

L'Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva.

Alessio Terzi*, Angelo Tanese**, Alessandro Lamanna***¹

Abstract

L'Audit civico è una metodologia di valutazione delle aziende sanitarie promossa da Cittadinanzattiva nel 2001. I cittadini non intervengono come soggetti interrogati ma come auditor che raccolgono i dati necessari, elaborano le informazioni, formulano i giudizi e propongono le azioni correttive. L'opera è sostenuta da una metodologia nata dall'esperienza del Tribunale per i diritti del malato. La struttura di valutazione è articolata in 12 fattori, rappresentativi dei rapporti fra cittadini e servizio sanitario, associati a gruppi standardizzati di indicatori, rilevabili con l'osservazione diretta e interviste ai responsabili, che permettono il calcolo degli Indici di adeguatezza agli standard utilizzati per la valutazione. La partecipazione è aperta a tutti i cittadini che rispondono ai bandi di reclutamento, partecipano alla formazione e costituiscono le équipes di valutazione insieme agli operatori designati dalla direzione aziendale. Cittadinanzattiva assiste le realtà locali nel corso di tutto il processo. L'Audit civico è stato adottato da 175 aziende sanitarie, da 8 regioni e dal Ministero della salute. Le applicazioni realizzate confermano che la metodologia promuove processi di miglioramento, permette analisi comparate e apre nuovi spazi di collaborazione fra cittadini e istituzioni.

Parole chiave: cittadinanza/citizenship, valutazione/evaluation, miglioramento/?? In inglese-

Sommario: 1. L'Audit Civico in sanità. 2. Le ragioni dell'Audit civico. 3. L'impianto metodologico. 4. Gli effetti dell'Audit civico. 5. Prospettive dell'Audit civico in sanità

1. L'Audit Civico in sanità

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

L'Audit civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva² sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato, nel quadro di una partnership con AstraZeneca.

Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 12 aziende sanitarie.

A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie, e il numero delle aziende coinvolte è aumentato costantemente negli anni.

Dal 2004 in poi, in base a specifiche convenzioni con le Agenzie Sanitarie e gli Assessorati alla Salute delle Regioni, sono stati avviati alcuni cicli regionali, ovvero programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia.

¹ * Presidente di Cittadinanzattiva, **Direttore dell'Agenzia per la valutazione civica,***Direttore scientifico dell'Audit civico

² Cittadinanzattiva è una organizzazione non governativa fondata nel 1978 con il nome di Movimento federativo democratico che opera nell'ambito della tutela dei diritti dei cittadini e della promozione della partecipazione civica. E' presente su tutto il territorio nazionale con circa 300 sedi. Per la tutela del diritto alla salute ha fondato, nel 1980, il Tribunale per i diritti del malato. Nel 2001, ha istituito il network Active citizenship (ACN) con l'adesione di 70 organizzazioni civiche di 30 paesi membri o candidati dell'Unione europea. ACN nel 2002 ha elaborato la Carta europea dei diritti del malato, provvedendo negli anni successivi al regolare monitoraggio della sua applicazione in 15 paesi membri dell'Unione europea

Da ultimo, nel 2007 è stato siglato un programma nazionale di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Settore Salute Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione e Dipartimento della Qualità - con la finalità di favorire l'insediamento dell'Audit civico nel Servizio sanitario nazionale.

Il totale delle aziende coinvolte, nel corso degli anni, nell'Audit civico è pari a 175 aziende sanitarie. Si può dire quindi che l'Audit civico si è insediato ormai stabilmente nel sistema sanitario italiano, confermando 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.

Nei livelli locali l'Audit civico facilita spesso le politiche di miglioramento, aprendo anche nuovi campi di azione e modalità di intervento inedite. L'applicazione della metodologia, infine, non è generalmente un fatto occasionale, ma tende a produrre una presenza stabile nelle prassi aziendali.

Le Aziende sanitarie che hanno preso parte all'Audit civico 2009 sono 87, di cui 52 Aziende sanitarie locali (ASL) e 35 Aziende ospedaliere (AO), attraverso l'adesione diretta al programma nazionale sostenuto dal Ministero della salute o con la partecipazione ai 5 programmi regionali:

- ciclo nazionale: 27 Aziende Sanitarie, di cui 17 Asl e 10 AO;
- ciclo regionale Piemonte: 22 Aziende Sanitarie, di cui 13 Asl e 9 AO;
- ciclo regionale Friuli Venezia Giulia: 12 Aziende Sanitarie, di cui 6 Asl e 6 AO;
- ciclo regionale Provincia Autonoma di Trento: 1 Asl (Azienda provinciale);
- ciclo regionale Lazio: 20 Aziende Sanitarie, di cui 10 Asl e 10 AO;
- ciclo regionale Abruzzo: 5 Asl³.

Nel corso del 2009 è stata anche attivata una applicazione nelle Regione Umbria con l'adesione di 6 aziende sanitarie, che però non ha ancora concluso la raccolta dei dati.

Tabella 1 – N° Aziende sanitarie coinvolte nel programma Audit civico 2009

2. Le ragioni dell'Audit civico

La decisione di dotare la Cittadinanza attiva 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 i diritti del malato: dare una forma concreta alla centralità del cittadino, rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie, prevenire la frammentazione del servizio sanitario.

Non è difficile rilevare, sulla base dei risultati ottenuti ma soprattutto dell'evoluzione dei servizi sanitari, che le questioni affrontate nel 2001, non solo sono rimaste attuali e centrali, ma hanno acquistato ulteriore rilevanza.

2.1. La centralità del punto di vista dei cittadini

Il primo ordine di problemi era quello di superare tre pregiudizi: la riduzione della centralità del cittadino a puro principio di deontologia professionale, l'idea che la tutela dei diritti dipendesse esclusivamente dalla buona organizzazione e, soprattutto l'eccezione di incompetenza nei confronti del cittadino in quanto soggetto privo delle conoscenze e degli strumenti necessari.

I primi due possono essere considerati ormai minoritari e si è compreso definitivamente che praticare la centralità del cittadino significa invece definire specifici criteri di progettazione e di valutazione dei servizi e delle politiche sanitarie. L'eccezione di incompetenza, invece, non è ancora definitivamente superata. Le rilevazioni realizzate con dell'Audit civico aiutano a definire la situazione. Si è potuto verificare, infatti, che la centralità del cittadino acquista una consistenza

³Il rapporto conclusivo dell'Audit civico 2009 può essere scaricato da <http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico/rapporti-nazionali-audit-civico.html>

concreta quando esso si presenta come puro fruitore dei servizi (lo dimostrano i progressi del comfort, dei servizi di prenotazione, ecc.) o come portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare (lo dimostrano la crescente, anche se ancora insufficiente, attenzione verso la terapia del dolore e il sensibile miglioramento del *risk management*). Non è così quando il cittadino interviene come concreto attore del sistema e pretende di informare ed essere informato o di tutelare attivamente i propri diritti (Moro, 1998). In questi casi si riscontra una difficoltà (epistemologica, se così si può dire, prima che politica) a dare il dovuto spazio alla presenza di un soggetto autonomo, titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

Per fare fronte a questo problema gli strumenti classici della *customer satisfaction* sono stati ampiamente riformati⁴, e negli stessi anni di sviluppo dell’Audit civico una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi esiti (Cinotti, Cipolla, 2003; Tanese, Negro, Gramigna, 2003), ma questo non è sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l’ascolto dei cittadini anche con tecniche innovative ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate (Altieri, 2002). La necessità di coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini nella definizione, nella valutazione e nella attuazione delle politiche pubbliche resta un problema aperto e di crescente attualità (Moro, 2008, p. 42; Bobbio, 2004).

Nell’Audit civico il cittadino cessa di essere un puro oggetto di indagine, da interrogare con le dovute tecniche, ma diventa il soggetto valutatore che visita le strutture e interroga i responsabili. Per sostenere con i necessari strumenti disciplinari questo approccio si è partiti dalla considerazione che la stessa espressione “rappresentare il punto di vista del cittadino” ha due significati ben distinti, anche se complementari.

Il primo significato è che il punto di vista del cittadino è uno *standpoint* vale a dire uno specifico punto di osservazione - non un’opinione soggettiva - che mette in luce aspetti della realtà considerata generando informazioni diversamente inattendingibili. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non poteva significare soltanto raccogliere un qualche insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini oggettivi (e quindi rappresentare) il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza. L’attenzione è stata rivolta alla possibilità di identificare, formalizzare e poi misurare gli aspetti caratteristici di tale esperienza, attraverso l’osservazione diretta, la richiesta alle amministrazioni di informazioni dovute ai sensi della legge 241, la definizione di standard di riferimento e così via. In questo modo, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà, ma può confrontarsi a pari dignità (anche tecnica) con gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori delle aziende sanitarie, dei medici, degli infermieri, degli amministratori regionali, ecc.).

La seconda accezione dell’espressione “rappresentare il punto di vista dei cittadini” ha a che fare con la capacità delle organizzazioni civiche di agire in nome e per conto dei cittadini, al fine di far valere un criterio di interpretazione (e quindi di governo) della qualità dei servizi legato alla capacità di soddisfare concretamente i bisogni esistenti. È necessario quindi intervenire sulla determinazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e sulla definizione di priorità, attività tradizionalmente riservate in modo esclusivo alla amministrazione e ai professionisti.

Per rispondere a questa duplice esigenza l’Audit civico ha sviluppato in termini disciplinari gli strumenti di raccolta, di registrazione e di valutazione delle esperienze, ma ha anche identificato le procedure pubbliche che permettono ai cittadini di far valere le proprie valutazioni attraverso la costruzione condivisa dei programmi di miglioramento e di adeguamento.

2.2. La trasparenza del servizio sanitario

Il secondo ordine di problemi viene dall’esigenza di rendere trasparente e verificabile l’azione delle aziende sanitarie. Il punto di partenza a questo proposito è stata la lunga esperienza delle battaglie

⁴ Un esempio particolarmente rilevante è il programma sviluppato dall’agenzia sanitaria del Veneto in collaborazione con il Picker Institute. http://www.arssveneto.it/html_pages/qualita.php?idm=58-

condotte da Cittadinanzattiva con il Tribunale per i Diritti del Malato per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari (Petrangolini - Moro, 1987; Petrangolini, 2007) per ottenere, in primo luogo, che le segnalazioni e l'intervento dei cittadini producessero i dovuti cambiamenti e per fare sì, in seconda istanza, che il giudizio motivato dei cittadini pesasse, in sede di valutazione delle aziende e dei loro dirigenti, al pari dei risultati di bilancio.

Questa motivazione si è via via incontrata con una crescente domanda pubblica di trasparenza e di *accountability*, aumentata sensibilmente negli ultimi anni per fare fronte ad almeno tre grandi problemi:

- sostenere il contrasto alla illegalità ed alla corruzione che periodicamente emergono con prepotenza anche nel Servizio Sanitario Nazionale;
- sviluppare le funzioni di regolazione e controllo all'interno di un sistema sanitario "regionalizzato" e "aziendalizzato", e quindi costituito da insiemi articolati di soggetti pubblici e privati autonomi, che devono comunque garantire determinati requisiti di accreditamento e prestazioni, e quindi rendere conto della propria azione;
- valutare i responsabili, e in particolare i direttori generali, in base alla capacità di raggiungere gli obiettivi (non soltanto economici) loro assegnati e di garantire l'appropriatezza e la qualità dei servizi.

Il D.L.vo 150/2009 ha inteso sostenere il raggiungimento di tali obiettivi con un quadro normativo generale, finalizzato a migliorare il ciclo di gestione della performance nelle amministrazioni pubbliche e la trasparenza dell'operato dell'amministrazione. Permane tuttavia, almeno in sanità, una tale priorità sul conseguimento di determinati risultati economici (e in particolare nelle Regioni sottoposte al Piano di rientro), da lasciare ancora ben poco spazio ad una visione più ampia delle funzioni di governo e delle esigenze di *accountability* del sistema.

La valutazione civica può portare un contributo non trascurabile alla domanda crescente di trasparenza e rendicontazione. La corretta rappresentazione del punto di vista del cittadino è ormai considerata parte integrante delle procedure di accreditamento e delle certificazioni di qualità. E non è un caso che nelle convenzioni regionali vigenti le applicazioni dell'Audit civico siano state collegate con le procedure di accreditamento e, in alcuni casi, anche con la valutazione dei direttori generali.

2.3. Un contrappeso ai rischi di frammentazione

La terza fondamentale ragione per adottare una procedura di valutazione locale ma fondata su criteri omogenei e comparabili, quali quelli dell'Audit civico, era la volontà di prevenire il rischio che il condivisibile processo di decentramento regionale si traducesse in una frammentazione irreversibile del Servizio Sanitario, abbandonando la tutela universale dei diritti alle logiche del contenimento della spesa ed al "fai da te" delle singole amministrazioni regionali o dei singoli direttori generali.

La frammentazione in realtà è avvenuta, come dimostrano tutte le comparazioni fra i servizi sanitari regionali realizzate in questi anni dalle stesse istituzioni e vari enti di ricerca.

In tal senso, l'adozione di un sistema unificato di indicatori generato dalla attività di tutela dei diritti e il *benchmarking* sono stati due fattori elementi cardine per la progettazione dell'Audit civico. Fin dall'inizio, infatti, si è pensato che rendere comparabili le performance aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte di diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi su tutto il territorio nazionale, potesse essere anche una proposta di difesa dell'universalità del servizio sanitario pubblico. L'ampia diffusione della metodologia potrebbe dipendere in buona misura dal fatto che queste caratteristiche sono state accolte con favore.

3. L'impianto metodologico

3.1. Le quattro domande dell'Audit civico

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un Audit dipendono dalla corretta formulazione dei quesiti a cui l'Audit stesso vuole dare una risposta. La progettazione dell'Audit civico, quindi, ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino comune nei servizi sanitari (Lamanna, Terzi, 2005).

1. Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto 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 la complessità degli argomenti messi in campo fanno 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 domanda – vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella gestione delle politiche aziendali – è meno immediata. L'occasione dell'Audit civico, comunque, permette di fare un punto sull'attuazione di alcune disposizioni legislative che intendono favorire la partecipazione dei cittadini, sulla volontà di cercare nuove modalità di confronto con le comunità locali e, infine, sulla capacità di dare uno spessore strategico ai rapporti cittadino/azienda.

La quarta domanda è ovviamente indeterminata circa i contenuti (in quanto non è possibile prevedere quali sono i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti), ma l'Audit civico offre l'occasione per articolare un processo di consultazione interattivo dei vari attori da concludersi con una iniziativa pubblica.

3.2. Riferimenti teorici e metodologici

L'Audit civico integra (o tenta di integrare) diversi approcci metodologici: l'analisi e la valutazione civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione

dei servizi e le procedure della qualità⁵.

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita (Moro, 1998). Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari che permettono ai cittadini di rappresentare in forma strutturata il proprio punto di vista e di partecipare quindi come soggetti autonomi ai processi di valutazione.

Il secondo approccio è dato dai contenuti del D.P.C.M. del maggio 1995 sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini un'autonoma e significativa attività di valutazione dei servizi, ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale attività (Ministero della sanità, 1996). Ai fini dello sviluppo dell'Audit civico, assume una particolare rilevanza il concetto di fattore di qualità inteso come "aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie". Diviene possibile, in questo modo, scomporre l'esperienza dei cittadini in segmenti significativi e descrivibili con insiemi di indicatori qualitativi e quantitativi che permettono di passare da valutazioni di tipo soggettivo a una valutazione sistematica e fondata su dati rigorosamente riscontrabili.

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

3.3. La struttura di valutazione dell'Audit civico⁶

La struttura dell'Audit civico si compone di 3 componenti nazionali (più una eventuale a carattere locale), 12 fattori di valutazione e 380 indicatori.

Fig 1 - La struttura di valutazione dell'Audit civico

Le componenti

Le componenti sono state definite in corrispondenza alle quattro "domande dell'Audit civico", illustrate in precedenza. Le componenti strutturate a livello nazionale sono tre:

1. l'orientamento ai cittadini, cioè l'attenzione dimostrata dall'azienda per ambiti spesso problematici per gli utenti dei servizi sanitari, la cui cura può favorire una sempre maggiore fiducia nel Ssn (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale, ecc.);
2. l'impegno dell'azienda nel promuovere politiche di particolare rilievo sociale e sanitario;
3. il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

⁵ Per una trattazione più completa degli aspetti metodologici si rimanda a Lamanna, Terzi (2005).

⁶ La versione qui descritta è stata aggiornata nel 2008 sulla base dell'esperienza maturata nei cicli precedenti da Alessandro Lamanna, con la collaborazione di Michela Liberti e Rosapaola Metastasio e il contributo di un gruppo tecnico costituito da Andrea Gardini, Gabriele Calizzani, Anna Vittori, Sara Baruzzo, Rosanna Cerri, Carolina Devardo e Giorgio Simon. La nuova articolazione è stata validata da un Comitato paritetico con Giovanni Nicoletti e Alessandro Ghirardini in rappresentanza del Ministero della salute e la consulenza di Piera Poletti.

Ad esse si aggiunge una componente che, se lo si ritiene opportuno, può essere sviluppata con un autonomo approccio locale e cioè:

4. la capacità di risposta dell'azienda sanitaria a un problema concreto vissuto come "urgente" dalla comunità locale.

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

I fattori di valutazione

Le prime tre componenti sono articolate in dodici "fattori di valutazione", secondo il seguente schema:

Orientamento al cittadino:

1. accesso alle prestazioni sanitarie;
2. tutela dei diritti e miglioramento della qualità;
3. personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenti;
4. informazione logistica e sanitarie, comunicazione ed educazione;
5. comfort

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

6. sicurezza dei pazienti;
7. sicurezza delle strutture e degli impianti;
8. malattie croniche e oncologia;
9. gestione del dolore;
10. prevenzione

Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

11. attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti;
12. altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.

Gli indicatori

Ognuno dei dodici fattori sopra indicati è indagato attraverso la rilevazione di una serie di indicatori, raccolti in una "matrice per la valutazione civica nei servizi sanitari".

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.

I livelli di applicazione

La struttura di valutazione dell'Audit civico si completa con la definizione dei *livelli di applicazione*, vale a dire gli ambiti del Servizio Sanitario Nazionale nei quali è effettuata la rilevazione degli indicatori.

I livelli previsti ed applicati, fino ad ora, sono tre:

- L1 l'ambito aziendale (l'azienda sanitaria nel suo complesso);
- L2 l'ambito dell'assistenza ospedaliera;

- L3 l'ambito delle cure primarie che comprende:
 - L3a l'assistenza sanitaria di base (distretti, medicina di famiglia, cure domiciliari),
 - L3b l'assistenza specialistica territoriale (poliambulatori),
 - L3c l'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (CSM/Ser.T.).

Nelle tabelle 2-3 e 4 è riportata la distribuzione dei fattori nei diversi livelli di applicazione.

Gli strumenti di rilevazione

Per la raccolta dei dati sono utilizzate 5 tipologie di questionari rivolti ai responsabili delle strutture coinvolte nell'Audit civico, e 6 diverse *check list* per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari). **(box 1)**

La metodologia di indagine della componente locale

A differenza delle prime tre componenti, l'esame della componente locale dell'azione di un'azienda sanitaria non avviene secondo un approccio strutturato centralmente sulla base di batterie di indicatori che esaminano stesse aree tematiche nei diversi contesti, bensì secondo un approccio locale. Lo sviluppo di questa componente è volontario e non obbligatorio.

Ciascun Gruppo di Audit Civico può selezionare un particolare problema significativo dal punto di vista dei cittadini e vedere se e in che misura c'è stata una risposta da parte dell'azienda sanitaria. Attraverso questa componente, l'Audit civico acquisisce così una dimensione "locale" e si fa portatore di un contributo conoscitivo "mirato", legato al contesto di ciascuna azienda in cui esso è realizzato.

Per individuare il problema da trattare, il gruppo di Audit civico delimita l'area dei problemi che possono essere affrontati, date le caratteristiche generali dell'Audit civico. L'esperienza, però, del Tribunale per i diritti del malato maturata in questi anni e quella delle altre organizzazioni non profit che operano in campo sanitario, ha messo in evidenza come nell'ambito dell'assistenza sanitaria esistano questioni dove è indispensabile che il punto di vista degli utenti sia integrato con quelli più tradizionali dell'amministrazione e degli operatori sanitari.

Per la scelta del problema, quindi, vengono percorse due strade: la prima strada, più complessa, consiste nell'aprire una vera e propria "fase istruttoria", esaminando rapporti e documenti (ad esempio prodotti dall'Urp, da organizzazioni di cittadini o da sindacati) e cercando di individuare un problema che abbia una rilevante dimensione quantitativa, una tendenza a ripresentarsi periodicamente, un particolare impatto sui cittadini e sia percepito come problema, una dimensione concreta affrontabile nel medio/breve periodo.

La seconda strada, invece, più veloce può essere quella di delimitare il campo della scelta alle questioni che, nel corso degli anni, il Tribunale per i diritti del malato ha posto di fronte alla direzione dell'Azienda sanitaria e che costituiscono ancora vere e proprie "aree critiche", in quanto ignorate o non affrontate adeguatamente.

A questo punto, lo strumento operativo attraverso il quale si propone di sviluppare la componente locale è quello dell' "Incontro di Audit", vale a dire un incontro pubblico in cui tutti i soggetti coinvolti nel problema esaminato sono presenti e possono interagire esprimendo il proprio punto di vista, sulla base di un eventuale elenco delle possibili soluzioni da discutere pubblicamente.

Le migliori soluzioni possono essere individuate selezionandole sulla base dei criteri di: pertinenza, efficacia, efficienza, impatto, ostacoli e fattori di facilitazione, fattori legislativi, economici, strutturali, ecc.

In seguito allo svolgimento dell'Incontro di Audit, l'équipe può redigere una relazione in cui si cercherà di mettere in evidenza gli elementi di maggiore convergenza tra i diversi soggetti intervenuti e quelli che, al contrario, hanno registrato una maggiore divergenza.

Tale eventuale relazione è parte integrante dei risultati dell'Audit Civico e viene diffusa

pubblicamente secondo quanto previsto nella lettera d'intenti firmata dal Tribunale per i diritti del malato e dall'Azienda sanitaria.

Gli indici di adeguatezza agli standard

Gli indicatori sono tutti associati ad uno standard riconosciuto⁷ ed è quindi possibile calcolare, con semplici accorgimenti, in ogni livello e per ogni fattore un Indice di adeguatezza degli standard (IAS). Quando lo standard è pienamente conseguito all'indicatore viene attribuito valore 100, zero nel caso opposto. La media ponderale dei valori raggiunti dai grappoli di indicatori nelle caselle è il valore dello IAS, la differenza fra il valore dell'IAS e 100 misura lo scarto fra la situazione constatata e il pieno conseguimento di tutti gli standard.

Fig. 2 - Esempio di Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati nella Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti

Lo studio degli IAS, è la base della valutazione locale e del *benchmarking* e permette di condurre analisi di sistema che assumono un particolare valore nei cicli applicativi nazionali e regionali.

3.4. Il ciclo operativo dell'Audit civico

Come abbiamo visto, l'Audit civico non è una semplice raccolta di informazioni ma un processo di valutazione civica promosso dalle organizzazioni civiche e accolto dalle aziende sanitarie, e che può essere suddiviso in quattro grandi fasi: le operazioni preliminari, la preparazione, l'esecuzione e le azioni finali.

Operazioni preliminari

Le operazioni preliminari alla realizzazione dell'Audit in un'azienda sanitaria sono due: la formalizzazione dell'adesione al programma e la formazione dei responsabili.

Per aderire al programma Audit civico è necessario formalizzare la partnership tra la Direzione Generale e il Responsabile locale del Tribunale per i diritti del Malato, attraverso la firma di una lettera d'intenti da entrambe le parti. Le parti (aziendale e civica) procederanno, poi, a nominare i rispettivi responsabili che avranno il compito di guidare la realizzazione del programma di Audit civico.

Nel caso dei cicli regionali l'adesione di tutte le Aziende Sanitarie è mediata dalla stipula della Convezione regionale tra l'Ente Regionale preposto e Cittadinanzattiva Regionale.

I responsabili di parte aziendale e civica partecipano al corso di formazione interregionale sull'Audit civico, nel quale vengono presentati l'impianto metodologico, gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati, il ciclo delle operazioni da svolgere e le procedure di partecipazione. La partecipazione al corso di formazione è una condizione vincolante per potere accedere al programma di Audit civico

La preparazione (progettazione operativa)

La fase di preparazione comprende due operazioni: la costituzione dell'équipe operativa locale e la definizione del progetto locale (campo di applicazione e programma operativo).

Ogni realtà deve insediare l'équipe operativa dell'Audit civico, che si occuperà operativamente del

⁷ Le fonti utilizzate per il riconoscimento degli standard sono state le raccomandazioni delle istituzioni internazionali le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte dei servizi, la Carte dei diritti del malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.

programma. L'équipe operativa è costituita da un minimo di 8 ad un massimo di 20 persone (cittadini volontari e operatori indicati dalla direzione). I componenti dell'équipe vengono preparati allo svolgimento dell'Audit civico con un modulo locale curato dai responsabili che hanno partecipato alla formazione interregionale. L'équipe operativa si avvale dell'assistenza tecnica della sede nazionale e della sede regionale di Cittadinanzattiva.

Il Piano locale di Audit civico comprende:

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

L'esecuzione

La fase di esecuzione comprende le operazioni di raccolta dei dati e della loro restituzione su supporto informatico.

Le azioni finali

Le azioni finali comprendono cinque operazioni:

- elaborazione e restituzione delle basi dati e del *benchmarking* alle équipe locali;
- elaborazione dei rapporti locali;
- elaborazione del rapporto nazionale o regionale
- pubblicazione degli esiti dell'Audit civico;
- verifica degli esiti.

L'elaborazione del Rapporto locale di valutazione comprensivo delle proposte dei piani di miglioramento è un compito specifico dell'équipe locale ed è articolato in quattro parti: l'analisi dei dati, il verbale sintetico di valutazione, il piano di eliminazione delle non conformità e il piano delle azioni correttive.

L'analisi viene generalmente condotta a tre livelli. Il primo livello concerne il comportamento locale dei fattori, permette di individuare i potenziali punti di forza (costituiti dai fattori che conseguono un IAS uguale o prossimo a cento o comunque molto elevato) e le potenziali aree critiche (costituite dai fattori in cui, al contrario, l'IAS si attesta sui valori più bassi). Il secondo livello si riferisce ai singoli indicatori, è volto a rilevare quali fra essi sono responsabili delle performance della azienda a causa del mancato conseguimento totale o parziale dello standard previsto. Il terzo è la comparazione con le altre realtà, l'esame delle tavole di benchmarking permette di rilevare in quali ambiti il comportamento dell'azienda è conforme a quello generale del sistema e dove si distacca da esso verso l'alto o verso il basso.

Il verbale di valutazione sintetizza gli esiti salienti dell'analisi dei dati, raccoglie i giudizi dell'équipe sulla effettiva rilevanza delle lacune e dei punti di forza individuati, propone una interpretazione delle situazioni considerate più rilevanti e formula raccomandazioni di ordine generale.

Il piano di eliminazione delle non conformità è rivolto a proporre l'adeguamento agli standard degli indicatori critici messi in evidenza dall'analisi dei dati indicando gli interventi adeguati a tale scopo. E' opportuno che, a partire da una valutazione sulla rilevanza delle situazioni negative constatate e sulla fattibilità concreta degli interventi proposti, il piano indichi anche ordini di

priorità e precise scadenze temporali.

Il piano delle azioni correttive è volto ad individuare le azioni sistematiche volte a prevenire il ripetersi delle non conformità (ad esempio l'istituzione di un ufficio o di un responsabile del *risk management* fornito di risorse e poteri sufficienti). Non sempre l'équipe locale è in grado di procedere autonomamente nell'individuazione delle azioni correttive, a tale proposito può e deve chiedere uno specifico confronto con la direzione generale.

La sede nazionale o regionale di Cittadinanzattiva realizza un rapporto conclusivo al termine di ogni ciclo applicativo di Audit civico, che comprende l'illustrazione analitica delle tavole di *benchmarking*, la discussione degli elementi salienti messi in evidenza dall'analisi dei dati e raccomandazioni per il miglioramento indirizzate ai diversi interlocutori.

Gli esiti dei cicli applicativi di Audit civico sono resi pubblici a tutti i livelli. Per quanto riguarda le realtà locali si rimanda allo specifico punto del paragrafo successivo. Per quanto riguarda la realtà nazionale si prevede un apposito evento organizzato a cura del Comitato paritetico.

A circa un anno di distanza dalla conclusione, è prevista una verifica sugli effettivi esiti ed in particolare sullo stato di attuazione del piano di eliminazione delle non conformità e del piano delle azioni correttive. Conviene prendere in considerazione, a questo proposito, l'opportunità di realizzare un nuovo ciclo di Audit civico.

4. Gli effetti dell'Audit civico

L'analisi degli effetti prodotti da dieci anni di sperimentazione e realizzazione dell'Audit civico nelle aziende sanitarie italiane deve tener conto dell'interazione dei cicli di Audit con i processi di *governance*, con riferimento a quattro ambiti operativi: lo sviluppo della partecipazione civica, l'aggiornamento dei modelli cognitivi degli operatori e dei cittadini, l'interazione con le politiche sanitarie in ambito regionale, la definizione e l'attuazione di processi di miglioramento delle politiche e dei servizi.

Per sostenere con dati obiettivi la considerazione dell'impatto dell'Audit civico in questi quattro diversi ambiti sono state utilizzate le seguenti fonti di informazione:

- l'indagine sulle azioni di miglioramento messe in atto in seguito alla realizzazione dell'aggiornamento della metodologia nel 2003;
- una indagine ad hoc su 15 realtà particolarmente significative⁸ mediante la convocazione di un *focus group* in data 25 giugno 2009 e la somministrazione di un questionario;
- la ricognizione sui siti internet delle aziende, delle amministrazioni regionali e di alcune associazioni professionali;
- un *focus* sulla reattività e sulla proattività delle aziende sanitarie di Roma che hanno partecipato all'Audit civico;
- il dossier redatto nel 2009 dall'Agenzia socio sanitaria dell'Emilia Romagna, con la collaborazione di Cittadinanzattiva, sulla esperienza regionale dell'Audit civico (Assr Emilia Romagna, 2009).

4.1. Uno strumento al servizio della partecipazione civica

I dati sul coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali hanno messo in evidenza una situazione non soddisfacente delle politiche della partecipazione. La legislazione ha proposto numerosi spazi di incontro fra i cittadini e le istituzioni sanitarie che, però, si sono rivelati di non facile attuazione per motivi di varia natura. In generale manca una definizione precisa degli argomenti che dovrebbero essere trattati e del valore formale dei pareri formulati. L'interpretazione regionale e locale è spesso formalistica, molto concentrata sulle procedure – sovente farraginosa - e su questioni di rappresentatività più che di contenuto. Avviene anche, con discreta frequenza, che i

⁸ La restituzione dei questionari è ancora incompleta ma le informazioni sono interessanti e congruenti con quelle delle altre rilevazioni.

processi partecipativi non vadano a buon fine non tanto per la mancanza di una buona volontà politica quanto per il fatto che questa non è sorretta da una adeguata progettazione tecnica e operativa. L'esperienza maturata con l'applicazione sistematica dell'Audit civico propone modelli operativi che – senza coprire l'insieme delle questioni aperte – si sono rivelati efficaci e replicabili.

In primo luogo, l'Audit civico è uno strumento di partecipazione in sé che apre nuovi canali di rapporto fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, come dimostra il successo delle azioni di reclutamento. I bandi pubblici regionali che invitavano i cittadini a partecipare alla realizzazione dell'Audit civico hanno avuto 430 adesioni in Piemonte, 230 in Abruzzo, oltre 200 nel Lazio, 80 in Umbria, 40 in Friuli Venezia Giulia. In altri casi, come in Emilia Romagna, in Puglia, in Trentino e nella maggior parte delle realtà non assistite da una convenzione regionale, le azioni di reclutamento sono state svolte a livello locale, generalmente con successo. Complessivamente, nel corso degli anni, circa 3.000 cittadini hanno potuto partecipare attivamente alla valutazione delle aziende sanitarie.

Inoltre, le équipes locali e i gruppi regionali di coordinamento che hanno condotto le diverse applicazioni sono state non soltanto strutture tecnico – organizzative ma anche nuove sedi di confronto a tutto campo fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, come si vedrà meglio più avanti.

In secondo luogo, la realizzazione dell'Audit civico comporta la buona esecuzione di un numero alquanto elevato di operazioni che devono essere accuratamente pianificate e che richiedono una precisa ripartizione dei compiti fra i responsabili civici e i responsabili aziendali. Ciò ha richiesto, nei fatti, la costruzione di concreti modelli operativi capaci di superare il deficit sopra richiamato. La formalizzazione dei compiti del responsabile civico e del responsabile aziendale adottata dall'équipe della ASL Roma E è un esempio estremamente interessante a questo proposito⁹. **(box 2)** E' abbastanza facile constatare che buona parte delle indicazioni è ampiamente replicabile nell'ambito di altri processi partecipativi.

Infine è stata positiva l'interazione con gli istituti di partecipazione già esistenti. La concretezza dei temi proposti dall'Audit civico ha offerto nuovi spazi di intervento ai Comitati consultivi misti dell'Emilia Romagna e della Puglia e alle conferenze di partecipazione del Piemonte. In varie situazioni, tale concretezza ha rivitalizzato il sistema Carta dei servizi/Conferenze dei servizi istituito dal Dpcm del maggio 1995 superando le interpretazioni formalistiche. A Trento la ridefinizione della Carta dei servizi è stata accompagnata da un importante processo di partecipazione, dalla promozione di forme di valutazione condivisa dei processi assistenziali e tecnico amministrativa e da un progetto di coinvolgimento sistematico del volontariato nella definizione di politiche di miglioramento (Corposanto, Passerini, 2004). In varie realtà (fra cui l'Asl 1 di Torino, l'Azienda Ospedaliera Oirm Sant'Anna, le Asl di Siracusa e Caltanissetta) la discussione del rapporto locale è stata parte integrante della convocazione e della realizzazione delle Conferenze dei servizi. Le 24 aziende che hanno dichiarato di praticare la verifica annuale del rispetto degli standard hanno utilizzato molto spesso i risultati dell'Audit civico.

4.2. Impatto culturale

L'impatto culturale dell'Audit civico può essere riconosciuto in quattro ambiti: il riconoscimento della competenza civica, la condivisione di alcuni modelli cognitivi, la definizione delle omissioni, delle pietre di inciampo e delle buone prassi e, da ultimo, la formazione di un ambiente della valutazione civica.

La competenza civica e la Carta europea dei diritti del malato

Come si è già avuto occasione di affermare, l'Audit civico ha smentito concretamente le visioni riduttive che considerano i cittadini "privi delle 'competenze' necessarie ad occuparsi della cosa

⁹ Si ringraziano in particolare il dott. Alessandro Bazzoni della ASL Roma E e il responsabile civico per la ASL Roma E Lilla De Roberto.

pubblica perché questa richiede saperi per essi inattingibili” (cfr. Moro 2005a, p. 37; 2005b, pp. 109-126). Sarebbe lungo e inappropriato, in questa sede, soffermarsi sugli aspetti teorici e metodologici di questo dibattito. La conferma più vistosa, infatti, viene dal successo della Carta europea dei diritti del malato proclamata nel 2002. Alla proclamazione ha fatto seguito un monitoraggio sullo stato di attuazione dei 14 diritti condotto in 14 paesi con una metodologia ispirata all’Audit civico. Tale opera ha ottenuto, nel 2007, il primo premio del Comitato economico e sociale europeo come migliore iniziativa della società civile ed è diventata un riferimento, ha trovato riscontro in documenti ufficiali del Comitato stesso e del Parlamento europeo e ha contribuito alla decisione di emanare una direttiva europea sui servizi sanitari (Moro, 2009).

L’aggiornamento dei modelli cognitivi

Il lavoro svolto in comune dai cittadini e dagli operatori nell’ambito delle équipes locali e dei gruppi regionali di coordinamento ha favorito l’aggiornamento dei rispettivi modelli cognitivi. La definizione di linee guida per il reclutamento e per la definizione dei piani locali, per esempio, è stata anche un’occasione per fare il punto sullo stato della comunicazione fra direzioni aziendali, operatori e cittadini. La discussione dei rapporti di valutazione e dei piani di miglioramento, con necessaria condivisione dei criteri di lettura e di valutazione dei dati, ha portato a mettere in comune un nuovo modo di vedere il servizio sanitario.

A questo proposito, l’Assr dell’Emilia Romagna ha condotto una specifica indagine, con la somministrazione di specifici questionari a tutti i componenti, civici e aziendali, delle équipes operative locali. Secondo gli intervistati, l’Audit civico, è risultato essere esperienza utile a:

- conoscere meglio e supportare cambiamenti organizzativi (recenti o ancora in atto);
- sviluppare sinergie virtuose con processi valutativi già in corso tra cui quello di accreditamento istituzionale.
- verificare i cambiamenti rispetto ad azioni messe in atto da precedente esperienze valutative;
- valutare una struttura alla luce di investimenti previsti;
- valutare una struttura organizzativa di recente costituzione;
- realizzare benchmarking tra strutture idonee a garantire omogeneità e quindi comparabilità” (Assr Emilia Romagna, 2009).

“Un altro aspetto che ha aiutato a far sì che la rilevazione fosse accolta con estrema disponibilità e collaborazione è stata la modalità di conduzione mista (professionisti/cittadini). Le interviste hanno rappresentato momenti significativi per apprendere e riflettere su progetti aziendali e percorsi di miglioramento ed hanno prodotto un arricchimento sia dal punto di vista umano che informativo. E comunque tutte le situazioni aperte alla comunicazione (intervista ai dirigenti, discussione in gruppo dei risultati) più o meno informale sono sempre state evidenziate come momenti importanti a giudicare dalla frequenza e dalla grande partecipazione agli incontri. ... gli strumenti utilizzati ... sono stati in grado di rilevare le criticità aziendali e di acquisire conoscenze relativamente a strutture e servizi di cui non si hanno di solito conoscenze dirette benché siano risultati in certi casi “un po’ stretti”, non tenendo conto di alcuni aspetti cruciali... che, calati nella realtà regionale dell’Emilia Romagna, sono spesso assodati e dunque scontati” (Assr Emilia Romagna, 2009).

Omissioni, pietre di inciampo e buone prassi

Una manifestazione concreta dell’aggiornamento dei modelli cognitivi è stato il riconoscimento delle buone prassi da diffondere, delle pietre di inciampo da rimuovere e delle omissioni da sanzionare. La prima applicazione di questi concetti è avvenuta nel 2003 con l’analisi degli indicatori che avevano in comune il dato di conseguire lo standard in non più del 25% delle aziende.

Le “pietre d’inciampo” sono costituite da elementi alquanto eterogenei fra di loro, la cui scarsa

diffusione presso le aziende sanitarie pone seri problemi. In molti casi si tratta di provvedimenti apparentemente semplici, come la disponibilità degli opuscoli informativi per i quali è necessario comprendere quali sono gli ostacoli da superare. Confrontando le situazioni segnalate nel 2003 si constatano sostanziali progressi in due ambiti: la disponibilità di stanze riservate per i malati terminali (presenti nel 62% degli ospedali) e nella diffusione di elementari strumenti informativi segnalata finora, giustamente, come dato critica ma comunque raddoppiata. Sono rimasti inalterati, invece, gli orari di visita e l'orario di distribuzione della cena.

Due buone prassi (la presenza di unità di *risk management* e la procedura per attivare i servizi sociali del comune) sono ormai routine. Buoni progressi anche nella diffusione della *customer satisfaction* negli ospedali e nella certificazione volontaria. Restano invece solo buone prassi il coinvolgimento dei cittadini nella definizione degli ordini del giorno degli organismi aziendale e nella valutazione della qualità delle forniture in appalto e dei presidi (protesi, ausili, ecc.) e soprattutto, purtroppo, la formazione dei valutatori/ricognitori sul dolore nel territorio-

Le omissioni consistono nel fatto che è tuttora possibile nel servizio sanitario sottrarsi ad elementari adempimenti senza incorrere nelle dovute sanzioni. Nel 2003 era stato formulato un lungo elenco di 93 indicatori. L'ultima rilevazione segnala un generale progresso e in 24 l'adempimento è quasi totale. Ciò rende ancora più inderogabile e pressante l'esigenza di sanzionare i ritardi ancora esistenti sempre meno giustificabili, soprattutto quando si insiste a non eliminare le barriere architettoniche, a non istituire la commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere o il comitato per il buon uso del sangue, o ancora a non consentire la prenotazione telefonica.

Il bilancio complessivo resta comunque ampiamente positivo e conferma la produttività dell'aggiornamento dei modelli cognitivi.

L'ambiente dell'Audit civico

Nel precedente rapporto nazionale¹⁰ era già stato rilevato che la diffusione dell'Audit civico era stata accompagnata dalla creazione di "un ambiente" di cittadini e operatori alquanto diffuso, costituito dalle 3000 persone che hanno partecipato alle diverse applicazioni nelle équipe locali.

Nel tempo, tale ambiente, si è arricchito di strumenti: il sito nazionale di Cittadinanzattiva dispone di uno spazio dedicato completato da un'area interattiva riservata ai responsabili delle équipe locali, le Aziende e gli assessorati regionali, numerose aziende sanitarie e associazioni professionali ospitano spazi per l'Audit civico nei propri siti, per un totale di 7140 segnalazioni su Google¹¹.

Si può confermare anche l'esistenza, all'interno di tale ambiente di una sorta di "gruppo dirigente" composto, secondo una stima prudenziale, da 100/150 persone e formato:

- dai responsabili civici locali e regionali che hanno saputo interpretare ad alto livello le informazioni prodotte e di attivare processi innovativi di interlocuzione e di miglioramento;
- da vari professionisti, attivi soprattutto degli ambiti degli Urp e degli Uffici qualità, particolarmente attenti al rapporto con i cittadini, e dagli operatori delle Agenzie sanitarie regionali che hanno guidato i programmi regionali.

L'attività del "gruppo dirigente" ha sensibilmente migliorato e arricchito l'impianto procedurale dell'Audit civico, ha fornito gli elementi utili per la revisione della struttura di valutazione condotta a termine nel 2009, ha favorito la circolazione delle buone pratiche, ha contribuito alla definizione dei criteri di interpretazione dei dati e di individuazione delle azioni correttive.

4.3. L'interazione con le politiche regionali

¹⁰ Cittadinanzattiva – I cittadini valutano le aziende sanitarie – rapporto nazionale dell'Audit civico 2005/2006 – p. 72
http://www.cittadinanzattiva.it/files/sanita/attivita/audit_civico/RapportiDocumenti/RapportiNazionali/rapporto_audit_civico_2005.pdf

¹¹ Rilevazione del 12 maggio 2010.

L'Audit civico è stato concepito “analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie operata dai cittadini” e quindi come strumento essenzialmente finalizzato al miglioramento delle situazioni locali. Nel tempo, grazie alla possibilità del benchmarking, è stato utilizzato anche e a livello regionale per la lettura del sistema ma anche come sostegno ad un discreto novero di politiche, come si può vedere dai paragrafi successivi.

Negli ultimi anni la diffusione delle politiche di empowerment del cittadino ha creato in nuovo campo privilegiato di valorizzazione dell'Audit civico. Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha avviato su tale argomento, censendo le esperienze in atto presso le regioni e le aziende sanitarie. Nella presentazione pubblica del settembre 2009 su 19 pratiche di empowerment organizzativo quattro (regione Abruzzo, regione Friuli Venezia Giulia, Asl di Reggio Emilia, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia) erano applicazioni dell'Audit civico di Cittadinanzattiva, una quinta applicazione (regione Umbria) è stata presentata, per questioni organizzative, nella sessione dell'empowerment individuale¹².

In tutte le applicazioni regionali l'Audit civico è stato collegato con i processi di accreditamento sia direttamente che come documentazione del punto di vista dei cittadini. In questa seconda accezione è stato riconosciuto come strumento valido anche dalla *Joint commission* incaricata dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie in Lombardia.

Nel Friuli Venezia Giulia e nel Lazio le delibere di attivazione dei programmi regionali prevedono che gli esiti siano utilizzati per la valutazione dei direttori generali ma non danno indicazioni specifiche sulla modalità di attuazione di tale decisione.

Nel caso delle applicazioni regionali della Puglia e dell'Abruzzo la realizzazione dell'Audit civico ha accompagnato esplicitamente due importanti politiche di adeguamento dell'organizzazione cioè l'insediamento degli Urp nel primo caso e degli Uffici qualità nel secondo. Nell'applicazione regionale tuttora in corso in Umbria, i dati dell'Audit civico saranno utilizzati per formalizzare uno schema regionale per la redazione della terza sezione delle Carte dei servizi.

4.4. Uno strumento per il miglioramento

L'esito finale dell'Audit civico, a livello locale è la formulazione di un piano locale di miglioramento articolato in un programma di eliminazione delle non conformità e in piano di azioni correttive. Avviene, con discreta frequenza, che i contenuti del documento siano recepiti, almeno in parte, negli atti aziendali. Meno diffusa ma significativa la prassi di utilizzare i risultati per la definizione degli obiettivi dei dirigenti e per la loro valutazione.

Per comprendere meglio l'impatto concreto dell'Audit civico è stata condotta una ricognizione sulle azioni di adeguamento agli standard in 34 aziende¹³, circa un terzo delle 104 realtà che avevano completato almeno un'applicazione di Audit civico entro il 2008. Per effettuare il conteggio e quindi rilevare il repertorio è stato necessario, preliminarmente, definire il concetto di azione, considerando tale un intervento nel quale siano compiutamente definiti l'oggetto, gli interlocutori, le modalità operative, i responsabili e che abbia raggiunto un livello constatabile di attuazione.

Nell'Audit civico la definizione delle azioni parte dalla analisi delle non conformità rilevate dall'indagine (che mediamente vanno da 10-20 nelle aziende migliori a oltre 200 circa nei casi più critici). Le équipes quindi concordano proposte o raccomandazioni di intervento, a distanza di alcuni mesi viene realizzato un monitoraggio di verifica.

¹² (http://www.assr.it/primo_piano/In_corsia_cittadino.pdf)

¹³ Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Azienda ospedaliera CTO – CRF- Maria Adelaide di Torino, Azienda ospedaliera di Caserta, Policlinico di Palermo, Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani, Azienda Ospedali riuniti di Bergamo, Azienda Ospedali riuniti di Foggia, Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, Istituto tumori di Genova, Policlinico di Tor Vergata, Aziende sanitarie locali di Chiavari, Enna, Nuoro, Latina, Legnago, Lucca, Montalbano Jonico, Roma A, Roma B, Roma C, Roma G, Roma E, Salerno, Napoli 2, Parma, Piacenza, Cesena, Torino 1 e Torino 4, Teramo, Bari (fusione di 4 aziende che avevano aderito al ciclo regionale 2007), Brindisi, Lecce (fusione di 2 aziende che avevano aderito al ciclo regionale 2007), Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento.

Sono state censite circa 470 azioni di adeguamento (circa 13 per azienda) con il repertorio qui appresso indicato che riporta, per ogni fattore di valutazione, il numero delle azioni censite e la tipologia delle azioni realizzate (**box 3**). In circa 80 casi i cittadini hanno collaborato operativamente anche alla messa in atto delle azioni stesse.

In un discreto numero di realtà l'applicazione dell'Audit civico ha innescato azioni correttive di sistema più spesso come effetto diretto - con la definizione di strategie per eliminare le non conformità rilevate e prevenire la loro riproduzione - ma anche (più raramente) con un ruolo, per così dire, "catalitico", quando, come è avvenuto a Roma E, l'équipe anziché formulare raccomandazioni proprie impegnava i responsabili nella analisi dei dati prodotti per la definizione delle misure da assumere.

L'Azienda che ha valorizzato più di ogni altra l'Audit civico - fondando la redazione e la verifica dei piani di miglioramento sul monitoraggio organizzato realizzato dai cittadini - è stata la Asl di Nuoro che ha ottenuto, per il programma "Involving citizens in monitoring health services", un premio europeo nella 5QC 5th Quality Conference for public administration in EU tenuta a Parigi il 20-22 ottobre 2008.¹⁴ Tale applicazione sistematica ha portato a definire i *Livelli essenziali di informazione* e i *livelli essenziali di comunicazione* che devono essere garantiti ai cittadini, creando un precedente estremamente interessante.

Un altro caso di politica sistematica, nel quale l'Audit civico ha svolto una funzione di catalizzatore, è stata la revisione della Carta dei servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento¹⁵. Gli standard operativi dei singoli sono stati definiti e condivisi con i cittadini con consultazioni capillari. A Parma allo sviluppo della partecipazione civica è stato dedicato uno specifico progetto, denominato "Ponte".

A Lucca gli esiti della rilevazione hanno prodotto una radicale revisione della medicina del dolore con un adeguamento generale delle procedure, degli strumenti e delle stesse strutture. Interessante anche l'esperienza della Asl di Legnago dove, nel quadro di un programma generale di adeguamento agli standard, l'istituzione del registro dei ricoveri programmati presso la direzione sanitaria ha portato ad una riorganizzazione delle modalità di accesso, da una gestione medico-dipendente ad una gestione équipe-dipendente con effetti benefici sulle liste d'attesa.

A Montalbano Jonico la segnalazione di un elevato numero di non conformità ha indotto un programma generale di messa a norma con interventi sulle Unità operative di Ortopedia, Chirurgia e Medicina e su due sale operatorie. A Bari sono stati revisionati nel 2008 e 2009 i piani di emergenza degli ospedali San Paolo (Bari), San Giacomo (Monopoli) e Iaia (Conversano).

In dieci aziende, infine, sono stati insediati gruppi di lavoro con la presenza dei cittadini che hanno proceduto alla verifica, revisione e riprogettazione degli strumenti informativi con particolare riferimento alla segnaletica interna ed esterna e agli opuscoli informativi. Negli Ospedali riuniti di Foggia, per esempio, è stato avviato il programma di adeguamento delle bacheche di reparto agli standard proposti dall'Audit civico.

5. Prospettive dell'Audit civico in sanità

Le ragioni fondanti dell'Audit civico e cioè la necessità di dare una dimensione concreta al punto di vista del cittadino, di aumentare la trasparenza del sistema e di contrastare la frammentazione del servizio sanitario conservano, dopo dieci anni dall'avvio del programma, una piena attualità.

Permane nel sistema sanitario italiano una difficoltà – segnalata da tempo dal Tribunale per i diritti del malato¹⁶ - a interpretare il rapporto con i cittadini come una risorsa e non solo come un

¹⁴ <http://www.5qualiconference.eu/bp.php?l=2&bp=286&p=18&c=1&t=0&k=>

¹⁵ Il processo è dettagliatamente descritto in Corposanto, Passerini, 2004.

¹⁶ Cfr. in particolare la *Comunicazione del Tribunale per i diritti del malato* al Congresso nazionale di Cittadinanzattiva – Roccella Jonica, ottobre 2006, paper.

problema. Rischia così di essere sprecata una risorsa strategica per una efficace fruizione dei servizi, per la prevenzione dei conflitti e per lo sviluppo del sistema dei controlli, vale a dire per il governo delle questioni cruciali generalmente reputate critiche.

In linea di principio, vi è un consenso generale sulla necessità di accrescere il livello di responsabilità sui risultati (in termini di contenimento della spesa sanitaria, appropriatezza e qualità delle cure) attraverso adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione. Si ha però la sensazione di un ritardo e di una estrema difficoltà nel passaggio da modelli concettuali all'adozione sistematica di strumenti concreti di valutazione e comparazione delle performance a livello nazionale. In questo scenario, lo sviluppo e l'utilizzo diffuso di processi e strumenti di valutazione civica può costituire un elemento importante per la costruzione di un sistema di valutazione integrato e concretamente orientato alla *governance*, sia a livello nazionale che delle singole regioni.

Una conferma di questo orientamento viene peraltro dalla lettura del Documento Preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 che nel capitolo dedicato a "Monitoraggio appropriatezza e uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza" attribuisce particolare rilevanza alla partecipazione degli utenti, considerati "*i principali interessati al buon funzionamento del SSN*" e, come tali, "*compartecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso*"¹⁷. In particolare, il documento individua nell'Audit civico uno dei tre strumenti (unitamente alle analisi della *customer satisfaction* e al coinvolgimento attivo del volontariato) di partecipazione diretta degli utenti alla valutazione dei LEA, ed è significativo che l'Audit civico sia considerato lo strumento con il quale "*le organizzazioni civiche e di volontariato promuovono la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende Sanitarie e possono cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza.*"

Quindi, si riconosce all'Audit civico un ruolo non solo di verifica del rispetto di adeguati livelli di assistenza e di servizio ai cittadini, ma anche e soprattutto una funzione di supporto alla programmazione, ai diversi livelli decisionali del sistema, e all'intero ciclo di gestione della performance delle organizzazioni sanitarie.

Ed è in questa prospettiva che si colloca, probabilmente, la sfida maggiore per la partecipazione dei cittadini alla valutazione delle politiche e dei servizi sanitari, quella di favorire una reale integrazione tra i processi di valutazione e quelli di programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e delle singole aziende sanitarie.

Il rischio, infatti, è quello di mantenere un'attività di analisi e valutazione che, pur nella legittimazione della sua utilità generale, stenta ad inserirsi strutturalmente nei gangli decisionali e nei processi gestionali delle aziende sanitarie italiane. In altri termini, occorre che l'Audit civico sia realmente percepito e "utilizzato" dalle Regioni e dalle aziende sanitarie nei loro differenti ambiti decisionali (amministratori, manager, professionisti) come uno strumento di riferimento per condividere piani di miglioramento dei servizi con i reali fruitori degli stessi. Le indicazioni derivanti dalle prime anticipazioni del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 sembrano confortare tale orientamento come indirizzo generale per il futuro.

D'altronde, i risultati che emergono dai rapporti annuali dell'Audit civico e da una loro attenta lettura, secondo differenti prospettive (rispetto degli IAS, benchmarking tra Regioni, benchmarking tra aziende all'interno della stessa Regione), consentono di individuare campi di intervento particolarmente significativi utili per orientare le scelte e le priorità per i decisori.

Ad esempio, l'ultimo rapporto Audit civico 2009¹⁸ ha individuato quattro campi di intervento

¹⁷ Comunicazione del Ministro Fazio alla Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1252_allegato.pdf)

¹⁸ Il Rapporto è stato presentato il 10 giugno 2010 in un seminario tenutosi presso la Sala della Biblioteca del CNEL con la partecipazione del Ministro della Salute. Per i Rapporti dell'Audit civico dal 2001 in poi si rinvia all'indirizzo <http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico.html>.

particolarmente significativi: lo sviluppo dell'*empowerment* nel modello della cronicità, la costruzione dei livelli essenziali di informazione e di comunicazione nel territorio, la gestione dei conflitti, la costruzione dei sistemi di trasparenza e di controllo.

L'*empowerment* dei malati cronici, inteso come sviluppo della capacità di conoscere e gestire la propria malattia, ha dato finora ottimi risultati e deve essere generalizzato. Deve essere accompagnato da un analogo *empowerment* nei confronti dell'organizzazione dei servizi. Nel caso delle cronicità i pazienti e le loro famiglie maturano, anche in questo campo, competenze che possono essere messe a frutto anche per una gestione più efficace dei percorsi di cura e di riabilitazione, migliorando la tutela dei diritti e riducendo gli sprechi.

La definizione dei Livelli essenziali di informazione e di comunicazione deve essere intesa come una azione propedeutica allo sviluppo dei sistemi di cura primarie. Con grande concretezza e con grande attenzione alle esperienze migliori devono essere affrontati vari problemi, come:

- la precisazione delle informazioni che devono essere messe facilmente a disposizione nei distretti, anche con l'utilizzazione di strumenti informatici (per esempio postazione connesse con il sito aziendale);
- la possibilità di fare viaggiare le informazioni nei sistemi informatici prima di obbligare le persone (utenti ma anche operatori) a spostarsi solo per ritirare o recapitare carte;
- la costruzione di protocolli operativi che garantiscano la comunicazione fra i medici curanti;
- la comunicazione ai malati e alle famiglie.

In questo caso la strada da percorrere potrebbe essere quella di sperimentare, nelle realtà più avanzate, un confronto organizzato fra i responsabili aziendali, i professionisti, i cittadini per la definizione e la sperimentazione degli standard e delle procedure da adottare.

Per quanto concerne la gestione dei conflitti, l'analisi del contenzioso in sede giurisdizionale è stata, in tempi recenti, oggetto di numerosi studi e convegni¹⁹ e ha messo in evidenza che, molto spesso, i conflitti stessi sono generati, o quanto meno favoriti, da difetti di comunicazione. La legge 28/2010 prefigura un sistema più snello di trattazione dei casi con procedure conciliative ma non interviene nella prevenzione.

Una ripresa intelligente dell'esperienza delle Commissioni miste conciliative (eventualmente con diverso nome per evitare confusioni) invece potrebbe intercettare il contenzioso nelle fasi iniziali e prevenire l'accesso alle sedi giurisdizionali. Naturalmente bisogna pensare a forme snelle di funzionamento capaci di agire in modo efficace ma leggero anche con la microconflittualità che si genera negli uffici, negli ambulatori e nei servizi. Favorire l'attività di segnalazione e di reclamo, con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche può essere un modo, tutto sommato, molto semplice per migliorare la qualità dei servizi.

La costruzione dei piani per la trasparenza, previsti dal d.lgs. 150/2009, può essere l'occasione per dare impulso a due azioni strategiche. La prima è lo sviluppo dei sistemi di integrazione fra valutazione civica e indagini di soddisfazione che rendano sistematica la rappresentazione del punto di vista nel cittadino nella definizione e nella verifica degli esiti e degli obiettivi. La seconda riguarda il coinvolgimento degli utenti e dei cittadini in operazioni come la verifica della qualità di protesi e di ausili o del rispetto dei capitolati di appalto di servizi. Questa prassi è già presente nel 20% delle aziende e può essere analizzata e diffusa. L'intervento civico porterebbe trasparenza in un'area cruciale nella quale gli sprechi e i fenomeni corruttivi sono spesso presenti.

In ultima analisi, l'Audit civico costituisce uno strumento valutativo che non si limita a individuare un elenco di disfunzioni e criticità del Servizio Sanitario Nazionale da consegnare ai decisori perché "provvedano ad adeguarsi" a determinati standard di servizi, ma essenzialmente una metodologia condivisa di analisi del reale funzionamento dei servizi e delle aziende attraverso cui delineare un programma articolato di assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti interessati, inclusi gli stessi cittadini, per accrescere la capacità di risposta del sistema ai bisogni della comunità e,

¹⁹ Il tradizionale Forum sul *risk management* di Arezzo è l'espressione più organizzata e completa di una attività ampiamente diffusa.

talvolta, rendere più efficace anche la cosiddetta “lotta agli sprechi”.

Un cittadino attivo, motivato a destinare tempo ed energie alla valutazione e al miglioramento dei servizi sanitari, ma al tempo stesso consapevole della complessità dei processi assistenziali e della pluralità di dimensioni che contribuiscono a generare un’offerta di qualità (accessibilità, informazione, comfort, sicurezza, etc.) è un interlocutore prezioso per quelle amministrazioni che intendano realmente costruire un sistema sanitario virtuoso e responsabile.

Integrare la “voce” dei cittadini in questo sistema è un’esigenza sempre più imprescindibile per lo sviluppo del Servizio Sanitario, in una prospettiva di responsabilità e partecipazione, tanto più in momenti di crisi che impongono decisioni difficili e pongono la necessità di individuare con chiarezza obiettivi prioritari e strategie realmente perseguibili.

In tal senso, l’Audit civico è uno strumento che incanala questa voce all’interno di una metodologia strutturata, che intende pertanto fornire ai decisori e a tutti gli attori del sistema dati e informazioni significativi, rilevati attraverso un percorso rigoroso e condiviso da persone appositamente formate, e che si traducono pertanto in una conoscenza utile e utilizzabile. La stessa metodologia, peraltro, deve essere ed è già stata oggetto di ulteriori modifiche e miglioramenti, per renderla sempre più solida e rispondente alle reali esigenze di conoscenza.

D’altronde, nessuno strumento di valutazione del sistema sanitario può essere considerato valido di per sé, ma solo in funzione del reale utilizzo da parte dei soggetti che in quel sistema operano, e dell’impatto della conoscenza prodotta sui loro comportamenti, sul sistema di relazioni di cui fanno parte e, in ultima analisi, sui livelli di performance del sistema stesso. Anche i cittadini, quindi, possono dare un duplice contributo, sia dal punto di vista della produzione di informazioni sulle criticità e le aree di miglioramento del sistema, sia dal punto di vista della condivisione delle possibili soluzioni e dei percorsi per attuarle.

Bibliografia

- ALTIERI L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- ASSR EMILIA ROMAGNA (2009), *La sperimentazione dell’Audit civico in Emilia Romagna: riflessioni e prospettive*, Dossier n. 180, Bologna.
- BOBBIO L. (a cura di) (2004), *A più voci*, Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica, Edizioni scientifiche italiane – Roma.
- CINOTTI R., CIPOLLA C. (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Franco Angeli, Milano.
- CORPOSANTO C., PASSERINI A. (2004), *La costruzione partecipata della Carta dei servizi: l’esperienza della Apss di Trento*, Franco Angeli, Milano.
- LAMANNA A., TERZI A. (2005), “La valutazione civica della qualità e delle sicurezza nelle strutture sanitarie (i programmi “Audit civico” e “Ospedale sicuro”)” in G. Banchieri (a cura di) *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana*, Italtpromo, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1996) *Come definire e utilizzare gli standard di qualità - Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari*.
- MORO G. (1998), *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma.
- MORO G. (2005a), *Azione civica*, Carocci, Roma.
- MORO G. (2005b), “Citizens’ Evaluation of Public Participation”, in J. Caddy (ed.), *Evaluating Public Participation in Policy Making*, OECD, Paris, pp. 109-126.
- MORO G. (2008), “Cittadini e pubblica amministrazione”, in E. Borgonovi, G. Rusconi (a cura), *La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse*, Franco Angeli, Milano.
- MORO G. (2009), *Cittadini in europa*, Carocci, Roma.
- PETRANGOLINI T., MORO G. (1987) – *Il governo scalzo della salute* Democrazia diretta n. 4-5, 1987
- PETRANGOLINI T. (2007), *Salute e diritti dei cittadini* Baldini Castoldi e Dalai, Roma
- TANESE A., NEGRO G., GRAMIGNA A. (2003), *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Cantieri Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.