

Una storia di responsabilità sociale in ambiente sanitario pubblico: gli indicatori di umanizzazione

A history of social responsibility in a public health care setting: the humanization indicators

LUCIANO HINNA

Presidente CSS, Consiglio Italiano per le Scienze Sociali Presso Fondazione Olivetti, Roma

La responsabilità sociale in tutto il mondo si colloca nello spazio dei comportamenti etici, non esigibili per norma; d'altra parte, se la CSR fosse per norma non sarebbe più etica.

Se per l'azienda privata la responsabilità sociale è un'opzione etica, per l'azienda pubblica è un "dovere istituzionale", un ospedale pubblico è socialmente responsabile per definizione, e allora come si può declinare in ambiente pubblico la responsabilità sociale? La risposta sta tutta nei comportamenti.

La responsabilità sociale in una struttura ospedaliera pubblica si gioca tutto sul "come", e qui entrano in campo gli indicatori di umanizzazione messi a punto per la prima volta nel lontano 2007 presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

Il progetto non ha avuto una grande divulgazione e questa pubblicazione può costituire un'occasione interessante per richiamare l'attenzione degli operatori e magari replicarlo in altre strutture ospedaliere.

In un momento in cui si parla purtroppo quasi sempre male e a torto della qualità della nostra sanità pubblica, ragionare intorno agli indicatori di umanizzazione come sistema per declinare la responsabilità sociale può essere un'occasione ricca di spunti e suggestioni. I risultati del progetto sono estremamente positivi se colti uno a uno, ma ancora più positivi se colti nel loro insieme non come banale e semplice sommatoria di dati e contribuiscono a diffondere l'idea che il prendersi cura e i livelli di umanizzazione possono essere oggetto di misurazione e quindi di gestione e di miglioramento.

Parole chiave: Responsabilità sociale, etica, misurazione performance, standard di qualità, indicatori di umanizzazione, ospedale

All over the world, social responsibility is part of a set of ethical behaviours not required by law, on the other hand, if the Corporate social responsibility was ruled by law, it would not be more ethical. A public hospital is socially responsible by definition, if for a private company social responsibility is an ethical option for the public one it is an "institutional duty". Thus, how can one assert social responsibility in a public environment? The answer is in how to behave.

Social responsibility in a public hospital is played on the "how" and this is where the humanization indicators, developed for the first time way back in 2007 by the San Camillo-Forlanini Hospital in Rome, can play a leading role. The project did not have a wide dissemination and this publication may be an interesting opportunity to draw the attention of sector operators and perhaps reproduce it in other hospitals.

In a time when we always speak badly and wrongly of the quality of our public health, reasoning about humanization indicators as a system for asserting social respon-

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Luciano Hinna
Presidente CSS, Consiglio Italiano per le Scienze Sociali Presso
Fondazione Olivetti
via Zanardelli 34, 00186 Roma
e-mail: luhinna@tin.it

sibility can be an opportunity to develop ideas and proposals. The results of the project are extremely positive if taken one by one, but even more encouraging if taken all together, not just as trite and simple sum and indeed help to spread the idea that the caring for the sick and the levels of humanization can be the object of performance measurement, of management and improvement.

Key words: *Social responsibility, ethics, performance measurement, quality standards, humanization indicators, hospital*

I termini del problema

La responsabilità sociale in tutto il mondo si colloca nello spazio dei comportamenti etici, ovvero in quello spazio che va oltre la norma. Non a caso Lord Moulton definiva l'etica lo spazio del non esigibile per norma; la responsabilità sociale, la CSR o la RSI, a seconda della lingua che si adotta, quindi non può che essere che su base volontaria come nell'ormai lontano 2002 il Libro Verde della Commissione Europea aveva indicato; d'altra parte, se la CSR fosse per norma non sarebbe più etica.

Ora nella formula CSR e nella formula RSI figurano due parole chiave: "corporate" (*Corporate social responsibility*) e "impresa" (Responsabilità sociale d'impresa), quindi soggetti privati che declinano la loro responsabilità sociale realizzando qualche cosa di più di non richiesto in settori diversi: ambiente, filantropia, pari opportunità, recupero beni culturali, beneficenza a categorie svantaggiate ecc. Ma un'azienda pubblica e non orientata al profitto quale può essere un ospedale pubblico che dovrebbe essere, e in effetti lo è, socialmente responsabile per definizione, che cosa può realizzare di più di quanto la legge preveda senza incorrere nelle possibili azioni di responsabilità per danno erariale da parte degli organi di controllo, che potrebbero individuare in "quel qualche cosa di più non previsto dalla legge" uno "spreco" o una spesa non autorizzata a carico dei cittadini italiani?

Se per l'azienda privata la responsabilità sociale è un'opzione etica, per l'azienda pubblica, è un "dovere istituzionale" e allora come si può declinare in ambiente pubblico la responsabilità sociale?

La risposta è semplice: la responsabilità sociale per una azienda pubblica, al di là di misurare le ricadute sociali che con la sua azione realizza (per altro oggi obbligatoria dal DLGS 150 del 2009: l'*outcome*), sta tutta nei comportamenti.

Un professore può fare una lezione con più o meno passione ed entusiasmo, un'infermiera può fare il proprio lavoro con un sorriso più o meno luminoso sulle labbra, un medico lo può fare prendendosi cura del paziente e non solo della organo malato e della malattia, un dipendente di una qualsiasi struttura pubblica può fare il proprio lavoro assumendo come valore guida la gentilezza nei confronti dei cittadini, che sono allo stesso tempo gli azionisti e i clienti di quella struttura.

La responsabilità sociale in una struttura ospedaliera pubblica, quindi, si gioca tutto sul "come" e qui entrano in

campo gli indicatori di umanizzazione messi a punto per la prima volta nel lontano 2007 presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, diretta allora dal Dr. Luigi Macchitella, grazie al ruolo fondamentale della Dott.ssa Francesca Giordano, responsabile del bilancio sociale dello stesso istituto, il contributo economico di una grande azienda farmaceutica che contabilizzava il finanziamento nel proprio bilancio sociale e la collaborazione tecnico scientifica del CISPA, il centro di innovazione nella pubblica amministrazione dell'Università di Roma Tor Vergata nella persona del Prof. Fabio Monteduro e l'autore di questo contributo, che ha curato la supervisione scientifica del progetto e che allora era anche il direttore del CISPA.

Il progetto, nonostante il grande successo che ha riscosso – finalista Premio Euro P.A. sull'e-gov per il primo portale dedicato al Bilancio Sociale che mappa tutte le attività a elevata significatività sociale dell'ospedale; censito dal Libro d'Oro di Sodalitas come buona pratica nazionale, per avere dato vita, tra l'altro, alla prima carta dei valori non 'astratti', ma 'estratti' dalle attività esistenti (www.bilanciosociale-sancamilloforlanini.net) – nell'ambiente della sanità italiana non ha avuto una grande divulgazione e questa pubblicazione può costituire un'occasione interessante per richiamare l'attenzione degli operatori per valutare magari la possibilità di replicarlo in altre strutture ospedaliere italiane, chiedendo il contributo di aziende farmaceutiche impegnate nella CSR.

In un momento in cui si parla purtroppo quasi sempre male e torto della qualità della nostra sanità pubblica, ragionare intorno agli indicatori di umanizzazione come sistema per declinare la responsabilità sociale può essere un'occasione ricca di spunti e suggestioni.

La storia del progetto

L'idea di mettere a punto un sistema di indicatori di umanizzazione è nata come estensione di un progetto che aveva come obiettivo realizzare il bilancio di ricaduta sociale dell'Azienda ospedaliera e dovendo declinare bene i valori etici assunti a guida della gestione, appunto il "come", ci si pose da subito la domanda su quali fossero questi valori e come si poteva misurare la capacità di "curare prendendosi cura" dei propri malati.

La misurazione è, infatti, fondamentale se si vuole gestire una valenza etica di quel genere che all'inizio, non disponendo

ancora di definizioni puntuali e indicatori ovviamente quantitativi, era una valenza ancora poco definita: quasi una speranza. Senza misurazione non si migliora e non si gestisce e quindi quel “come” andava prima definito e solo dopo misurato.

Ecco come è nata l'idea di lavorare sugli indicatori di umanizzazione, intesi come standard, e andava messo a punto un sistema di misurazione che, essendo come tutte le misurazioni una convenzione, doveva essere condiviso all'interno di tutta la comunità professionale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

Alla fine del progetto il modello, non solo fu messo a punto, ma fu anche condiviso grazie al contributo professionale di più 500 operatori ospedalieri e di diversi soggetti associativi coinvolgendo un numero enorme di utenti: 245.955 soggetti.

Gli standard di umanizzazione: una novità

Il primo problema da affrontare fu quello di verificare se esistevano modelli in giro per il mondo da adattare allo scopo. Non c'era nulla: le aziende ospedaliere, mentre avevano sviluppato svariati sistemi per il controllo dei costi e della qualità, mancavano totalmente di strumenti in grado di controllare gli impatti sociali.

Gli standard di responsabilità sociale di carattere generale già esistenti, come il noto SA8000 elaborato dalla *Social Accountability International* (SAI), non erano calzanti, essi infatti, erano finalizzati ad assicurare il rispetto dei diritti umani e dei lavoratori, a contrastare lo sfruttamento dei minori, a garantire la sicurezza e la salubrità dei luoghi di lavoro, principi certo fondamentali, ma che non coglievano la vasta gamma degli aspetti – del tutto peculiari – della responsabilità sociale richiesta in un ospedale.

Tale carenza era grave e sotto un duplice aspetto: da un lato impediva una vera trasparenza sulla responsabilità sociale dell'ente, ancorata a dati verificabili e, dall'altro impediva di fatto di integrare la responsabilità sociale con i principi di efficienza e di efficacia, ostacolando la promozione di una logica di programmazione integrata della sanità che potesse tenere nel dovuto conto tutte le varie dimensioni.

Gli indicatori di umanizzazione hanno quindi il merito di aver cercato di riempire finalmente questo vuoto, facendo perno proprio sulla specificità del sistema sanità, sul fondamento etico delle professioni mediche e infermieristiche e sulla missione sociale dell'ospedale.

Il modello delineato, infatti, è basato sulla definizione della responsabilità sociale dell'ospedale come la rispondenza al suo compito fondamentale di “curare prendendosi cura” del malato. Come accennato, la responsabilità sociale della sanità coincide con la sua stessa ragione di esistere ed è in linea con una riflessione, promossa anche a livello internazionale, che ormai ha ridefinito i concetti stessi di “malattia” e di “salute”, in accezioni via via sempre più ampie; essi implicano, simmetricamente, una revisione del concetto stesso

di ‘cura’. La stessa identificazione dei bisogni “globali” di salute, quali non più solo fisici, ma anche psicologici, sociali e spirituali (OMS), spinge verso un deciso spostamento dal *to cure* al *to care*, ossia verso una medicina il cui obiettivo non sia più soltanto l'erogazione di assistenza sanitaria, ma la promozione della salute e del benessere della persona nella sua interezza.

La comunità scientifica internazionale converge ormai da tempo sulla necessità di aderire a una visione della cura centrata sul malato e sulla relazione tra curanti e pazienti, superando una volta per tutte il paradigma tecno-centrico (approccio riduzionistico della medicina = intervento sull'organo malato) e il paradigma economico (predominanza dell'obiettivo quantitativo = pareggio bilancio).

In sintesi, l'umanizzazione delle cure era ed è un tema dibattuto da anni nell'ambiente medico scientifico, di fatto sconosciuto nell'ambito dell'economia di azienda e meno ancora nell'ambito della responsabilità sociale di strutture pubbliche che operano nel comparto della sanità. Una sfida interessante che andava per forza di cose raccolta.

“La salute non ha prezzo, ma ha un costo”, affermava tempo fa un ministro della sanità italiano in una delle tante stagioni di *spending review* e questo sintetizza molto bene come la sanità era e tuttora schiacciata tra due enormi problemi: quello delle risorse economiche disponibili in quantità sempre minori e quello legato all'esigenza di aumentare la quantità e la qualità della prestazione in presenza di una domanda crescente. Partendo dal concetto che cambiare i comportamenti in positivo non costa, ma la qualità della prestazione aumenta notevolmente, l'idea di introdurre indicatori di umanizzazione appare anche oggi, a distanza di diversi anni dall'avvio del progetto, un aspetto decisamente interessante e sfidante. D'altra parte proprio la medicina ha insegnato alle altre discipline, inclusa l'economia, che si può misurare tutto e i progressi scientifici realizzati sono lì a dimostrarlo; quindi, la misurazione dell'umanizzazione era una sfida alla quale medici ed economisti aziendali non potevano sottrarsi.

La metodologia adottata

L'obiettivo del progetto degli standard di umanizzazione è stato, quindi, quello di arrivare a rendere operativi tali concetti di per sé intangibili, traducendoli in dimensioni progressivamente sempre più tangibili fino a creare un vero e proprio sistema di misurazione. Il percorso, tipico della messa a punto di standard, si è articolato nelle fasi di raccolta, di analisi di fonti, di classificazione delle informazioni, aggregandole concettuale per domini omogenei (ben 250 sottostandard) e, infine, di definizione dell'impegno vero e proprio (standard).

La metodologia adottata è del tutto originale.

In parte si avvale dell'approccio *Health Promoting Hospitals* (HPH) per quanto riguarda la modalità di derivazio-

ne degli standard in senso stretto e in parte dell'approccio dell'Analisi Partecipata di Qualità (APQ), per quanto concerne il coinvolgimento di operatori e cittadini – pazienti e non – nel processo di valutazione. Tuttavia, si distingue da ambedue le metodologie per l'oggetto, che è la responsabilità sociale anziché la qualità, per il campo di indagine, che è molto più esteso delle 5 aree considerate dagli HPH e, infine, per il livello di dettaglio, che consente di valutare non solo tutta l'azienda a livello centrale ma anche la singola unità organizzativa.

La metodologia, in estrema sintesi, consisteva nell'individuare con la collaborazione di tutti i soggetti aziendali interessati, di fatto tutto il personale, le dimensioni dell'umanizzazione per poi, attraverso degli indicatori, provare a misurare una per una in modo che ciascuna unità organizzativa potesse mettere a budget non solo le risorse finanziarie e umane e le prestazioni, ma includere nelle prestazioni anche tali indicatori attesi (standard) di responsabilità sociale quali elementi non richiesti per norma, ma per atteggiamento etico. Ciò ha consentito a ogni unità organizzativa di mettere a budget la percentuale di miglioramento di quell'indicatore e di quella dimensione e di individuare al contempo anche le leve operative, i comportamenti, che potevano influire sul miglioramento dell'indicatore di umanizzazione stesso.

Se il concetto di migliorare il livello di umanizzazione poteva sembrare all'inizio un obiettivo astratto, una volta colte le dimensioni, ovviamente diverse da reparto a reparto e per ciascuna dimensione, e individuati i comportamenti più idonei, l'umanizzazione da astratta diventava un elemento facilmente definibile e quindi raggiungibile, trasparente, comunicabile e condiviso da tutti i partecipanti al progetto.

In sintesi il progetto ha preso l'umanizzazione dei rapporti all'interno delle singole unità organizzative come elemento di base del comportamento da adottare ed è diventato così un uovo di Colombo che trova i suoi punti forti nel livello di condivisione della metodologia adottata.

Valutare, e quindi anche dichiarare la responsabilità sociale dell'ospedale utilizzando il sistema degli indicatori standard, significa, leggere l'orientamento del sistema aziendale al "prendersi cura" attraverso una lente multidimensionale, che misura i livelli di conformità e gli scostamenti da 78 impegni individuati, attraverso una serie di elementi misurabili (indicatori), relativi a comportamenti individuali, requisiti strutturali, processi organizzativi e politiche aziendali.

Inoltre, in forza del metodo di ricerca da cui derivano, gli standard hanno costruito un primo tentativo di sintesi utile sotto il profilo scientifico mediando tra contributi qualificati e molto diversi tra loro quali: la normativa e le linee guida internazionali e nazionali, la cultura dei diritti del malato, la riflessione sulla bioetica, il ricco patrimonio culturale delle associazioni di tutela e di volontariato senza perdere contatto la concretezza della vita quotidiana ricca dell'esperienza sul campo dei medici, degli infermieri, dei fisioterapisti, dei tecnici, delle ostetriche, dei psicologi, degli assistenti sociali. Il

sistema degli standard di umanizzazione, quindi, esprime un punto di vista nel quale i diversi attori sociali si possono sentire accomunati e, di conseguenza, non solo abilita l'ospedale a offrire risposte proporzionate e coerenti ai diritti e ai bisogni dei cittadini, ma si configura come una piattaforma comune per governare con il territorio e per il territorio, sviluppando reti di persone, di strutture, di servizi e di istituzioni che vogliono integrarsi, grazie alla convergenza piena di tutti gli attori sociali sui valori da promuovere, sui diritti da tutelare, sugli impegni da perseguire, sulle azioni da mettere in campo.

Infine, il sistema degli standard supporta i comportamenti individuali virtuosi degli operatori, che come è noto, è questione sempre più calda nei vari rapporti nazionali sulla salute e sanità, nonché componente chiave del contenzioso sulla malasanità in Italia. Se, infatti, da una parte, esplicitando i contenuti del prendersi cura, il sistema proposto rafforza la consapevolezza individuale e collettiva della funzione etica e sociale della propria professione; dall'altra, adeguando gli obiettivi e gli interventi, lo stesso sistema degli indicatori facilita l'operatore nel realizzare quella "presa in carico globale" del malato, che altrimenti rimarrebbe una pia intenzione destinata a rimanere vaga e indefinita.

Sotto questo aspetto, gli standard aiutano a creare una maggiore risonanza tra gli operatori e l'organizzazione, contribuendo a rafforzare elementi di motivazione, di spirito di appartenenza e di identità aziendale e professionale. Tutti elementi che costituiscono fattori competitivi del successo aziendale.

L'albero del valore e gli standard di umanizzazione e il sistema di misurazione della performance aziendale

Ci sono due modi di leggere gli standard a prescindere da che cosa si riferiscono: uno è inteso come sistema di controllo e l'altro come sistema di auto miglioramento. In questo contesto, ovviamente, non si tratta di dare delle pagelle e discriminare tra buoni e cattivi, ma di riuscire a rendersi conto prima per rendere conto poi della propria "capacità di prendersi cura" sulla base di elementi oggettivi (trasparenza), e riflettere sulle possibili iniziative di adeguamento da attivare, che supportino l'ospedale a migliorare la relazione umana e affettiva tra pazienti e curanti (etica) e la risposta del sistema ai bisogni di salute delle persone (gestione).

Se è vero che il bilancio sociale riflette una situazione e fa riflettere su di essa, gli indicatori assunti come paradigma di misurazione dello stesso riflettono certamente una realtà e fanno riflettere ancora di più su di essa.

Gli standard, una volta definiti e testati sono stati assunti dalla Direzione Generale in un'ottica di governo integrato e hanno consentito al tema "responsabilità sociale" di sedere al tavolo della programmazione strategica, che è il primo luogo dove si può e si deve concretamente garantire un reale bilanciamento tra parametri economici e quelli dei benefici

sociali – intesi come qualità delle prestazioni/comportamenti –, incidendo su tutte quelle scelte aziendali che hanno ricadute dirette sull’offerta sanitaria di cui può effettivamente usufruire il cittadino.

Il *framework* che sta a monte di tutto il sistema degli indicatori è quello che è stato definito “l’albero dei valori”, un sorta di catena del valore rivisitata in chiave di umanizzazione che assume proprio la forma di un albero: un metafora organizzativa o una sinossi che ha le sue radici, i suoi tanti rami, i suoi frutti e la cui gemma apicale – il puntale dell’albero di Natale per intenderci – è costituita dal valore del “curare e prendersi cura”. Il frutto che sintetizza tutti i frutti.

Chiarita la gerarchia dei valori e quello apicale di curare e prendersi cura, con l’albero del valore sono state individuate sei dimensioni che sono: sollievo del dolore, appropriatezza, integrazione, sicurezza, dialogo e solidarietà.

A loro volta, ciascuna dimensione è il frutto di altri elementi (sottovalori) a essa correlata e l’albero prende forma:

- la dimensione sollievo del dolore si articola in tre sottodimensioni:
 - umanizzazione della sofferenza;
 - gestione del dolore;
 - e dignità del morire;
- la dimensione appropriatezza si articola in:
 - qualità tecnico professionale;
 - innovazione tecnologica;
 - appropriatezza organizzativa;
- la dimensione integrazione si articola in:
 - multi professionalità;
 - interdisciplinarietà;
 - continuità delle cure;
- la dimensione sicurezza si articola in:
 - sicurezza sul lavoro;
 - prevenzione;
 - riduzione del rischio clinico;
- la dimensione dialogo si articola in:
 - comunicazione tra operatori;
 - comunicazione tra operatori /pazienti/familiari;
 - educazione alla salute;
- la dimensione solidarietà si articola in:
 - sostegno al disagio;
 - donazione;
 - cooperazione allo sviluppo.

Per ciascuna dimensione è stata concordata, fin dall’inizio tra tutti i partecipanti, una definizione precisa che non lasciasse dubbi di interpretazione e così è stato fatto per le sottodimensioni: un gioco di scatole cinesi o di bambole matrioska, dove la dimensione diventa sempre più circoscritta e il perimetro sempre più delineato il che ha portato a censire più di 230 attività.

L’ulteriore passaggio è stato quello di identificare dei driver condivisi per misurare quantitativamente la dimensione qualitativa delle diverse articolazioni; è chiaro che più si “spacchetta” il concetto astratto e più diventa facile indivi-

duare alla fine gli indicatori da condividere. Se si guarda bene, la metodologia è quella del rating e dello *scoring*, che serve a esprimere in termini quantitativi elementi che sono per loro natura qualitativi. Il concetto di umanizzazione è un concetto qualitativo che è stato trasformato in quantitativo per misurarlo, gestirlo e migliorarlo. Qualsiasi sistema di *scoring* o di *rating*, infatti ha come logica un albero di valori da sommare man mano che si avanza nell’analisi e così alla fine del processo si arriva a un colore, a una faccetta di emoticon, a un numero o a una lettera dell’alfabeto che finiscono per corrispondere a una sommatoria, ragionata e non proprio matematica, di aspetti qualitativi che solo un processo standardizzato riesce a mettere al riparo dal rischio della eccessiva soggettività che sempre si nasconde in questi sistemi. La soggettività, però, si riesce a gestire aumentando il numero dei soggetti che partecipano al processo di valutazione (metodo Delphy), cosa che è stata fatta nel progetto qui illustrato.

Se concettualmente l’approccio è semplice e scontato non lo è più quando i soggetti da coinvolgere sono tanti come nel caso di una struttura sanitaria pubblica: qualsiasi misurazione è sempre una convenzione tra soggetti e arrivare a condividere il modello tra tante persone è stata la vera sfida organizzativa del progetto: 71 unità organizzative per un totale di 4.743 operatori che hanno partecipato al progetto.

I risultati ottenuti dal progetto

Anche se il progetto è ormai datato (2007) vale la pena fornire una idea non solo della metodologia adottata, ma anche dei risultati ottenuti, in quanto i dati nel loro insieme hanno ancora oggi una loro grande significatività e consentono riflessioni e spunti che si sottopongono all’attenzione del lettore, rinviando per ulteriori delucidazioni e aggiornamenti al sito dell’azienda ospedaliera in esame.

I risultati del progetto sono stati diversi e di diversa portata: sia sotto il profilo manageriale che sotto quello organizzativo, anche se l’aver quantificato il concetto di umanizzazione come valore etico della struttura rimane il risultato più importante sotto il profilo strettamente sanitario.

Meglio di qualsiasi cosa conviene far parlare le cifre del progetto che sono state davvero notevoli e che riguardano gli indicatori che sono stati calcolati, ovvero gli standard di umanizzazione individuati, il numero delle strutture organizzative coinvolte che danno un’idea della copertura del progetto, il numero delle attività censite all’interno dei vari dipartimenti, le attività distribuite per valore creato.

Ciò che preme sottolineare è che il vero risultato è l’aver costruito un formidabile data base di informazioni che ha consentito di trasformare dei semplici dati in informazioni e subito dopo in conoscenza condivisa; quei dati inoltre, nella logica del bilancio sociale incrocia le attività, le missioni, i valori e le unità organizzative con gli stakeholder chiave che sono sia interni, il personale della azienda ospedaliera, che

esterni, come i pazienti, le associazioni di volontariato i parenti dei pazienti i cittadini tutti e, come in questo caso, la comunità scientifica che si interessa di responsabilità sociale di impresa in sanità che è ovviamente attenta alle innovazioni gestionali in questo settore.

Gli indicatori

Nell'ambito delle 238 attività segnalate, 178 iniziative, pari al 75% del totale, sono state monitorate attraverso un sistema di misurazione costituito da almeno un indicatore di performance (Fig. 1). Si può osservare, quindi, che una gran parte del valore sociale generato dall'azienda è ampiamente monitorabile, dal momento che sono stati individuati appositi indicatori. Inoltre per circa 125 attività, ovvero più del 50% si è riusciti a individuare e calcolare degli indicatori e quindi è stato possibile misurare un risultato specifico.

Questi dati suggeriscono un'importante considerazione: è possibile/auspicabile collegare le attività rilevate nell'ambito del Bilancio sociale ai processi di programmazione e controllo dell'azienda.

Di conseguenza, questo può consentire:

- di rendere la responsabilità sociale una strategia “deliberata” dell'azienda;
- di ampliare la base di misurazione e la qualità delle informazioni per le decisioni aziendali;
- di migliorare e rendere più sistematica la misurazione del valore sociale per i processi di rendicontazione sociale con gli altri strumenti di valutazione, controllo e programmazione.

Tutto questo, tuttavia, non significa che non esistano margini significativi di miglioramento.

Un'ulteriore considerazione riguarda il discreto livello di approfondimento del sistema di misurazione rilevato attraverso il numero di indicatori utilizzati: il 48% delle 178 attività per le quali sono state indicati specifici indicatori è monitorata con 3 o più indicatori (Fig. 2).

Le strutture coinvolte nel progetto e l'attività svolta

Il progetto degli indicatori di umanizzazione ha goduto

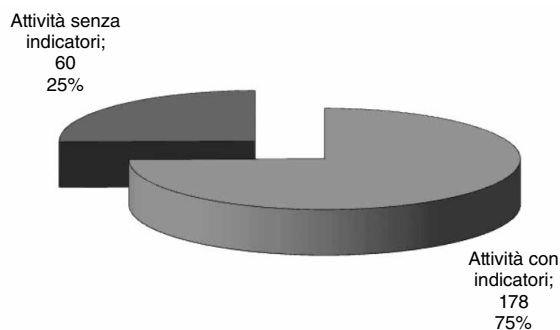


Figura 1. Attività per le quali sono stati individuati appositi indicatori.

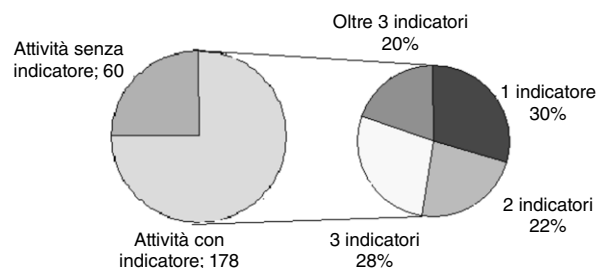


Figura 2. Il livello di approfondimento del sistema di misurazione.

di una rendita di posizione che si era venuta a creare all'interno dell'azienda, grazie al progetto bilancio sociale partito prima di quello della definizione degli standard che ha visto come momento centrale il censimento delle attività a elevata ricaduta sociale che erano state segnalate direttamente dalle diverse unità operative attraverso la compilazione di apposite schede di rendicontazione sociale da parte dei Direttori di Unità Operativa Complessa (UOC) e dei Responsabili di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD).

Mappare le attività con ricaduta sociale, infatti, a qual punto era relativamente facile affiancare a ciascuna attività gli indicatori di umanizzazione individuandone prima le dimensioni e poi le valenze e, infine, le leve operative di miglioramento.

La cosa che va sottolineata e contabilizzata come un “bilancio sociale del progetto bilancio sociale” è stata la partecipazione degli stakeholder interni dell'azienda che è stata molto significativa: le UO dei dipartimenti medico-chirurgici che hanno partecipato alla rilevazione sono state 71 su 93, vale a dire 4/5 delle unità organizzative suddivise per dipartimento, come riportato nella Tabella I.

La rilevazione ha portato a identificare una vera e propria “mappatura del valore sociale” prodotto dall'azienda: le attività portate alla luce dal censimento sono state, come accennato, ben 238 ed è stato così creato un vero e proprio “patrimonio informativo” – il data base di cui sopra – utilizzabile sia per la comunicazione interna (tra gli operatori e con la direzione), sia per la comunicazione esterna (utenti e cittadini, singoli o raggruppati in associazioni).

La partecipazione degli operatori e le attività censite

Gli operatori dell'azienda ospedaliera sono allo stesso tempo i grandi attori del progetto, ma anche gli stakeholder (interni) chiave dello stesso, in quanto hanno un interesse alto e una influenza alta sul progetto stesso e la partecipazione di per se è un risultato sia di CSR che un risultato gestionale apprezzabilissimo: il censimento degli operatori ha fatto registrare complessivamente 4.743 presenze di operatori sulle 238 attività svolte nelle 71 unità organizzative.

Analizzando i dati relativi agli operatori emergono tre aspetti di particolare rilievo.

Il primo elemento, sintetizzato nella Figura 3, è costituito dal forte contributo della componente medica e infermieri-

| Dipartimenti | N. UO |
|----------------------------|-------|
| Medicina interna | 9 |
| Medicina specialistica | 12 |
| Chirurgia | 5 |
| DEA | 6 |
| Materno infantile | 7 |
| Cardioscienze | 12 |
| Neuroscienze | 11 |
| Malattie polmonari | 11 |
| Servizi | 12 |
| Inter. medicina trasf. | 2 |
| Inter. chirurgia trapianti | 2 |
| Totale | 71 |

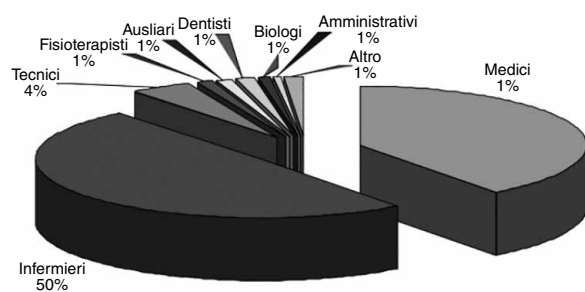


Figura 3. La ripartizione delle presenze degli operatori.

stica: quasi il 60% delle presenze di operatori sulle attività riguarda gli infermieri e le altre professionalità DITRO, mentre il 40% riguarda l'area medica.

Il secondo elemento, invece, sintetizzato nella Tabella II, evidenzia come si sia registrato un approccio multi professionale alla responsabilità sociale dell'azienda: ben il 76,52% delle attività vede coinvolte congiuntamente le diverse professionalità (medici, professioni sanitarie afferenti al DITRO, biologi, psicologi, assistenti sociali, dietisti, amministrativi, borsisti e volontari).

Il terzo elemento, infine, sintetizzato nella Figura 4, permette di affermare come si sia registrata una leadership "diffusa": nel 63% dei casi il referente dell'attività non è il Direttore dell'UOC, ma un medico o un coordinatore dell'area DITRO. Questo dato evidenzia che la responsabilità sociale non si ferma ai soli livelli apicali ma coinvolge in maniera più ampia le varie posizioni organizzative, evidenziando un buon livello di leadership diffusa abbastanza comune nelle strutture sanitarie.

Le attività censite da ogni dipartimento

Ogni dipartimento che ha partecipato al progetto, 71 su un totale di 93, ha segnalato da un minimo di 8 a un massimo

| Operatori | N. attività | % sul totale |
|----------------------|------------------|--------------|
| Solo medici | 48 | 20,87 |
| Solo DITRO | 6 | 2,61 |
| Multiprofessionalità | 176 | 76,52 |
| Totale | 230 ¹ | 100 |

¹ Il totale delle attività è 230 e non 238, come le attività censite, perché in 8 casi nelle schede di rendicontazione non sono state specificate le tipologie di operatori coinvolti.

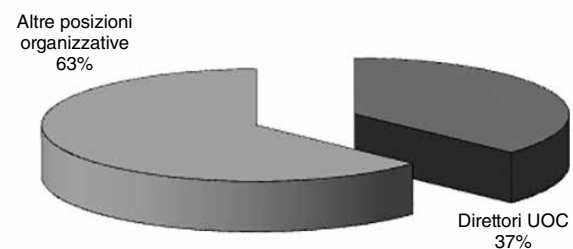


Figura 4. Leadership diffusa.

di 37 attività a ricaduta sociale, come dimostrano i dati della Tabella III.

Più che il valore assoluto, il dato significativo è il valore relativo della partecipazione dei dipartimenti, tenendo conto della diversa dimensione organizzativa (numero di UU. OO. a essi afferenti).

Nella Tabella IV, invece, vengono riportati i valori medi delle attività per UO (n. di attività del dipartimento/n. UUOO dello stesso). Il range è tra 2 e 4 attività per UO e i dati sottolineano una omogenea e diffusa sensibilità di tutte le UO e di tutti i dipartimenti al bisogno sociale, tenuto conto anche del fatto che, essendo la prima rilevazione, alcune attività non erano state tutte segnalate e il numero totale era

| Dipartimenti | N. attività | % |
|----------------------------|-------------|-------|
| Medicina interna | 37 | 15,55 |
| Medicina specialistica | 28 | 11,7 |
| Chirurgia | 14 | 5,7 |
| DEA | 13 | 5,5 |
| Materno infantile | 18 | 7,5 |
| Cardioscienze | 26 | 11 |
| Neuroscienze | 21 | 9 |
| Malattie polmonari | 35 | 14,7 |
| Servizi | 31 | 13 |
| Inter. medicina trasf. | 7 | 3 |
| Inter. chirurgia trapianti | 8 | 3,4 |
| Totale | 238 | 100 |

Tabella IV.
Numero medio delle attività per dipartimento.

| Dipartimenti | N. UO | N. attività | Valore medio delle attività per UO |
|----------------------------|-------|-------------|------------------------------------|
| Medicina interna | 9 | 37 | 4 |
| Medicina specialistica | 12 | 28 | 2,5 |
| Chirurgia | 5 | 14 | 3 |
| DEA | 6 | 13 | 2 |
| Materno infantile | 7 | 18 | 2,5 |
| Cardioscienze | 12 | 26 | 2 |
| Neuroscienze | 11 | 21 | 2 |
| Malattie polmonari | 11 | 35 | 3 |
| Servizi | 12 | 31 | 2,5 |
| Inter. medicina trasf. | 2 | 7 | 3,5 |
| Inter. chirurgia trapianti | 2 | 8 | 4 |

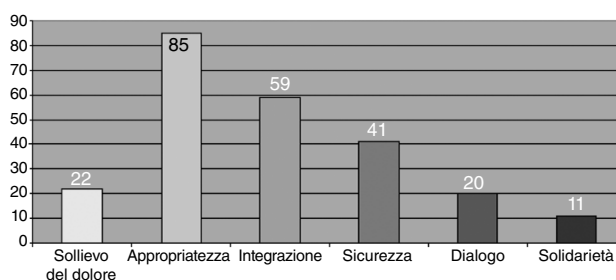


Figura 5. La distribuzione delle attività per macrovalore.

destinato inevitabilmente ad aumentare con il passare del tempo, via via che si allargava il numero dei referenti del Bilancio Sociale.

Le attività distribuite per valore

Passando dalle attività ai valori, dalla mappatura emerge che esiste un nucleo di valori (dimensioni) fortemente condivisi: le attività segnalate infatti fanno riferimento a 6 dimensioni del meta-valore del “curare e prendersi cura”: il sollievo del dolore, l’appropriatezza, l’integrazione, la sicurezza, il dialogo e la solidarietà.

Nell’ambito di queste sei dimensioni, Appropriatelyzza e Integrazione, afferiscono complessivamente a più della metà delle attività, ossia 144; alla Sicurezza 41 attività; e a seguire al Sollievo del dolore 22 attività, al Dialogo 20 e alla Solidarietà 11 attività (Fig. 5)

Ognuna delle 6 dimensioni valoriali (macrovalori) è articolata in tre sub-valori (microvalori). La Tabella V mostra la distribuzione delle attività censite sui macro e microvalori riproponendo di fatto l’albero dei valori.

I destinatari

Gli utenti che annualmente beneficiano delle attività a elevata ricaduta sociale fin qui censite sono state nell’anno i cui venne adottato per la prima volta il sistema (2007) ben 254.955.

L’analisi dei destinatari evidenzia che:

- l’azienda ospedaliera si orienta a rispondere a un ampio spettro di fragilità sociale: le attività infatti raggiungono

Tabella V.
Distribuzione delle attività censite sui macro e microvalori.

| Macrovalori | Numero attività | % sul totale | Microvalori | Numero attività | % sul totale |
|---------------------|-----------------|--------------|--|-----------------|--------------|
| Sollievo del dolore | 22 | 9,24 | Umanizzazione della sofferenza | 11 | 4,62 |
| | | | Gestione del dolore | 9 | 3,78 |
| | | | Dignità del morire | 2 | 0,84 |
| Appropriatelyzza | 85 | 35,72 | Qualità tecnico/professionale | 40 | 16,81 |
| | | | Innovazione tecnologica | 8 | 3,37 |
| | | | Appropriatelyzza organizzativa | 37 | 15,55 |
| Integrazione | 59 | 24,79 | Multiprofessionalità | 2 | 0,84 |
| | | | Interdisciplinarietà | 35 | 14,71 |
| | | | Continuità delle cure | 22 | 9,24 |
| Sicurezza | 41 | 17,23 | Sicurezza lavoro | 0 | 0 |
| | | | Prevenzione | 24 | 10,08 |
| | | | Riduzione del rischio clinico | 17 | 7,14 |
| Dialogo | 20 | 8,4 | Comunicazione tra operatori | 1 | 0,42 |
| | | | Comunicazione tra operatori-pazienti-familiari | 9 | 3,78 |
| | | | Educazione alla salute | 10 | 4,2 |
| Solidarietà | 11 | 4,62 | Sostegno al disagio sociale | 7 | 2,94 |
| | | | Donazione | 3 | 1,26 |
| | | | Cooperazione allo sviluppo | 1 | 0,42 |
| Totale | 238 | 100 | Totale | 238 | 100 |

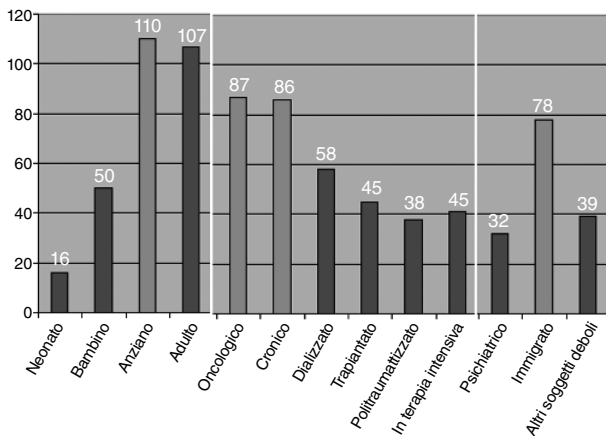


Figura 6. Target di utenza interessati dalle attività.

soggetti deboli di diverso tipo. La Figura 6 illustra le 13 tipologie di utenti raggiunte e il numero delle attività dedicate a ciascuna tipologia. I diversi target di utenza sopra riportati possono essere ricondotti a tre gruppi principali:

- un primo gruppo aggrega i soggetti deboli in base all'età (il neonato, il bambino, l'anziano, l'adulto);
- il secondo in base alla patologia (l'oncologico, il cronico, il dializzato, il trapiantato, il politraumatizzato e il paziente in terapia intensiva);
- il terzo in base al disagio (lo psichiatrico, l'immigrato, il malato di HIV, il tossicodipendente);
- l'azienda ospedaliera insiste particolarmente su alcune categorie di utenti: spicca nel grafico l'alto numero di iniziative che si riferiscono all'anziano (110), all'oncologico (87) al cronico (86) e all'immigrato (78). Non si può non sottolineare come questi target coincidono con le fasce di popolazione che normalmente esprimono maggiore domanda di salute, pertanto, l'azienda sembrava dimostrare a quei tempi una spiccata sensibilità ai nuovi bisogni che derivano da fattori sociali quali l'invecchiamento demografico e le patologie correlate, l'alta incidenza dei tumori, l'aumento dell'immigrazione.

Si sottolinea infine, che le attività sono *multi-target*, ossia una stessa attività può raggiungere più di un segmento di utenza e l'analisi della distribuzione degli utenti sui macro-valori sostanzialmente *evidenzia lo sforzo dell'azienda in termini di appropriatezza e integrazione* ed evidenzia un impegno non trascurabile sulle altre dimensioni del prendersi cura (Fig. 7):

- 130.955 utenti (il 52%) beneficiano di iniziative sull'Appropriatezza;
- 48.920 (19%) sono interessati da iniziative sull'Integrazione;
- 25.113 (10%) usufruiscono di iniziative sul Dialogo;
- 18.692 (7%) beneficiano di iniziative sul Sollievo del dolore;
- 16.262 (6,4%) si avvalgono di iniziative sulla Solidarietà;
- 15.053 (6%) beneficiano di iniziative legate alla Sicurezza.

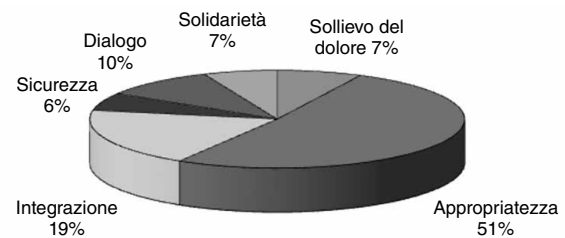


Figura 7. La distribuzione degli utenti su macrovalori.

La Tabella VI, invece, fornisce un quadro dettagliato del numero di utenti che hanno beneficiato di iniziative legate ai diversi valori aziendali ma allo stesso tempo delinea l'impatto del progetto sul risultato finale. I dati come accennato si riferiscono all'anno di sperimentazione, il 2007, ma sono comunque molto significativi.

Conclusioni

Mettere in piedi un sistema di indicatori di misurazione del livello di umanizzazione da utilizzare come standard che fosse condiviso e auto-rilevato dalla quasi totalità delle strutture organizzative di una azienda ospedaliera pubblica ha consentito di ottenere una serie di risultati estremamente positivi se colti uno a uno, ma ancora più positivi se colti nel loro insieme non come banale e semplice sommatoria, ma come valida sinergia.

Sintetizzando al massimo tali risultati essi possono essere così riassunti:

Dare un senso concreto alla parola umanizzazione. Essa infatti l'attimo in cui viene a essere misurata con appositi indicatori esce dalla soggettività dei comportamenti individuali per assumere il ruolo di processo organizzativo e trasparente:

- un fenomeno che si misura si gestisce e si migliora e questo ha consentito di migliorare efficacemente il livello di umanizzazione dell'azienda sanitaria;
- l'utilizzo degli indicatori ha consentito di comunicare i risultati e rendere trasparente i processi sottostanti contribuendo non poco a migliorare le relazioni tra i vari stakeholder che ruotano intorno alla struttura sanitaria;
- se è vero che i miglioramenti si nutrono di miglioramenti, la misurazione dei risultati è diventato un enzima non solo di miglioramento, ma anche di cambiamento manageriale, operativo e organizzativo;
- si è ottenuta una maggiore responsabilizzazione delle strutture su un'area di cui si aveva la percezione dell'importanza, ma mancavano gli strumenti per gestirla;
- infine, in termini di rendicontazione sociale – il progetto ha preso corpo nell'ambito del bilancio sociale – ha offerto la possibilità di rendersi conto e di rendere conto sia agli stakeholder interni che soprattutto a quelli esterni-pazienti in prima fila.

Tabella VI.
Numero di utenti destinatari dei valori (macro e microvalori).

| Macrovalori | Microvalori | Numero utenti destinatari (all'anno) | % |
|----------------------|--|--------------------------------------|--------------|
| Sollievo del dolore | Umanizzazione della sofferenza | 7800 | 3,06 |
| | Gestione del dolore | 10808 | 4,24 |
| | Dignità del morire | 84 | 0,03 |
| <i>Tot. parziale</i> | | <i>18.692</i> | <i>7,33</i> |
| Appropriatezza | Qualità tecn/professionale | 17911 | 7,02 |
| | Innovazione tecnologica | 840 | 0,33 |
| | Appropriatezza organizzativa | 112.204 | 44 |
| <i>Tot. parziale</i> | | <i>130.955</i> | <i>51,35</i> |
| Integrazione | Multiprofessionalità | 707 | 0,28 |
| | Interdisciplinarietà | 34.177 | 13,4 |
| | Continuità delle cure | 14.036 | 5,5 |
| <i>Tot. parziale</i> | | <i>48.920</i> | <i>19,18</i> |
| Sicurezza | Sicurezza del lavoro | 0 | 0 |
| | Prevenzione | 12.158 | 4,77 |
| | Riduzione del rischio clinico | 2895 | 1,14 |
| <i>Tot. parziale</i> | | <i>15.053</i> | <i>5,91</i> |
| Dialogo | Comunicazione tra operatori | 10.000 | 3,92 |
| | Comunicazione operatori-pazienti-familiari | 6880 | 2,7 |
| | Educazione alla salute | 8233 | 3,23 |
| <i>Tot. parziale</i> | | <i>25.113</i> | <i>9,85</i> |
| Solidarietà | Sostegno al disagio sociale | 12.162 | 4,77 |
| | Donazione | 3800 | 1,49 |
| | Cooperazione allo sviluppo | 300 | 0,12 |
| <i>Tot. parziale</i> | | <i>16.262</i> | <i>6,38</i> |
| Totale destinatari | | 254.995 | 100 |

Sotto il profilo più strettamente manageriale il sistema degli indicatori di umanizzazione di fatto ha alimentato un sistema della qualità in una dimensione particolare contribuendo a definire meglio lo spettrometro della performance aziendale sia nella sua valenza individuale e organizzativa – profondità – che nella sua articolazione di elementi – ampiezza – scrivendo una nuova pagina della misurazione della qualità in un settore delicato e importante come la sanità pubblica.

L'umanizzazione, come aspetto qualitativo della gestione sanitaria è infatti nel vocabolario di tutti, nella percezione di molti, ma prima del modello proposto non era ancora condiviso nemmeno tra pochi e questo generava confusione e incertezza.

In medicina da sempre la conquista di un medico diventa la conquista del genere umano e quasi sempre vengono messe a disposizione di tutti per il progresso della scienza. In economia di azienda questo non accade, e quando accade avviene molto di rado: prima che le informazioni circolino passano normalmente diversi anni; le innovazioni gestionali riman-

gono sperimentazioni all'interno delle aziende fino a quando l'accademia, che normalmente non inventa, ma si limita a codificare le invenzioni delle imprese non ne viene a conoscenza e allora la fa propria e la divulga come è avvenuto in questo caso. Questo progetto ne è la testimonianza: dal 2007 a oggi sono passati nove anni e la cosa si è sviluppata e migliorata all'interno dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini, ma non è migrata in altre strutture ospedaliere italiane.

L'augurio che questo contributo nell'ambito di una pubblicazione in materia di responsabilità sociale in ambiente sanitario possa contribuire a far girare l'idea che il prendersi cura e i livelli di umanizzazione possono essere misurati e quindi gestiti e migliorati. Se a qualcuno venisse la voglia di provare a sperimentare il sistema nella propria Azienda ospedaliera, potrà contare sulla responsabilità sociale del personale del San Camillo-Forlanini per tutta l'assistenza che dovesse necessitare. Anche l'accademia non si tirerà certo in dietro per far sì che il modello migri da una parte all'altra dell'Italia.