

La valutazione partecipata dei servizi sanitari e sociali

Pietro Berti

Facoltà di Psicologia, Università di Bologna, Centro Studi "Don Giuliano Botticelli"

Abstract

Participative evaluation of social and health services

In the last years, social and health agencies experienced a growing need for reliable techniques aimed to evaluate impact and effectiveness of proposed services. Beside technical evaluation methods, most agencies have started thinking to improve evaluation criteria taking into account citizens' judgments and biases (the so called "participative evaluation"). Examples of shared evaluation are rarely reported in literature, while more attention has been paid to "participatory" research. The process of shared evaluation involves criticality management and tough decisions about the criteria to follow in order to operate people selection, to choose an evaluation method, and to motivate engaged subjects. Moreover, it is important to help professionals to overcome the fear of evaluation, which is likely felt as personally threatening. In this paper, the success factors for promoting shared participation and the possible future developments are discussed.

Quaderni acp 2004; 11(2): 59-61

Key words Health services. Evaluation. Participative evaluation. General management of the health services

Negli ultimi anni, all'interno dei servizi socio-sanitari, si avverte sempre più forte l'esigenza di valutare gli interventi e i servizi proposti, al fine di verificarne l'efficienza e l'efficacia. Oltre a una valutazione da un punto di vista tecnico, si inizia a pensare alla valutazione in senso allargato, coinvolgendo cioè i cittadini: è quella che viene chiamata "valutazione partecipata". In letteratura, non vi sono molti esempi di valutazione partecipata; il filone di ricerca più noto in tal senso è la ricerca "partecipativa". Valutare in maniera partecipata significa confrontarsi con alcune criticità: in primo luogo, è necessario decidere chi coinvolgere (quali associazioni, enti, cittadini, e così via), quale metodologia utilizzare (qualitativa e/o quantitativa), e come motivare le persone a partecipare. Infine, è necessario aiutare i professionisti dei servizi a superare la paura della valutazione, percepita ancora come un qualcosa di minaccioso. Sono discussi i possibili fattori di successo nella promozione della partecipazione ed eventuali prospettive future.

Parole chiave Servizi sanitari. Valutazione partecipata. Aziendalizzazione

Il processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale ha portato, in questi ultimi anni, a molti cambiamenti nella fruizione di servizi e nella gestione delle risorse. Ogni azienda sanitaria locale deve provvedere a gestire al meglio le risorse, soprattutto economiche, che le competono; la necessità di evitare il passivo in bilancio ha portato a tentare un'opera di razionalizzazione delle prestazioni offerte e dei costi sostenuti, per cui per ogni risorsa investita dovrebbe essere necessario dimostrare la sua effettiva utilità ed efficacia nel produrre risultati concreti per la salute della

popolazione. In breve, si rende necessario valutare se le risorse investite producano risultati concreti, e se vi è un buon rapporto costi/benefici.

Un servizio (o un progetto a carattere sociale) che non dimostri la sua efficacia dovrebbe essere destinato a finire in un breve arco di tempo.

Questo problema, nuovo per l'Italia, è conosciuto da tempo nel mondo anglosassone, soprattutto negli Stati Uniti, dove la privatizzazione della sanità impone da sempre regole molto rigide in tema di contenimento dei costi e di produttività dei servizi erogati. Gli Stati

Uniti sono anche la patria dei primi progetti a carattere sociale di promozione della salute o di riduzione delle disuguaglianze (ad esempio, fra bianchi e neri o fra uomini e donne); questi interventi sono per lo più sponsorizzati da privati (fondazioni, aziende, e così via), i quali intendono verificare di continuo se le risorse impiegate producono risultati apprezzabili. È per questo motivo che, in quelle realtà, la valutazione è una pratica consolidata da molto tempo, al punto che già nel 1967 Suchman parla di "ricerca valutativa" come di una fase irrinunciabile del lavoro socio-sanitario, e Guba e Lincoln (1989) parlano di "valutazione di quarta generazione", ritenendo superati i tre approcci teorici più diffusi. La produzione di letteratura sulla valutazione è stata (ed è tutt'ora) oltremodo vasta in America, Gran Bretagna e Australia, mentre nel nostro Paese vi sono pochi esempi, non essendo ancora la valutazione una consuetudine acquisita.

La valutazione partecipata

La valutazione dei servizi offerti è quindi un aspetto irrinunciabile del lavoro sanitario e sociale; tuttavia, chi deve valutare? Il compito deve essere affidato:

- ai professionisti che vi lavorano (correndo il rischio di una pericolosa autoreferenzialità)
- ai soggetti esterni (enti qualificati, istituti di ricerca, università e così via)
- a chi altro ancora?

A partire da questi interrogativi, negli ultimi anni si è aggiunto il tema della partecipazione dei cittadini nella gestione del sistema sanitario, per rendere i servizi più attenti alle esigenze della popolazione (1,2) e per incrementarne la soddisfazione. Si parla perciò di "valutazione partecipata", intendendo con questo una valutazione che coinvolga il maggior numero di interlocutori, sia interni sia esterni al servizio (associazioni di volontariato, di terzo settore, semplici

Per corrispondenza:
Pietro Berti
e-mail: pietroberti@hotmail.com

organizzazione sanitaria

cittadini e così via). Per Green e Kreuter (3), due fra i maggiori studiosi americani sul tema della valutazione, ci sono “due lenti” per osservare la realtà: quella del professionista, spesso troppo attento a dettagli tecnici per avere una visione d’insieme dei problemi, e quella del cittadino, in possesso di una visione più olistica; gli autori perciò ribadiscono l’importanza di prendere in considerazione punti di vista differenti nella definizione e valutazione dei problemi. Promuovere la partecipazione nella gestione e valutazione dei servizi è senz’altro un modo per renderli più vicini alle esigenze della popolazione, basti pensare agli oramai diffusi questionari di gradimento. Inoltre, la fase valutativa fornisce indicazioni utili per migliorare in futuro.

In questa ottica sono nati, per esempio in Emilia-Romagna, i Piani per la Salute. Si tratta di piani di azione triennali che prevedono la partecipazione dei cittadini sia nella fase di progettazione che in quella di attuazione. Alle istituzioni, ai comuni in primo luogo, è affidato il coordinamento del processo.

Alcuni anni prima, in Inghilterra, si era andati nella medesima direzione: la legge del 1990 di riforma del Servizio Sanitario Nazionale ha aperto le porte ai cittadini per quanto riguarda l’analisi dei bisogni, l’erogazione dei servizi e la valutazione degli stessi. A livello politico si cerca perciò di promuovere la partecipazione dei cittadini, e il conseguente allargamento democratico della gestione del pubblico; nel campo dell’educazione alla salute questa volontà è stata sancita dalla Carta di Ottawa nel 1986, e nel campo della formazione si iniziano ad adottare strategie partecipative per cercare di capire se l’intervento abbia portato a risultati apprezzabili e concreti (4).

In campo sanitario, dagli ultimi anni in Italia si sta registrando interesse per l’accreditamento dei servizi sanitari; a questo scopo sono stati ideati diversi sistemi di valutazione, come ad esempio la *Balanced Scorecard*, l’accreditamento all’ecellenza della *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, o il più noto ISO 9000 (conosciuto, nell’ultima versione, col nome di VISION 2000). In tutti questi sistemi, una parte è riservata alla conoscenza del punto di

vista del paziente, ritenuta fondamentale per conoscere pregi e difetti dell’organizzazione; senza una buona valutazione del paziente, l’accreditamento della struttura non è possibile (*per una rassegna sull’argomento, si veda la voce 5*).

È evidente perciò che un percorso di valutazione partecipata può contribuire alla valutazione dei servizi, e insieme aumentare la democraticità degli stessi.

Caratteristiche, metodi e problemi della valutazione partecipata

C’è quindi l’interesse a conoscere il punto di vista del cittadino, coinvolgendolo sempre più; spesso però la partecipazione è problematica a realizzarsi e per molte ragioni. Springett (2), in una recente rassegna della letteratura, lamenta una generale carenza di approcci partecipati alla valutazione, anche se non mancano esempi nel mondo anglosassone.

Un importante filone di ricerche sulla partecipazione si rifà alla ricerca-azione di Kurt Lewin; si parla di “*ricerca partecipativa*” (6,7) soprattutto nell’ambito della promozione della salute. Una ricerca partecipativa ha l’obiettivo di coinvolgere il maggior numero di persone nella realizzazione di un progetto (o di un servizio), a partire dall’ideazione fino alla sua conclusione.

In questa sede siamo interessati alla fase valutativa, che presenta diversi ostacoli: il primo riguarda il *chi* coinvolgere. Ad esempio, la valutazione della qualità di un servizio sanitario dovrebbe prevedere la partecipazione di:

- personale che vi lavora
- utenti che lo utilizzano
- persone deputate al controllo per quanto riguarda la gestione amministrativa e finanziaria.

Saltare uno di questi passaggi significherebbe raccogliere informazioni parziali e tendenzialmente poco affidabili. Prendendo in considerazione il punto di vista del cittadino, bisogna fare attenzione a non perdere il punto di vista del professionista che quotidianamente viene a contatto con i problemi e le risorse del servizio.

Un secondo aspetto problematico è la paura della valutazione: sentirsi sotto esame infatti non è piacevole (pensiamo, ad esempio, allo stato d’animo di un medico che viene giudicato per il suo

operato, senza che gli venga data la possibilità di esprimersi), perché c’è sempre la possibilità che il proprio lavoro venga giudicato in maniera negativa. Questo può aiutare a capire perché la valutazione a volte sia ostacolata per paura delle potenziali, ipotetiche conseguenze (8). Coinvolgere quante più persone possibili, dando loro la possibilità di essere parte attiva nel processo di valutazione, significa rendere la valutazione stessa meno minacciosa.

Un altro problema riguarda la metodologia da utilizzare: Cinotti e Cipolla (9) riportano vari esempi di metodologie, quantitative come i questionari, e qualitative come i focus group o le interviste. Senza addentrarci in una disputa metodologica che nelle scienze sociali dura da molti anni, è bene ricordare che la somministrazione di un questionario permette di raggiungere in breve tempo un gran numero di persone, mentre d’altro canto le tecniche qualitative sono molto più costose in termini di tempo e risorse, ma permettono di avere informazioni più ricche e dettagliate. I più si augurano che le ricerche possano sempre più combinare metodi quantitativi e qualitativi, e si propone il concetto di “*triangolazione*” di fonti di dati, metodi e, addirittura, di ricercatori.

Nel caso di un processo di valutazione di un progetto di educazione e promozione della salute, le cose si complicano ulteriormente. Pensiamo, ad esempio, a una campagna informativa contro il fumo di sigaretta: potrebbe risultare molto difficile, se non irrealizzabile, contattare persone fumatrici che abbiano prestato attenzione alle informazioni fatte circolare, chiedendo il loro parere in merito. Volendo perciò iniziare un percorso di valutazione partecipata, diverrebbe oltremodo complicato individuarne gli interlocutori. Una possibile soluzione è quella di chiamare a partecipare le associazioni di cittadini che si occupano di un determinato tipo di problema (nel nostro caso, si potrebbero chiamare le associazioni del territorio per la lotta contro i tumori). Si ricorre cioè alle forme di aggregazione riconosciute. In questo caso, però, sono i servizi che decidono chi interpellare e chi no: Altieri (10) afferma che in questo modo si rischia una sorta di partecipazione “*cooptativa*”,

cioè autolegittimata; in pratica, i servizi interpellano soltanto quelle persone (o associazioni, o gruppi ecc.) che sanno essere vicini alle loro posizioni, evitando di mettersi realmente in gioco.

Uno dei problemi più rilevanti riguarda il modo in cui motivare le persone a partecipare; Springett (2) ribadisce l'importanza di rendere la partecipazione un'occasione continua e non sporadica, e il compito dei servizi in questo senso è di prevedere continuamente occasioni di coinvolgimento; Naylor e collaboratori (11) puntualizzano ulteriormente il concetto che la partecipazione è un processo ciclico, e non lineare, con un inizio e una fine determinati. Un altro fattore decisivo è il coinvolgimento in *tutte* le fasi di una ricerca o di una valutazione (10,11).

Molte esperienze sono fallite (10,11) perché si è richiesta la partecipazione soltanto nella fase valutativa, quindi conclusiva. Una persona viene pertanto chiamata a valutare qualcosa che non ha seguito dall'inizio, seguendo spesso un protocollo operativo sul quale non ha nessuna possibilità di intervenire. Volendosi assicurare una partecipazione allargata, è necessario quindi lavorare tutti insieme in ogni fase del processo.

Nell'ambito di un lavoro all'interno dei piani per la salute, Berti e Zani (12) individuano quattro fattori ritenuti decisivi nella promozione della partecipazione:

- la condivisione degli obiettivi e delle finalità del lavoro
- la trasparenza dell'intero percorso, con la possibilità di proporre cambiamenti in corso d'opera
- la raggiungibilità e l'applicabilità degli obiettivi in un tempo ragionevolmente limitato
- la percezione che il lavoro fatto possa influenzare significativamente il potere gestionale.

Osservazioni conclusive

La valutazione partecipata può essere uno strumento estremamente utile nel lavoro sociale e sanitario, ma allo stesso tempo abbiamo visto che può essere un percorso irto di difficoltà. Shaw e Lishman (7) affermano che la partecipazione, in virtù delle difficoltà che possono emergere, non andrebbe incoraggiata, e la valutazione del lavoro sociale dovrebbe essere appannaggio dei professionisti del settore. Non ci

sembra di potere condividere questo punto di vista: in realtà, abbiamo visto come valutare in modo partecipativo sia desiderabile e in fondo anche possibile, pur fra notevoli difficoltà legate a fattori culturali, etici e metodologici, di cui nel futuro si potrà arrivare al superamento. Ad esempio, l'ampliamento della partecipazione dei cittadini potrebbe partire dal coinvolgimento nel processo dei "Comitati Consultivi Misti", gruppi composti da un numero di rappresentanti dell'azienda USL e di rappresentanti delle associazioni di volontariato (democraticamente eletti) che operano in ambito sanitario. Alla base di un processo di valutazione partecipata resta tuttavia indispensabile che ci sia, da parte di tutti gli attori coinvolti, la voglia di rischiare e di mettersi in gioco. ♦

Bibliografia

(1) Vecchiato T. La valutazione dei servizi sociali e sanitari. Padova: Fondazione Zancan, 1995
 (2) Springett J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E. Evaluation in health promotions. Principles and perspectives. World Health Organization Regional Publications, Copenhagen, 2001
 (3) Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning. An educational and ecological approach. Mayfield Publishing Company, Mountain View, California, 1999
 (4) Ambrosetti S. Servizi a bassa soglia e valutazione partecipata. Animazione Sociale 2002;12:63-70
 (5) Vignati E, Bruno P. Tecniche di management sanitario. Milano: Franco Angeli, 2002
 (6) Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? Social Science and Medicine 1995;12:1667-767
 (7) Shaw I, Lishman J. La valutazione del lavoro sociale. Trento: Erickson, 2002
 (8) Marmocchi P, Caldari E, Ferretti S, Girotti P, Labanti C, Manfredi M. Prime valutazioni di un'esperienza di educazione sessuale nelle scuole. Educazione sanitaria e promozione della salute 1988;(3):199-205
 (9) Cinotti R, Cipolla C. La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Milano: Franco Angeli, 2003
 (10) Altieri L. Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità: dimensioni, modelli, prospettive, problemi. Salute e Società 2002;2:9-21
 (11) Naylor P, Wharf-Higgins J, Blair L, Green L, O'Connor B. Evaluating the participatory process in a community - based heart health project. Social Science and Medicine 2002;55:1173-87
 (12) Berti P, Zani B. La partecipazione dei cittadini alla realizzazione dei Piani per la Salute. In: De Piccoli N, Lavanco G. (a cura di) Setting di comunità. Gli interventi psicologici nel sociale. Milano: Unicopli ed, 2003
 (13) Potvin L, Cargo M, McComber A, Delormier T, Macaulay A. Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake School Diabetes Prevention Project in Canada. Social Science and Medicine 2003; 56:1295-305

INFO IN BREVE

Buone nuove dall'industria?

Clinton ha annunciato che, su invito della sua Fondazione, le ditte Bayer, Bekhmann, Becton-Dickinson, BioMerieux e Roche hanno deciso di abbassare i costi al pubblico dei loro test per la infezione da HIV (Lancet 2004;363:311).

La Glaxo-SmithKline ha annunciato che partirà un trial su 20 volontari sani di un nuovo vaccino contro la tubercolosi. Si tratta di un vaccino ad ingegneria genetica con tecnologia ricombinante. Il vaccino ha subito una prima sperimentazione negli animali. (Lancet 2004;363:301).

Chi legge e chi no

La relazione ISTAT 2002 riferisce che "soltanto il 10% delle famiglie investe, in un anno, qualche somma per l'acquisto di libri non scolastici. E anche nel quintile dei redditi più alti soltanto il 19% delle famiglie spende per acquistare libri non scolastici" (ISTAT 2002).

Per le famiglie siamo penultimi

Questi gli stanziamenti dei governi europei per le famiglia (% rispetto al PIL)

Unione Europea	2.3
Spagna	0.4
Italia	0.9
Portogallo	1.2
Paesi bassi	1.2
Irlanda	1.9
Grecia	2.1
G. Bretagna	2.48 (*)
Belgio	2.6
Austria	2.9
Francia	4.5 (**)
Germania	3 (***)
Lussemburgo	3.4
Finlandia	3.4
Danimarca	3.8

(*) Child benefit di 100 sterline al mese per le donne che hanno un figlio. Intervento più forte per le donne sole e famiglie bisognose.

(**) La Francia è leader in Europa. Nel 2002 ha aumentato gli assegni familiari per il primo figlio da 138 a 154 euro e la deduzione fiscale da 3.535 a 3.648 euro. Per le spese scolastiche altro sgravio di 2.156 euro.

(***) Assegno di 154 euro mensili per i primi 3 figli e di 179 dopo il terzo fino al 18° anno; fino al 21° se disoccupato; fino al 27° se universitario; illimitato se il figlio è handicappato.