

SPACES Lo Spazio dei Diritti

L'EFFETTIVITÀ DEL DIRITTO ALLA SALUTE NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Protezione dei Diritti e Spazi pubblici ospedalieri

a cura di

A. SIMONCINI, M.C. TORRICELLI, L. CHIESI, S. SURRENTI

Rapporto finale della ricerca

Ottobre 2013



Regione Toscana



FAS
Fondo Aree
Sottoutilizzate
2007-2013



REPUBBLICA ITALIANA



Il progetto SPACES è stato selezionato e finanziato dalla Regione Toscana sui fondi PAR-FAS 2007-2013, destinati al sostegno della ricerca interdisciplinare in materia di scienze socio-economiche e umane.

SPACES è la prima ricerca svolta in ospedali toscani sul rapporto fra l'uso degli spazi e la garanzia dei diritti. Lo studio ha coinvolto ricercatori dell'Università di Firenze provenienti dai Dipartimenti di Economia, Scienze Giuridiche, Architettura, Scienze Politiche, Medicina Sperimentale e Clinica.

Oggetto della ricerca sono stati gli spazi come luoghi in cui accadono le relazioni che generano la cura.

SPACES individua nel concetto di flusso una valida unità di analisi e di studio per cercare di determinare l'interdipendenza che si crea tra spazio e relazioni sociali all'interno dei luoghi di cura.

Il presente rapporto contiene il patrimonio di evidenze e dati raccolti durante la ricerca insieme all'elaborazione di metodologie per valutare la configurazione e l'uso degli spazi di cura.



SPACES - Lo spazio dei diritti
L'effettività del diritto alla salute nelle strutture ospedaliere

ISBN 978-88-909161-0-6

Finito di stampare nel settembre 2013
Elaborazione grafica a cura di Mattia Vegni

© 2013 SPACES - Regione Toscana



Editore: Edi Toscana s.r.l.
Viale Gramsci, 6, 50132, Firenze

Stampa: ABC Tipografia, Firenze

Crediti



SPACES “Lo spazio dei diritti. Studio interdisciplinare per la valutazione degli spazi nelle strutture ospedaliere” è un progetto di ricerca dell’Università degli Studi di Firenze finanziato dalla Regione Toscana sul Fondo PAR-FAS 2011-2013.

Responsabile scientifico

Andrea Simoncini

Coordinatori delle Unità di ricerca

Andrea Simoncini (Dipartimento di Scienze Giuridiche), Maria Chiara Torricelli (Dipartimento di Architettura), Silvia Surrenti (Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica), Leonardo Chiesi (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali)

Composizione del gruppo di ricerca interdisciplinare SPACES

Sabrina Borgianni, Livia Brusaglioni, Leonardo Chiesi, Fabio Ciaravella, Paolo Costa, Caterina Di Costanzo, Roberta Guizzardi, Thomas Madonia, Angela Masciullo, Nicoletta Setola, Andrea Simoncini, Silvia Surrenti, Maria Chiara Torricelli

Comitato scientifico

Giandomenico Amendola, Renato Balduzzi, Paolo Felli, Alan Penn, Lorenza Violini

Comitato di esperti

Marco Geddes Da Filicaia, Erik Longo, Maximo Martinez, Massimo Moglia, Andrea Rovagnati

Partner stranieri

Space Syntax Limited, London

Partner esterni

Dipartimento di Diritto pubblico italiano e sovranazionale dell’Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Giurisprudenza dell’Università degli Studi di Macerata
Centro interuniversitario di ricerca TESIS

Si ringraziano le ASL n. 7 e 10 e di Careggi, e i presidi di Santa Maria Nuova e di Montepulciano per la gentile collaborazione offertaci nella fase di raccolta dati ed elaborazione dei risultati della ricerca.

Le immagini, esclusi diagrammi e foto, presentate nelle pagine contenenti il MATERIALE DI RICERCA sono state elaborate con i software configurazionali Depthmap UCL e Confeego, e con la piattaforma GIS Mapinfo Professional. La cartografia georeferenziata di base utilizzata è stata fornita dalla Regione Toscana, Servizio Geografico Regionale, che ne conserva la proprietà.

Indice



INTRODUZIONE	13
1. La ricerca Par Fas	13
2. I Soggetti	14
3. La storia della ricerca: le fasi di lavoro	14
PARTE I - INNOVATIVITÀ	
INTRODUZIONE	19
1. Oggetto	20
1.1. Spazi pubblici.....	20
1.2. Casi studio.....	21
1.2.1. Ospedale di Santa Maria Nuova.....	21
1.2.2. AOU Careggi.....	21
1.2.3. Ospedale di Montepulciano.....	21
2. Domande di ricerca	22
2.1. Il percorso esperienziale.....	22
2.2. Diritti e comportamento umano.....	23
2.3. La salute come oggetto complesso.....	23
3. Metodi	24
3.1. Le relazioni sociali.....	24
3.2. I flussi.....	25
3.3. Case-studies approach.....	27
3.4. Il percorso dell'interdisciplinarietà.....	28
4. Impatto pratico	28
5. Limiti della ricerca	29
PARTE II – IL CONTRIBUTO DELLE SINGOLE DISCIPLINE	
INTRODUZIONE	35
Sezione I - Diritto	36
1. Premessa	36
2. Il contributo delle discipline giuridiche alla definizione del diritto alla salute	36
2.1. Multidimensionalità del diritto alla salute.....	36
2.1.1. Carattere relazionale del diritto alla salute.....	37
2.1.2. Carattere normativo dello spazio.....	40
2.2. Regolazione multilivello.....	40

2.3. Il modello relazionale del servizio sanitario toscano.....	42
2.3.1. La presa in carico.....	43
2.3.2. Gli strumenti di partecipazione.....	44
3. Evidenze dai casi studio	45
3.1. Organizzazione multi-scalare toscana.....	45
3.2. I presidi e gli atti interni.....	47
3.2.1. Santa Maria Nuova.....	48
3.2.2. Careggi.....	49
3.2.3. Ospedale di Montepulciano.....	53
Sezione II - Sociologia	60
1. Premessa	60
2. Le caratteristiche dell'approccio sociologico	60
2.1. Aspetti metodologici e disegno della ricerca.....	60
3. Spazi e diritti. La griglia interpretativa delle relazioni	62
3.1. La relazione paziente-istituzione e la prossimità relazionale con l'istituzione.....	62
3.2. La relazione paziente-staff e la continuità della relazione sanitaria.....	66
3.3. La relazione paziente-accompagnatore e la continuità della relazione affettiva.....	69
3.4. La relazione paziente-paziente: il valore della prossimità tra pari.....	70
4. Dignità, riservatezza e privacy. Un banco di prova del rapporto tra spazi e diritti	72
4.1. Tre concetti e una nuvola concettuale. <i>La privacy cloud</i>	72
4.2. Spazi e sensi: due elementi di una relazione.....	72
4.3. Problemi della privacy cloud legati allo spazio. Tre casi.....	73
5. Un nuovo attore: il tempo e i suoi diritti	76
5.1. Il tempo come principio organizzatore dello spazio (lo spazio - tempo).....	77
5.2. Il tempo come dimensione soggettiva-esistenziale.....	77
5.3. Il tempo come dimensione istituzionale-organizzativa (le politiche dei tempi).....	78
5.3.1. Gli aspetti socio-relazionali della vita ospedaliera: il diritto al tempo.....	78
5.3.2. Il tempo agito: le evidenze dal campo.....	79
5.3.3. Le dimensioni soggettive dell'orizzonte temporale.....	81
Documento A: Materiali di ricerca sociologica	93
Sezione III - Architettura	178
1. Premessa	178
2. Le caratteristiche dell'approccio architettonico	178
2.1. Analisi configurazionale dello spazio.....	180
2.1.1. La creazione del modello spaziale.....	180
2.1.2. Dati rilevati dall'analisi spaziale.....	180
2.1.3. Definizione delle funzioni dello spazio.....	181
2.1.4. Correlazione tra modello spaziale riferito a staff e riferito a pazienti.....	182
2.2. Il rilievo dei fattori ambientali dello spazio.....	182
2.2.1. Evidenze dei fattori di qualità ambientale e architettonica.....	182
2.2.2. Analisi degli elementi di qualità ambientale e architettonica.....	183
2.2.3. La mappa dei fattori ambientali.....	188
2.3. Osservazioni dei pattern d'uso.....	188
2.3.1. Dati rilevati dalle osservazioni dei pattern d'uso.....	189

3. Evidenze dai casi studio: la dimensione di accessibilità degli spazi per la prestazione sanitaria	192
3.1. Il sistema dell'accesso città-ospedale.....	192
3.1.1. L'Accessibilità dalla città all'area dell'edificio.....	192
3.1.2. L'Accessibilità all'ingresso dell'edificio.....	193
3.1.3. Visibilità e riconoscibilità dell'ingresso all'edificio.....	193
3.1.4. Accessibilità del primo 'punto di contatto' paziente-struttura ospedaliera.....	193
3.1.5. Visibilità del primo 'punto di contatto' paziente-struttura ospedaliera.....	193
3.1.6. Profondità del primo 'punto di contatto' paziente-struttura ospedaliera.....	193
3.1.7. Interfaccia fisica tra paziente e struttura ospedaliera.....	193
3.2. La prossimità fisica dell'ospedale.....	194
3.3. L'accessibilità e l'intelligibilità dell'ospedale.....	194
3.3.1. Accessibilità e densità di persone presenti negli spazi pubblici.....	194
3.3.2. Intelligibilità e wayfinding nell'ospedale.....	196
4. Evidenze dai casi studio: la dimensione della 'relazionabilità' dello spazio per la prestazione sanitaria	198
4.1. La relazionabilità dell'edificio.....	198
4.2. Interfacce tra categorie di utenti (pazienti e staff sanitario).....	199
4.3. I fattori ambientali.....	201
4.3.1. Accesso-accoglienza.....	201
4.3.2. Qualità della relazione, miglioramento comunicazione staff-pazienti e staff-famiglia, social support.....	202
4.3.3. Privacy e riservatezza del paziente.....	202
4.3.4. Qualità dell'attesa.....	202
4.3.5. Orientamento e wayfinding, riduzione del disorientamento spaziale.....	205
Documento B: Evidenze architettoniche	209
PARTE III – LO STUDIO DEI FLUSSI	
INTRODUZIONE	233
1. I metodi del lavoro interdisciplinare	234
1.1. La 'tabella' del flusso e l'individuazione dei key-element.....	234
1.2. Il punto di vista giuridico: i diritti fra aspettative e bilanciamenti.....	234
1.3. Il punto di vista sociologico: dall'analisi sul campo alla costruzione dei key-element.....	237
1.4. Il punto di vista architettonico: la mappatura del flusso.....	239
2. Il flusso dell'emergenza	241
2.1. I tre casi studio: un esame empirico.....	241
2.1.1. La normativa regionale.....	241
2.1.2. Caratteri generali e funzioni del flusso dell'emergenza.....	244
2.1.3. Descrizione fisica del flusso dell'emergenza.....	245
2.2. La 'tabella' del flusso dell'emergenza e i suoi key-element.....	247
2.2.1. Il punto di vista giuridico.....	247
2.2.2. Il punto di vista sociologico.....	248
2.2.3. Il punto di vista architettonico.....	251
3. Il flusso ambulatoriale	253
3.1. I tre casi studio: un esame empirico.....	253
3.1.1. La normativa regionale.....	253
3.1.2. Caratteri generali e funzioni del flusso ambulatoriale.....	255
3.1.3. Descrizione fisica del flusso ambulatoriale.....	257
3.2. La 'tabella' del flusso ambulatoriale e i suoi key-element.....	258

3.2.1. Il punto di vista giuridico.....	258
3.2.2. Il punto di vista sociologico.....	259
3.2.3. Il punto di vista architettonico.....	261
4. Il flusso dei prelievi	262
4.1. I tre casi studio: un esame empirico.....	262
4.1.1. La normativa regionale.....	262
4.1.2. Caratteri generali e funzioni del flusso dei prelievi.....	263
4.1.3. Descrizione fisica del flusso prelievi.....	265
4.2. La 'tabella' del flusso prelievi e i suoi key-element.....	267
4.2.1. Il punto di vista giuridico.....	267
4.2.2. Il punto di vista sociologico.....	268
4.2.3. Il punto di vista architettonico.....	271
5. Il flusso della preospedalizzazione	272
5.1. I tre casi studio: un esame empirico.....	272
5.1.1. La normativa regionale.....	272
5.1.2. Caratteri generali e funzioni del flusso della preospedalizzazione chirurgica.....	275
5.1.3. Descrizione fisica della preospedalizzazione chirurgica.....	277
5.2. La 'tabella' del flusso della preospedalizzazione e i suoi key-element.....	279
5.2.1. Il punto di vista giuridico.....	279
5.2.2. Il punto di vista sociologico.....	282
5.2.3. Il punto di vista architettonico.....	285
6. Il flusso della permeabilità	286
6.1. I tre casi studio: un esame empirico.....	286
6.1.1. La normativa regionale.....	286
6.1.2. Caratteri generali e funzioni del flusso della permeabilità.....	288
6.1.3. Descrizione fisica della permeabilità.....	288
6.2. La 'tabella' del flusso della permeabilità e i suoi key-element.....	291
6.2.1. Il punto di vista giuridico.....	291
6.2.2. Pattern d'uso e comportamenti.....	292
6.2.3. Il punto di vista architettonico.....	293
Documento C: Flussi	297
Documento D: Key-element di flusso	313
PARTE IV - GLI OUTPUT DELLA RICERCA	
INTRODUZIONE	329
1. Tipologie di output e metodo	330
1.1. Key-element, indicatori, tool.....	330
1.2. Dai key-element disciplinari ai key-element interdisciplinari.....	331
2. Un caso di applicazione: key-element e indicatori del flusso ambulatoriale	333
2.1. La selezione dei key-element interdisciplinari.....	333
2.2. Key-element interdisciplinari e indicatori.....	334
2.3. Gli indicatori di step.....	336
2.4. Gli indicatori di flusso.....	338
3. La contestualizzazione degli indicatori in tool di valutazione e di guida	340
3.1. Indicatori di qualità nella sanità.....	340

3.2. Le dimensioni della qualità connesse all'aspetto relazionale del diritto alla salute.....	344
3.3. Indicatori e strategie di qualità.....	345
3.4. Risultati della ricerca trasferibili in indicatori e tool per la strategia: qualificazione delle strutture ospedaliere.....	346
3.5. Risultati della ricerca trasferibili in indicatori e tools per la strategia: qualificazione della progettazione di strutture ospedaliere.....	351
3.6. Ulteriori sviluppi dei risultati della ricerca per le strategie: Monitoraggio e Miglioramento della qualità delle strutture ospedaliere.....	356
4. Il futuro della ricerca in questo settore	357
Documento E: Key-element e schede flusso ambulatoriale	361
Documento F: Indicatori flusso ambulatoriale	385

Nonostante il presente rapporto sia da considerarsi il risultato di un lavoro interdisciplinare, la redazione dei capitoli e paragrafi è stata curata dai singoli ricercatori cui i contributi sono da attribuirsi secondo le indicazioni della Pagina Autori.

Autori

Parte I

ERIK LONGO: paragrafo 2.3, capitoli 3 (e paragrafi 3.1 e 3.4), 4 e 5

NICOLETTA SETOLA: capitoli 1, 2 (e paragrafi 2.1 e 2.2), paragrafi 3.2 3.3

Parte II

Sezione I

CATERINA DI COSTANZO

Sezione II

PAOLO COSTA: capitoli 1, 2, 3, 4

SILVIA SURRENTI: capitolo 5

Sezione III

SABRINA BORGIANNI: paragrafi 2.2, 3.1, 4.3

NICOLETTA SETOLA: capitoli 2 (e paragrafi 2.1, 2.3), 3 (e paragrafi 3.2, 3.3), 4 (e paragrafi 4.1, 4.2)

Parte III

SABRINA BORGIANNI: paragrafi 2.1.3, 2.2.3, 4.1.3, 4.2.3

LIVIA BRUSCAGLIONI: paragrafi 3.1.2, 3.2.2

PAOLO COSTA: paragrafi 1.3, 2.1.2, 2.2.2, 3.1.2, 3.2.2, 4.1.2, 4.2.2, 5.1.2, 5.2.2

CATERINA DI COSTANZO: paragrafi 1.2, 2.11, 2.2.1, 3.1.1, 3.2.1, 4.1.1, 4.2.1, 5.1.1, 5.2.1, 6.1.1, 6.2.1

ROBERTA GUIZZARDI: paragrafi 4.1.2, 4.2.2

ERIK LONGO: paragrafo 1.1

THOMAS MADONIA: paragrafi 5.1.2, 5.2.2

NICOLETTA SETOLA: paragrafi 1.4, 3.1.3, 3.2.3, 5.1.3, 5.2.3, 6.1.2, 6.1.3, 6.2.2, 6.2.3

Parte IV

LEONARDO CHIESI: capitolo 1

CATERINA DI COSTANZO: capitolo 2

MARIA CHIARA TORRICELLI: capitolo 3

ANDREA SIMONCINI: capitolo 4

Materiali di ricerca

DOCUMENTO A

A1 e A2: a cura degli osservatori esperti e intervistatori del gruppo sociologico

A3: Livia Bruscaaglioni

A4: Roberta Guizzardi

DOCUMENTO B: Sabrina Bogianni, Nicoletta Setola

DOCUMENTO C: Sabrina Bogianni, Nicoletta Setola

DOCUMENTO D

Do: Caterina Di Costanzo

Di: Caterina Di Costanzo, Erik Longo

D2: Paolo Costa, Livia Bruscaaglioni, Roberta Guizzardi, Thomas Madonia

D3: Sabrina Bogianni, Nicoletta Setola, Maria Chiara Torricelli

DOCUMENTO E: a cura del gruppo di ricerca interdisciplinare SPACES

DOCUMENTO F: Sabrina Bogianni, Nicoletta Setola, Maria Chiara Torricelli

Introduzione

1. La ricerca Par Fas

Il progetto SPACES si inserisce nella linea di ricerca P.A.R. FAS REGIONE TOSCANA concernente gli studi interdisciplinari in campo sociale. I fondi Par Fas (Fondo Aree Sottoutilizzate) istituiti dall'art 61, comma 1, della Legge finanziaria 2003 (l. 27 dicembre 2002, n. 289) e modificato con la Legge finanziaria 2007 (l. 27 dicembre 2006, n. 296) sono strumenti attraverso i quali lo Stato, in attuazione dell'art. 119 co. 5 Cost., finanzia le politiche regionali di riequilibrio economico e sociale fra le diverse aree e programmi di interesse nazionale, regionale e interregionale. I fondi Fas pur aderendo ai medesimi obiettivi dei fondi strutturali europei, dal punto di vista istituzionale rappresentano fondi addizionali a quelli europei ed hanno adottato le medesime modalità di programmazione, attuazione e gestione dei fondi strutturali, vincolandosi ai medesimi strumenti programmatici (quali il QSN e il POR che sono documenti base dei fondi strutturali). La delibera CIPE 166/2007 ha definito il Quadro strategico nazionale (QSN) di utilizzo dei fondi Par Fas e la Regione Toscana ha approvato il relativo Piano attuativo con la delibera di Giunta regionale n. 529 del 2008 che si articola in 24 linee di azione raggruppate all'interno di 9 Programmi integrati regionali che costituiscono riferimento per l'utilizzo dei fondi FAS, individuati dal Piano Regionale di Sviluppo 2006-2010 e dalla delibera n. 144/2008.

Il Programma integrato regionale 1.1 "Lo spazio regionale della ricerca e dell'innovazione" comprende due sotto-progetti di cui il primo 1.1a dedicato alla crescita e allo sviluppo della ricerca universitaria.

La linea di azione n. 3 del sotto-progetto 1.1a è la linea di confluenza del Progetto Spaces ed è diretta al "Sostegno alla realizzazione di progetti di ricerca in materia di scienze socio economiche e umane, con particolare riferimento a beni e attività culturali e scienze e tecnologie della formazione, ICT".

Alcuni obiettivi generali del sotto-progetto 1.1a sono volti a "sostenere l'integrazione della ricerca di base con quella applicata e per contribuire a qualificare il capitale umano, l'interscambio di risorse umane e la diffusione della conoscenza, a finalizzare l'innovazione al rafforzamento degli elementi competitivi a livello sistemico, con riferimento non solo alle infrastrutture strettamente economiche, ma anche a quelle sociali e ambientali viste come risorse per lo sviluppo e la qualificazione del modello toscano, a rafforzare i nodi avanzati della conoscenza (centri servizi, imprese leader, università, ecc), e le interconnessioni che legano questi nodi alle reti locali e alle reti nazionali ed internazionali" (cfr. Regione Toscana, Giunta regionale, Direzione Generale della Presidenza Area di Coordinamento Programmazione e Controllo, Programma Attuativo Regionale del Fondo Aree Sottoutilizzate 2007-2013 approvato con la delibera n. 529).

2. I Soggetti

I soggetti coinvolti nel progetto SPACES fanno parte tutti dell'Università degli Studi di Firenze e provengono originariamente dai Dipartimenti di Diritto dell'Economia (capofila), di Tecnologia dell'Architettura e Design "Pierluigi Spadolini", e di Sanità pubblica. A questi primi tre si è aggiunto il Dipartimento di Urbanistica e Pianificazione del territorio (partecipazione che decorre dal 16 febbraio 2011). I quattro Dipartimenti che hanno iniziato la ricerca sono stati oggetto di alcune trasformazioni in forza della più recente riforma universitaria entrata in vigore nel gennaio 2011; in linea generale, si è svolto un processo di riorganizzazione che ha condotto i Dipartimenti ad accorparsi e a dare luogo a strutture maggiormente unificate e meno frammentate sulla scia di quanto è avvenuto anche in altri paesi europei.

La ricerca SPACES ha coinvolto otto ricercatori afferenti ai quattro dipartimenti menzionati dell'Università di Firenze. A fianco dei ricercatori full time hanno lavorato al progetto di ricerca esperti riconosciuti nelle materie di competenza, oltre a collaboratori addetti al management complessivo del progetto e alla disseminazione e comunicazione dei risultati. Il lavoro è stato coordinato dai quattro responsabili di unità.

Questa ricerca costituisce una ricerca "high personal intensive" visto il rapporto fra investimenti strutturali e investimenti riguardanti il capitale umano di ricerca impiegato.

L'Unità giuridica si è occupata principalmente dell'analisi giuridica degli strumenti normativi e di policy riguardanti la disciplina degli spazi delle strutture sanitarie. In particolare, è stata svolta dalla Unità giuridica la review della letteratura esistente sul tema dei diritti di salute, l'inventariazione del materiale normativo sovranazionale, nazionale e della singola Azienda sanitaria, la ricerca giurisprudenziale a livello di Corti sovranazionali e nazionali (costituzionale e ordinaria), l'analisi dei dati in materia di reclami e contenzioso a livello regionale e individuazione degli aspetti più critici (liste di attesa, aspetti relazionali, etc.), il confronto con i partner esterni dell'Università di Macerata e di Milano.

L'Unità sociologica ha focalizzato principalmente la propria attenzione sullo studio delle relazioni sociali che vengono attivate di volta in volta negli spazi ospedalieri.

In particolare, l'Unità sociologica si è occupata dell'analisi della letteratura socio-sanitaria, della raccolta e analisi dati secondari, della ricognizione dei casi studio, della raccolta dei dati primari attraverso osservazioni sul campo e interviste con personale dirigenziale e con altri attori. Nell'ultima fase della ricerca l'Unità sociologica si è soffermata sull'analisi dei dati sociologici prodotti e sulla condivisione delle conoscenze acquisite.

L'Unità architettonica ha condotto analisi spaziali dirette alla ricostruzione dei flussi analizzati all'interno dei casi studio scelti e alla elaborazione delle essenziali tassonomie spaziali sulla base delle quali è stato impostato il lavoro di interpretazione interdisciplinare dei dati raccolti.

L'Unità architettonica si è occupata, più nel dettaglio, della costruzione di una piattaforma GIS per impostare il lavoro comune di tutti i gruppi, dell'approfondimento della conoscenza del contesto territoriale e urbano in cui sono inseriti i tre ospedali individuati come casi studio, dell'instaurazione di contatti con gli uffici tecnici delle aziende ospedaliere per ottenere informazioni sulle strutture (piante aggiornate e piante di progetto), dello svolgimento di rilievi sul campo, del confronto con il Comitato di esperti (dott. Geddes e arch. Moglia) e con il partner straniero Space Syntax Ltd.

A questi contributi disciplinari si è aggiunto un intenso lavoro interdisciplinare che ha consentito l'impostazione del lavoro comune di analisi sul campo e l'elaborazione dei risultati della ricerca che sono illustrati nella Parte IV di questo Rapporto.

3. La storia della ricerca: le fasi di lavoro

Il lavoro di ricerca è stato suddiviso in tre parti. La prima parte è stata dedicata alla introduzione dell'interdisciplinarietà e all'organizzazione del lavoro comune, la seconda parte contiene lo sviluppo dell'idea progettuale, mentre la terza è dedicata più specificamente alla disseminazione dei risultati

scientifici e alla gestione del progetto.

Nella prima parte sono state svolte alcune attività di avvio del progetto e di definizione degli strumenti e metodi scientifici. Innanzitutto, ha avuto inizio il lavoro riguardante la creazione di un linguaggio comune ai soggetti (contenuto nel glossario riportato nei Rapporti intermedi di ricerca) e alle persone coinvolte nella ricerca. Sono stati avviati i contatti con il partner straniero (Space syntax) e con gli esperti della ricerca.

Nella parte seconda della ricerca è stato avviato il lavoro sperimentale.

Lo sviluppo del lavoro sperimentale, a sua volta, ha seguito tre macro-fasi registrate nei dettagliatissimi work package che hanno rappresentato una roadmap della ricerca e una possibilità di valutazione internamente svolta rispetto ai compiti indicati nel progetto.

La prima fase è consistita nella elaborazione svolta, sulla base degli studi esistenti, di un modello teorico che funzionasse da base di verifica per la successiva field investigation caratterizzata da un'analisi empirica e di osservazione diretta.

La seconda fase ha compreso l'analisi empirica di tutti i gruppi disciplinari di lavoro. In questa fase sono stati scelti tre casi studio: l'ospedale di Santa Maria Nuova, l'ospedale di Careggi e di Montepulciano.

Nella terza fase, successivamente alla scelta dei casi studio, è stata svolta l'analisi degli spazi pubblici nelle strutture ospedaliere e la costruzione di una griglia di valori connessa con l'esercizio del diritto alla salute sulla cui base costruire gli indicatori di valutazione dell'effettività del diritto alla salute. In prima approssimazione gli indicatori elaborati possiedono una doppia sfaccettatura, una rivolta alla tematizzazione delle connessioni esistenti fra spazi e diritti nelle strutture ospedaliere e una rivolta alla valutazione delle politiche in materia di salute come ausilio e strumento di riferimento per gli attori politici.

È possibile dire che nella terza parte, sulla base della griglia di valori che costituisce una base per il merito delle decisioni organizzative e uno strumento di riferimento per le politiche regionali in materia, è stato elaborato un tool di contestualizzazione dei numerosi output della ricerca attraverso cui localizzare e distribuire nei vari procedimenti decisionali a livelli differenti gli strumenti specifici individuati e diretti a evidenziare la connessione esistente fra l'incremento dell'effettività dei diritti di salute e la configurazione degli spazi. La fase di gestione e disseminazione del progetto ha visto l'impiego di tutti gli strumenti tradizionalmente utilizzati per la diffusione della conoscenza nella comunità scientifica e nelle varie comunità interessate alla pubblicizzazione dei risultati (operatori di strutture ospedaliere, personale dirigente di strutture sanitarie e progettisti di edilizia sanitaria). Anche questo Rapporto finale di ricerca rientra negli obiettivi appartenenti a questa terza parte della ricerca. Esso ha lo scopo di adempiere alle esigenze di diffusione dei risultati utilizzando una modalità pragmatica ed esemplificativa delle attività svolte lungo questo biennio di ricerca.

Il Rapporto di ricerca consiste di quattro Parti che registrano l'andamento complessivo e le fasi di lavoro e sviluppo della ricerca.

La Prima Parte mette a fuoco l'oggetto e i metodi del lavoro, specificando quali sono gli elementi di innovatività dell'idea progettuale e quali sono i profili pratici su cui la ricerca impatta.

La Seconda Parte contiene l'illustrazione dei contributi che le singole discipline coinvolte hanno offerto dopo la fase di raccolta dei dati primari e secondari.

La Terza Parte rappresenta l'analisi interdisciplinare dei flussi (emergenza, ambulatoriale, prelievi, preospedalizzazione, permeabilità) dei casi studio scelti. Dopo la descrizione dei metodi del lavoro interdisciplinare volto alla descrizione e all'analisi dei flussi nel contesto organizzativo e spaziale dei casi studio, i ricercatori espongono per ogni flusso indicato la normativa regionale e del presidio che riguarda il flusso, la descrizione delle caratteristiche generali e funzionali del flusso e la descrizione fisica del flusso.

Nella Quarta Parte sono presentati i risultati della ricerca (key-element e indicatori) che vengono contestualizzati attraverso un tool che distingue fra valutazione di progetti di ospedali e valutazione e accreditamento di strutture ospedaliere.

I risultati della ricerca sono stati elaborati operando un restringimento di campo al flusso ambulatoriale. Tale scelta è stata dettata, oltre che da ragioni pratiche (risorse temporali e professionali), soprattutto da ragioni collegate alle politiche regionali di potenziamento qualitativo e quantitativo del flusso ambulatoriale che ne fanno un flusso di rilevanza strategica per valutare l'effettività del diritto alla salute nelle strutture ospedaliere.

PARTE IV

GLI OUTPUT DELLA RICERCA



Introduzione

Questa Parte del Report rappresenta la concretizzazione dei risultati ottenuti dalla ricerca SPACES in strumenti utilizzabili dagli stakeholders. In essa si leggono i passaggi svolti per arrivare dal framework di lavoro comune ai risultati pratici della ricerca.

Il paragrafo 1 descrive il passaggio dai key-element indicati nella parte III agli indicatori. Il paragrafo 2 contiene la descrizione più approfondita della scelta degli indicatori - distinti tra indicatori di step e indicatori di flusso - all'interno di un flusso scelto come caso applicativo (il flusso ambulatoriale). Il capitolo 3 opera una contestualizzazione del TOOL di indicatori creato, mostrando come essi si innestano all'interno del panorama attuale dei sistemi di valutazione di progetti di ospedali e valutazione e accreditamento di strutture ospedaliere. Infine, il paragrafo 4 descrive le linee future del lavoro fino alla individuazione degli sviluppi concreti della ricerca SPACES.



3. La contestualizzazione degli indicatori in tool di valutazione e di guida⁴

3.1. Indicatori di qualità nella sanità

Al fine di contestualizzare il risultato operativo della ricerca consistente in un sistema di key-element e indicatori, ci sembra utile richiamare di seguito il ruolo che gli indicatori hanno assunto nella sanità e i concetti che li inquadrano.

La valutazione della qualità nei sistemi sanitari è divenuta da ormai più di venti anni una priorità a livello internazionale e nazionale e, come in altre parti di questo rapporto è illustrato, ha dato origine a molti progetti e programmi di valutazione, reporting e miglioramento fondati sull'impiego di indicatori, diversi, decisamente meglio finalizzati e articolati rispetto a quelli classici, utilizzati in

⁴ Capitolo a cura di Maria Chiara Torricelli.

passato (in particolare per gli ospedali: degenza media, saturazione dei posti letto, indici di turnover, ecc.)⁵. Si tratta di indicatori che sono volti a valutare le prestazioni dei sistemi sanitari e la qualità della cura, in termini di efficienza e di efficacia degli esiti e dei processi in rapporto a stato di salute degli individui e della popolazione, sicurezza dei pazienti, prevenzione, impiego delle risorse.

Un valido *repository* di indicatori di qualità e prestazione selezionati e aggiornati in base a criteri di robustezza (evidence based) e relativi a diversi contesti assistenziali è gestito dallo Statunitense AHRQ⁶. Si tratta di indicatori utilizzati da strutture in U.S.A. selezionati e classificati in base a *topic* (o *conditions*) di riferimento (per lo più ambiti clinici-assistenziali) e al *dominio*. Fra i *topic*, per gli aspetti legati ai diritti sociali, di interesse di questa ricerca, si segnalano:

Communication, Community Care Coordination/Transitions of Care, Health Services Administration.

Il *dominio* è definito come categoria di misure relazionate fra di loro perché attengono ad un analogo aspetto della qualità o della prestazione, sono identificati:

Accesso, Efficienza del risultato, Esperienza del paziente, Processi, Struttura⁷.

Lo stato dell'arte testimoniato dalla AHRQ documenta come: gli indicatori volti a misurare la *Patient Experience* riguardino in prevalenza il *topic* relativo alla "Amministrazione dei servizi" (dove la *Patient experience* riguarda 48 indicatori su 368 relativi a questo *topic*); pochi siano gli indicatori che riguardano i *topic* Comunicazione e Continuità della cura (rispettivamente 10 e 13 prevalentemente collocati nel dominio dei Processi). Gli indicatori riferiti al dominio *Patient Experience* sono per lo più desunti da questionari, mentre quelli riferiti ai *topic* Comunicazione e Continuità della cura, oltre che desunti da questionari, sono desunti dalla presenza di documenti predisposti all'interno dei processi di cura (uso di documento informativo fornito a...ecc.). I *topic* più precisamente connessi a quadri sanitari desumono i dati da fonti per lo più disponibili nei sistemi informativi degli ospedali, e delle amministrazioni da cui dipendono.

Altro riferimento internazionale interessante è costituito dal progetto OECD 2006: *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework HCQI*, che ci fornisce un quadro concettuale dei sistemi di indicatori in sanità utilizzati in alcuni contesti nazionali, nella Comunità Europea e dalla World Health Organization⁸.

Gli indicatori presi in considerazione sono ricondotti ad un quadro che identifica le diverse dimensioni della qualità e della "prestazione" del Sistema Sanitario e si suggerisce che nello sviluppo di ulteriori indicatori si faccia riferimento a tali concetti/dimensioni, desunti da esperienze

⁵ Una rassegna delle esperienze sugli indicatori, quasi esaustiva al 2001, è rappresentata dal rapporto di ricerca "Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria" realizzato nel 2001 per conto della Commissione per la Garanzia dell'informazione Statistica - Presidenza Consiglio dei Ministri (www.governo.it/Presidenza/statistica/attivita/rapporti/2002/02.03.pdf e Supplementi di Monitor n.15 2005).

⁶ Cfr. sito dell'Agenzia Statunitense AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) e in particolare la pagina: www.qualitymeasures.ahrq.gov/. È stato utilizzato nel programma di ricerca di cui al Suppl. Monitor 2005 cit.). Si veda in particolare la AHRQ Measure Matrix e le relative schede (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/hhs/matrix.aspx>) (accesso 020813).

⁷ Dal glossario di AHRQ:

Access: Access to care is the attainment of timely and appropriate health care by patients or enrolees (iscritti) of a health care organization or clinician, or receipt of a public health intervention by a population.

Efficiency: Efficiency of care is a measure of the relationship between a specific level of quality of health care provided and the resources used to provide that care.

Outcome: An outcome of care is a health state of a patient resulting from health care, or the health state of a population resulting from a public health intervention.

Patient Experience: Experience of care is a patient's or enrollee's report of observations of and participation in health care, or assessment of any resulting change in their health. Population experience is the report of the members of a population concerning observations of and participation in public health programs.

Process: A process of care is a health care-related activity performed for, on behalf of, or by a patient. A population process of care is a public health-related practice or service performed for, on behalf of, or by a population.

Structure: Structure of care is a feature of a health care organization, clinician or public health program related to the capacity to provide high quality health care to patients or public health services to a population.

⁸ OECD Health working papers no. 23, 2006, *Health care quality indicators project conceptual framework*, paper di Edward Kelley and Jeremy Hurst JT03205355; si veda anche la sintesi in: Arah, O, Westert GP, Hurst J, Klazinga, 2005, "A Conceptual Framework for the OECD Health care quality indicators", *International Journal for Quality in Health Care*.

applicative (Tab. 3). Il progetto struttura poi la proposta di un'architettura del sistema degli indicatori, identificando il focus del progetto nelle dimensioni che attengono più specificatamente ad aspetti di "qualità" nel complesso quadro della performance dello Health System (Fig. 4).

Dimensions	UK	Canada	Australia	USA	EHCI	Commonwealth Fund	WHO	Inclusion count
Acceptability		#				#		2
Accessibility	#	#	#	##		#		5
Appropriateness		#	#			#		3
Capacity	#							1
Competence or Capability	#	#	#					3
Continuity		#	#			#		3
Effectiveness or Improving health or Clinical focus	# #	#	#	#	#	#	#	7
Efficiency		#	#	***			###	4
Equity		##*	##*	##*			#	4
Patient-centeredness or Patient focus Or Responsiveness	#	##?	#	#			#	5
Safety		#	#	#				3
Sustainability			#					1
Timeliness	##?*			#				2

* Cross-cutting dimension that applies to all other domains/dimensions
 ** Still not operationalized, though part of original Institute of Medicine's framework for the US
 # Present in the country's framework
 ## Operationalized as a dimension of equity
 ### Implied in the calculations and definitions of the attainment indices
 ##? Implied in the operationalization of "acceptability"
 ##?* Seen in the operationalization of "patient focus" and in the use of key targets
 EHCI European Community Health Indicators
 WHO World Health Organization

Tab. 3. Dimensioni concettuali della qualità tecnica della sanità desunte da documenti nazionali e internazionali sugli indicatori di performance/qualità (fonte: OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 23 2006)

Per le finalità della ricerca SPACES si riportano dalla stessa fonte⁹ le definizioni di interesse di alcune delle dimensioni citate in Tab. 3, utili anche a comprendere l'architettura dei concetti in Fig. 4.

Responsiveness refers to how a system treats people to meet their legitimate non-health expectations (WHO, 2000; WHO, 2000b). Another term that is often used synonymously with responsiveness is *patient-centeredness*. Patient centeredness is the degree to which a system actually functions by placing the patient/user at the center of its delivery of healthcare and is often assessed in terms of patient's experience of their health care. This experience of care refers to the caring (Scott et al., 1995), communication (Ong et al., 1995; Roter et al., 1997), and understanding that should characterize the clinician-patient relationship. The emphasis here is on the patient's report of her or his experience with specific aspects of care and goes beyond her or his general

⁹ Le fonti delle citazioni nel testo in inglese sono riferite alla bibliografia di cui al documento OECD 2006.

satisfaction or opinion regarding the adequacy of care.

Accessibility is the ease with which health services are reached. Access can be physical, financial or psychological, and requires that health services are *a priori* available.

Equity is a dimension closely related to access, although it is also used as a metric to assess health-system financing and outcomes/health status. Equity (or equitability) defines the extent to which a system deals fairly with all concerned. Equity, in this context, deals with the distribution of healthcare and its benefits among a people.

Continuity addresses the extent to which healthcare for specified users, over time, is coordinated across providers and institutions. While there are clinical continuity measures in use in national health system performance measures frameworks (i.e. the percentage of patients with depression who receive a continuous course of antidepressive medication through the acute phase of their illness), the majority of measures are in patient's experience of care. Therefore, this dimension is most often presented as part of patient centeredness.

Timeliness is a related concept that is used in several country frameworks and refers to the degree to which patients are able to obtain care promptly (IOM, 2001). It includes both timely access to care (people can get care when needed) (Aday and Anderson, 1975) and coordination of care (once under care, the system facilitates moving people across providers and through the stages of care) (Shortell, 1976). There are clinical elements of timeliness, such as the length of time from admission for heart attack to the administration of thrombolytic therapy, and there are patient centeredness aspects of timeliness, such as patients' perceptions of their ability to get an appointment for needed urgent care as quickly as they wanted. In many country frameworks, this element is linked closely with *patient centeredness*.

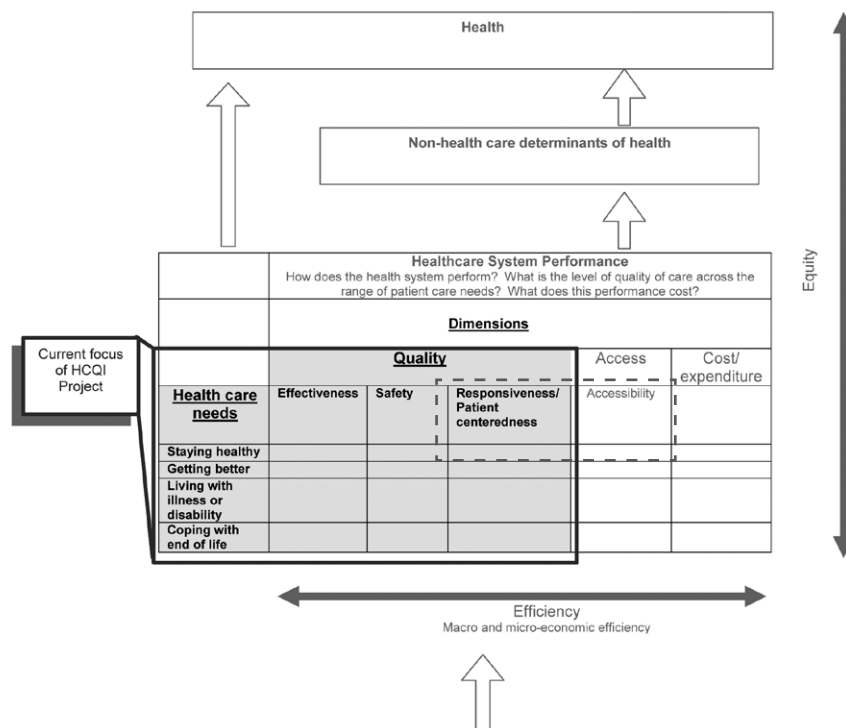


Fig. 4. Framework concettuale proposto nel progetto HCQI (fonte: OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 23 2006)

Il progetto OECD distingue indicatori di struttura (intesa come struttura organizzativa

del personale e della struttura), di processo e di esito, ma decide di contemplare solo quelli di processo e di esito poiché quelli di struttura sono indiretti rispetto alla misura della qualità effettuata su esiti e processi.

3.2. Le dimensioni della qualità connesse all'aspetto relazionale del diritto alla salute

La ricerca SPACES, come detto in altre parti di questo rapporto, muove dall'assunto che i diritti connessi alla salute possono tutelare gli individui e i valori che costruiscono la soggettività e la personalità attraverso l'implementazione di quelle relazioni che rafforzano i valori fondamentali che sono alla base del vivere civile. Nella cura ospedaliera tali relazioni sono rese possibili dalla struttura intesa come organizzazione e come sistema di spazi.

Alcune delle dimensioni della qualità riportate nel precedente paragrafo sono specificatamente volte a mettere in evidenza l'importanza di tali relazioni, perché si tratta di aspetti riferiti "alla cura, alla comunicazione, alla comprensione che dovrebbe caratterizzare la relazione medico-paziente"

In particolare si tratta della "dimensione" definita (OECD 2006; WHO 2000¹⁰; WHO 2000b¹¹) *Responsiveness/Patient-centeredness*, che interessa il "dominio" (AHRQ) della "esperienza del paziente/assistito", esperienza che si può ricondurre a quanto il paziente osserva, a quanto è partecipe, o ancora alla valutazione che dà di un qualche conseguente cambiamento nella sua salute; se ci si riferisce ad una collettività l'esperienza di un gruppo di individui può essere identificata in rapporto a osservazioni e alla partecipazione alla assistenza sanitaria. Tale dimensione della qualità si attua prevalentemente attraverso la Amministrazione del servizio (AHRQ).

In relazione agli obiettivi, all'approccio e al campo di applicazione della ricerca SPACES dunque possiamo affermare, parafrasando quanto sopra riportato (Tab. 4), che:

In rapporto alla connotazione relazionale del diritto alla salute è particolarmente significativa la dimensione della qualità che attiene alla "centralità del paziente" e alla "capacità di risposta" alle aspettative dei singoli e delle collettività, questa si valuta nel dominio della esperienza del paziente in rapporto alla cura, a cosa gli viene

comunicato e alla comprensione che può raggiungere grazie all'attenzione prestatagli nelle relazioni che instaura durante il suo percorso di cura, tale dimensione della qualità è un requisito strutturale-organizzativo di ciascuna struttura del sistema sanitario.

Tale dimensione della qualità della cura comporta un sistema della salute che, in particolare nella cure ospedaliere:

- rispetta i valori e le preferenze
- coordina e integra i diversi momenti della cura
- informa, comunica ed educa
- garantisce condizioni fisiche di comfort, supporto emotivo e coinvolgimento dei caregivers informali

¹⁰ World Health Organization: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000(a).

¹¹ World Health Organization: WHOTERM Quantum Satis. A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms Used in The World Health Report 2000 issued by the World Health Organization. Geneva: WHO; 2000(b).

- responsabilizza il paziente e promuove l'autogestione¹²

DIMENSIONE	DOMINIO	TOPIC	AZIONI
[a] Centralità del paziente	Esperienza del paziente	Struttura ospedaliera	[a] rispetta valori e preferenze
[b] Capacità di dare risposta			[b] coordina e integra i diversi momenti della cura
[c] Capacità di promuovere relazioni e empowerment			[c] informa, comunica ed educa
			[d] garantisce condizioni fisiche di comfort, supporto emotivo e coinvolgimento dei caregivers informali
			[e] responsabilizza il paziente e promuove l'autogestione

Tab. 4. Framework concettuale della dimensione della qualità patient-centred care connessa al carattere relazionale del Diritto alla salute

3.3. Indicatori e strategie di qualità

Gli indicatori servono a misurare, monitorare e migliorare la qualità del sistema sanitario allorché vengono inseriti in strategie e politiche per la qualità. Secondo OECD (2010) si possono identificare 4 ambiti di strategie e politica sanitaria che influenzano la qualità del sistema:

- La qualificazione delle risorse: operatori, strutture, prodotti farmaceutici e tecnologie sanitarie
- La progettazione del sistema sanitario: attribuzione di responsabilità, requisiti di accountability; qualità della governance; qualità della risposta al cittadino in termini di contratto e scelta
- Il monitoraggio del sistema: standards e monitoraggio del loro rispetto, regolamenti per i sistemi informativi pubblici sulla sanità, studi di audit nazionali sul sistema sanitario
- Il miglioramento continuo: incentivi alle strutture e programmi nazionali/regionali/aziendali di miglioramento della qualità.

La ricerca in particolare ha messo a punto un sistema di indicatori orientato alle strategie 1 e 2, ma è possibile ipotizzare uno sviluppo di tale sistema in set di indicatori di monitoraggio e di miglioramento.

¹² Forum on quality of care, Paris, 7-8 October 2010 © OECD 2010.

Patient-centred care: The Institute of Medicine's influential 2001 report, *Crossing the quality chasm*, identified patient-centred care as one of the main, and most important domains of quality. It calls for health systems to respect patient values and preferences, coordinate and integrate care across silos, provide information, communication and education, and guarantee the physical comfort, emotional support and involvement of informal caregivers. Orienting a health system around the preferences and needs of patients improves patient satisfaction and health outcomes, and even contributes to improved efficiency.

Patient empowerment and strengthening of self-management could help deliver efficient management of health systems. In this context, measuring patient experience can become an essential component of health services evaluation. A multitude of national and international surveys (*e.g.* Commonwealth Fund, Picker Institute Europe and US Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) measure patient experience, the results of which can be used to drive accountability, strategy development and quality improvement.

La dimensione della qualità oggetto della ricerca SPACES si riferisce all'ospedale. Gli indicatori che misurano la dimensione della qualità oggetto di interesse della ricerca possono essere utilizzati in strategie di qualificazione delle strutture, di promozione della qualità della progettazione delle strutture, di monitoraggio e miglioramento come di seguito esplicitato:

1. Indicatori di qualificazione delle strutture ospedaliere (con riferimento al sistema di accreditamento degli ospedali – requisiti strutturali/spaziali e organizzativi/gestionali)
2. Indicatori di supporto negli interventi di programmazione/progettazione organizzativa/gestionale ed edilizia delle strutture ospedaliere
3. Indicatori di monitoraggio a livello di struttura ospedaliera in strumenti del tipo POE e evidence based da relazionare con il rilevamento delle esperienze del paziente
4. Indicatori di programmi regionali/nazionali di incentivi alle strutture in rapporto al miglioramento di questo aspetto della qualità, con riferimento specifico a requisiti organizzativi gestionali.

3.4. Risultati della ricerca trasferibili in indicatori e tool per la strategia: qualificazione delle strutture ospedaliere

SPACES PATHS (Performances Assessment Tool Hospital Spaces and Social Rights)

La ricerca SPACES ha adottato un approccio per casi studio al fine di fornire evidenza della rilevanza di aspetti organizzativi e gestionali e di aspetti di configurazione e prestazioni degli spazi in relazione alla promozione del diritto alla salute negli spazi pubblici delle strutture ospedaliere. La ricerca si è proposta di produrre risultati significativi anche in termini di ricadute operative per la qualità del sistema dell'assistenza ospedaliera attraverso la traduzione di quanto indagato in forma di elementi chiave (key-element) e di indicatori. Nella ricerca i termini “elemento chiave” e “indicatore” sono stati adottati nel significato di: elementi concettuali significativi in rapporto alla dimensione relazionale del diritto alla salute; concetti osservabili empiricamente, ai primi correlati in qualità di indicatori.

Contestualizzando tale terminologia e tali concetti nei programmi di accreditamento e di qualificazione delle strutture ospedaliere i termini suddetti assumono un significato più precisamente operativo, e in particolare (Tab. 5):

1. il sistema di accreditamento delle strutture ospedaliere toscane adotta il termine “indicatore” come misura della rispondenza a requisiti di qualità (classificati per aree tematiche, o macro-categorie, e categorie che esplicitano le diverse dimensioni della qualità) riferiti a fasi dei “percorsi” assistenziali in determinate “aree” della assistenza ospedaliera¹³;
2. una recente ricerca che fa focus sui requisiti di umanizzazione degli ospedali (Agenas Monitor 32, 2013) adotta il termine “indicatore” per misurare Elementi (key-element) che sono stati individuati come esplicitazione del requisito umaniz-

¹³ Testo coordinato del decreto del Presidente della Giunta Regionale 24 dicembre 2010, n. 61/R “Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”. Modifiche approvate con DPGR 10/R del 22 marzo 2012 e all'Allegato E.

zazione declinato in fattori (di requisito) e sub fattori (di requisito)¹⁴.

Regione Toscana - Sistema di accreditamento delle strutture ospedaliere 2012							
Aree clinico-assistenziali dell'ospedale							
Percorsi assistenziali	Fasi	Requisiti					
		Aree tematiche o Macro-categorie di requisiti	Categorie di requisito				
		[1]Diritti e partecipazione	Equità accesso				
			Umanizzazione	Requisiti→		Indicatori e standars
				Requisiti			Indicatori e standars
				Requisiti			Indicatori e standars
			Comunicazione e partecipazione				
		[2]Management					
		[3]Performance assistenziali					
		[4]Continuità dell'assistenza e cooperazione					
Ricerca Agenas 2013 - Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment. Checklist grado di Umanizzazione							
		Umanizzazione	Fattori di requisito	Sub-fattori	Elementi		Indicatori
					Elementi		Indicatori
					Elementi		Indicatori

Tab. 5. La struttura dei requisiti e degli indicatori in sistemi di accreditamento e di qualificazione di ospedali

È interessante anche considerare strutture concettuali simili utilizzate nella qualificazione di interventi edilizi in strumenti che vanno sotto il nome di label, schemi o etichette, sviluppati in particolare per la valutazione e certificazione della sostenibilità degli interventi edilizi (quali il protocollo Itaca in Italia, il BREEM Healthcare in UK), in tali strumenti il termine indicatore è utilizzato nell'accezione di indicatore di prestazione in rapporto a un criterio di valutazione riferito a una esigenza/requisito, che interessa una determinata area di valutazione.

¹⁴ Progetto di ricerca condotto da Agenas insieme all'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva e alle Regioni e PA dal titolo *Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari*.

Protocollo ITACA residenze sostenibilità		
Area di valutazione		
	Categoria	
		Esigenza/requisito
		Indicatore di prestazione

Tab. 6. La struttura dei requisiti e degli indicatori in sistemi di qualificazione/label di edifici

In rapporto a quanto detto in 3.3 a proposito di strategie per la qualità la ricerca ha prodotto un risultato operativo che è di seguito sintetizzato.

La ricerca ha prodotto un set di indicatori che, per analogia con i sistemi di accreditamento e di etichettatura, possono essere tradotti in strumenti di qualificazione delle strutture ospedaliere. In particolare la ricerca ha identificato come oggetto della valutazione i flussi che si svolgono all'interno di spazi pubblici dell'ospedale, intesi come flussi che il paziente "sperimenta" (flussi esperienziali) all'interno di un layout di percorsi spaziali e organizzativi. Tali flussi per il fatto di riferirsi a spazi pubblici riguardano in particolare il paziente non in regime di ricovero e pertanto non coincidono necessariamente con i percorsi di aree clinico assistenziali, contemplati nei sistemi di accreditamento, quelli proposti in SPACES possono essere una serie di steps che li anticipano (flusso della pre-ospedalizzazione, della emergenza), che li accomunano (flusso ambulatoriale, flusso dei prelievi) o più propriamente possono essere flussi di aree attualmente non contemplate adeguatamente nei sistemi di accreditamento (Tab. 7).

ACCREDITAMENTO REGIONE TOSCANA						
Aree clinico assistenziali	Percorsi assistenziali	Fasi	Macrocategoria di requisiti	Categoria di requisito	Requisito	Indicatori
Medica						
Chirurgica						
...						
SPACES PATHS (Performances Assessment Tool Hospital Spaces and Social Rights)						
Aree pubbliche o per pazienti non in regime di ricovero		Flussi			Tipologia di key elements/requisiti	Tipologia di indicatori
			Diritti	Umanizzazione	Accessibilità Continuità Relazionabilità Riconoscibilità Controllo del/ al paziente Qualità ambientale degli spazi	Prossimità Visibilità Collocazione Posizione Interfaccia Immagine Informazione Comunicazione Layout Ambiente

Tab. 7. Struttura del tool SPACES PATHS per la qualificazione/accreditamento di strutture ospedaliere in rapporto alla qualità Patient Centered/Diritto alla salute e sua integrazione nella struttura del sistema di accreditamento della Regione Toscana

Gli indicatori del Tool SPACES PATHS servono a misurare/valutare alcuni elementi chiave o requisiti identificati dalla ricerca in riferimento ad un “flusso” oggetto di valutazione, le tipologie di elementi chiave/requisiti del flusso o di step del flusso sono:

1. la accessibilità;
2. la continuità;
3. la relazionabilità;
4. la riconoscibilità;
5. il controllo da parte del paziente;
6. la qualità ambientale degli spazi.

Ad ogni elemento chiave corrispondono uno o più indicatori.

Gli indicatori SPACES, definiti sulla base di un processo di ricerca sperimentale e di metodologie di osservazione, analisi, e misurazione, possono dunque essere intesi come:

- ampliamento del set di requisiti del sistema di accreditamento regionale delle strutture ospedaliere con particolare riferimento ad aree pubbliche o per pazienti non in regime di ricovero;
- supporto “esperto” di guida ad un processo di qualificazione (perché, cosa, come si valuta) che può essere messo in atto per stimare la *qualità patient centred/diritto alla salute* in una struttura ospedaliera.

In sintesi (Fig. 5 e 6):

La ricerca propone uno “strumento di supporto” al “processo di valutazione” del grado di rispondenza a requisiti di qualità dei flussi delle persone in un’area pubblica e/o outpatient dell’ospedale, con riferimento a: Umanizzazione/Responsiveness/Patient centered; si tratta di requisiti relativi ad aspetti che attengono a quelle caratteristiche (fisiche e organizzative) della struttura ospedaliera che facilitano, promuovono le relazioni fra le persone nell’ottica del Pa-

tient empowerment e del self-management nel godimento del Diritto alla salute. Tale strumento di supporto può essere tradotto in strumento operativo nel sistema di accreditamento delle strutture ospedaliere o in strumento operativo ad uso interno, dalle risultanze della cui applicazione le strutture possono fornire evidenze in rapporto ad indicatori e standards già compresi nei processi di accreditamento e qualificazione .

Percorso organizzativo per strutture ambulatoriali

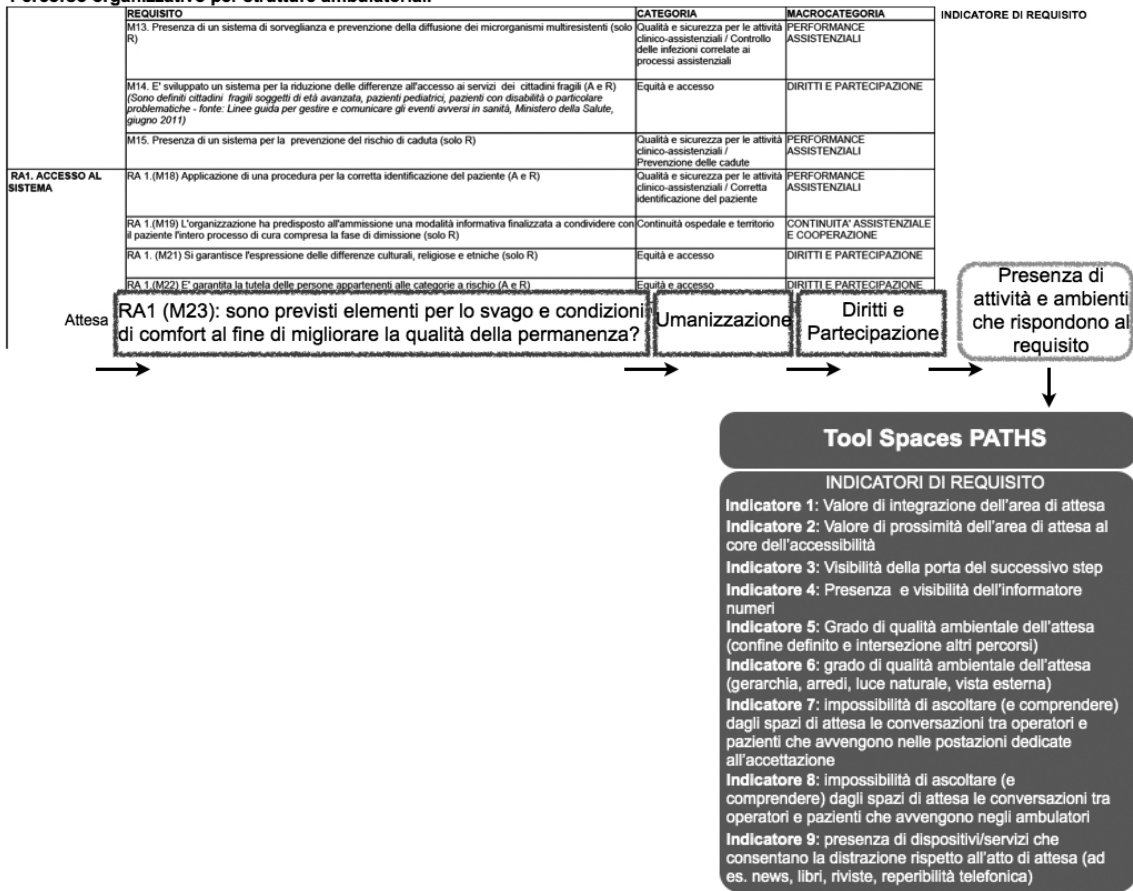


Fig. 5. Integrazione del Tool SPACES PATHS a supporto della valutazione per l'accreditamento (rif. al sistema di accreditamento della Regione Toscana)

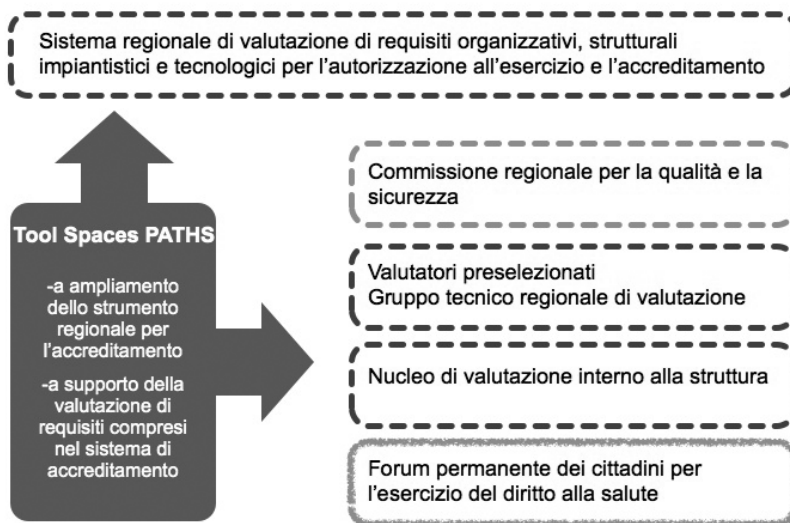


Fig. 6. Integrazione del Tool SPACES PATHS nel sistema di accreditamento delle strutture ospedaliere

3.5. Risultati della ricerca trasferibili in indicatori e tools per la strategia: qualificazione della progettazione di strutture ospedaliere

SPACES DEPTHS (*Design Evidence-based Performances Tool Hospital Spaces and Social Rights*)

I risultati della ricerca SPACES espressi in termini di key-element e indicatori di qualità dei flussi e dei diversi step costituiscono anche un supporto conoscitivo *evidence based* per la progettazione di qualità prestazionali delle strutture ospedaliere in termini gestionali/organizzativi ed edilizi. I diversi flussi e i relativi step (arrivo, connettivo, attesa, ecc.) rappresentano sottosistemi organizzativi e/o spaziali le cui prestazioni (key-element) hanno rilevanza per promuovere il diritto alla salute negli spazi pubblici delle strutture ospedaliere.

I key-element e gli indicatori sono utilizzabili come criteri progettuali, dai team di organizzazione dei flussi e dei relativi spazi, e come sistema di riferimento (benchmarks) dagli Enti ospedalieri per misurare, riprogettare, progettare e gestire la qualità delle loro strutture, in interventi ex-novo o sull'esistente.

In tal senso i risultati della ricerca SPACES si presentano come contributo alla definizione di strumenti di guida alla progettazione. Si tratta di strumenti che sono rivolti in primis a chi svolge il ruolo di committenza e di gestione del progetto (project manager), essi accompagnano il processo di progettazione dalla iniziale proposizione dei requisiti e del brief di intervento, lungo le varie fasi di definizione, fino alla valutazione della efficacia degli esiti del progetto eseguito. Tali strumenti possono essere utili anche a singoli progettisti, facility manager, per lo sviluppo di parti di loro competenza. Tuttavia la funzione specifica di questi strumenti è quella di fornire un supporto al processo decisionale condiviso e interdisciplinare, che deve accompagnare un progetto, non sostituendosi alle competenze tecniche specifiche, alle disposizioni di normativa tecnica e ad altri sistemi di "valutazione di conformità" a disposizioni normative.

Gli strumenti più innovativi e recenti in questo campo si presentano come un kit strutturato adattabile alle esigenze specifiche di un progetto e degli operatori: un manuale di guida, una checklist di criteri, dei data base di dettaglio e approfondimento, un repertorio di esempi di riferimento o best practice, dei casi studio e relative evidenze, ecc. I criteri progettuali e i relativi indicatori costituiscono in particolare il supporto (spesso in forma di check-list, tavole, matrici) per condurre valutazione multi-criteri in diverse fasi del processo di progettazione, con funzione di approvazione, revisione, sviluppo del progetto (Fig. 7).



Fig. 7. Schema di un sistema di strumenti - toolkit - di guida alla progettazione e i suoi potenziali utenti

Uno strumento di questo tipo è il sistema *AEDET Evolution* (Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit) messo a punto dal NHS Britannico per assistere gli Enti ospedalieri e il NHS stesso nel definire i requisiti di progettazione e tenere sotto controllo le scelte progettuali lungo le diverse fasi del progetto di intervento¹⁵. Alla base della concezione dello strumento sta la convinzione che è proprio dalla integrazione fra competenze diverse che si crea valore lungo il processo progettuale. Il raggiungimento del “valore” dell'intervento può essere guidato e verificato costruendo un profilo dei punti di forza e di debolezza del progetto alle diverse fasi decisionali sulla base dei criteri condivisi dal team di progettazione e dei relativi indicatori, selezionati e pesati dal team stesso. L'uso più appropriato di questo *toolkit* è quello dei laboratori collaborativi e partecipati di progetto (project workshop), ai quali partecipano oltre ai professionisti, le rappresentanze degli operatori ospedalieri e degli utenti, e che sono animati da un esperto/facilitatore di laboratori di progettazione.

La struttura di *AEDET Evolution Toolkit* è rappresentata in Tab. 6. I requisiti sono raggruppati in dieci criteri a loro volta ricondotti a tre categorie/sezioni: Impatto, Qualità tecnologica edilizia e Funzionalità.

AEDET Evolution Tool				
Sezioni	Criteri	Requisiti*	Pesi	Punteggio
Impatto	Carattere e innovazione	[A04] L'edificio esprime appropriamente i valori del NHS?		
	Forma e materiali	[B03] Le entrate sono logicamente posizionate in relazione ai probabili punti di arrivo sul sito?		
	Ambiente per staff e pazienti	[C01] L'edificio rispetta la dignità del paziente e permette differenti livelli di dignità e privacy?		
		[C05] L'edificio è facilmente comprensibile?		
	Integrazione urbana e sociale	[D02] L'edificio contribuisce positivamente a livello locale?		
Qualità tecnologica	Prestazioni	[E03] L'edificio ha buona durabilità?		
	Tecnologie impiantistiche	[F01] Il sistema degli impianti è ben progettato, flessibile ed efficiente?		
	Costruzione	[G02] I tempi di costruzione sono minimizzati?		
Qualità funzionale	Uso	[H04] I flussi logistici e di lavoro sono organizzati in maniera ottimale?		
		[H07] Il layout facilita sicurezza e supervisione?		
	Accesso	[I06] Gli spazi esterni sono provvisti di illuminazione appropriata che indica sentieri, rampe gradini?		
	Spazi	[J03] le distanze di circolazione percorse da staff, pazienti e visitatori sono ridotte al minimo dal layout?		

*alcuni requisiti presi ad esempio

Tab. 8. La struttura dei criteri nel toolkit AEDET per la definizione di requisiti di progettazione di ospedali

¹⁵ AEDET Evolution pubblicato sul sito: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082089 (accesso 10.08.2013).

Per la qualificazione della progettazione organizzativa e spaziale dei flussi degli ospedali, i risultati della ricerca SPACES potrebbero dunque essere integrati in un sistema di strumenti di supporto alla progettazione.

In sintesi (Tab. 9 e 10, Fig. 8):

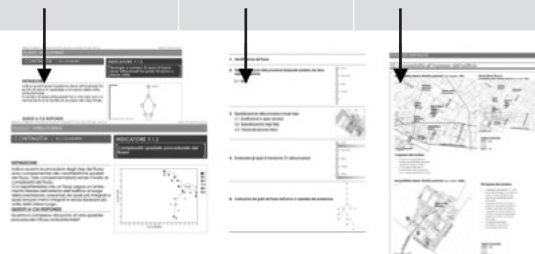
La ricerca ha prodotto un set di requisiti/elementi chiave e relativi indicatori riferiti ai flussi che si svolgono all'interno di spazi pubblici dell'ospedale. Le schede che descrivono i key-element e gli indicatori possono essere parte di un toolkit di supporto alla progettazione ospedaliera nelle sue diverse fasi, utilizzabile da gruppi di progettazione, singoli progettisti, facility manager. Le stesse schede possono

servire anche a costruire liste di controllo, valutazione e punteggio per scegliere fra diverse alternative progettuali in procedure di concorso che prevedono la selezione di progetti. Possono inoltre essere utilizzate dagli Enti ospedalieri per definire punti di forza e di debolezza, soglie di riferimento da raggiungere nella qualità dei flussi ospedalieri nelle strutture.

SPACES DEPTHS (Design Evidence-Based Performance Tool Hospital Spaces and Social Rights)					
Flussi/Step	Profilo giuridico	Requisiti/Key-elements	Indicatori	Peso	Valutazione
Ambulatoriale	Diritto all'accessibilità	Accessibilità	Complessità spaziale-procedurale		
			Numero spazi di transizione attraversati		
...			

Tab. 9. Struttura del tool SPACES DEPTHS per la guida e la valutazione del progetto di strutture ospedaliere in rapporto alla qualità Patient Centred/ Diritto alla salute

SPACES DEPTHS (Design Evidence-Based Performance Tool Hospital Spaces and Social Rights)					
Flussi	Linee guida	Requisiti/Key-elements	Indicatori	Check list di controllo del flusso	Evidence based documents
Ambulatoriale		Accessibilità	Complessità spaziale-procedurale		
			Numero spazi di transizione attraversati		
...			



Tab. 10. Struttura del tool SPACES DEPTHS e sua integrazione in un toolkit. Sono riportati documenti SPACES in corrispondenza di alcune colonne nella struttura dell'insieme di strumenti del toolkit

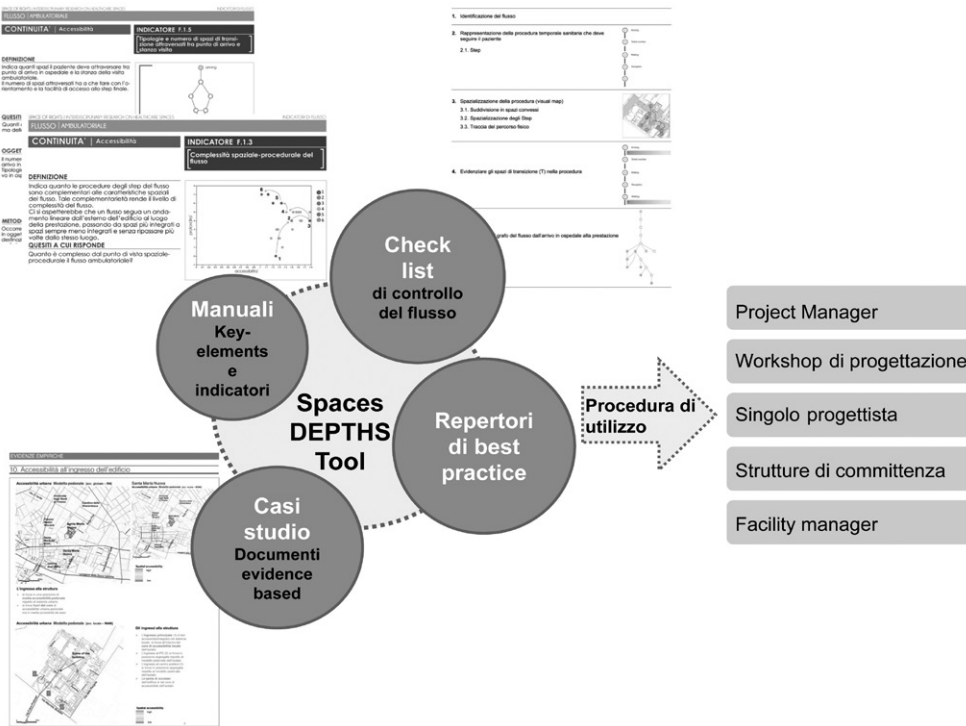


Fig. 8. Struttura del tool SPACES DEPTHS e sua integrazione in un toolkit.

SPACES DEPTHS può essere utilizzato (Fig. 9-10-11):

1. per valutare una situazione esistente al fine di evidenziare punti di forza e di debolezza della organizzazione dei flussi negli spazi pubblici dell'ospedale e intervenire con una riorganizzazione (Fig. 9);
2. nel processo di verifica e valutazione delle decisioni di progetto lungo le diverse fasi della progettazione (Fig. 10);
3. nella selezione fra più progetti in un appalto che prevede l'acquisizione del progetto in sede di gara, in un concorso di progettazione, in una procedura di Partenariato Pubblico Privato, ecc. (Fig. 11).

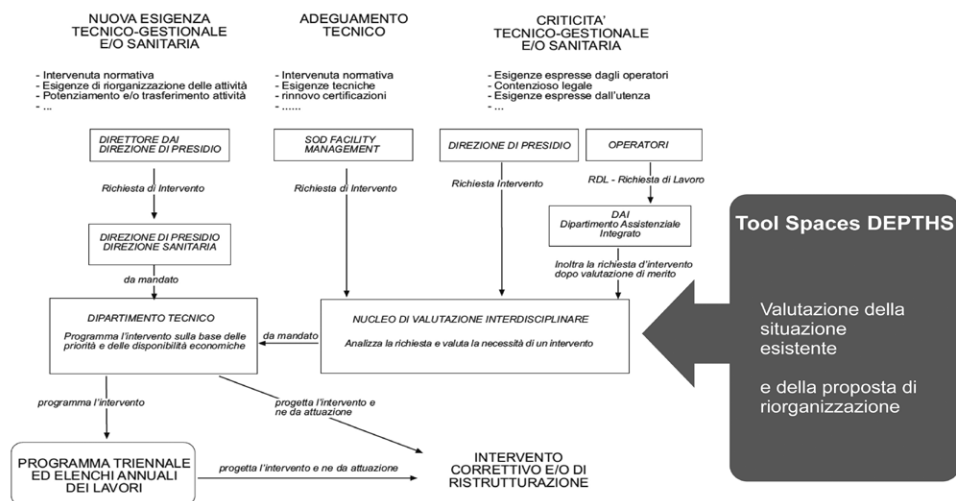


Fig. 9. Scenario 1: processo di definizione di un intervento di ristrutturazione e utilizzo del Tool SPACES DEPTHS

PARTE 4 - GLI OUTPUT DELLA RICERCA

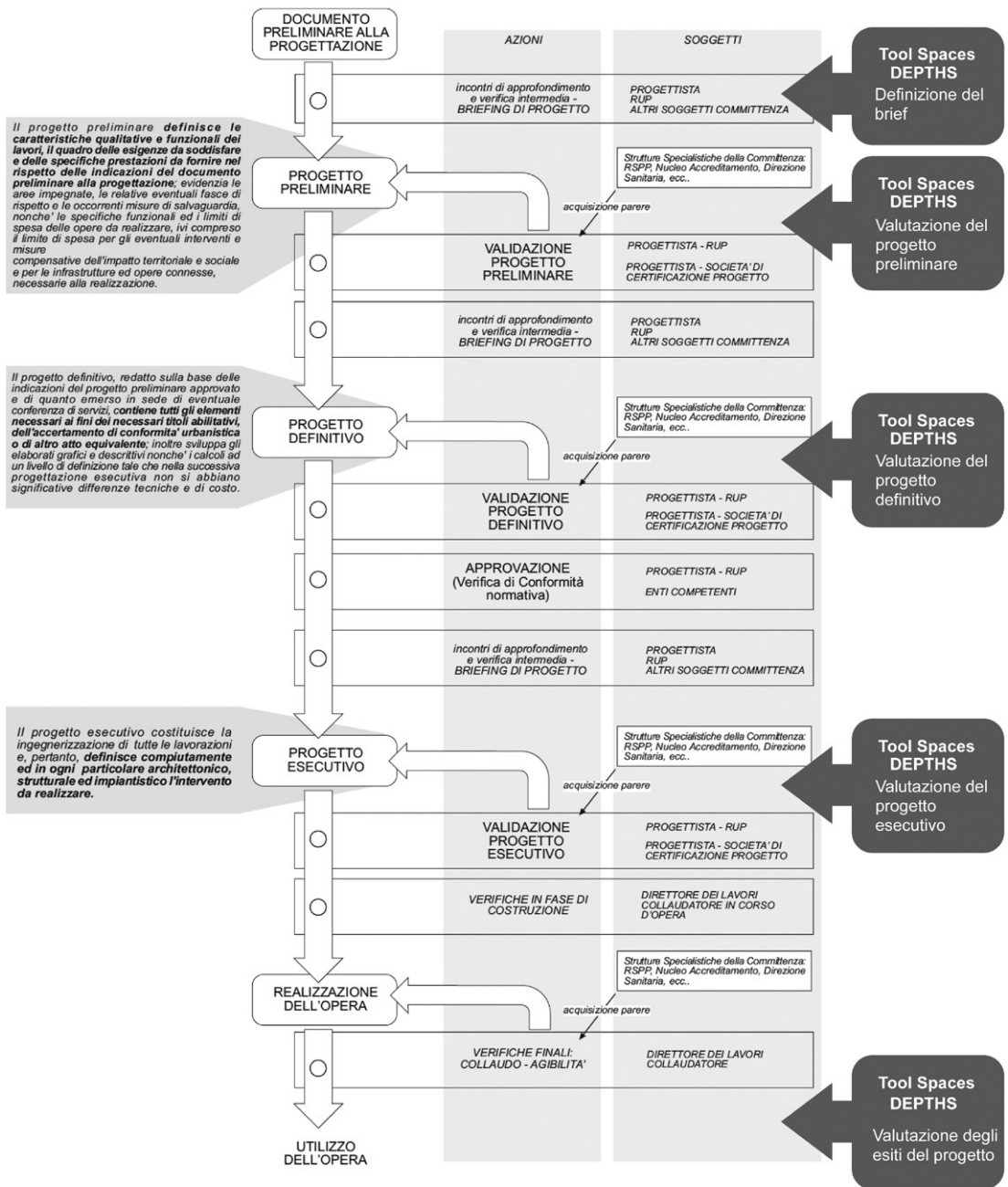


Fig. 10. Scenario 2: processo di progettazione di un intervento e utilizzo del Tool SPACES DEPTHS

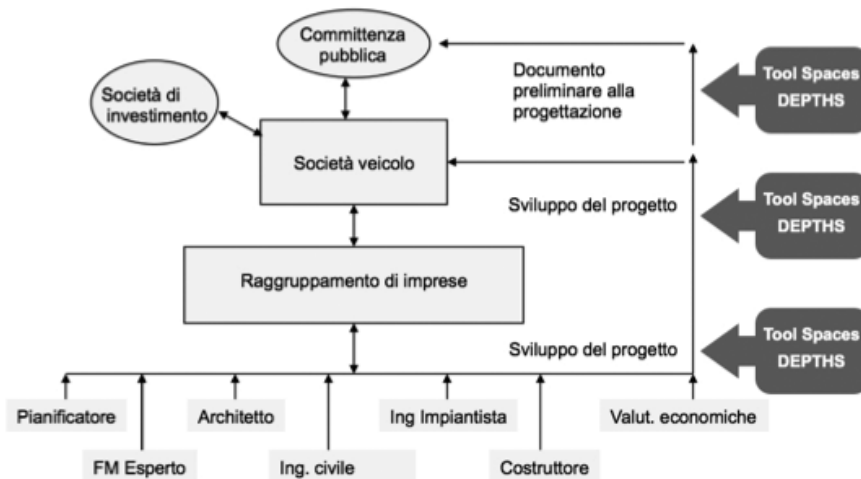


Fig. 11. Scenario 3: Selezione di progetti: impiego del Tool SPACES DEPTHS nei contratti di Partenariato Pubblico Privato

3.6. Ulteriori sviluppi dei risultati della ricerca per le strategie: Monitoraggio e Miglioramento della qualità delle strutture ospedaliere

Un interessante sviluppo dei risultati della ricerca SPACES è rappresentato dalla possibilità di rielaborare alcuni key-element e indicatori per orientare politiche sanitarie volte a monitorare e migliorare la promozione del diritto alla salute nella rete dei presidi. In tale prospettiva possono essere selezionati, e ulteriormente sviluppati, alcuni indicatori di qualità dei flussi e dei diversi step a costituire un “paniere di indicatori”, dai quali estrarne alcuni per definire valori di soglia e monitoraggio del sistema delle strutture ospedaliere e della loro integrazione nella rete dei presidi sanitari, in determinati programmi di intervento a livello regionale e nazionale.

I criteri per la selezione degli indicatori sono in questo caso molteplici e più severi che non quelli da adottarsi negli altri scenari ipotizzati (qualificazione delle strutture, guide alla progettazione) e attengono a:

1. importanza dell'oggetto della valutazione in rapporto alla politica da sviluppare e alla suscettibilità di essere influenzato dal programma;
2. fondatezza scientifica del criterio: validità, affidabilità, esplicitazione precisa delle evidenze da fornire;
3. fattibilità nella applicazione dell'indicatore (disponibilità dei dati, comparabilità nell'ambito di interesse dei fenomeni osservati, costi delle misurazioni, ecc.).

Di seguito uno schema in Fig. 12 rappresenta il processo di selezione degli indicatori in rapporto alle politiche sanitarie per i presidi ospedalieri e alle “evidenze” che possono essere fornite nell'applicazione degli indicatori a diversi livelli (rete, presidio, area) e con riferimento a determinati flussi (emergenza, ambulatoriale, ecc.) e nella loro restituzione in reports e sistema informativo.

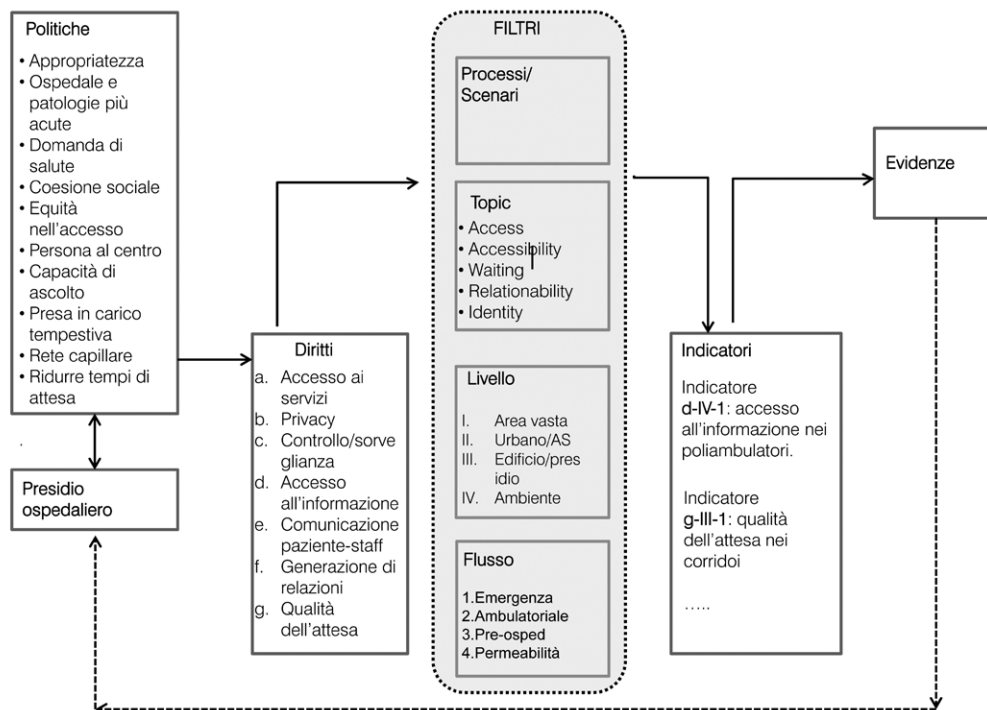


Fig. 12. Schema del processo di selezione di indicatori di qualità della rete dei presidi ospedalieri in rapporto a politiche di promozione del diritto alla salute

4. Il futuro della ricerca in questo settore¹⁶