3) Il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi se *"La partecipazione dei cittadini è considerata dalle aziende sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o viene promossa (quando lo è) solo come un adempimento burocratico previsto da alcune leggi?"*
- 4) Il quarto aspetto riguarda il cittadino e la comunità in cui vive e la domanda è: *"Quali risposte ha fornito l'azienda sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?"*.

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

Confrontarsi con la prima domanda, e cioè l'orientamento ai cittadini delle aziende sanitarie, significa indagare su cosa si sta facendo per garantire una buona informazione sui servizi, per rispettare i diritti dei malati, per rendere confortevoli e accoglienti le strutture, per sostenere le famiglie dei malati gravi, ecc.

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

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

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

processo di consultazione interattivo dei vari attori (amministrazione, personale medico, infermieristico, cittadini, ecc.) da concludersi con una iniziativa pubblica. Al contempo la pratica del benchmarking ha offerto la possibilità di individuare:

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

L'applicazione dell'Audit Civico ha dato luogo a nuovi modi di operare. In alcuni casi sono stati individuati, con estrema puntualità, gli indicatori che non rispettavano gli standard previsti, indicando per ognuno di essi la possibile azione correttiva e verificando successivamente gli esiti ottenuti e le cause di mancata attuazione.

3.3 . “Campagna Ospedale Sicuro”

(Cittadinanzattiva -Tribunale dei Diritti del Malato)

La campagna Ospedale Sicuro è nata come risposta a due gravi fatti, avvenuti tra la fine del 1997 e l’inizio del 1998, che riguardavano il tema della sicurezza negli ospedali.

Nonostante l’esistenza di una legislazione avanzata e la disponibilità di cospicui fondi nazionali, negli ospedali italiani era possibile perdere la vita o la salute a causa di incidenti assolutamente evitabili.

Era indispensabile fare qualcosa che permettesse ai cittadini di entrare efficacemente in gioco.

La complessità del tema rendeva necessario un confronto sistematico fra il punto di vista dei cittadini e quello degli altri soggetti coinvolti nel problema.

E’ stato quindi proposto ai rappresentanti delle istituzioni scientifiche e di certificazione, delle aziende sanitarie, delle professioni e dei produttori di dare vita a un *Tavolo per la sicurezza delle strutture sanitarie*.

Le adesioni sono state numerose e qualificate.

Il *Tavolo* ha dato due contributi fondamentali allo sviluppo di una politica civica della sicurezza:

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

Nel 1998, la prima campagna sperimentale ha permesso di richiamare l’attenzione pubblica sul problema di verificare l’appropriatezza del sistema di indicatori e di definire compiutamente la struttura di valutazione.

Ad essa hanno fatto seguito, fino al 2003, altre cinque *Campagne*.

Nel complesso sono stati realizzati 224 monitoraggi su 165 ospedali.

La valutazione ha comportato la mobilitazione di 535 cittadini - definiti *operatori civici della sicurezza* - che hanno unito l’osservazione diretta delle strutture con interviste a:

- 2360 operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici, ausiliari);

- 165 responsabili del Servizio di prevenzione e protezione;
- 108 medici responsabili della sicurezza del lavoro;
- 108 infermieri responsabili per la prevenzione delle infezioni.

La nascita della Campagna Ospedale sicuro ha contribuito al superamento di un pregiudizio ricorrente in ambiente sanitario.

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

E' abbastanza facile constatare che questo approccio è del tutto inadeguato.

Gli ospedali sono, per definizione, un concentrato di rischi dovuti alla presenza di persone malate, di trattamenti invasivi, di impianti complessi che devono sempre funzionare alla perfezione, di tecnologie sofisticate e altro ancora.

Il governo di un sistema così complesso richiede un alto livello di consapevolezza e di coinvolgimento di tutti i soggetti presenti.

Il problema è noto da tempo alle organizzazioni civiche.

Il Protocollo nazionale sul servizio sanitario proclamato nella Giornata dei diritti del malato del 1995, infatti, ha definito il diritto alla sicurezza:

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

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

"Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza".

Al fine di garantire questo diritto, si legge a commento, *gli ospedali e i servizi sanitari devono monitorare continuamente i fattori di rischio ed assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e che gli operatori siano formati in modo appropriato.*

Tutti i professionisti sanitari devono essere pienamente responsabili della sicurezza di ogni fase ed elemento di un trattamento medico.

I medici devono essere in grado di prevenire i rischi di errori attraverso il monitoraggio dei precedenti e la formazione continua.

I membri di staff sanitari che riferiscono la esistenza di rischi ai loro superiori e/o colleghi devono essere protetti da possibili conseguenze avverse.

La sicurezza, così concepita, non è più il puro adeguamento alle normative, ma diventa un *regime di governo dei rischi, intendendo per regime un sistema di norme, valori, risorse, informazioni, procedure, comportamenti codificati che impegna tutti i soggetti presenti a prevenire e a limitare gli effetti dannosi dei pericoli comunque presenti.*

In questo contesto, le capacità di osservazione sviluppate con l'esperienza del Tribunale per i diritti del malato diventano una risorsa da spendere.

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

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

Ognuna delle quattro componenti così definite è stata articolata in fattori di valutazione, per un totale di 23 fattori. Per le strutture vengono presi in considerazione i seguenti fattori:

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

La capacità del *personale* di riconoscere e gestire i rischi concretamente presenti negli ambienti di lavoro è valutata con il supporto di quattro fattori:

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

La valutazione dell'*organizzazione* delle attività e delle procedure di controllo dei rischi tiene conto di otto fattori:

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

La quarta componente, e cioè la vigilanza, comprende quattro fattori:

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

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

L' iniziativa Ospedale Sicuro conferma che è possibile integrare gli aspetti tradizionali di mobilitazione e di intervento delle organizzazioni di cittadini con uno sviluppo "disciplinare" delle capacità di elaborare dati e di produrre interpretazioni e valutazioni.

Attraverso il contributo dato dal benchmarking, le informazioni raccolte hanno permesso di fare luce su una serie di fenomeni poco conosciuti o trascurati e di promuovere diffuse azioni di miglioramento.

Al *livello locale* Ospedale sicuro ha:

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

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

3.4. **“Benchmarking dei reclami nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche”. Strumenti per la valutazione della qualità percepita**

La costruzione di un sistema omogeneo di classificazione dei reclami per le strutture sanitarie della Regione Marche nasce da molteplici esigenze:

- rendere concreta la funzione di tutela che le istituzioni debbono garantire nei confronti dei propri utenti;
- standardizzare le modalità di raccolta delle segnalazioni verbali e scritte fatte agli Uffici per le Relazioni con il Pubblico delle Aziende e delle Zone sanitarie della Regione Marche e quindi le richieste di intervento che il cittadino rivolge all’organizzazione sanitaria;
- promuovere il monitoraggio da parte del sistema sanitario regionale dei dati relativi ai reclami così da poter effettuare comparazioni inter-strutture e intra-strutture contemporaneamente o in tempi diversi e quindi progettare le azioni di miglioramento così evidenziate;
- realizzare uno strumento utile per svolgere analisi comparative sul livello di partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi socio-sanitari, nonché per migliorare le conoscenze del sistema sul grado di soddisfazione dei pazienti e degli utilizzatori dei servizi.

Il sistema di classificazione è stato realizzato anche attraverso la progettazione e l’utilizzo di un software condiviso a livello regionale e nei singoli contesti.

Costruire un sistema di classificazione dei reclami regionale risulta utile agli obiettivi dei diversi attori, e cioè:

A livello dell’intero sistema sanitario regionale:

- far crescere la consapevolezza dell’importanza della cultura del reclamo, considerato uno stimolo per il miglioramento della qualità.

Al livello regionale, rappresentato dall’agenzia Regionale Sanitaria (ARS) delle Marche :

- avere a disposizione dati periodicamente aggiornati di monitoraggio sui reclami dei cittadini.

Al livello delle singole Zone Territoriali dell’Azienda Sanitaria Unica e delle Aziende Ospedaliere marchigiane :

- avere a disposizione uno strumento validato per la raccolta e la classificazione dei reclami per dare vita a interventi organizzativi tesi al miglioramento della qualità del servizio.

L'ARS Marche, nell'ambito delle proprie funzioni da mandato, ed in occasione della partecipazione ad un progetto di ricerca finalizzato e denominato *"Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete di osservatori regionali"* ha attivato nel 2001 un gruppo di progetto coordinato dal Dott. Andrea Gardini (Ars - Marche) e costituito dal Prof. Costantino Cipolla (Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria, Università di Bologna), dalla Dott.ssa Marisa Carnevali (Responsabile Urp, AO Umberto Primo - Ancona) e dal Dott. Antonio Maturo (Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria, Università di Bologna). Questo gruppo ha lavorato per un anno e nel 2002-2003 ha presentato il progetto ai responsabili degli URP delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere che, con il personale dell'ARS Marche (dr.ssa Susi Sbarbati e dr. Stefano Caglioti) lo ha portato avanti e lo ha implementato.

Lo strumento è stato costruito attraverso un metodo di lavoro denominato "ciclo della comunicazione scientifica" o "metodologia Delphi" adattata alle circostanze e caratterizzata da incontri di lavoro e discussioni che sono state trasformate in elaborati scritti spediti ai Responsabili URP, ridiscusse e commentate nelle varie riunioni che si sono succedute, con successive rielaborazioni; si è cioè proceduto con un approccio che può essere definito "per approssimazioni successive".

Il lavoro di progettazione dello strumento e della sua applicazione si è svolto attraverso tre fasi:

Fase I Progettazione - La prima fase (2002-2003) ha visto i responsabili URP riuniti in incontri mensili, tenuti presso la sede dell'ARS Marche, che sono iniziati con un confronto sullo stato di attuazione della Carta dei servizi nel Sistema Sanitario delle Marche.

Durante questi incontri si è proceduto per tappe costituite dalle seguenti azioni:

- analisi dei modelli teorici che potessero essere presi come fonte di ispirazione per la costruzione di un sistema omogeneo (es. albero della qualità);
- analisi delle classificazioni dei reclami esistenti nelle varie ex ASL marchigiane;

- analisi delle classificazioni dei reclami adottate in altre regioni e realtà locali.

Ciò ha messo in evidenza, fra l'altro, le differenti provenienze culturali dei responsabili URP, che hanno indotto l'esigenza di un momento formativo comune per concordare i principi di base per l'analisi e la classificazione dei reclami

Fase II Formazione - Sono pertanto stati organizzati due incontri di formazione, con i proff. John Øvretveit, e Costantino Cipolla, che hanno fornito gli ulteriori strumenti di analisi e critica del reclamo come strumento per il miglioramento della qualità organizzativa

Fase III Realizzazione del sistema di classificazione regionale unificata dei reclami - Questa fase si è realizzata in tre tempi:

- a. costruzione di sistema omogeneo di classificazione;
- b. realizzazione relativo software;
- c. validazione dello strumento.

La costruzione di un *sistema di classificazione dei reclami regionale* ha permesso:

- alla Regione delle Marche di avere a disposizione un "termometro" della soddisfazione dei cittadini periodicamente aggiornato per paragonare, anche attraverso elaborazioni statistiche, le varie realtà marchigiane sul tema della segnalazione dei cittadini per implementare i conseguenti interventi migliorativi laddove necessario;
- alle singole Zone Territoriali dell'Azienda Sanitaria Unica e Aziende Ospedaliere marchigiane di avere a disposizione uno strumento validato per la classificazione dei reclami e quindi di dare vita a interventi organizzativi tesi al miglioramento della qualità del servizio;
- all'intero sistema sanitario marchigiano di accrescere la consapevolezza dell'importanza della cultura del reclamo che dovrebbe essere considerato uno stimolo per il miglioramento della qualità.

3.5. "Il sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie toscane" (Regione Toscana, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 la Regione Toscana indica quali sono gli obiettivi, i valori ed i principi operativi del modello toscano di sanità. Tra questi, sicuramente irrinunciabili il principio dell'universalità e della programmazione, il primo inteso come equità di accesso, ovvero che a tutti i cittadini, indipendentemente dalla classe sociale di appartenenza, sia garantito l'accessibilità al Servizio sanitario regionale e alle sue prestazioni.

La programmazione è ritenuta fondamentale per ottenere la corrispondenza tra i bisogni dei cittadini e la tipologia, la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l'appropriatezza dei servizi.

In termini strutturali il PSR introduce tre novità importanti:

- l'attivazione dei Piani integrati di salute, ossia di strumenti composti di coordinamento di progetti promossi e realizzati dai servizi sanitari territoriali in collaborazione con gli enti locali e l'Arpat (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente e del Territorio);
- la sperimentazione delle Società della salute come modalità di gestione e governo della domanda di servizi sanitari e modalità di collaborazione e coordinamento sul territorio tra enti locali ed aziende sanitarie;
- l'attivazione della concertazione a livello di Area Vasta, ossia il coordinamento dell'azione delle aziende sanitarie toscane intorno alle tre aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Firenze e Siena, soprattutto nella costruzione della rete ospedaliera per evitare duplicazioni di servizi e per garantire percorsi assistenziali integrati adeguati.

Il successo di queste tre rilevanti innovazioni rimane nelle mani dei soggetti fondamentali del sistema sanitario toscano, ossia le aziende.

Il loro ruolo, che in prima battuta potrebbe sembrare svuotato di funzioni a favore dell'Area Vasta e delle società della salute, in realtà diventa ancor più strategico ed essenziale.

Solo le aziende, infatti, possono garantire l'innovazione del sistema e al tempo stesso il presidio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi. Esse rappresentano gli anelli portanti nella catena del valore del servizio sanitario toscano.

Ad esse viene chiesto di eccellere come aziende puntando sulla soddisfazione degli utenti, operando in una logica nuova, collaborativa e non competitiva.

Sono le aziende che, forti dei risultati gestionali fino ad oggi ottenuti, possono garantire la tenuta del sistema e la capacità da un lato di aprirsi all'ascolto vero della domanda mediante le società della salute, dall'altro di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza mediante i processi di integrazione a livello di Area Vasta, tesi ad ottenere economie di scala, evitare duplicazioni di investimenti, garantire la continuità assistenziale nei percorsi di cura complessi.

In questo contesto per supportare, valutare e valorizzare l'azione delle aziende, la Regione Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l'attivazione di un *sistema per monitorarne la performance*, ipotizzando la misurazione di molteplici variabili rilevanti nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali.

In un sistema sanitario come quello toscano che punta più alla cooperazione tra gli attori del sistema che alla competizione, è stato importante, infatti, pianificare e sviluppare un sistema condiviso tra le aziende e tra queste e la Regione, che fosse trasparente e chiaro nel metodo e nelle finalità, capace di monitorare non solo la capacità delle aziende a permanere in condizioni di equilibrio economico finanziario, ma anche di perseguire gli obiettivi strategici definiti a livello di sistema sanitario regionale.

A tal fine, quindi, è stato importante prevedere un sistema capace di considerare altre tipologie di risultati, significativi per perseguire gli obiettivi di miglioramento dello stato di salute e di benessere dei cittadini, quali ad esempio la qualità dei servizi erogati e la capacità di soddisfare i cittadini.

Il progetto quindi, fin dal suo primo avvio, è stato vissuto come una sfida per tutto il sistema regionale, non come uno strumento per dare il "voto" al management e alle aziende, ma come un'opportunità per poter capire, crescere ed apprendere, un mezzo a disposizione della Regione, ma anche del management aziendale, per supportare il governo del sistema sanitario nel suo complesso ma anche nelle sue specifiche unità di erogazione, una modalità per valorizzare ciò che vale perché eccellente e per migliorare ciò che i numeri indicano come area di criticità e di debolezza.

Con queste premesse nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità di un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

Successivamente, con decreto n. 3065/2003, ha affidato la realizzazione del progetto alla Scuola Sant'Anna selezionando quattro aziende sanitarie in cui avviare la sperimentazione ossia l'Azienda USL 3 di Pistoia, l'Azienda USL 5 di Pisa, l'Azienda USL 8 di Arezzo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Sono state scelte le aziende sanitarie suddette perché:

- sono rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- sono simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti;
- la Ausl 5 di Pisa e l'Azienda ospedaliera universitaria pisana sono rappresentative la prima delle aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'azienda ospedaliera universitaria, la seconda di un'azienda con una missione diversa dalle aziende sanitarie territoriali, in cui accanto all'assistenza sono obiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

Al termine delle fasi di sperimentazione nelle quattro aziende pilota, il management delle aziende coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti ed il sistema, nel 2005, è stato implementato in tutte le aziende territoriali della Regione.

Per quanto concerne la realtà ospedaliero-universitaria è stato ritenuto necessario attivare un processo ulteriore di coinvolgimento dei professionisti medici per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità rispetto alla missione di questa tipologia di azienda.

Sempre nel 2005 il Laboratorio Management e Sanità ha dato, quindi, avvio ad un percorso formativo modulare regionale, in cui sono stati coinvolti i circa cinquanta direttori del dipartimento ad attività integrata delle quattro aziende ospedaliere-universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Mayer).

Questa iniziativa nella prima fase è stata caratterizzata da tre momenti di due giornate ciascuno in cui, in due edizioni miste, i direttori DAI hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano, la dinamica economico finanziaria e l'assetto organizzativo dipartimentale delle aziende ospedaliere universitarie.

Nella seconda parte del processo formativo i partecipanti, con il supporto di docenti della facoltà di economia dei tre atenei toscani e della Scuola Superiore di Sant' Anna, nel ruolo di facilitatori, hanno attivato dei "laboratori", ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance, individuando una rosa di indicatori specifici soprattutto per la componente sanitaria.

Questo percorso si è concluso il 3 marzo del 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto in cui sono stati presentati dai partecipanti stessi gli indicatori individuati e calcolati (più di 200) per le realtà toscane.

Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca, fino a pervenire ad una sintesi condivisa a livello regionale che ha permesso, nel luglio del 2006, la predisposizione di un primo report pilota per le aziende ospedaliere universitarie.

Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione delle performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliere universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici, quali ad esempio la capacità di produrre ricerca.

Nel mese di aprile 2007 il report relativo alle performance delle quattro aziende ospedaliere universitarie relativo ai risultati conseguiti nel 2006 è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Siena e Firenze.

La scelta di affidare ad una università la conduzione del progetto non è casuale: per garantire l'affidabilità, il rigore e la trasparenza del sistema è stato ritenuto fondamentale coinvolgere un istituto pubblico universitario che potesse condividere la finalità stessa del progetto e farne una missione propria come servizio reso al territorio in cui opera.

Inoltre la Scuola Superiore Sant'Anna, quale istituto universitario a statuto speciale, poteva garantire un approccio multidisciplinare, una consolidata competenza nell'area del management sanitario e una posizione esterna a tutte le aziende sanitarie toscane non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nella conduzione delle tre aziende universitarie ospedaliere di Pisa, Siena e Firenze.

La finalità del progetto è stata quella di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile non solo alla

valutazione della performance conseguita, ma soprattutto necessario per la valorizzazione e comunicazione dei risultati ottenuti.

Il sistema, progettato ed implementato nelle quattro realtà pilota, ha permesso di capire inoltre che lo strumento poteva diventare un mezzo fondamentale per supportare la funzione di governo, soprattutto a livello regionale.

A tal fine, infatti, è apparso fondamentale poter disporre di un sistema trasparente e condiviso, capace di monitorare non solo i risultati in termini economico-finanziari delle istituzioni sanitarie, ma anche le modalità con cui le istituzioni si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione in termini di qualità clinica e soddisfazione dei cittadini. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "*best practices*" delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso hanno la continua opportunità di apprendere e crescere.

Gli obiettivi del progetto sono stati definiti dal gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna con l'Assessore alla salute della Regione Toscana, Enrico Rossi, primo promotore del progetto, e condivisi successivamente con i Direttori generali delle aziende coinvolte.

Per garantire il perseguimento di tali obiettivi il gruppo di ricerca ha richiesto una forte condivisione e collaborazione da parte delle aziende coinvolte.

La Direzione generale delle quattro aziende ha nominato un referente aziendale del progetto, coincidente con il responsabile dello staff aziendale, a cui è stato dato il compito di coordinare all'interno delle aziende tutte le attività di ricognizione delle informazioni e di organizzare tutti gli incontri di approfondimento e di condivisione per la definizione degli indicatori e l'interpretazione dei risultati.

Per svolgere il compito di progettare il sistema, fin dal progetto di prefattibilità, per il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna è stato fondamentale il processo di ascolto e di raccolta delle opinioni e degli spunti di riflessione già presenti nelle aziende, nonché la valorizzazione dei sistemi già in atto di misurazione della performance.

La sperimentazione attivata nelle prime quattro aziende sanitarie selezionate, inoltre, è stata impostata in modo da garantire la replicabilità successiva del

sistema nelle altre realtà aziendali sanitarie toscane che hanno iniziato l'implementazione a conclusione della prima fase di sperimentazione

L'approccio che ha contraddistinto la metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati/informazioni/strumenti di valutazione già esistenti ed utilizzati dalla Regione, dall'Agenzia Sanitaria e dalle Aziende coinvolte.

Nel sistema di reporting, sono state individuate sei dimensioni di analisi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso come quello sanitario:

- la valutazione dei livelli di salute della popolazione;
- la valutazione delle capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale;
- la valutazione della performance economico-finanziaria e dell'efficienza operativa;
- la valutazione clinico-sanitaria;
- la valutazione esterna, intesa come la valutazione che i cittadini danno dei servizi;
- la valutazione interna, intesa come grado di soddisfazione del personale.

Per rappresentare adeguatamente i risultati conseguiti da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate è stato utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione.

Più l'azienda è capace di centrare gli obiettivi e di ottenere risultati positivi nelle diverse dimensioni della performance e più la misura degli indicatori risulta vicina al bersaglio.

Ogni Azienda ha il proprio bersaglio riassuntivo della performance a sei dimensioni in cui vengono riportati i valori di sintesi di 47 indicatori selezionati complessivamente.

Ciascun indicatore selezionato può essere analizzato a confronto con i dati delle altre aziende toscane, in modo da evidenziare *best practices* o aree di criticità.

In termini metodologici il gruppo di ricerca ha previsto che il sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane fosse alimentato da flussi informativi sistematici, attendibili e certi nelle fonti e nei processi di elaborazione, in modo da garantire la riproducibilità del sistema, l'attendibilità

dei risultati e la possibilità di misurare anche l' andamento delle performance. Spesso però sia a livello aziendale che regionale è estremamente utile e necessario disporre di informazione e dati in tempi rapidi, capaci di segnalare al management l' impatto di alcune decisioni, o la realtà di alcune situazioni in essere nell' organizzazione o nei processi di erogazione di alcuni servizi erogati. Si può trattare di situazioni precise e puntuali ma che sono ritenute critiche e sintomatiche da parte della direzione. In questi casi è opportuno attivare un processo di indagine integrativo al sistema di valutazione sistematico che il team di ricerca ha denominato " *valutazione ad hoc* " .

Gli indicatori che si possono ricavare da questa tipologia di indagine sono da considerare come " segnali sentinella", utili per attivare eventuali successive indagini di approfondimento se necessarie.

In particolare nel contesto della Regione Toscana questa metodologia può essere utile per:

- verificare lo stato di attuazione di alcune Delibere Regionali di elevata criticità;
- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra diverse realtà locali per orientare e supportare il processo di programmazione a livello regionale e aziendale.

Gli strumenti adottabili nei processi di valutazione "ad hoc" sono molteplici. Nel sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane sono stati testati e utilizzati i seguenti:

- i focus group, ossia indagini qualitative con il coinvolgimento di un gruppo di utenti selezionati per discutere su opinioni, valutazioni e percezioni rispetto all' assistenza sanitaria ricevuta;
- le osservazioni strutturate, ossia indagini qualitative basate sull' osservazione passiva dello svolgimento di un servizio/attività secondo uno schema determinato, con eventuale risposta fotografica delle situazioni oggetto di osservazione;

- le esperienze di utente simulato, ossia indagini qualitative in cui il ricercatore veste i panni dell'utente testando il servizio oggetto di analisi in forma diretta o telefonica;
- le interviste strutturate, ossia indagini qualitative realizzate mediante interviste di profondità dell'utente/paziente seguendo una traccia predefinita.

Nel 2006 il sistema sanitario nel suo complesso ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nella maggior parte degli indicatori.

Gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine di soddisfazione, ossia il servizio di ricovero, il pronto soccorso e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta riguardo al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni della visita.

Nel 2007 sono oggetto di misurazione anche i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche.

Seppure la valutazione media della soddisfazione è elevata, rimane ancora alto il numero degli utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso e si registrano alcune criticità nella continuità e coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero.

Confrontando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2006 e che sono confrontabili con quelli del 2005, a livello regionale si registra che le aziende sanitarie territoriali sono riuscite a conseguire un miglioramento delle performance nel 72% dei casi, mentre per le aziende ospedaliere-universitarie il miglioramento della performance è presente nel 58% dei casi. In questo periodo di adozione del sistema di valutazione delle performance le aziende hanno realizzato capacità diverse di attivare processi di cambiamento e di perseguire miglioramenti nei risultati negli indicatori del sistema.

3.6. **L'Accreditamento "Joint Commission". Finalità e risultati preliminari delle esperienze italiane**

Le origini della Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) risalgono ai primi del '900, quando Ernest Amory Codman, il chirurgo di Boston fondatore di ciò che oggi è conosciuto come "valutazione degli outcome", propose un sistema per la valutazione dei risultati finali di un ospedale.

Definito come "modello di autoregolamentazione dell'industria sanitaria", esso è inteso come l'abilitazione ad operare per conto dei sistemi di assistenza pubblica (per esempio Medicare) ed ha come elementi caratteristici la fissazione ed il controllo degli standard e la partecipazione di tipo volontaristico da parte degli ospedali.

Il programma di accreditamento JCAHO si differenzia dagli altri modelli di accreditamento per la maggiore complessità della valutazione dell'adesione ai criteri.

Ciascuno dei processi individuati è scomposto e descritto attraverso un flow chart nei suoi elementi costitutivi (per esempio gli elementi costitutivi del processo di leadership sono individuati in: pianificazione, direzione, coordinamento, valutazione e miglioramento).

Per ciascuno degli elementi che compongono il processo valutativo sono identificati specifici criteri di valutazione. In questo modo viene formata una griglia di valutazione che è applicata a tutti i servizi/unità operative ospedaliere ed extraospedaliere.

Secondo il modello proposto, un ospedale dovrebbe mantenere traccia di ogni paziente per un periodo sufficientemente lungo da riuscire a determinare la reale efficacia del trattamento eseguito.

Nel caso in cui l'intervento risulti non efficace l'ospedale dovrebbe cercare di capirne le motivazioni, e utilizzare le informazioni di questa analisi per evitare che insuccessi analoghi si verificano nuovamente.

La mission di questo approccio è quello di supportare il miglioramento continuo della sicurezza e della qualità dell'assistenza attraverso il rilascio dell'accREDITAMENTO o l'erogazione di prestazioni che possono supportare il miglioramento della performance delle organizzazioni sanitarie.

In particolare gli standard JCAHO sono focalizzati sulla performance dell'organizzazione in aree funzionali chiave quali i diritti dei pazienti, le cure

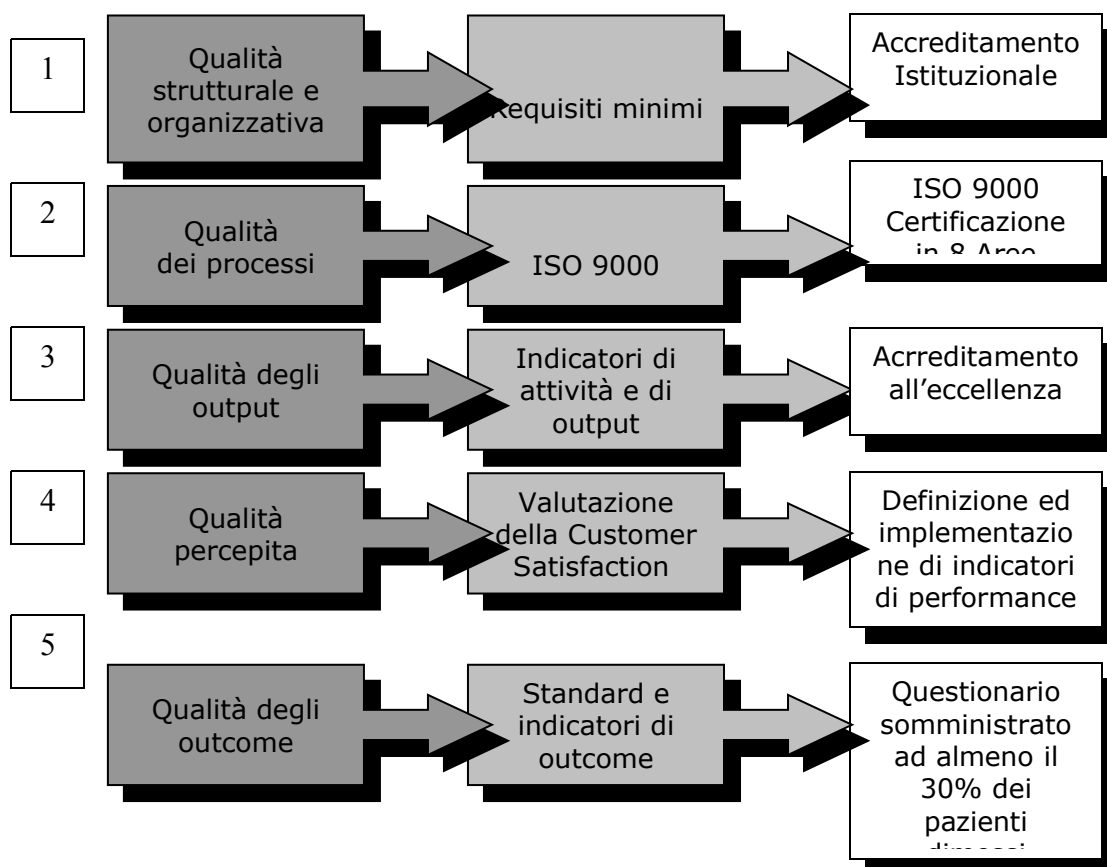
sanitarie, la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere, e altri standard riferiti non solo alle risorse strutturali dell'organizzazione ma soprattutto alle capacità produttive.

In Lombardia, la Giunta Regionale ha introdotto un modello di accreditamento istituzionale fortemente influenzato dalle ISO 9000 nei requisiti generali e dal modello professionale a livello dei requisiti specifici (indicatori di processo e di struttura).

Dopo l'emanazione nel 1997 della legge 31 sul riordino ospedaliero e la successiva definizione dei requisiti per l'accREDITamento nel 1998, 645 strutture pubbliche e private hanno ottenuto l'accREDITamento istituzionale e sono diventate erogatori ufficiali di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la Regione Lombardia ha inoltre messo in atto una serie di iniziative riguardanti il miglioramento dell'assistenza sanitaria, con particolare attenzione alla diffusione di informazioni e strumenti per la qualità, inclusa l'implementazione di indicatori (figura A).

Figura A - Piano qualità della Regione Lombardia



Il Piano Qualità della regione Lombardia, sinteticamente rappresentato nella figura A, è stato sviluppato attraverso una serie di indicatori tra i quali quello relativo alla "qualità percepita"; tale indicatore permette di effettuare una valutazione della customer satisfaction attraverso un processo di partnership con i cittadini.

Infatti, la soddisfazione è stata misurata attraverso un questionario somministrato ad almeno il 30% dei pazienti dimessi dalla struttura sanitaria.

Nel gennaio 2001 la Regione ha lanciato un progetto pilota (D.G.R. n. VII/3141 del 19 gennaio 2001) dal titolo "Qualità e salute in Lombardia, progetto di sviluppo di un sistema di accreditamento all'eccellenza nelle organizzazioni sanitarie lombarde".

Il progetto, cofinanziato dalla Regione e dalle organizzazioni partecipanti, ha coinvolto dieci ospedali della Regione, scelti su base volontaria tra le strutture presenti nel territorio lombardo e rappresentativi di tutte le tipologie (pubbliche/private, metropolitane/extra, generali/specialistiche) (tab. 1).

Tabella 1 - Elenco delle 10 strutture partecipanti al progetto di accreditamento all'eccellenza

A.O. Busto Arsizio – Presidio di Saronno
A.O. San Gerardo di Monza
A.O. ICP Milano
A.O. Gaetano Pini Milano
A.O. Luigi Sacco Milano
IRCCS C. Besta Milano
IRCCS Istituto Europeo di Oncologia Milano
IRCCS San Raffaele Milano
IRCCS San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Brescia
Casa di Cura Humanitas Rozzano

Il progetto prevedeva che i partecipanti sviluppassero un sistema di miglioramento e di valutazione della qualità aderente alla filosofia e agli standard Joint Commission.

All'inizio del 2001 ogni singola struttura ha firmato una Convenzione con la Joint Commission nella quale si prevedeva l'attività di consulenza, di formazione degli operatori, l'assistenza tecnica e di valutazione da parte della Joint Commission, nonché la supervisione, per tutta la durata del progetto, della Regione Lombardia.

Nel periodo compreso fra maggio 2001 e febbraio 2002 un grundo di tre professionisti consulenti, rispettivamente con background infermieristico, medico ed amministrativo, ha compiuto due visite della durata di tre giorni ciascuna in tutti gli ospedali partecipanti. Lo scopo delle visite è stato quello di valutare la compliance di ciascun ospedale rispetto agli standard JCI, ed in particolare ai requisiti relativi all'area di "Gestione e miglioramento della qualità".

L'Accreditamento Joint Commission presso l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO): risultati preliminari e considerazioni.

L'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) è uno dei dieci ospedali coinvolti nel progetto pilota Regione Lombardia - Joint Commission; la rilevanza data dall'Istituto a questa iniziativa è dimostrata anche dall'adozione del programma di accreditamento all'eccellenza fra gli strumenti specifici per il miglioramento individuati nel Piano Qualità IEO.

Quest'ultimo può essere brevemente sintetizzato nell'"approccio "ABC", dove l'accREDITamento ("A", accREDITamento istituzionale e all'eccellenza), il benchmarking ("B", progetto di benchmarking internazionale fra ospedali (Bertelsmann - CKM), e l'assistenza focalizzata sui bisogni del paziente ("C", customer care, modello IEO di soddisfazione dei pazienti) rappresentano gli elementi essenziali.

Il coinvolgimento nella rete internazionale costituita dalle organizzazioni affiliate alla JCI dovrebbe favorire le possibilità di accedere alle conoscenze più aggiornate e alle "best practices" riguardanti la sicurezza e la qualità delle cure.

La costruzione di database di informazioni relative alla qualità dell'assistenza, utili per le attività di benchmarking e per partecipare ad iniziative di ricerca internazionali.

Questa esperienza sta dimostrando che gli sforzi per migliorare la qualità di un'organizzazione sanitaria richiedono una certa flessibilità e un forte indirizzo da parte della leadership, oltre ad una implementazione che deve avvenire con un approccio bottom-up per essere efficace.

Certamente occorre ricordare che l'accreditamento è una scelta piuttosto che un obbligo soprattutto in considerazione che, appartenendo alla categoria dei processi e non degli eventi, richiede prima di tutto una forte motivazione e una svolta culturale.

Dal rapporto finale stilato dal survey team della JCI è risultato che la maggior parte delle strutture ospedaliere della Regione non dispone di un Piano di gestione e miglioramento della qualità né di alcuna filosofia o metodo strutturato. La gran parte dei programmi di miglioramento, quando realmente presenti, è principalmente allineata con la logica e la metodologia ISO 9000, oltre che centralizzata e poco disseminata tra i livelli funzionali dell'organizzazione.

Questa immagine evidenzia che è necessario compiere alcuni importanti cambiamenti culturali, prima che la filosofia Joint Commission riesca a trovare un pieno compimento nella realtà Lombarda e italiana.

Le trasformazioni dovranno coinvolgere la condivisione delle responsabilità mediche, senza che questo implichi una sottomissione all'autorità; una re-ingegnerizzazione dei processi riguardanti la somministrazione dei farmaci e, più in generale, dei trattamenti sanitari; cambiamenti della attività infermieristica (ad esempio inerenti la valutazione del paziente, la qualità delle cure, l'educazione del paziente); la gestione della documentazione clinica; la definizione delle prestazioni che i singoli medici sono autorizzati ad erogare in funzione della loro posizione ed esperienza, o "privilegi", come vengono definiti nel manuale JCI.

Altri aspetti che necessitano di ulteriore sviluppo e approfondimento, anche tramite il supporto della Direzione Generale d'Azienda, si estendono al campo della valutazione della performance clinica, mediante l'utilizzo di indicatori di outcome e a temi quali i diritti del paziente e dei familiari o i programmi di sicurezza, inclusa l'identificazione dei pazienti.

3.7. MCQ negli ospedali della Sicilia. (Regione Sicilia -CEFPAS, Caltanissetta)

Il CEFPAS - Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio Sanitario della Regione Siciliana - ha avviato, a partire dal 2001, un progetto triennale di *Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) dei servizi e delle prestazioni sanitarie degli ospedali della Sicilia*, indicato con la sigla QUOS che sta per "Qualità negli ospedali siciliani".

Il progetto, attraverso l'empowerment degli operatori, mira allo sviluppo di un sistema di miglioramento continuo della qualità dei servizi resi e delle prestazioni erogate alle popolazioni basato su una migliore efficacia, efficienza ed appropriatezza e su un benchmarking leale e sostenibile tra le Aziende sanitarie.

Il progetto interessa 25 Aziende sanitarie di cui 9 USL e 16 Ospedaliere, coinvolge 210 Unità Operative (UU.OO.) di Laboratorio, Radiologia e Pronto Soccorso di 72 ospedali e consta di tre macroaree: "organizzazione e management" (O&M), "qualità percepita" (QP) e "qualità tecnico - professionale" (QTP).

Esso si prefigge di adeguare le UU.OO. ai requisiti o standards minimi, prevalentemente organizzativi gestionali, del DPR n°59 del 14/1/97 integrati con alcuni elementi innovativi e con requisiti relativi alla *qualità percepita e tecnico-professionale*.

Il progetto, con un percorso "*bottom up*", prevede due fasi: di pre-implementation finalizzata alla analisi della situazione e di implementation delle azioni di miglioramento e di monitoraggio.

I principali obiettivi sono: coinvolgere e motivare manager, operatori e cittadini-utenti, ridurre i tempi e le liste di attesa, identificare e selezionare i processi e le procedure interne ed esterne alla luce degli standard del DPR n°57/97, valutare l'assetto organizzativo, clinico, gestionale ed economico finanziario, identificare i bisogni formativi e attivare processi coerenti, definire i requisiti minimi professionali per integrare quelli previsti dal DPR n° 59/97, verificare e migliorare iter e modalità della comunicazione, analizzare il grado di soddisfazione dei "*clienti interni ed esterni*", migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

In relazione all'area qualità percepita e relazionale il progetto prevede l'analisi *quali-quantitativa* di un campione rappresentativo di clienti esterni e interni (operatori delle UU.OO., medici di medicina generale e pediatri di libera scelta). E' stata utilizzata una metodologia, attraverso l'ausilio di questionari e griglie di

osservazione istantanea, che utilizza triangolazioni multiple tra le percezioni dei clienti coinvolti e una osservazione diretta.

Gli aspetti presi in considerazione per l'analisi della qualità percepita sono quelli del comfort, della comunicazione, dei rapporti interpersonali e dell'accesso alle prestazioni (prenotazione, liste d'attesa, cartellonistica, ecc...).

Le attività fin ora realizzate sono le seguenti:

- Meeting responsabili URP, Uffici Qualità e referenti del progetto "QUOS"

E' stato organizzato un incontro con responsabili URP, Uffici Qualità e referenti del progetto "QUOS" delle Aziende Sanitarie siciliane. Tale incontro ha mirato ad informare i partecipanti sullo stato di avanzamento del progetto e sull'organizzazione dell'indagine da realizzare relativamente all'area in argomento: ha mirato altresì a coinvolgere soggetti di cui sopra perché potessero supportare gli intervistatori durante la fase di rilevazione dei dati sul campo.

- Corso di formazione intervistatori

Una volta conclusa la procedura di selezione degli intervistatori, sono stati convocati - in due scaglioni - i candidati collocatisi in posizione utile nelle graduatorie provinciali di idoneità. Sono state realizzate due edizioni del corso di formazione durante le quali è stato descritto agli intervistatori il progetto nella sua interezza ed è stata esaminata in modo specifico ed estensivo l'area relativa alla qualità percepita.

In particolare, sono stati approfonditi e condivisi gli obiettivi di tale area, l'impostazione metodologica dell'indagine e gli strumenti strutturati per la rilevazione dei dati.

Sono state, inoltre, realizzate con gli intervistatori numerose simulazioni per renderli più abili nella gestione delle interviste con i vari strumenti di indagine, sia dal punto di vista relazionale che contenutistico, e nell'approccio con le figure di riferimento da contattare prima dell'accesso alle strutture ospedaliere (Direttore Sanitario, Responsabile URP, ecc.).

Alla fine della formazione è stato consegnato a ciascun intervistatore il materiale da utilizzare per lo svolgimento della propria attività (questionari, badge, piano di lavoro, materiale informativo, ecc.).

Ad indagine in corso è stato, inoltre, necessario espletare alcune brevi edizioni del corso di formazione con gruppi di candidati convocati in sostituzione di intervistatori rinunciatari.

Rispetto al numero di intervistatori previsto, pari a 64 (58 intervistatori sul campo e 6 telefonici), l'indagine è stata realizzata da un totale di 54 intervistatori, suddivisi nelle varie province in numero proporzionale al totale di interviste previste da campionamento.

- Indagine ex ante

Sono state comunicate a tutti i Direttori Sanitari, Responsabili URP, Uffici Qualità e Responsabili aziendali per il progetto "QUOS" delle Aziende, le date di svolgimento dell'indagine presso ogni singola struttura ospedaliera ed è stato inviato l'elenco degli intervistatori della provincia di appartenenza.

Nella medesima data hanno iniziato la loro attività gli intervistatori sul campo e quelli telefonici, che hanno intervistato i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta appartenenti al campione preliminarmente individuato.

Tale gruppo di intervistatori ha espletato il proprio incarico dai locali della Sala Operativa del CEFPAS appositamente predisposta.

Globalmente sono stati raccolti 19.383 questionari, dei quali 17.318 sul campo e 2.065 telefonici, pari all'84,3% delle 23.000 interviste previste da campionamento (20.600 sul campo e 2.400 telefoniche).

La discrepanza tra interviste previste e realizzate è da imputare da un lato alla mancanza di disponibilità da parte di alcuni di coloro che dovevano essere intervistati (cittadini, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), e dall'altro alla differenza tra il numero di operatori in servizio durante le giornate di indagine e il numero degli stessi comunicato dalle Aziende.

- Sala Operativa e Gruppo di Coordinamento

Durante tutto l'arco dell'indagine, presso la Sala Operativa, attiva tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00, è stato impegnato un Gruppo di Coordinamento.

Tale gruppo ha coordinato e monitorato l'attività realizzata giornalmente dagli intervistatori, ha mantenuto i contatti con gli stessi e con le strutture ospedaliere e risolto in tempo reale i problemi che mano a mano sono insorti nello svolgimento delle attività.

E' stato, inoltre, attivato per l'intero periodo un numero verde al quale potevano rivolgersi sia gli intervistatori, sia tutti coloro che volevano contattare il CEFPAS per avere informazioni sull'indagine in corso.

- Analisi dei dati

L'attività di immissione e convalida dei dati è stata completata ed è stato inoltre predisposto un database mediante l'utilizzo del software statistico SPSS per la successiva elaborazione.

L'attività è stata affidata ad un terminalista, adeguatamente formato sull'utilizzo del software di riconoscimento ottico dei caratteri ed è consistita nella registrazione su supporto informatico, tramite scanner, dei questionari.

Terminata l'attività di immissione dei dati e di redazione dei rapporti, questi ultimi sono stati condivisi con le direzioni delle aziende interessate.

Il modello può essere considerato alla stregua di una buona linea guida o percorso assistenziale da applicare, nelle diverse realtà locali, con sufficiente flessibilità legata alle diverse specificità e al livello di comprovata efficacia dell'esperienza siciliana.

I risultati raggiunti da questa esperienza sono soddisfacenti e promettenti sia nelle tre dimensioni del progetto (qualità manageriale, professionale e percepita-relazionale) che nelle tre aree del Laboratorio, della Radiologia e del Pronto Soccorso.

Sono, però, da sottolineare il cambiamento di "clima" che si sta sviluppando, i progressi culturali, metodologici, operativi che si stanno realizzando, la scoperta che lavorare insieme è un vero valore aggiunto per migliorare lo sviluppo delle performance.

La crescita tecnico professionale è importantissima ma non può essere disgiunta dalla gestionale e percepita-relazionale (umanizzazione).

La consapevolezza che il cambiamento richiede impegno, condivisione, gradualità è altrettanto importante. Questa non può che essere la prima tappa dell'obiettivo finale che si propone di implementare un sistema qualità sostenibile nel tempo nella totalità delle UU.OO di tutti gli ospedali della Sicilia.

3.8. Il miglioramento Continuo della Qualità in Sanità nella Regione Veneto e il progetto regionale sperimentale per l'accreditamento di eccellenza nell' ULSS n. 1 di Belluno

Per processo di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) in sanità, si intende la modalità di governo e di gestione che utilizza in modo diffuso e pervasivo la filosofia manageriale del perseguimento operativo della riduzione delle inefficienze e dei cambiamenti non appropriati nei processi curativi, assistenziali e di supporto.

Si tratta quindi di processi che coinvolgono primariamente le leadership aziendali, ricercando da parte loro la più elevata condivisione degli *stakeholders* dell'organizzazione:

- quelli interni, gli operatori che quotidianamente operano nelle singole organizzazioni;
- quella dei soggetti esterni (*partner*) maggiormente coinvolti ed interessati alla politica aziendale a livello della comunità locale , istituzionali e non, del volontariato e della società civile.

Spetta, infatti, ai leader aziendali indicare la direzione futura verso la quale orientare il processo di miglioramento nelle proprie Organizzazioni:

- diffondendo la visione finalizzata allo sviluppo dei servizi, eliminando sprechi, duplicazioni, complessità non richieste e inutili burocratizzazioni.
- precisando gli obiettivi cui tendere di miglioramento della qualità del lavoro (*performance*) e delle prestazioni intermedie e finali offerte
- ponendo attenzione alle esigenze/ soddisfazione di tutti i soggetti interessati in quanto *stakeholders*.

All'interno delle aziende si deve porre attenzione sia sugli strumenti di supporto, tra i quali essenziale è il sistema di management dell'informazione e della conoscenza – come indicato nella bozza di PSSR Veneto 2002-2004 - sia ad una rinnovata organizzazione del lavoro che integri nelle strutture tradizionali le modalità più orizzontali di lavorare per gruppi e per progetti, con attenzione ai principi base cui una qualsivoglia organizzazione, a qualsiasi livello, deve ispirarsi.

Proprio in questa cornice si iscrive questa esperienza della Regione Veneto
In questa Regione, come indicato nella proposta di PSSR 2002-2004, la scelta compiuta negli ultimi anni é stata quella di adottare un approccio, articolato fondamentalmente su due livelli:

1. la regolamentazione legislativa dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale, che assieme agli standard e alle procedure relative, costituiranno gli strumenti di regolazione del sistema di erogazione dei servizi nel SSR, con pari dignità tra quelli a gestione pubblica e quelli a gestione privata. Si tratta, come indicato nel grafico della fig.1, di costruire le "fondamenta" del sistema qualità regionale che mira in sostanza al consolidamento dei sistemi di qualità nelle aziende operanti nel SSR. L'attenzione è rivolta sia alla valutazione delle richieste di autorizzazione all'apertura ed all'esercizio di attività sanitarie sia alla definizione della qualità e quantità della prestazione erogata nel tempo dai singoli soggetti del SSR. L'accreditamento adempie alla sua funzione di orientamento del SSR e si configura come lo strumento efficace per la "regolazione" dell'entrata nel "mercato" e, affiancato dalla programmazione regionale, permette la selezione di tutti i soggetti erogatori. La loro permanenza nel sistema è finalizzata al miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria e subordinata alla compatibilità della soddisfazione appropriata dei bisogni con la sostenibilità economica;
2. sviluppare, inizialmente a titolo di sperimentazione controllata, un Programma MCQ regionale articolato su più sedi, sia per diversificazione dei metodi e degli strumenti da sperimentare e sia per finalità benchmarking, ma fortemente unitario nel disegno, nell'applicazione e nella valutazione, prevede quali elementi costitutivi: la definizione di un metodo e di un processo MCQ da estendere al SSR, la definizione e il processo per il riconoscimento, la misurazione e la valutazione del cambiamento e del miglioramento (processo di accreditamento di eccellenza), l'adozione di strumenti e metodi di autovalutazione e di reporting.

Gli obiettivi del programma MCQ della Regione Veneto sono i seguenti:

- individuare attentamente e concentrarsi sui processi di produzione delle prestazioni sanitarie;

- valutare di continuo all'interno i processi di produzione;
- ricercare e ottenere il coinvolgimento della leadership aziendale;
- formare culturalmente i soggetti coinvolti;
- ottenere il coinvolgimento dei soggetti *stakeholders* nel medio e lungo periodo.

Proprio in quest'ottica si situa l'esperienza dall'azienda ULSS n.1 di Belluno, il cui scopo è stato, da una lato quello di portare a conoscenza del *Canadian Council for Health Services Accreditation* di Ottawa (CCHSA), con il supporto di Sogess di Milano, la realtà del sistema veneto e dell'ospedale di Belluno, e dall'altro quello di diffondere ad un gruppo di leader direzionali, medici, tecnici e amministrativi della ULSS 1 il metodo e il processo CCHSA.

L'applicazione di un sistema di MCQ, fondato sull'accreditamento di eccellenza (tipo CCHSA), rende baricentrici nella sperimentazione la riconversione culturale del Sistema in un'ottica multidisciplinare e privilegiando l'approccio per processi.

Il sistema CCHSA è orientato al paziente ed alla partecipazione degli stakeholders del SSR. Oltre alla partecipazione e al coinvolgimento dei MMG nei gruppi di contatto, sono stati coinvolti anche le conferenze dei sindaci e le associazioni che si interrelano con la ULSS.

Gli standard relativi alla Leadership ed alla Partnership permettono ad una organizzazione di misurare e valutare le proprie attività nelle aree della direzione e della gestione.

Gli standard sono suddivisi nelle seguenti sottosezioni:

- individuare e rispondere ai bisogni

Si riferisce a raccolta e utilizzo delle informazioni sulla popolazione servita dalla organizzazione.

Standard n. 1: L'organizzazione anticipa e risponde ai cambiamenti dello stato di salute e dei bisogni della comunità.

- Mantenere buoni i rapporti con la comunità

Si riferisce a relazioni e partnership esterne alla organizzazione.

Standard n.1.0 : L'organizzazione stabilisce ampie e significative alleanze e partnership con le altre organizzazioni e con la comunità.

Standard n. 2.0 : Direzione, generale e di struttura operativa / presidio, e dirigenti promuovono, supportano e partecipano allo sviluppo del benessere psicofisico della comunità.

- Rispondere al mandato dell'organizzazione

Si riferisce alla missione statutaria indicata nel redigendo atto aziendale ed agli obiettivi del Direttore Generale assegnati dalla Regione.

Standard n. 3.0: Le linee strategiche dell'attività aziendale vengono definite dal governo regionale e quelle programmatiche dalla Regione, dalla Conferenza dei Sindaci e dalla Conferenza Regionale dei Sindaci.

- Garantire visibilità e misurabilità a tutti i soggetti interessati (*Stakeholder*)

Si riferisce al governo dell'organizzazione, agli strumenti di budget, intesi come programmazione economica e dei volumi di attività, ai piani attuativi aziendali, agli obiettivi delle unità operative ed agli obiettivi di qualità.

Standard n. 4.0: L'organizzazione è governata con efficienza attraverso gli strumenti del governo clinico ed i processi di qualità e di misurazione dell'efficacia in termini di costi/benefici attraverso gli strumenti contabili.

- Eticità del comportamento

Si riferisce a valori ed etica dell'organizzazione di rispetto dei processi in cui si sacrifica la logica egocentrica del singolo professionista per una logica di interprofessionalità e multidisciplinarietà "*from peer to peer*".

Standard n. 5.0: L'organizzazione fornisce i propri servizi e prende le decisioni in accordo con i valori stabiliti dal governo regionale e con il proprio codice etico o con altri codici etici riconosciuti.

- Vision aziendale

Si riferisce a programmazione strategica, vision, obiettivi e allocazione delle risorse.

Standard n.: 6.0: L'organizzazione ha obiettivi quantitativi e qualitativi definiti nel tempo con lo scopo di ogni risorsa e processo per il raggiungimento dei risultati.

Standard 7.0: Risorse umane, finanziarie e strutturali sono allocate in modo appropriato all'interno dell'organizzazione.

- Gestire le varie tipologie di rischio economico, di qualità delle prestazioni e di sicurezza ambientale

Si riferisce a prevenzione e gestione dei rischi, ai budget e all'acquisto di servizi da terzi.

Standard n. 8.0: Direzione, generale e di struttura operativa / presidio, e operatori sanitari operano per prevenire e gestire i rischi all'interno nell'organizzazione.

Standard 9.0: Le risorse finanziarie dell'azienda sono predeterminate e l'attività deve essere governata secondo le risorse disponibili con verifica sistematica tra impegno e corrispondente disponibilità.

Standard 10.0: Le attività esternalizzate e convenzionate vengono regolate da appalti e verificate nei termini e negli impegni contrattuali assunti.

- Promuovere un' organizzazione che favorisca la formazione continua/ mantenere un ambiente favorevole al cambiamento

Si riferisce a miglioramento della qualità e ricerca.

Standard n.11.0: L'organizzazione ha un modello definito e coordinato di miglioramento della qualità che ne consente il monitoraggio e di valutare e migliorare la qualità in modo continuo

Standard 12.0: L'organizzazione adotta metodologie di lavoro orientate all'EBM al fine di migliorare appropriatezza e performance dell'organizzazione.

- L' organizzazione opera per il miglioramento continuo e il raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali

Si riferisce all'importanza di raggiungere i migliori risultati possibili.

Standard n.13.0: L'organizzazione opera per il conseguimento dei migliori risultati di performance economica ed esiti di processo aziendale assistenziali.

I vantaggi attesi dal progetto considerato sono: acquisire metodologie e strumenti per promuovere, avviare e gestire processi di MCQ, misurare il livello di conformità a standard di accreditamento di eccellenza definiti attraverso una metodologia riconosciuta a livello internazionale, utilizzare un processo di autovalutazione che accresca la professionalità di ogni operatore e stimoli lo sviluppo dei team, promuovendo il lavoro interdisciplinare e multiprofessionale, ponendo l'attenzione all'esito dei processi, definire e attuare un modello organizzativo che garantisca l'efficienza interna, sensibilizzare e coinvolgere gli stakeholders (utenti, partner, operatori, interlocutori istituzionali, ecc.), affinché il complesso delle prestazioni erogate venga concretamente centrato sul paziente e fondato su una maggiore trasparenza.

L'obiettivo finale è stato quello di definire uno strumento di Miglioramento del Sistema, rendendolo economicamente compatibile. Schematicamente, gli obiettivi specifici della sperimentazione sono:

- la costruzione del modello Veneto attraverso i MCQ per gli ospedali e per i servizi distrettuali e di Accreditamento;
- l'applicazione sperimentale sul campo del metodo e del programma, per la durata di almeno 18/24 mesi, in ambito ospedaliero e distrettuale, mettendo i risultati a confronto secondo un appropriato approccio di benchmarking;
- la verifica e la valutazione della sperimentazione e del raggiungimento degli obiettivi con la definizione di un piano di condivisione e di futura estendibilità dell'esperienza al SSR;
- la diffusione dell'informazione e della conoscenza verso gli operatori, i cittadini e di tutti gli "stakeholder".

3.9. L'esperienza EFQM dell' APSS di Trento: un sistema integrato di governance

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS) ha 10 anni di vita ed è l'unica struttura sanitaria pubblica della Provincia Autonoma di Trento (PAT). Serve circa 480.000 abitanti ed eroga prestazioni su tutti e tre i versanti previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza: per fare ciò gestisce direttamente 2 ospedali principali, 5 ospedali di distretto, 13 distretti sanitari e alcune decine di sedi ambulatoriali distribuite in tutta la provincia (le liste di attesa per la specialistica ambulatoriale sono più di 2.500, alle quali vanno aggiunte le sottoliste per le priorità cliniche).

In tali strutture operano circa 7.000 dipendenti: 850 medici e circa 3.000 altri professionisti sanitari.

L'APSS garantisce l'erogazione delle prestazioni anche grazie a rapporti contrattuali e convenzionali con alcune strutture ospedaliere e ambulatoriali private, con circa 50 Residenze Sanitarie Assistenziali e 800 medici di medicina generale, pediatri e altri specialisti convenzionati.

Lo strumento manageriale di riferimento che ha supportato nell'ultimo quinquennio l'implementazione del sistema integrato di governance è stato il Modello EFQM che si è rivelato utile non solo perché ha orientato e supportato specifiche iniziative di miglioramento, ma soprattutto perché ha rappresentato la trama unitaria che ha contribuito a collegare sempre di più i diversi processi aziendali, l'analisi dei fattori con la misurazione dei risultati, le diverse professionalità tra di loro, la pianificazione con il controllo, le esigenze degli stakeholder e la loro soddisfazione.

Il 2004 si è concluso con un importante riconoscimento esterno per l'APSS. Al termine di un articolato percorso pluriennale di miglioramento, l'European Foundation for Quality Management ha riconosciuto all'APSS il primo livello di eccellenza: il "Committed to excellence in Europe".

Per giungere a questo risultato sono state realizzate due autovalutazioni aziendali basate sul Modello EFQM (nel 2001 e nel 2003) e sono state sviluppate le conseguenti azioni di miglioramento, che hanno riguardato temi importanti dell'organizzazione e hanno coinvolto l'Azienda nella sua interezza.

Secondo l'EFQM, l'eccellenza è "l'eccezionale capacità di gestire una organizzazione e di conseguire dei risultati". I concetti fondamentali che sono alla base del Modello EFQM sono 8 e sono i seguenti:

1. orientamento ai risultati
2. attenzione rivolta al cliente
3. leadership e coerenza negli obiettivi
4. gestione in termini di processi e fatti
5. coinvolgimento e sviluppo delle persone
6. apprendimento, innovazione e miglioramento continuo
7. sviluppo della partnership
8. responsabilità sociale dell'organizzazione

Proprio sulla base di queste indicazioni è stato redatto il questionario di analisi e autovalutazione.

La prima autovalutazione aziendale è stata realizzata nel 2001 secondo il Modello per l'eccellenza; è stato scelto il questionario già predisposto da EFQM, articolato in 50 domande raggruppate secondo i 9 criteri del Modello ed è stato sottoposto a un panel selezionato di professionisti che occupavano posizioni chiave all'interno dell'organizzazione.

I risultati ottenuti dall'autovalutazione 2001 (le risposte al questionario e la discussione nel corso degli incontri con il panel) sono stati molto utili per diagnosticare alcuni problemi organizzativi e orientare i conseguenti piani di miglioramento che si sono sviluppati negli anni successivi.

Il punteggio finale relativo all'insieme dei criteri è stato pari al 29% ed è coerente con quello che EFQM ipotizza per le organizzazioni "normali" che si avvicinano per la prima volta all'autovalutazione aziendale.

In primo luogo sono state progettate ex novo e realizzate alcune indagini, integrate fra di loro, di misurazione della soddisfazione, delle conoscenze e degli atteggiamenti della popolazione in generale e dei ricoverati, dei medici e degli infermieri ospedalieri, del personale amministrativo, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

La seconda importante azione pianificata e realizzata è stata la riformulazione delle fasi di impostazione, definizione, realizzazione, monitoraggio e verifica dei programmi di attività (budget) secondo criteri espliciti di coinvolgimento di tutti gli operatori e di valorizzazione del contributo professionale.

Infine è stato portato a termine il processo di revisione partecipata della Carta dei servizi, attraverso il confronto sistematico con le 200 associazioni che operano in Trentino nel campo sanitario e socio-assistenziale e il coinvolgimento di tutte le unità operative e i servizi dell'Azienda.

Nel 2003 è stata pianificata la seconda autovalutazione aziendale secondo il modello EFQM, con i seguenti obiettivi:

1. confrontare i risultati con quelli ottenuti nel 2001;
2. contribuire a delineare, insieme ad altre attività di rilevazione, un quadro del clima organizzativo aziendale, come previsto da uno specifico obiettivo assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento;
3. diffondere i criteri di valutazione EFQM e considerare il questionario una sorta di check list aziendale di comportamenti attesi, per favorire l'autovalutazione a tutti i livelli;
4. definire alcune priorità di intervento per attivare le iniziative di miglioramento necessarie al raggiungimento del primo livello previsto dallo schema di riconoscimento dell'EFQM.

Rispetto all' autovalutazione effettuata nel 2001 si è notato un generale e sostanziale miglioramento di tutti gli elementi considerati e il punteggio finale relativo all'insieme dei criteri è stato pari al 47%.

In conclusione, a fronte di un impegno economico abbastanza modesto, la fase di auto valutazione aziendale ha consentito di ottenere alcuni risultati importanti:

- il questionario utilizzato ha reso esplicite alcune aree di criticità della gestione aziendale;
- la conseguente analisi delle priorità ha consentito di collegare alcuni interventi correttivi con i programmi di attività e di realizzarli in tempi relativamente brevi;
- la partecipazione all'autovalutazione ha rappresentato per un numero rilevante di professionisti, un aumento formativo sul Modello EFQM realizzato con una modalità didattica innovativa e partecipata.

3.10. Conclusioni

Quanto illustrato fino ad ora dimostra che nel nostro Paese esistono molte esperienze interessanti e innovative in termini di miglioramento della Qualità. Questo tema passa obbligatoriamente attraverso l'implementazione delle procedure di misurazione della qualità percepita dal cittadino e quelle di autovalutazione del personale.

Il SSN deve sforzarsi di far circolare queste esperienze al suo interno, e renderle fruibili come termini di paragone per il miglioramento della qualità.

Si è visto che nelle esperienze precedentemente riportate che ci sono differenze sostanziali nelle metodiche applicate, ma di fondo rimane l'importanza fondamentale di concetti come: partecipazione, empowerment, autovalutazione. Seppur con metriche differenti questi concetti rimangono il focus principale delle tecniche di valutazione e controllo e sono basilari per un effettivo miglioramento della qualità del SSN.

I risultati di queste esperienze devono essere resi comparabili e omogenei per poterli utilizzare in una prospettiva sempre più quali-quantitativa in sanità, in un approccio di valutazione degli outcome e delle performance dei servizi, mantenendo sempre un'ottica di "centralità del cittadino".

Proprio in questo senso si muove anche l'esperienza dell'Osservatorio delle Pratiche in Sanità, che si sforza di rendere fruibili, reperibili e consultabili le pratiche "micro" delle singole realtà del SSN.

Bibliografia di riferimento

- ◇ Banchieri G., (a cura di), *Confronti. Pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana*, Roma, Italpromo Esis Publishing, 2005;
- ◇ Wildavsky A., *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis*, New Brunswick, Transaction Publisher, 1993, pp. 252-279.