Ministero della sanità
Dipartimento della Programmazione
Sistema informativo sanitario

RAPPORTO NAZIONALE DI VALUTAZIONE SUL PROGRAMMA DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

marzo 1997

E' con viva soddisfazione che il Dipartimento della Programmazione presenta questo primo Rapporto nazionale di valutazione sul Programma di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale .
Si tratta di un lavoro di grande interesse sia per il metodo che per i contenuti che vengono proposti alla riflessione degli operatori della sanità.
E' molto importante sottolineare che questo Rapporto è la testimonianza di un momento di autovalutazione del sistema che pone in evidenza i risultati raggiunti ma non nasconde le difficoltà e le manchevolezze presenti. Anzi il documento indica un percorso coraggioso: apprendere dall'esperienza per rivedere le strategie e fissare nuovi obiettivi aderenti alla realtà.
Nel ringraziare tutti coloro che hanno contribuito al successo dell'iniziativa desidero esprimere il più vivo apprezzamento per quanti hanno collaborato alla stesura del documento.

Nicola Falcitelli

INDICE

Presentazione: perchè un Rapporto di valutazione sul Programma di attuazione della Carta dei servizi nel SSN pag. 5

Premessa: finalità e svolgimento della valutazione, guida alla lettura del Rapporto pag. 9

1. Risultati della valutazione: una sintesi pag.15
   1.a) Partecipazione al processo di valutazione pag.15
   1.b) Gli effetti del primo anno di attuazione della Carta dei servizi pag.18

2. L'adozione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale pag.33

3. L'adozione e la verifica degli standard di qualità pag.39
   3.a) Gli standard di umanizzazione, personalizzazione e informazione pag.39
   3.b) Gli standard sui tempi di attesa pag.47

4. L'adozione e l'utilizzo di strumenti di ascolto e tutela pag.51
   4.a) I reclami pag.51
   4.b) Le indagini di soddisfazione pag.56

5. La pubblicizzazione della Carta dei servizi pag.61
   5.a) La comunicazione agli utenti sulla Carta dei servizi pag.61
   5.b) Gli uffici per le relazioni con il pubblico pag.65

6. Il coinvolgimento del personale interno e convenzionato pag.69

7. La verifica degli impegni con la partecipazione delle associazioni dei cittadini pag.73
   7.a) Gli organismi misti di tutela pag.73
   7.b) Le Conferenze dei servizi pag.76

8. Conclusioni: valutazione complessiva e linee di sviluppo pag.79
   8.a) Valutazione complessiva del Programma di attuazione della Carta dei servizi pag.79
   8.b) Linee di sviluppo pag.84

Appendici
1) Schemi per le relazioni di autovalutazione delle aziende sanitarie
2) Schema per le relazioni regionali sulla autovalutazione delle aziende sanitarie
3) Tabelle statistiche - dati per Regione

PRESENTAZIONE

Perché un Rapporto di valutazione sul Programma attuativo della Carta dei servizi nel SSN.

Il movimento normativo che ha guidato e supportato l'introduzione della Carta dei servizi nel sistema amministrativo del nostro Paese ha il merito di aver indicato un percorso per ricostruire su basi nuove il rapporto tra il cittadino ed i servizi gestiti dalla Pubblica Amministrazione. L'obiettivo è quello di superare le barriere autoreferenziali dell'approccio burocratico per orientare i servizi offerti sulle reali esigenze del cittadino utente. La Carta dei servizi è lo strumento che l'ordinamento mette a disposizione dei soggetti gestori dei pubblici servizi per "stipulare" con l'utenza un "patto" che ha per oggetto la qualità del servizio offerto e il suo costante miglioramento. I concetti di "patto" e di "qualità" riferiti al cittadino utente costituiscono le coordinate al cui interno può trovare sviluppo la ricerca di un nuovo modello di relazione tra il servizio e il cittadino, non più di tipo asimmetrico e burocratico. Sotto questo profilo la Carta dei servizi esprime un passo molto significativo del più generale cammino di riforma della Pubblica Amministrazione.

La percezione di questa chiave di lettura della Carta dei servizi ha trovato nel settore sanitario condizioni particolarmente favorevoli, legate:

a) alla presenza di un significativo programma di revisione ordinamentale orientato alla trasformazione in senso aziendale degli enti, con tutto quel che ne discende in termini di autonomia nelle scelte organizzative e gestionali e di responsabilità per i risultati;

b) al solenne ed esplicito riconoscimento legislativo dei diritti dei cittadini alla valutazione della qualità dei servizi e alla partecipazione ai processi di miglioramento della stessa.

In coerenza con questa strategia l'attività di indirizzo sviluppata nel Servizio sanitario per l'attuazione della Carta dei servizi è stata concepita e portata avanti più come guida e sostegno di un "processo" che non come insieme di direttive per un "adempimento burocratico", dove il processo sta ad indicare l'insieme delle azioni da compiere in modo coordinato nel tempo per centrare l'obiettivo assegnato, mentre per adempimento burocratico s’intende solo il momento di adesione alla norma. Nel nostro caso l'obiettivo è

quello della stipula e della gestione effettiva ed ordinaria del patto di qualità con il cittadino in tutte le unità del Servizio sanitario nazionale, cioè l'attivazione generalizzata del ciclo della qualità (definizione degli standard, verifica dei risultati, miglioramento degli standard) con la partecipazione dell'utente. Le azioni si riferiscono a quel complesso di interventi di indirizzo, organizzativi e strumentali necessari perché questo obiettivo sia conseguito.

L'avere affrontato l'attuazione delle disposizioni sulla Carta dei servizi in logica di processo ha implicato il superamento della logica adempimentale ed ha portato alla costruzione di un "Programma di attuazione" della Carta dei servizi che contiene l'applicazione sistematica della valutazione, intesa come momento di riflessione sui risultati raggiunti e di confronto degli stessi con gli obiettivi assegnati. Solo in questo modo è possibile assicurare vitalità ed efficacia alle scelte programmatiche, sostenendole con l'analisi dei punti critici messi in evidenza dalla realtà operativa ma anche con l'evidenza dei punti di forza e delle potenzialità presenti.
Il Dipartimento della programmazione e le Regioni hanno costantemente curato la funzione di valutazione dei risultati conseguiti, raccordandola di volta in volta con gli obiettivi del Programma di attuazione. Con un primo Rapporto (ottobre 1995) è stata condotta una prima valutazione sul grado di osservanza della norma che imponeva l'adozione della Carta entro un termine tassativo. Con un secondo Rapporto (aprile 1996), si aggiornava la verifica sull'adozione della Carta e si misurava il livello di adesione delle Carte adottate rispetto ai contenuti suggeriti dal livello centrale.

Con il presente Rapporto il processo di valutazione compie un passo in avanti ed apre un ulteriore, più complesso profilo valutativo. Si tratta di valutare gli effetti prodotti dall'azione complessivamente svolta nel primo anno di gestione del Programma di attuazione della Carta rispetto all'obiettivo che il programma si era dato per il 1996.
Ricordiamo che alla fine del 1995 il coordinamento del Programma, nel prendere atto dei risultati conseguiti sul versante dell'adozione delle Carte come atti dovuti, disegnò una strategia che indicava un traguardo molto più avanzato: si voleva "*far vivere la Carta come patto reale fra le aziende e la loro utenza*". Il Programma specificò tale obiettivo in tre linee di azione: coinvolgere i cittadini, coinvolgere il personale, utilizzare gli standard. Oggi

si vuole verificare in quale misura l'azione di indirizzo, monitoraggio e sostegno svolta abbia prodotto gli effetti auspicati. La valutazione entra in un ambito nuovo e più ricco di indicazioni per le future scelte di programma, in quanto intende verificare, attraverso l'analisi del grado di impiego effettivo degli strumenti della Carta, se e in quale misura é stato attivato ed é vitale a livello locale il processo di miglioramento della qualità con la partecipazione dei cittadini.

Una considerazione finale. La valutazione, in quanto cultura del progetto e della programmazione, è nel nostro sistema amministrativo una funzione molto innovativa e pochissimo conosciuta. Il presente Rapporto è un primo prodotto strutturato di valutazione del progetto attuativo della Carta dei servizi in sanità. Come tale presenta sicuramente un carattere di sperimentalità, che dà ampiamente ragione delle incertezze e delle lacune che potranno essere individuate. Se da una parte ribadiamo l'impegno a consolidare e migliorare il metodo e gli strumenti, dall'altra riteniamo che il Rapporto costituisca un' occasione utilissima, che aiuta tutti a confrontare realtà diverse sulla base dei risultati ottenuti e a verificare gli stessi rispetto alle conseguenze attese, a sentirsi coinvolti nell'apprezzamento di ciò che si sta facendo, ad apprendere dall'esperienza, a capire quali problemi è necessario e possibile affrontare, a individuare come e cosa può essere migliorato.

Ringraziamenti

Si ringrazia tutto il personale dello Sportello della Carta dei servizi e il gruppo dei consulenti Finsiel per l'impareggiabile contributo offerto nella progettazione e nella realizzazione del processo di valutazione.

Un ringraziamento particolare va alla Dott.ssa Valeria Di Palma, che ha curato direttamente la stesura dei capitoli 2, 5, 6 e 7, facendosi carico anche del coordinamento complessivo della redazione del Rapporto.

Giorgio Verdecchia

PREMESSA

Finalità del processo di valutazione

La valutazione costituisce un momento essenziale di ogni programma pubblico. Essa non ha finalità sanzionatorie, ma di verifica e approfondimento sui risultati conseguiti, di analisi dei problemi aperti e di individuazione delle linee di sviluppo di un programma pubblico.

Il programma di cui questo Rapporto contiene la valutazione è il Programma di attuazione della Carta dei servizi, avviato nel giugno del 1995 dal Ministero della sanità (Dipartimento della programmazione) sulla base della consapevolezza della straordinaria importanza dei temi trattati dalla Carta dei servizi in un settore delicato e complesso come quello della sanità.

Il Ministero della Sanità e le Regioni hanno indirizzato in logica di processo l'attuazione della Carta dei servizi nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso l'avvio di un programma di sostegno e monitoraggio, di cui è stato dato conto attraverso pubblicazioni[1] ed eventi pubblici, e le cui opzioni di fondo sono state le seguenti:

- *collegare* l'impostazione e i contenuti della Carta dei servizi sanitari *agli indirizzi della riforma sanitaria:* in particolare all'aziendalizzazione, alla regionalizzazione e ai principi di garanzia della qualità e di partecipazione degli utenti espressi dagli artt. 10 e soprattutto 14 del D.lgs 302/92;
- evitare ogni tentazione di interpretare l'adozione della Carta come mero adempimento e promuovere invece - sulla massima scala possibile - la Carta come *reale cambiamento* dei rapporti tra le aziende e i cittadini, della cultura e dello stesso funzionamento aziendale;

[1] Si veda in particolare Linee-guida n.2/95, in G.U. 31 agosto 1995, e i due rapporti di monitoraggio pubblicati dal Ministero della sanità nell'ottobre 1995 e nell'aprile 1996, nell'ambito della collana editoriale "Quaderni della Carta dei servizi".

- utilizzare la Carta dei servizi come uno *stimolo alla crescita* della nuova cultura organizzativa e delle capacità gestionali delle aziende sanitarie, in una logica di rinnovamento del rapporto centro-periferia (dalla prescrizione al supporto);
- promuovere *l'inserimento della Carta dei servizi nei meccanismi di programmazione e di regolazione e di verifica della qualità*, come ad esempio il Piano sanitario nazionale e i piani regionali, i sistemi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie in alcune regioni, la conferenza dei servizi nelle aziende sanitarie.

A un anno di distanza dall'introduzione della Carta dei servizi nel SSN, il Ministero della sanità e le Regioni hanno avviato una fase di valutazione dei risultati raggiunto dal processo attuativo della Carta dei servizi.

Il presente Rapporto contiene la sintesi a livello nazionale della valutazione del Programma di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale.

Oggetto della valutazione è stata l'attuazione della Carta dei Servizi da parte delle aziende sanitarie. Va ricordato che la Carta dei Servizi non consiste in un mero documento formale, ma in un "patto" reale, significativo e formalizzato fra ogni azienda sanitaria e la propria utenza in termini di informazione, standard di qualità e meccanismi di partecipazione e tutela degli utenti. Ciò implica l'attivazione di canali di comunicazione e di scambio con l'utenza e la responsabilizzazione di tutto il personale.

La valutazione del Programma di attuazione della Carta dei servizi è stata compiuta nello spirito delle indicazioni fissate dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 ("Principi per l'erogazione dei servizi pubblici", più nota come "Carta dei servizi"), che prevede il "dovere di valutazione della qualità del servizio" (tit. II, art. 5) per le amministrazioni che erogano servizi pubblici, individuando lo strumento nella Relazione annuale che indica il grado di raggiungimento degli obiettivi.
A partire dalle valutazioni messe a punto dai soggetti erogatori, il processo di valutazione si è sviluppato tenendo conto delle caratteristiche strutturali e gestionali del settore sanità, caratterizzate dall'autonomia dei diversi livelli amministrativi e dalla forte

responsabilizzazione sui risultati. Di conseguenza, i principi assunti per lo svilupo del processo di valutazione sono i seguenti:

- **principio di autovalutazione**: ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione; la valutazione non va quindi assimilata ad una azione di controllo né tantomeno di ispezione, ma costituisce un momento di verifica e di apprendimento per il miglioramento dei risultati;
- **principio dei diversi livelli di valutazione**: il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali del Servizio sanitario nazionale (livello aziendale, regionale, nazionale): ogni livello procede ad una valutazione del proprio operato e dei risultati ottenuti;
- **principio di non autoreferenzialità**: per quanto possibile la valutazione deve essere basata su riscontri oggettivi o comunque esterni al soggetto valutatore;
- **principio di confrontabilità**: le valutazioni devono essere condotte sulla base di un metodo omogeneo al fine di fornire una base utile per la valutazione nei livelli superiori (regionali e nazionali).

Tutta la fase di valutazione del processo di attuazione della Carta dei servizi è stata ispirata a una finalità di verifica e di apprendimento. Per le aziende sanitarie la valutazione è stata un'occasione per riflettere sul percorso svolto e per individuare punti forti e punti deboli della propria esperienza, in modo da poter migliorare l'adozione della Carta, fissando nuovi obiettivi e verificando gli impegni assunti.

Analogamente per le Regioni e per il Ministero il processo di valutazione ha rappresentato un'opportunità per definire lo stato di attuazione della Carta dei Servizi e riflettere sull'efficacia delle iniziative avviate per disporre di un quadro dei principali problemi attuativi, in base al quale individuare nuove azioni di indirizzo e di supporto più appropriate.

Svolgimento del processo di valutazione

Il processo di valutazione si è svolto nelle seguenti fasi (vd figura a fondo pagina):

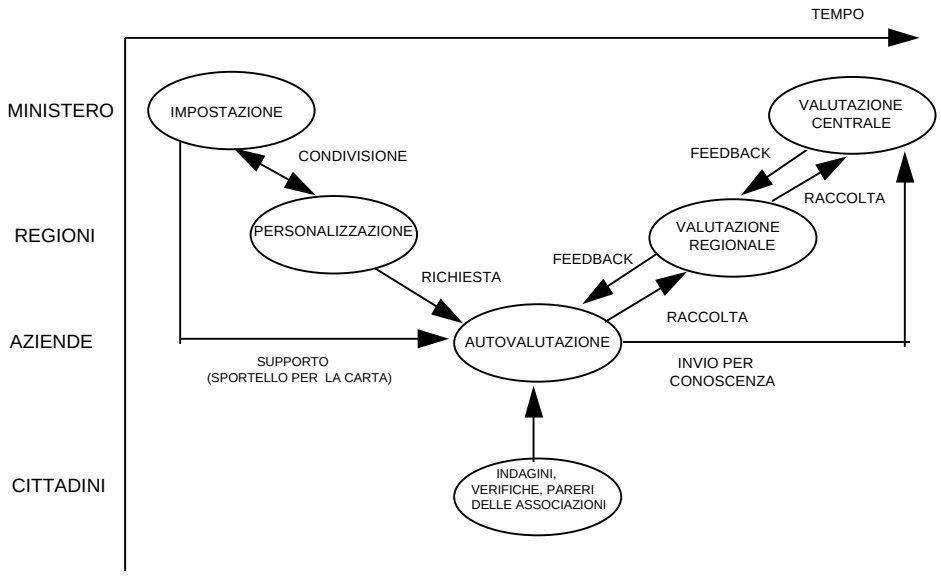
a) il Ministero della sanità e le regioni hanno condiviso uno schema metodologico della valutazione, articolato in dieci temi legati all'attuazione della Carta dei servizi e differenziato in funzione dei livelli di attuazione raggiunti da ciascuna azienda; le regioni potevano personalizzare lo schema introducendo temi di interesse regionale;

b) le aziende sono state invitate dal Ministero e dalle regioni a procedere alla redazione di una relazione di autovalutazione aziendale sulla base di un "questionario" articolato in dieci schede, e ad inviare la propria relazione al proprio Assessorato regionale;

c) su tale base le Regioni hanno provveduto a stendere una relazione di valutazione regionale, utilizzando un metodo di aggregazione discusso e condiviso con il Ministero della sanità attraverso un'apposito incontro; le relazioni regionali sono state rese pubbliche e diffuse alle aziende sanitarie di pertinenza (in alcuni casi, le relazioni regionali hanno formato oggetto di provvedimenti formali degli organi istituzionali delle regioni);

d) il Ministero della sanità ha raccolto tutte le relazioni regionali e sulla loro base ha elaborato il presente Rapporto di valutazione sull'attuazione della Carta dei servizi. Le osservazioni contenute nel presente Rapporto sono formulate utilizzando le relazioni aziendali e regionali.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE (QUADRO DI SINTESI)



Guida alla lettura

Il presente Rapporto nazionale di valutazione è indirizzato al Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi, costituito, a norma della citata Direttiva, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica.

In quanto momento valutativo del processo di attuazione della Carta, il presente Rapporto è rivolto a tutti gli organismi istituzionali e a tutti i soggetti pubblici, privati e associativi interessati allo sviluppo della qualità del sistema sanitario italiano o che comunque ne facciano richiesta.

Nel capitolo 1 è contenuta una sintesi dei principali risultati del processo di valutazione che ha interessato le aziende sanitarie e le regioni.

Tali risultati vengono approfonditi in dettaglio nei capitoli da 2 a 7, che riguardano rispettivamente:

- l'adozione della Carta dei servizi da parte delle aziende sanitarie (cap. 2);
- l'adozione e verifica degli standard di qualità (cap.3);
- l'adozione e l'utilizzo degli strumenti di ascolto e tutela (cap. 4);
- la pubblicizzazione della Carta dei servizi (cap. 5);
- il coinvolgimento del personale interno e convenzionato (cap. 6);
- la verifica degli impegni con la partecipazione delle associazioni dei cittadini (cap.7).

Nel capitolo 8 è contenuta la valutazione complessiva espressa dal Ministero della sanità, e vengono tracciate le linee di sviluppo del Programma di attuazione della Carta dei servizi basate sulle risultanze della valutazione.

Inoltre, nell'appendice 1 è contenuto lo schema metodologico proposto per le relazioni aziendali di autovalutazione; nell'appendice 2 è contenuto il metodo di aggregazione delle relazioni aziendali utilizzato dalle regioni per la preparazione delle relazioni regionali, che

sono alla base del presente Rapporto nazionale; nell'appendice 3 sono riportate le tavole statistiche regionali che sono alla base dei risultati quantitativi di sintesi presentati nel Rapporto.

Il presente Rapporto è basato sulle autovalutazioni compiute da aziende ospedaliere e aziende Usl (complessivamente indicate come aziende sanitarie) e sulle valutazioni regionali. Pertanto, non sono compresi nella valutazione, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i Policlinici universitari, gli Istituti ospedalieri classificati, le case di cura e le altre istituzioni private).

Tutti i dati contenuti nel presente Rapporto si riferiscono al momento in cui le Aziende sanitarie hanno predisposto le proprie relazioni di autovalutazione: **31 luglio 1996.**

1. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE: UNA SINTESI

In questo capitolo sono riassunti i principali risultati emersi dal processo di valutazione attraverso la lettura delle relazioni aziendali e regionali di valutazione. Tali risultati sono esaminati più in dettaglio e alla luce anche di alcuni casi esemplari nei capitoli successivi, come indicato dalle note di rimando.

1.a Partecipazione al processo di valutazione

Prima di illustrare in sintesi i risultati di merito emersi dalla valutazione, è opportuno soffermarsi sull'adesione delle aziende sanitarie e delle regioni al processo di valutazione.

A livello delle aziende sanitarie, l'adesione alla valutazione è stata particolarmente alta: solo un 4% delle aziende sanitarie non ha risposto alla sollecitazione della propria regione e del Ministero della sanità.

Tab.1 - Adesione delle aziende sanitarie alla valutazione

Totale aziende sanitarie	310	100%
Aziende sanitarie che hanno risposto alla valutazione	299	96%
Aziende sanitarie che non hanno risposto alla valutazione	11	4%

Nel seguito del presente Rapporto, per motivi di omogeneità dell'analisi, si farà sempre riferimento come base di analisi alle aziende sanitarie che hanno risposto al processo di valutazione (n=299). L'allargamento sistematico della base di valutazione a tutti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, pubblici e privati, non presi in considerazione dal presente Rapporto, costituisce un obiettivo per il prossimo ciclo di valutazione.

A livello delle regioni e province autonome, l'adesione è stata totale, dato che tutte le 21 regioni e province autonome interessate hanno predisposto la propria relazione regionale di sintesi delle relazioni aziendali.

Tab.2 - Adesione delle regioni e province autonome alla valutazione

Totale regioni e province autonome	21	100%
Regioni e Province autonome che hanno risposto alla valutazione	21	100%
Regioni e Province autonome che non hanno risposto alla valutazione	0	0

Si tratta di un risultato della massima importanza, per diversi ordini di motivi.

Il primo motivo è collegato alla sostanziale carenza di esperienze e di cultura della valutazione nel nostro paese. La valutazione viene spesso intesa nelle amministrazioni pubbliche italiane come ispezione, e non come momento di apprendimento basato sull'analisi degli effetti provocati da politiche e programmi pubblici. Nonostante la spinta verso le pratiche di valutazione proveniente per esempio dai programmi dell'Unione europea, la valutazione resta ancora un oggetto largamente sconosciuto. Il fatto che una percentuale così alta dei soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari abbia aderito all'iniziativa di valutazione è un risultato di grandissimo interesse perchè **dimostra l'esistenza di una disponibilità generale verso le esperienze di valutazione**.

Inoltre, tenendo conto dell'ampia autonomia di cui oggi godono le aziende sanitarie, si può aggiungere che **la valutazione costituisce una modalità di funzionamento di sistema**, capace di raccordare i diversi soggetti di governo e di gestione del SSN e di sostituire le vecchie modalità di coordinamento gerarchico, oggi non più praticabili. L'amplissima risposta alla autovalutazione è anche **un segnale della vitalità dell'aziendalizzazione** delle strutture sanitarie e dei valori di autonomia e responsabilità che ne rappresentano il

fondamento; questa vitalità costituisce un momento di rinascita della cultura della programmazione sanitaria.

Un ulteriore motivo di rilevanza del risultato di adesione alla valutazione consiste nel fatto che hanno presentato le proprie relazioni di autovalutazione non solo le Aziende sanitarie che avevano già adottato la Carta dei servizi, ma anche le **Aziende sanitarie formalmente inadempienti** che, al momento della rilevazione (luglio 1996), non avevano ancora adottato la Carta dei servizi[1]. I dati raccolti dimostrano che, **sul piano sostanziale, l'impegno delle aziende sanitarie va ben al di là dell'adozione formale** della Carta dei servizi; ma soprattutto, sul piano metodologico, l'ampia adesione alla valutazione dimostra che essa è stata realmente intesa come momento di apprendimento e di discussione franca delle difficoltà incontrate, e non come momento ispettivo o sanzionatorio.

Nonostante i risultati di partecipazione alla valutazione possano essere considerati obiettivamente un successo di applicazione su larga scala di metodologie di valutazione, restano ancora alcune ombre che dovranno essere rimosse nel prossimo ciclo di valutazione.

In particolare, **sussiste un limite di autoreferenzialità di questa prima valutazione**. Nonostante i numerosi inviti alle aziende sanitarie a presentare riscontri oggettivi sui risultati (come risultati delle indagini di soddisfazione, protocolli condivisi in sede di Conferenza dei servizi, pareri delle associazioni di tutela, etc.), la maggioranza delle relazioni aziendali di autovalutazione si limita a dichiarare le attività e i risultati, senza però documentare questi fatti con riscontri esterni. E' evidente che si tratta di un limite ampiamente compensato dalla partecipazione a questa prima iniziativa e dalla franchezza delle autovalutazioni aziendali; ma non si può sottacere che si tratta di un fenomeno di autoreferenzialità che - se si verificasse anche nella prossima edizione della valutazione - indicherebbe il rischio di fallimento di uno degli aspetti principali della Carta dei servizi, e cioè la verifica pubblica dei risultati di servizio a fronte degli standard.

[1] L'analisi dei livelli di attuazione della Carta dei servizi è sviluppata in dettaglio nel cap. 2

1.b Gli effetti del primo anno di attuazione della Carta dei servizi

Il processo di valutazione della Carta dei servizi ha inteso mettere in luce quali sono stati gli effetti del primo anno di attuazione della Carta nelle aziende sanitarie.

Per la valutazione degli effetti è necessario risalire agli obiettivi della Carta dei servizi. La Carta dei servizi persegue tre obiettivi principali:

- il **miglioramento del livello di qualità delle prestazioni** dal punto di vista dell'utente, attraverso processi di adozione e verifica degli standard di qualità;
- l'ampliamento e il **miglioramento delle modalità di comunicazione con gli utenti**, con iniziative di comunicazione più mirate, più chiare, più efficaci;
- l'**attivazione effettiva di modalità di ascolto, partecipazione e tutela dei cittadini**, attraverso cui disporre di indicazioni per orientare il processo di miglioramento dei livelli di qualità e delle forme di comunicazione.

Questi obiettivi, per dare luogo a effetti percepibili dai cittadini, non possono che realizzarsi mediante il **coinvolgimento del personale** sui temi della qualità del servizio e della comunicazione, perchè questa è una condizione ineludibile per il raggiungimento degli impegni contenuti nella Carta dei servizi.

Per poter valutare gli effetti dell'attuazione della Carta, è necessario verificare se gli *strumenti* previsti (informazioni agli utenti, standard di qualità, reclami e indagini di soddisfazione) siano stati realmente adottati e soprattutto siano stati effettivamente impiegati, cioè abbiano prodotto miglioramenti nel rapporto con i cittadini e nella qualità delle prestazioni. In altre parole, valutare gli effetti significa non fermarsi a registrare il mero recepimento formale di tali strumenti da parte delle aziende sanitarie, anche se questa è una prima tappa comunque importante. La valutazione è stata sospinta oltre il dato formale per **verificare**, nei limiti del possibile, **se le aziende dopo aver adottato gli strumenti previsti dalla Carta dei servizi, li hanno concretamente utilizzati in una logica di processo** (se cioè l'uso di questi strumenti ha innescato processi continui di miglioramento).

Per essere percepiti dagli utenti, **gli effetti di miglioramento richiedono comunque un periodo di tempo superiore all'anno**, e quindi, considerando che l'introduzione della Carta

dei servizi risale al maggio 1995, lo scopo della valutazione potrebbe essere considerato troppo ambizioso. D'altra parte, bisogna anche considerare che i processi di miglioramento della qualità, di ascolto dell'utente e di partecipazione delle associazioni di tutela dei diritti, erano già avviati nel SSN anche prima dell'entrata in vigore della Carta dei servizi, grazie agli indirizzi legislativi contenuti nell'art.14 del d.lgs. 502/92.

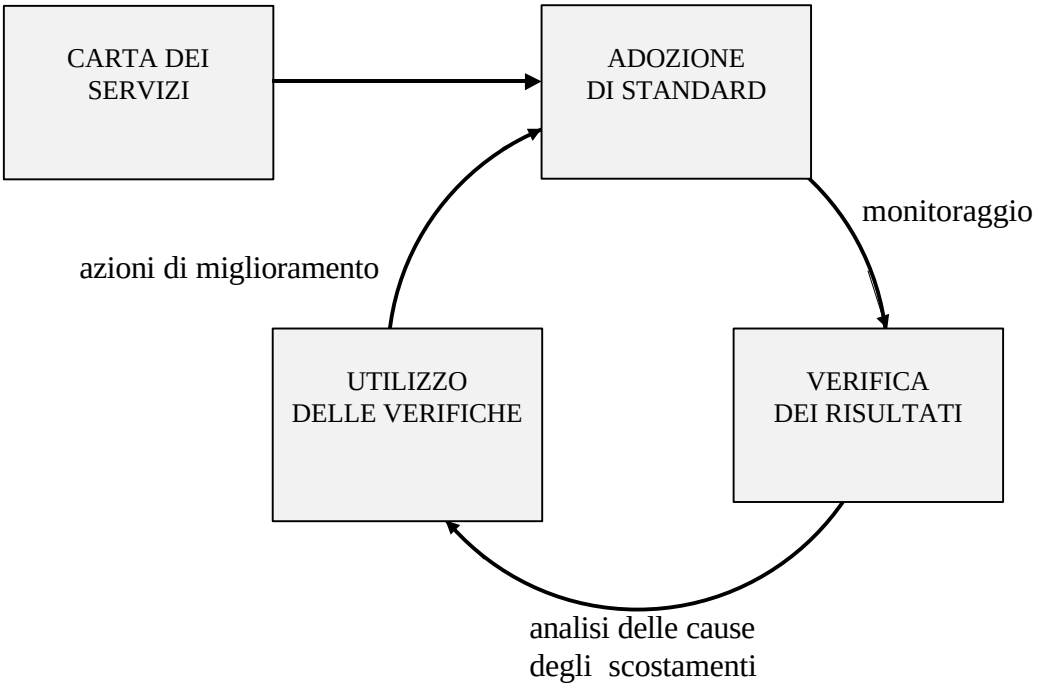
L'analisi dei risultati della valutazione è stata quindi orientata a **comprendere se la Carta dei servizi ha impresso una "accelerazione" ai processi di miglioramento** della qualità del servizio, dell'ascolto e della partecipazione degli utenti. Il metodo utilizzato per dare una risposta a questo quesito è stato quello di analizzare alcuni indicatori non solo a livello globale (tutte le aziende sanitarie che hanno aderito alla valutazione; n=299) ma anche a livello parziale, **distinguendo, ove possibile e significativo, le aziende che hanno adottato la Carta dei servizi** (n_1=190) **dalle aziende che non hanno ancora adottato la Carta dei servizi**, anche se hanno delle iniziative in corso in tal senso (n_2 = 109). Attraverso questo metodo di analisi discriminata (che nel corso del testo è rappresentato con grafici a barre orizzontali che mettono a confronto le percentuali calcolate sulle tre diverse basi di calcolo) è stato possibile capire se la Carta dei servizi ha avuto degli effetti di spinta e accelerazione sul miglioramento della qualità, sulla gestione dei reclami, sull'impiego di strumenti di indagine della soddisfazione degli utenti, sulla convocazione delle Conferenze dei servizi per la verifica partecipata dei livelli di qualità.

Come si vedrà più ampiamente nel seguito, **l'effetto di "accelerazione" c'è stato ma è piuttosto variabile** per i diversi strumenti indicati dalla Carta dei servizi per i quali è stato possibile effettuare questa analisi discriminata: standard di qualità, sistemi di ascolto come reclami e indagini di soddisfazione, sistemi di partecipazione come organismi misti e conferenze aperte alle associazioni degli utenti.

Standard di qualità

Gli standard di qualità sono sicuramente lo strumento della Carta dei servizi di più difficile e complesso utilizzo. Le fasi fondamentali del processo di miglioramento legato all'utilizzo degli standard sono tre: adozione degli standard (obiettivi di qualità comunicati agli utenti), verifica dei risultati e confronto con gli standard, utilizzo dei risultati di tali verifiche per l'analisi delle cause degli scostamenti e per la messa in atto di azioni correttive.

IL CICLO DI MIGLIORAMENTO DEGLI STANDARD DI QUALITA'



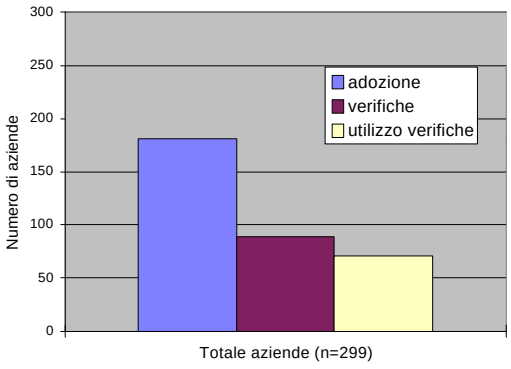
Attraverso la valutazione si è cercato di ricostruire questo processo di miglioramento, per valutare quanto sia effettivamente innescato nelle aziende sanitarie.Per quanto riguarda l'adozione e la verifica degli standard di qualità e l'utilizzo di tali verifiche a fini di miglioramento, i dati più evidenti che emergono dall'analisi delle relazioni di valutazione sono i seguenti:

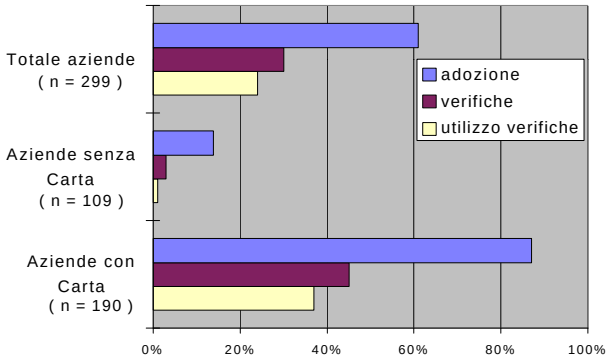
1. sul piano dell'**adozione**, gli standard di qualità, siano essi di tipo quantitativo riferito ai tempi di attesa o di tipo qualitativo riferito ad aspetti di umanizzazione e

personalizzazione, **sono stati adottati dal 61% delle aziende sanitarie**, una percentuale molto prossima alla percentuale di attuazione della Carta: questo esprime il fatto che - salvo isolate eccezioni - chi ha adottato la Carta dei servizi ha effettivamente affrontato il problema non facile di individuare standard di qualità del servizio;

2. sul piano della **verifica dei risultati**, non sono stati ancora stati attivati in modo diffuso processi di verifica: **solo il 30% delle aziende ha verificato gli standard**, siano essi relativi all'umanizzazione, personalizzazione e informazione, siano essi relativi ai tempi di attesa;
3. sul piano dell'**utilizzo dei risultati delle verifiche**, emerge che **il 24% delle aziende sanitarie è riuscita a utilizzare i risultati delle verifiche a fini di miglioramento**, e questo è forse il dato più interessante, perchè evidenzia l'utilità delle verifiche, dato che la grandissima parte delle aziende sanitarie che hanno effettuato verifiche ne ha tratto la possibilità di migliorare.

STANDARD DI QUALITA'





La scarsa pratica della verifica degli standard di qualità rispetto allo loro adozione formale può far pensare al **rischio di un'applicazione meramente adempimentale degli standard**. In effetti questo rischio esiste, anche perchè le aziende sanitarie hanno spesso adottato una politica estensiva nell'adozione di standard, in particolare per i tempi di attesa, che sono stati spesso rilevati per singolo presidio e talvolta per singola prestazione, una scelta che si è poi rivelata difficilmente gestibile in sede di verifica. Bisogna però tenere

presente che la valutazione si è svolta a meno di un anno dall'entrata in vigore delle Carte, e questo può spiegare buona parte dei casi in cui non si è ancora attuata nessuna verifica degli standard (tanto è vero che il 24% circa delle aziende dichiara di avere in programma di svolgere queste verifiche).

L'analisi discriminata tra Aziende sanitarie che hanno adottato la Carta e quelle che non l'hanno adottata mostra inoltre che **la definizione e soprattutto la verifica degli standard sono esperienze strettamente legate all'introduzione della Carta dei servizi**. La diffusione di standard di qualità tra le Aziende sanitarie che non hanno ancora adottato la Carta è molto bassa (12%), e praticamente inesistente in questi casi è la verifica degli standard; al contrario, circa l'87% delle aziende sanitarie che hanno adottato la Carta ha definito standard di qualità (anche se solo il 45% circa delle stesse aziende sanitarie li ha verificati).

Peraltro, bisogna evidenziare che nella autovalutazione delle aziende sanitarie sono state talvolta considerati "Carte dei servizi" documenti che Carte “in senso proprio” non sono, in quanto non affrontano il tema degli standard, nè sotto il profilo più qualitativo dell'umanizzazione e personalizzazione nè sotto il profilo quantitativo dei tempi di attesa. Questi **casi di "elusione" degli standard sono limitati** (circa il 13% delle aziende sanitarie che hanno adottato la Carta) ma inducono a riflettere sulle difficoltà incontrate anche solo nel definire correttamente gli standard di qualità.

Complessivamente, il tema degli standard di qualità resta l'aspetto più difficile che le Aziende sanitarie si trovano ad affrontare nell'adozione della Carta dei servizi.[2]

[2] L'analisi di dettaglio dei risultati della valutazione sul tema degli standard è sviluppata nel cap. 3.

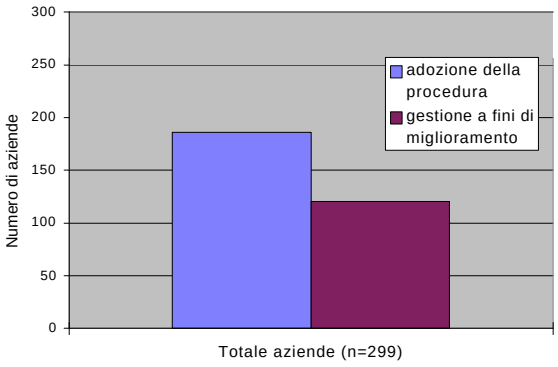
Ascolto e tutela dei cittadini: reclami e indagini di soddisfazione

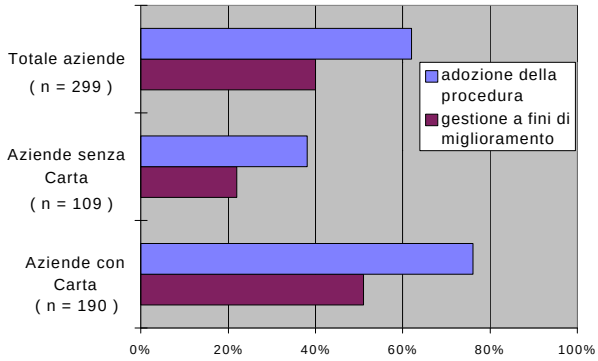
La Carta dei servizi prevede che i soggetti erogatori utilizzino gli strumenti della **gestione dei reclami e le indagini di soddisfazione** per ascoltare e tutelare le esigenze dei cittadini. Si tratta, in entrambi i casi, di modalità di rapporto con l'utenza già presenti nel Servizio sanitario nazionale prima dell'introduzione della Carta dei servizi. L'art. 14 del d.lgs. 502/92 contiene infatti precise disposizioni in materia di gestione dei reclami, e diverse esperienze di miglioramento della qualità nelle strutture sanitarie avevano fatto ricorso a questionari di soddisfazione per gli utenti (specialmente in ambito ospedaliero, come previsto ad esempio da alcune leggi regionali).

Anche in questo caso, come per gli standard di qualità, è opportuno esaminare se tali strumenti sono stati solo adottati formalmente o sono stati effettivamente utilizzati per dare luogo a effetti di miglioramento. L'uso effettivo di questi strumenti è infatti cruciale per la verifica del miglioramento della qualità percepita dagli utenti. Per essere efficaci, gli strumenti di ascolto devono innescare interventi di miglioramento, e questo può avvenire solo se viene condotta l'analisi dei reclami e dei risultati delle indagini di soddisfazione e se all'analisi segue la presa in carico del problema da migliorare, attraverso specifiche azioni correttive, da parte dei livelli di responsabilità competenti. In secondo luogo si é voluto verificare se la Carta dei servizi può essere considerata un "acceleratore" delle esperienze di ascolto dell'utenza, che come detto preesistevano all'introduzione della Carta dei servizi.

Per quanto riguarda i reclami, **l'introduzione della Carta ha avuto effetti sia sul piano dell'adozione formale delle procedure di reclamo** (il 76% delle aziende che hanno adottato la Carta ha una procedura di reclamo, contro il 38% relativo alle aziende che non hanno adottato la Carta), **sia su quello sostanziale del miglioramento**: più della metà delle aziende sanitarie che hanno adottato la Carta dichiarano di utilizzare i reclami a fini di miglioramento (contro un dato del 22% relativo alle aziende che non hanno adottato la Carta), e quindi non si limitano soltanto a rispondere agli utenti che reclamano.

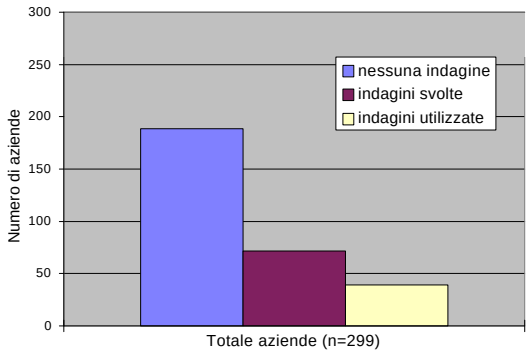
RECLAMI

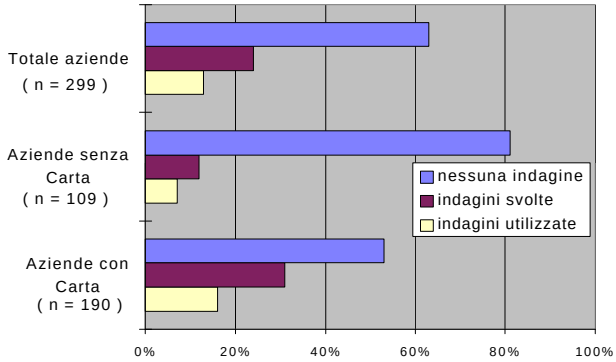




La situazione è più critica per le indagini di soddisfazione. Dall'analisi dei risultati della valutazione si deve registrare che resta **ancora bassa la quota di aziende che**, pur avendo formalmente adottato sistemi di raccolta della "voce dell'utenza", **utilizzano i risultati di queste indagini per avviare processi di miglioramento**. Sembra quindi sussistere una difficoltà a "leggere" e interpretare i dati sulla soddisfazione o insoddisfazione dei cittadini, che può essere legata soprattutto alla varietà e alla non sistematicità delle metodologie utilizzate per le indagini di soddisfazione.

INDAGINI DI SODDISFAZIONE





Complessivamente, il tema dell'ascolto degli utenti risulta caratterizzato da un evidente effetto di impulso dovuto all'adozione della Carta dei servizi, ma restano

ancora ampie zone di miglioramento legate al reale utilizzo degli strumenti di ascolto e tutela[3].

La pubblicizzazione della Carta agli utenti

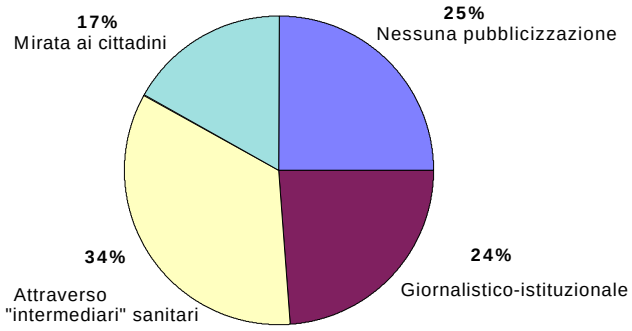
La Carta dei servizi è un "patto con i cittadini", e come tale deve essere comunicato e condiviso dai cittadini. Il patto non esiste se la Carta dei servizi non è pubblicizzata adeguatamente. Per questo, la valutazione ha esaminato le modalità di pubblicizzazione della Carta messe in atto dalle aziende sanitarie.

Si tratta evidentemente di una valutazione ancora parziale, che non può esaurire i temi complessi della comunicazione sanitaria. Ma i risultati di questa parte della valutazione sono comunque rilevanti. I dati raccolti dimostrano che complessivamente **la Carta dei servizi è ancora largamente un oggetto poco conosciuto al largo pubblico**. La metà delle Aziende sanitarie che hanno adottato la Carta dei servizi ha una pubblicizzazione nulla (25%) o insufficiente (24%), in quanto limitata alla comunicazione giornalistico-istituzionale, con modalità che vanno dalla conferenza stampa (con effetti limitati al giorno di presentazione della Carta) all'invio della Carta dei servizi ai soli soggetti istituzionali coinvolti (come i comuni, la prefettura, altre istituzioni locali, gli ordini professionali).

L'altra metà delle aziende sanitarie che hanno adottato la Carta dei servizi ha sperimentato varie forme di pubblicizzazione dei contenuti del "patto". Il 34% delle aziende sanitarie dotate di Carta dei servizi ha messo in atto strategie di comunicazione basate più sugli "intermediari" sanitari, come i medici di medicina generale o le farmacie, mentre il restante 17% ha effettuato campagne mirate ai cittadini, arrivando in alcuni casi all'invio generalizzato della Carta alle famiglie, o utilizzando canali diretti semplici ma efficaci (come gli opuscoli o i manifesti).

[3] L'analisi di dettaglio dei risultati della valutazione sul tema degli strumenti di ascolto e tutela (reclami e indagini di soddisfazione) è sviluppata nel cap. 4.

PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA
(Base: aziende con Carta, n = 190)



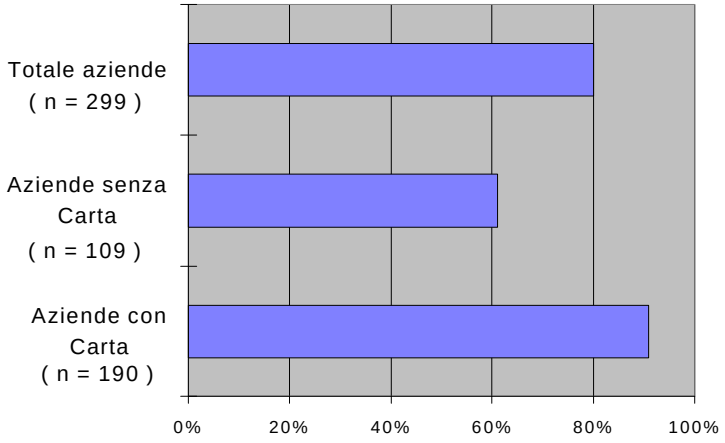
Complessivamente, però il numero di aziende sanitarie che hanno adottato strategie di comunicazione efficaci è minore di un terzo del totale delle aziende sanitarie (96 aziende sanitarie su 299). Tra le aziende che alla data della rilevazione non avevano ancora adottato la Carta, si registrano comunque largamente dichiarazioni di intenti per un'ampia pubblicizzazione.

Tra i motivi che hanno ostacolato una più ampia pubblicizzazione, possono essere citati la voluminosità di numerose Carte dei servizi delle aziende sanitarie, il costo di iniziative di comunicazione ad hoc e la consapevolezza delle difficoltà di aggiornamento di pubblicazioni cartacee. Viceversa, le aziende sanitarie che hanno sperimentato forme efficaci di pubblicizzazione hanno risolto questi problemi in vario modo: mettendo a punto Carte dei servizi sintetiche, cioè limitate solo alle informazioni di dettaglio e utilizzando canali di comunicazione a più basso costo (come l'affissione murale) o facilmente aggiornabili (come il televideo).

Il problema della pubblicizzazione della Carta dei servizi si inserisce nella più ampia tematica della comunicazione delle aziende sanitarie. A questo proposito dalla valutazione emerge un dato molto promettente sull'attuazione degli Uffici per le relazioni con il pubblico (URP), che risultano attivati nell'80% delle aziende sanitarie. Anche questo aspetto risulta

correlato positivamente con l'adozione della Carta dei servizi, dato che la percentuale di attivazione degli URP sale al 91% tra le aziende che hanno adottato la Carta.

ATTIVAZIONE DEGLI UFFICI PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO



Complessivamente, la pubblicizzazione della Carta dei servizi agli utenti risulta adeguata in un numero di aziende sanitarie pari a circa la metà di quelle che hanno adottato la Carta, e quindi pari a un terzo circa di tutte le aziende sanitarie. Questo dimostra l'esistenza di difficoltà nella pubblicizzazione delle Carte, probabilmente legate alla complessità delle strutture e dei servizi sanitari; tali difficoltà perdurano nonostante il forte impegno delle aziende sanitarie sul tema della comunicazione, come dimostrato dall'altissima percentuale di URP attivati.[3]

Una valutazione completa avrebbe dovuto esaminare anche i livelli di conoscenza della Carta da parte dei cittadini, ma questa verifica avrebbe richiesto strumenti di indagine della percezione su larga scala che al momento non erano disponibili.

[4]L'analisi di dettaglio dei risultati della valutazione sul tema della pubblicizzazione è sviluppata nel cap. 5.

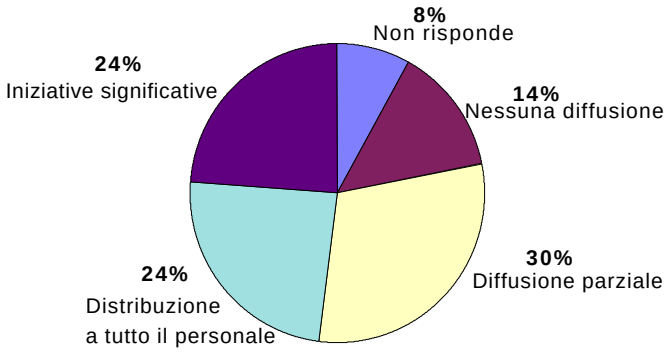
Il coinvolgimento del personale interno e convenzionato

La Carta dei servizi costituisce un "patto con l'utenza" che può essere rispettato solo se il personale dell'azienda sanitaria lo conosce ed è impegnato a raggiungere gli obiettivi fissati dagli standard di qualità. Il coinvolgimento del personale risulta quindi una variabile chiave per valutare quanto la Carta dei servizi sia stata intesa come mero adempimento normativo o quanto piuttosto costituisca un'opportunità di cambiamento organizzativo.

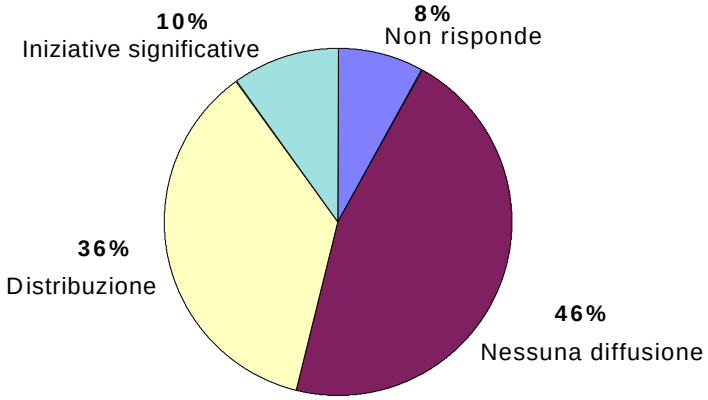
Le relazioni di autovalutazione delle aziende sanitarie indicano una situazione piuttosto differenziata su questo fronte. Per quanto riguarda il personale interno dell'azienda sanitaria, tra le 190 aziende sanitarie che hanno adottato la Carta si individuano quattro gruppi:

- il 14% non ha attivato nessuna iniziativa di diffusione interna (e a queste si aggiunge un 8% che non hanno risposto sul tema del coinvolgimento del personale)
- il 30% ha effettuato solo una distribuzione interna della Carta parziale o limitata
- il 24% ha effettuato la distribuzione della Carta a tutto il personale
- il 24% è andato oltre e ha attivato iniziative significative di coinvolgimento del personale, come la partecipazione diffusa in fase di elaborazione della Carta, gruppi di lavoro mirati, azioni di responsabilizzazione specifica,ecc.

COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE
(Base: aziende con Carta, n = 190)



COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
(Base: aziende con Carta, n = 190)



Un ruolo particolare per l'effettivo utilizzo della Carta dei servizi può essere svolto dai medici di medicina generale che, nell'ambito della responsabilità complessiva di tutela della salute loro affidata, interpretano i bisogni sanitari e orientano la domanda delle prestazioni. Nei confronti di questo personale convenzionato, la situazione che emerge dalle relazioni di autovalutazione è di maggior ritardo rispetto al personale interno, dato che quasi la metà (46%) delle aziende sanitarie che hanno adottato la Carta non ha attivato nessuna iniziativa nei confronti dei medici di medicina generale per far conoscere e diffondere la Carta dei servizi; circa un terzo (36%) ha distribuito la Carta ai medici di medicina generale, e solo il 10% ha attivato iniziative significative di coinvolgimento come la definizione comune di indicatori e standard di qualità sui servizi offerti o la partecipazione alla stesura di note informative aziendali, ecc.

Complessivamente, il coinvolgimento del personale sulla Carta dei servizi risulta ancora limitato nelle aziende sanitarie alla distribuzione e diffusione del documento, più orientato verso il personale interno che verso il personale convenzionato come i medici di medicina generale, e ancora lontano dall'innescare programmi di miglioramento diffuso [4].

[5] Il tema del coinvolgimento del personale è trattato più approfonditamente nel cap. 6.

La verifica degli impegni con la partecipazione delle associazioni dei cittadini

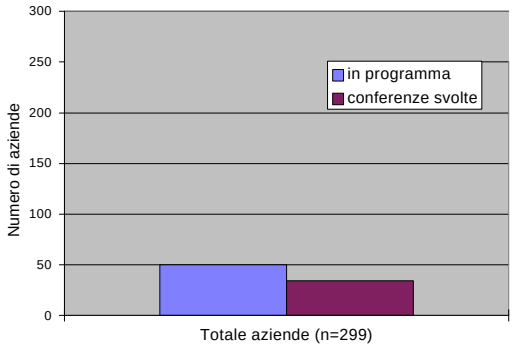
La Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale ha posto l'enfasi su aspetti che erano già previsti dall'ordinamento generale, quali la tutela dei diritti dei cittadini e la partecipazione delle associazioni degli utenti al controllo della qualità dei servizi (art. 14 del d. lgs. 502/92).

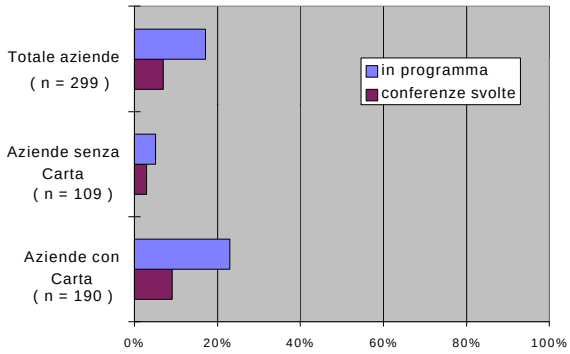
Le indicazioni dell'art. 14 del d.lgs 502/92 sono però rimaste finora in gran parte inattuate, per diversi motivi che non è possibile approfondire in questa sede. In particolare, è rimasta ampiamente inattuata la previsione dello svolgimento di conferenze dei servizi aperte alle associazioni degli utenti, punto cardine per la verifica dei livelli di qualità dei servizi e per la programmazione delle iniziative di miglioramento e, pertanto, sede istituzionale della negoziazione del “patto” con il cittadino e della verifica del suo rispetto.

La valutazione sullo stato di attuazione della Carta dei servizi ha confermato questo dato, già peraltro noto da indagini svolte da alcune Associazioni di tutela dei diritti dei cittadini: solo il 11% delle aziende sanitarie hanno svolto una conferenza dei servizi alla data della autovalutazione (luglio 96), e questa percentuale sale solo impercettibilmente (al 16%) tra le aziende sanitarie che hanno adottato la Carta dei servizi.

E' necessario precisare che nei mesi seguenti all'autovalutazione si sono svolte numerose Conferenze dei servizi aperte alle associazioni, ma non è ancora possibile quantificare questi effetti nel presente Rapporto. Comunque, l'organizzazione della Conferenza dei servizi resta il momento cruciale dell’assunzione e della verifica degli impegni assunti sulla qualità del servizio da parte delle aziende sanitarie, ed è la sede più qualificata per l'individuazione di priorità di miglioramento sulla base di diversi input come l'analisi dei reclami, gli indicatori di qualità, le indagini di soddisfazione, etc.

CONFERENZA DEI SERVIZI





Risultano invece attuati in misura maggiore - ma sempre largamente minoritaria - gli organismi misti di tutela previsti dal DPCM 19 maggio 1995 (Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari") come la Commissione Mista Conciliativa, o da leggi regionali di tutela (come i Comitati Consultivi Misti previsti dalla legge regionale di riordino delle strutture sanitarie dell'**Emilia Romagna**).

Complessivamente, quindi, il tema della verifica degli impegni con la partecipazione delle associazioni dei cittadini resta ancora largamente inesplorato (pur tenendo conto della stagionalità delle Conferenze dei servizi che tendono a concentrarsi nella seconda parte dell'anno, non coperta dalla presente valutazione per il 96) .[5]

[5] Il tema della verifica degli impegni con la partecipazione delle associazioni dei cittadini viene sviluppato nel cap.7.

2. L'ADOZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI NEL SSN

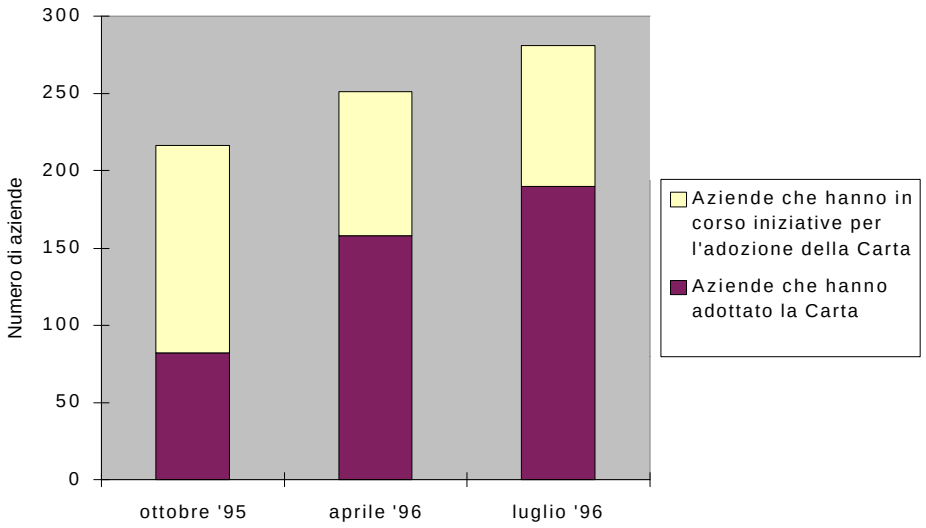
Ben 299 aziende su 310, pari al 96,5 % del totale, e tutte le Regioni e le Province autonome hanno contribuito, compilando la propria relazione di autovalutazione, alla definizione di questo Rapporto di valutazione, che deriva dall'aggregazione dei dati contenuti nelle relazioni regionali e che offre un'immagine completa e dettagliata dello stato di attuazione delle Carte dei servizi nel S.S.N.

A circa un anno e mezzo dall'avvio del processo (31 maggio 1995, pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dello Schema generale di riferimento) il numero delle Carte adottate dalle aziende è passato dalle 82 dell'ottobre 1995, alle 158 dell'aprile 1996, fino alle 190 del luglio 1996.

Alle 190 aziende che hanno adottato la Carta è opportuno affiancare le 91 aziende che hanno avviato iniziative (formalizzate o meno da una delibera del Direttore Generale) volte all'adozione della Carta, per un totale di 281 aziende al lavoro (pari al 91% delle 310 aziende esistenti alla data del 31 luglio 1996).

Questi dati confermano, pertanto, la persistente attenzione di tutti i soggetti del S.S.N. relativamente al processo avviato.

ADOZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI



L'accostamento delle aziende con Carta a quelle con iniziative è autorizzato dal cambiamento di prospettiva inaugurato con il presente Rapporto di valutazione rispetto alle precedenti iniziative di monitoraggio: occorre superare la logica formalistica per verificare ed evidenziare le esperienze dinamiche nelle quali si è affermata la logica del processo di miglioramento.

REGIONE	Carte adottate	Iniziative volte all'adozione della Carta	Totale aziende	Percentuale di aziende al lavoro
Piemonte	29	0	29	100%
Val d'Aosta	0	0	1	0%
Lombardia	26	23	60	82%
P.A. Trento	1	0	1	100%
P.A. Bolzano-Bozen	2	2	4	100%
Veneto	13	10	24	96%
Friuli Venezia Giulia	5	3	8	100%
Liguria	5	3	8	100%
Emilia Romagna	9	9	18	100%
Toscana	16	0	16	100%
Umbria	6	1	7	100%
Marche	13	3	16	100%
Lazio	7	5	15	80%
Abruzzo	4	1	6	83%
Molise	4	0	4	100%
Campania	13	6	20	95%
Puglia	13	1	17	82%
Basilicata	6	0	6	100%
Calabria	13	1	15	93%
Sicilia	4	17	26	81%
Sardegna	1	6	9	77%
ITALIA	**190**	**91**	**310**	**91%**

I dati sono aggiornati al 31 luglio 1996.[1]

Tra le Regioni che hanno completato in tutte le Aziende USL ed Ospedaliere il processo di prima adozione delle Carte è significativo segnalare il caso del **Piemonte** e della **Toscana** che si sono evidenziati per la particolare tempestività nel dare priorità all'adozione della Carta e nell'assumere un ruolo di coordinamento interaziendale.

La **Toscana** infatti già nell'ottobre 1995, con delibera della Giunta, ha adottato uno schema-tipo di Carta regionale ed un modello di Regolamento per l'organizzazione degli

[1]Per coerenza con altri monitoraggi effettuati, le percentuali sono calcolate sul numero totale di aziende sanitarie (n = 310) e non solo su quelle che hanno risposto alla valutazione (n = 299).

strumenti di tutela degli utenti, che hanno costituito un ulteriore supporto al lavoro delle aziende. Il **Piemonte** ha precocemente assunto un ruolo di coordinamento (settembre 1995) approfondendo gli indirizzi operativi ed impostando un percorso di attuazione a tappe progressivamente verificate dai referenti regionali.

In entrambe le Regioni l'ovvia soddisfazione è accompagnata dalla consapevolezza di dover concentrare in questa fase gli sforzi nel senso di un approfondimento del processo, così da affermare la "dinamicità della Carta", la sua natura di strumento gestionale finalizzato al continuo miglioramento della qualità dei servizi erogati.

L'esempio della **Toscana** e del **Piemonte** è stato seguito da tutte le Regioni che hanno ora assunto un efficace ruolo di supporto e indirizzo delle aziende circa il processo di attuazione della Carta. Infine è da rilevare che opera periodicamente presso il Ministero un tavolo di coordinamento interregionale chiamato a discutere le reciproche esperienze e a programmare opportuni interventi di sostegno al processo di adozione delle Carte.

La consapevolezza circa la necessità di affermare la dinamicità della Carta, condivisa da molte altre Regioni, è un significativo segnale di maturità nella comprensione del significato della Carta: le Regioni sono pressoché unanimi nel definire la Carta non tanto come un obiettivo valido in sé quanto come uno "strumento" che stimola e concorre a realizzare il miglioramento aziendale (così si esprimono nelle loro relazioni le regioni **Liguria** e **Emilia Romagna**). Si tratta di una consapevolezza importante in una materia che richiede da tutti gli operatori un radicale cambiamento forse soprattutto di tipo culturale: non a caso le Regioni segnalano come uno dei principali ostacoli all'avvio del processo, la mancanza della cultura della misurazione e verifica finalizzata al costante miglioramento della qualità delle prestazioni, che impedisce il sostanziale coinvolgimento degli operatori.

Se la Carta è stata giustamente intesa come uno strumento per il miglioramento delle strutture sanitarie, gli obiettivi che le aziende hanno inteso perseguire attraverso la sua adozione possono essere così sintetizzati in ordine di frequenza:

- umanizzazione e personalizzazione: il termine sintetizza lo sviluppo di una sorta di "tensione aziendale" all'adeguamento dei servizi alle esigenze dell'utenza; rientrano nel perseguimento di questo obiettivo tutte quelle iniziative finalizzate alla estensione e diversificazione degli orari, all'individuazione di punti di informazione, all'individuazione

di misure atte a garantire il rispetto del pudore e della privacy, le iniziative per garantire corretti rapporti interpersonali;

- miglioramento organizzativo: questo obiettivo si è concretizzato nelle iniziative volte a misurare e ridurre i tempi di attesa, nelle ricognizioni delle strutture e delle risorse umane per verificare l'opportunità della loro articolazione; la **Regione Veneto** segnala in modo esplicito l'obiettivo di alcune aziende di "aumentare l'attrattività dei propri servizi nelle aree periferiche del territorio aziendale";
- valorizzazione e responsabilizzazione del personale: questo obiettivo si è specificato in iniziative destinate ad offrire strumenti informativi e decisionali per approfondire la conoscenza circa il proprio posizionamento nelle aziende (tutte fortemente modificate e rese più complesse a seguito della riforma) e aumentare le possibilità di incidere direttamente con il proprio comportamento sulla soddisfazione degli utenti. Le **Regioni Friuli Venezia Giulia** e **Veneto** sottolineano come questi processi siano destinati alla valorizzazione delle professionalità degli operatori, al miglioramento degli stili professionali e della consapevolezza circa la reale portata di ogni azione quotidiana avente sempre dei risvolti sui cittadini.

Non in tutte le strutture esistevano le condizioni per individuare nell'adozione della Carta un'opportunità per affiancare e sostenere il processo di rinnovamento aziendale: 18 aziende pari al 6% dei rispondenti dichiarano di non aver avviato alcuna specifica iniziativa per l'adozione della Carta. In alcuni casi l'attività è stata avviata con delibera programmatica del Direttore Generale che non ha tuttavia prodotto alcun risultato significativo, in mancanza di una effettiva attribuzione di priorità all'adozione della Carta da parte della direzione. Le relazioni regionali segnalano infatti che il vero motore del processo di attuazione è proprio la volontà della direzione aziendale: quando, per i frequenti cambiamenti delle persone preposte, (si pensi alle numerose gestioni commissariali sopravvenute a seguito dell'annullamento da parte del TAR delle nomine dei Direttori generali), non è stato possibile assumere la conduzione del processo questo inesorabilmente non ha avuto avvio o si è interrotto senza riuscire a produrre risultati significativi. Lo stesso è accaduto quando la direzione ha manifestato di non essere sensibile alla materia: in questo caso è stata delegata la responsabilità del processo a funzionari ai quali non sono stati attribuiti i poteri adeguati

per gestire un'iniziativa tanto innovativa, o che al contrario erano tanto sovraccarichi di impegni da non poter gestire il processo con la necessaria attenzione.

In queste situazioni sono mancati gli stimoli e le risorse che avrebbero consentito di superare gli ostacoli lamentati nelle relazioni: mancanza di personale e di strumenti informatici adeguati, indisponibilità degli operatori alla collaborazione, mutamento dei vertici aziendali, cambiamenti organizzativi legati all'assestamento della riforma (in **Lombardia** in particolare il cd. riazzonamento ha rallentato il lavoro di diverse aziende; in **Sardegna** il ritardo nella definizione delle nuove strutture sanitarie ha impedito per buona parte del '96 l'avvio di qualsiasi attività legata al progetto Carta dei servizi).

Le Regioni riconoscono che soprattutto queste aziende, insieme con quelle che pur avendo avviato iniziative significative sono ancora lontane dal traguardo, necessitano di un supporto che si articolerà essenzialmente su due fronti:

1. sensibilizzazione della Direzione anche attraverso l'inserimento della Carta tra gli indicatori per la valutazione dei Direttori generali;
2. costituzione di gruppi di lavoro regionali che consentano la diffusione delle esperienze e delle soluzioni e contribuiscano attraverso il confronto a motivare gli operatori coinvolti nel processo di attuazione.

3. L'ADOZIONE E LA VERIFICA DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

Gli standard di qualità nel sistema della Carta dei servizi costituiscono la base fondamentale del patto con gli utenti. Gli standard sono gli obiettivi dichiarati dall'azienda sanitaria e rappresentano il contenuto della garanzia agli utenti sulla qualità del servizio erogato.
La scheda di valutazione relativa agli standard di qualità è stata costruita al fine di conoscere quanto il loro impiego ha contribuito ad ampliare e consolidare i rapporti con gli utenti e per migliorare i servizi resi dall'azienda. In altre parole, le domande poste tendevano a evidenziare la tipologia di processo attivato, i passi compiuti all'interno di tale processo dall'azienda, i problemi incontrati, le soluzioni trovate e, infine, i risultati raggiunti.
Per la valutazione dello stato di attuazione del processo si è scelto di suddividere gli standard in due categorie principali: quelli riguardanti l'umanizzazione, la personalizzazione e l'informazione e quelli attinenti i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni.
Nei paragrafi successivi si analizza la situazione in essere al 31 luglio 1996 rispettivamente alle due categorie indicate e, all'interno di ciascuna di esse, i diversi passi compiuti dalle aziende per il concreto utilizzo dello strumento "standard", così come risulta dalle relazioni aziendali e regionali.

3.a Gli standard di umanizzazione, personalizzazione e informazione

Le aziende sanitarie che hanno dichiarato di aver avviato un processo di adozione degli standard di qualità sul tema della umanizzazione/personalizzazione delle prestazioni sono 157, rappresentanti il 53% delle aziende che hanno aderito al programma di autovalutazione. Le relazioni aziendali e regionali evidenziano che le aziende hanno incontrato notevoli difficoltà in fase definitoria e che queste difficoltà spesso hanno condizionato la stessa adozione degli standard. Il quadro emergente può essere così sintetizzato:

- esiste una certa confusione terminologica sul significato di standard. Molte aziende hanno concentrato la loro attenzione sulla fotografia della situazione esistente senza, quindi, concentrare l'attenzione sugli obiettivi di miglioramento della qualità e sulle modalità di misurazione;
- é mancato un metodo sistematico per l'individuazione dei punti critici su cui concentrare l'attenzione. Le aziende indicano perlopiù i temi trattati, di cui si illustrano i contenuti in seguito, ma non i percorsi che hanno portato alla loro definizione. Gli standard risultano quindi piuttosto generici (le regioni a questo proposito riportano spesso una difficoltà di orientamento delle aziende: gli standard sono impegni a prendere in considerazione il tema).

Dal punto di vista dell'attenzione dedicata, soprattutto in ambito ospedaliero, agli aspetti della personalizzazione e della umanizzazione dei servizi e delle relazioni tra utenti e personale aziendale il panorama è decisamente positivo. E' possibile affermare che comunque il processo di adozione di standard ha messo in moto una riflessione, non sistematica ma non per questo meno profonda, sulle esigenze degli utenti. In altre parole, *si percepisce chiaramente come e quanto stia cambiando l'ottica aziendale in termini di centralità del cittadino utente rispetto alle esigenze organizzative interne*.

Questo cambiamento risulta evidente dal ventaglio di temi e dalle modalità con le quali vengono individuati gli standard di cui di seguito si cerca di fornire una sintesi ragionata.

Informazione di accoglienza e sull'evoluzione della permanenza in ospedale

- regole generali sulla vita in ospedale (la maggior parte delle aziende consegnano un libretto di accoglienza contenente, molto spesso, un questionario di soddisfazione da compilare al momento della dimissione; alcune indicano entro quanto tempo dall'ingresso in ospedale il paziente riceverà le informazioni)
- informazione completa dal punto di vista clinico-diagnostico (alcune aziende si sono impegnate sul settore del consenso informato, ad es. l'**azienda U.S.S.L. 32** della **Lombardia**; altre, più numerose, sulle informazioni al momento della dimissione)
- informazione permanente (sono state rilevate diverse esperienze su servizi 24 ore di informazione, ad es. la **A.S.L. 1** della **Campania** ha previsto questo servizio per le urgenze e le emergenze psichiatriche e un Numero Verde Aids)

Vitto ospedaliero

- differenziazione dei menu (l'**azienda ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona** della **Lombardia** ha avviato un progetto "Miglioramento servizio alimentazione pasti degenti" che prevede menu personalizzati con prenotazioni quotidiane attraverso dei cartellini-dieta)
- differenziazione degli orari (ad es. la **U.L.S.S. 7** del **Veneto** si impegna a fornire i pasti in orari "simili a quelli della vita fuori dell'ospedale")
- estensione a parenti (esistono diversi esempi di estensione del vitto ai parenti di bambini ricoverati o di pazienti con particolari patologie)

Confort alberghiero

- igiene (nella maggior parte dei casi si tratta di standard generici di garanzia, mentre alcune aziende, ad es. l'**A.S.L. SA/2** e l'**azienda ospedaliera OO. RR. S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona** della **Campania** hanno adottato impegni precisi - minimo due volte a settimana - circa la frequenza di cambio della biancheria)
- utilizzo di materiali di qualità (ad esempio la **azienda U.S.L. 2** della **Liguria**. si impegna a fornire i pasti ai lungodegenti in materiale "non a perdere")

Personalizzazione e attenzione ai casi particolari

- ambienti personalizzati (molte aziende si sono impegnate a modifiche strutturali per dotare l'ospedale di sale di soggiorno, di spazi attrezzati per i bambini, di strutture parallele per malati oncologici o comunque di patologie che prevedono lungodegenza, ecc.)
- servizi aggiuntivi per settori di utenti (ad esempio l'**A.S.L. SA/2** della **Campania** ha progettato l'organizzazione di spettacoli per alcune ricorrenze; concorsi di pittura; distribuzione di giocattoli, a Natale e per l'Epifania, donati da enti e società esterne e attività didattiche in collaborazione con il Provveditorato agli Studi di Napoli)

Contatti con il mondo esterno durante la degenza

- regolamentazione delle visite dei familiari (molti standard riguardano la revisione degli orari di visita in modo da renderli "aderenti non solo all'organizzazione ospedaliera, ma anche alle esigenze della popolazione" - **azienda U.L.SS. 7** del **Veneto**)
- strutture e materiali di comunicazione (molte aziende si sono impegnate a fornire telefoni, giornali, sportelli bancomat, biblioteche, ecc.)

Privacy

- clinico-diagnostica (si tratta di numerosi esempi di standard formulati genericamente sulla garanzia, ma contenenti gli indicatori di qualità e i fattori necessari a raggiungere l'obiettivo, quali le tende mobili tra i letti al momento delle visite, colloqui riservati con i medici o, in ambito ambulatoriale, linee di demarcazione tra lo sportello e la fila al momento della prenotazione in modo da garantire la non possibilità di ascolto)
- igiene personale e abbigliamento (ad es. l'**azienda U.S.L. 4** della **Toscana** ha proceduto a fornire nuove chiusure per gli armadietti e procedure di sicurezza per la consegna delle chiavi e l'**azienda U.S.L. 1** del **Molise** ha individuato aree per cambiarsi privatamente e la presenza di bagni con chiusura, o, ancora, la **azienda U.L.SS. 18** del **Veneto** garantisce il diritto all'uso di vestiario durante la giornata eliminando l'obbligo ad indossare il pigiama)

Relazioni con il personale

- cartellino di riconoscimento (si tratta di uno degli standard maggiormente adottati quello di garantire la riconoscibilità nominativa di tutto il personale)
- cortesia/rispetto (alcune aziende hanno adottato standard di cortesia che prevedono corsi di formazione per il personale, ad es. la **azienda U.S.L. BA/2** della **Puglia**)

Strutture

- abbattimento delle barriere architettoniche (molte aziende hanno progettato investimenti a questo scopo)
- servizi igienici (alcune aziende indicano il numero di servizi per stanza/posto letto)

- ubicazione dei servizi (diverse aziende si impegnano a riorganizzare l'ubicazione sulla base dell'unitarietà delle prestazioni)
- facilità di accesso alla struttura/segnaletica (gli standard riguardano soprattutto la segnaletica, ma ne esistono molti anche sulla costruzione di parcheggi, di percorsi interni per le vetture)
- sale d'aspetto (si tratta degli standard più diffusi nei presidi territoriali circa la revisione logistico strutturale per evitare le code, le attese in piedi, ecc.)

Continuità di gestione clinica tra servizi territoriali, servizi ospedalieri e medici di medicina generale

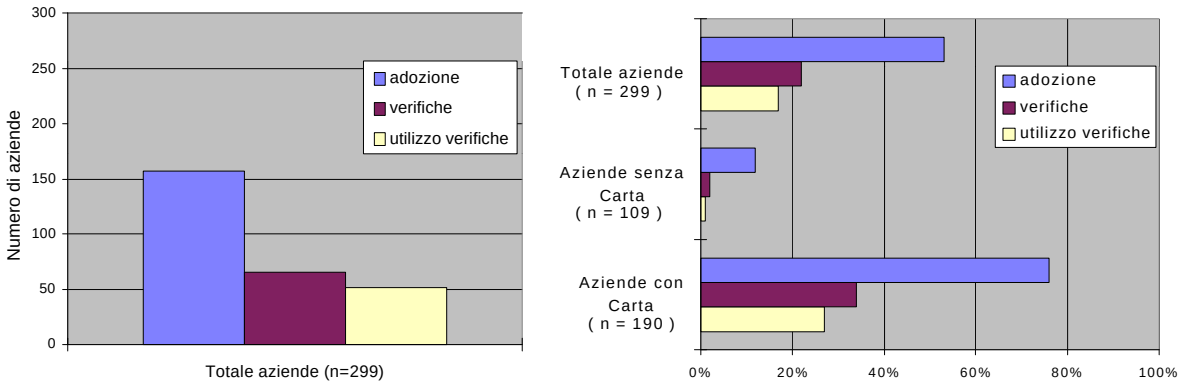
- flussi informativi tra servizi territoriali/ospedalieri e medici di medicina generale (ad es. la **azienda per i servizi sanitari 5** del **Friuli Venezia Giulia** ha resa nota la procedura di "passaggio di consegne" in caso di cambio del medico di medicina generale, numerose altre indicano l'impegno a consegnare all'atto delle dimissioni dall'ospedale una relazione indirizzata al medico di medicina generale)

Poco diffuse risultano la verifica e l'utilizzo a fini gestionali degli standard. In questo ambito si evidenzia in primo luogo che la valutazione è stata effettuata, per molte aziende, in un momento troppo ravvicinato rispetto a quello di definizione e adozione degli standard. In secondo luogo, alcune regioni segnalano che l'assenza di verifiche è strettamente legata alle modalità con le quali gli standard sono stati definiti; non risulta infatti che l'azione definitoria sia stata accompagnata dalla predisposizione di strumenti gestionali idonei alla verifica. Questo elemento rende da un lato gli standard più generici (come già rilevato in precedenza) e, dall'altro, aumenta il tempo intercorrente tra l'adozione e l'avvio di verifiche per l'aggiornamento.

Molte regioni hanno, infatti, segnalato la difficoltà a svolgere una valutazione sul tema degli standard di umanizzazione/personalizzazione poiché le aziende non sono ancora, in gran parte, in grado di fornire elementi circa l'utilizzazione degli standard dichiarando peraltro di essere in attesa di suggerimenti metodologici provenienti dal ministero o dalle regioni.

Le aziende che hanno compiuto verifiche con metodi strutturati sono quindi ancora poche (63 aziende) ma é confortante l'opinione espressa da più regioni circa gli ottimi risultati raggiunti in termini di utilità gestionale. Questa considerazione è confortata anche dall'analisi numerica che dimostra come le aziende, una volta affrontato metodologicamente il tema della verifica, procedano in modo più compatto nel processo di analisi e di progettazione di azioni di miglioramento organizzativo o di aggiornamento degli standard per renderli maggiormente aderenti alle necessità degli utenti.

STANDARD DI UMANIZZAZIONE PERSONALIZZAZIONE E INFORMAZIONE



Per verificare il rispetto di questo tipo di standard, la tipologia di strumenti utilizzati é varia. Molti degli esempi riportati in precedenza sono stati verificati dal punto di vista del rispetto dei tempi e delle modalità fissate (ad esempio se i progetti strutturali sono stati portati a termine entro i tempi previsti, oppure se gli impegni presi in termini di orari sono stati rispettati). Tuttavia risulta ancora piuttosto rara la verifica circa l'adesione degli standard alle aspettative degli utenti. Molte delle relazioni si soffermano sulle difficoltà incontrate nel progettare verifiche basate su indicatori di soddisfazione dell'utenza, riconoscendo tuttavia le potenzialità di tali verifiche. In particolare, i risultati attesi dall'applicazione di un metodo di rilevazione della soddisfazione anche a fini di verifica degli standard possono essere così sintetizzati:

1. aumento della conoscenza aziendale in merito al grado di percezione, da parte degli utenti, del miglioramento qualitativo introdotto

2. aumento della conoscenza, da parte degli utenti, dei cambiamenti effettuati e della volontà aziendale di migliorare la qualità
3. aumento del grado di partecipazione attiva degli utenti alla formulazione degli indirizzi aziendali circa i possibili cambiamenti organizzativi per la umanizzazione delle prestazioni.

Per fare un solo esempio di questa modalità di azione, l'**azienda U.S.S.L. 39** della **Lombardia** ha previsto un impegno generale, assunto al momento dell'adozione della Carta, circa la valutazione periodica e sistematica della qualità dei servizi offerti ai cittadini utenti. Tale valutazione si basa sulla definizione di indicatori, sulla individuazione di obiettivi di qualità (standard) e sull'affidamento di responsabilità specifiche per il raggiungimento degli obiettivi. Il metodo utilizzato per la definizione/verifica degli standard è stato quello di individuare un indicatore, verificarne lo stato svolgendo rilevazioni interne o indagini presso gli utenti in base alla tipologia di indicatore selezionato, definire l'obiettivo di qualità, individuare le iniziative di miglioramento utili al raggiungimento dell'obiettivo, ripetere la verifica circa lo stato dell'indicatore attraverso lo stesso metodo utilizzato in precedenza. Per rendere maggiormente chiaro l'esempio si può citare l'indicatore relativo alla percentuale di utenti che ritiene sufficiente l'informazione che ha relativamente ai medici di famiglia.

ESEMPIO DI FORMULAZIONE, GESTIONE E VERIFICA DI STANDARD
(fontI: Carta dei servizi e Relazione di autovalutazione dell' azienda U.S.S.L. 39 della Lombardia)

FORMULAZIONE

Fattore:	Informazioni sulle prestazioni offerte dai Medici di famiglia
Indicatore:	Percentuale di utenti che ritiene sufficiente l'informazione che ha relativamente ai medici di famiglia
Metodo di verifica:	Questionario somministrato agli utenti
Stato rilevato ex ante:	60% degli assistiti ritiene sufficienti le informazioni che ha sulle prestazioni dei Medici di famiglia
Obiettivo di qualità:	Entro sei mesi dalla definizione il 75% degli assistiti dovrà ritenere sufficienti le informazioni che ha sulle prestazioni dei Medici di famiglia
Iniziativa di miglioramento: delle	Definizione delle modalità di pubblicizzazione del fascicolo illustrativo prestazioni
Verifica semestrale:	Somministrazione dello stesso questionario agli utenti

INIZIATIVE DI MIGLIORAMENTO ATTUATE

1. Diffusione del fascicolo *PIU' SERVIZI*;
2. Formazione del personale afferente ai Distretti e ai Consultori;
3. Invio della Carta dei servizi, contenente le informazioni sul servizio di medicina di base, a: medici di famiglia,; PLS; Distretti; Consultori; Scuole medie inferiori e superiori; Associazioni di volontariato; realtà produttive e Comuni;
4. Effettuazione di una giornata di formazione obbligatoria per i medici di medicina generale e PLS;
5. Presentazione del servizio e della Carta dei servizi in alcune scuole del territorio;
6. Presentazione e discussione della Carta dei servizi agli operatori del servizio di medicina di base;
7. Due numeri del giornale aziendale dedicati al servizio di medicina di base;
8. Divulgazione delle attività e delle azioni del servizio attraverso articoli sulla stampa locale e regionale

RISULTATI

L'obiettivo é stato raggiunto solo parzialmente (70%);
Obiettivo di qualità per il 1997: "Si migliora l'obiettivo precedente (75%): almeno l'80% degli utenti deve dichiarare di disporre di informazioni sufficienti"

Per quanto riguarda l'indirizzo regionale si può citare il caso dell'**Emilia Romagna**, la quale ha orientato le aziende, nella prima stesura della Carta, a fornire informazioni relativamente ai punti di erogazione ed alla tipologia dei servizi offerti. Successivamente la regione ha istituito un gruppo di lavoro sul tema degli "standard" con particolare riguardo alla loro definizione e alle modalità e ai criteri di stesura.

3.b Gli standard sui tempi d'attesa

Le aziende che hanno adottato standard sui tempi d'attesa risultano lievemente più numerose di quelle che hanno adottato standard di umanizzazione/personalizzazione (164 aziende sanitarie, rappresentanti il 55% delle aziende che hanno aderito al programma di autovalutazione). A questo proposito va segnalato innanzitutto che in questo ambito l'adozione ha comportato per la maggior parte delle aziende un enorme lavoro di rilevazione circa i tempi minimi, medi e massimi di attesa per ciascuna prestazione erogata. L'entità e la complessità di questo impegno in alcuni casi ha pregiudicato il senso complessivo dell'adozione di standard (si tratta di standard talmente minuziosi da essere praticamente incomunicabili agli utenti e ingestibili dal punto di vista organizzativo), in altri ha talmente esteso i tempi della ricognizione iniziale da rendere il percorso della valutazione estremamente prematuro.
Le aziende pervenute all'adozione di standard, per la gran parte, si sono attestate sulla dichiarazione dell'esistente, nella consapevolezza, a detta di diverse regioni, di non essere in grado di ridurre i tempi di attesa rilevati in modo significativo in tempi brevi. In generale si evidenzia un clima di grande prudenza nell'assumere impegni difficilmente mantenibili.
L'attenzione dedicata ai tempi d'attesa, al di là dei limiti evidenziati e pur tenendo conto di quanto sarà più avanti segnalato circa la difficoltà ad attivare azioni di riduzione dei tempi individuati, sta ad indicare la piena percezione da parte delle aziende sanitarie, della centralità del tema rispetto alle attese della cittadinanza. Questi segnali di movimento rappresentano anche una prima risposta concreta alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 e dell' art. 3, VIII° comma, della Legge n. 724 del 23 dicembre 1994, in materia di liste d'attesa.

Dalle relazioni aziendali emerge che gli standard prevalentemente adottati riguardano i servizi di seguito elencati:

- Prestazioni igiene pubblica
- Prestazioni presso l'ambulatorio del medico di medicina generale
- Prenotazioni specialistiche e diagnostiche
- Prestazioni specialistiche

- Prestazioni diagnostiche
- Rilascio referti
- Rilascio protesi
- Certificazione invalidità civile
- Ricovero ordinario
- Consegna cartelle cliniche
- Pronto soccorso
- Interventi di emergenza

Per quanto riguarda le verifiche, è da notare che se dal punto di vista quantitativo la situazione (63 aziende hanno svolto verifiche) è pressoché invariata rispetto a quella analizzata nel paragrafo precedente, sotto il profilo qualitativo le regioni segnalano l'applicazione di metodologie maggiormente strutturate.

In primo luogo, si evince che il ruolo svolto dai centri unici di prenotazione è essenziale per la definizione delle metodologie di verifica. Infatti, in presenza di un sistema di prenotazione informatizzato diventa estremamente agevole strutturare report periodici circa i tempi effettivi (medi, minimi e massimi) ed elaborare sintesi di aggiornamento degli impegni e/o evidenziare i punti critici dove intervenire per azioni di modifica organizzativa. Nei casi in cui, per contro, i registri di prenotazione sono manuali e "disseminati" in diversi punti/sportelli/presidi della struttura la verifica, quando è avvenuta, si è avvalsa di metodologie campionarie e di ascolto degli utenti (attraverso reclami, associazioni di tutela e volontariato, questionari sulla soddisfazione).

In secondo luogo, viene evidenziato che i casi di maggior "successo" risultano quelli in cui l'azienda ha previsto nella fase definitoria degli standard il monitoraggio costante circa il raggiungimento degli obiettivi. Si tratta dei casi in cui la determinazione degli standard è avvenuta attraverso l'individuazione dei punti critici su cui intervenire, dei fattori determinanti la qualità del servizio e l'assunzione di obiettivi basati sulle azioni intraprese di miglioramento.

Per quanto riguarda, invece, il percorso di aggiornamento degli standard sui tempi di attesa, si può citare il percorso effettuato dalla **azienda USL 4** del **Piemonte** in cui, tra gli altri, i tempi di attesa per la prenotazione di esami ematochimici presso i centri prelievi sono risultati, dalle verifiche svolte, nettamente migliorati nei primi sei mesi del 1996, passando da 10-15 giorni a 5-6 giorni, a seguito di un processo di riorganizzazione e di informatizzazione del Laboratorio dei analisi. L'azienda ha pertanto stabilito, come ulteriore obiettivo di miglioramento, di giungere alla eliminazione della prenotazione per l'effettuazione di prelievi ematici.

Più in generale, infine, le regioni segnalano quanto sia comunque problematico per le aziende riuscire ad intervenire per la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni.

In effetti, le azioni di ristrutturazione organizzativa intraprese dalle aziende come, ad esempio, quella di legare l'obiettivo di riduzione dei tempi d'attesa alla valutazione della produttività dei reparti (collegando eventualmente anche gli incentivi al personale come ha fatto la **U.L.SS. 6** del **Veneto**) o la revisione delle procedure per l'accesso alle prestazioni, risultano poco diffuse e con risultati ancora difficilmente riscontrabili.

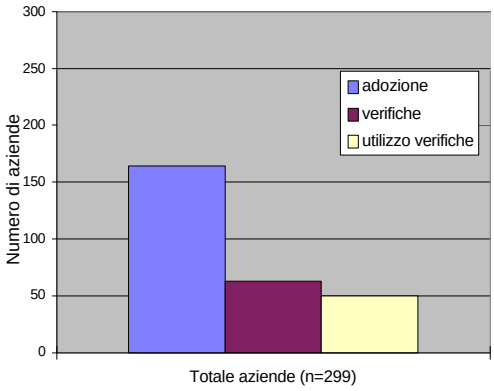
Le relazioni regionali registrano quindi, tra le aziende, una notevole difficoltà ad individuare percorsi di questo genere.

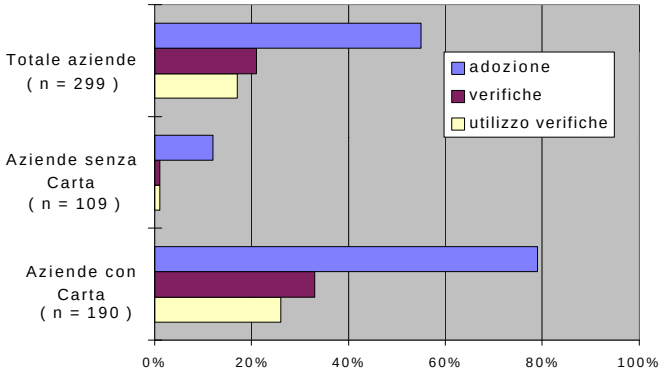
In questo ambito il ruolo regionale appare particolarmente importante sotto il profilo della possibilità di stabilire priorità e indirizzare le aziende verso l'adozione di standard riconoscibili e confrontabili. A questo proposito si può citare l'esperienza della **regione Piemonte** che ha individuato nei propri programmi una massima priorità da dare alla riduzione dei tempi di attesa. Le aziende si sono quindi concentrate su questo tema. Sono attualmente in corso verifiche campionarie, svolte da parte regionale, aventi l'obiettivo di misurare i cambiamenti intervenuti in termini di tempi d'attesa e di fornire quindi un aggiornamento degli obiettivi da raggiungere in termini di riduzione e di miglioramento organizzativo.

Tra le iniziative che si muovono in questo senso si può citare anche quella della **regione Toscana** che aveva l'obiettivo, entro il 1996, di definire il funzionamento dell'"Osservatorio

regionale" per la raccolta e il monitoraggio della Carta dei servizi, per il coordinamento e la valutazione delle attività di partecipazione e di tutela dei diritti dei cittadini utenti.

STANDARD SUI TEMPI D'ATTESA





4. L'ADOZIONE E L'UTILIZZO DI STRUMENTI DI ASCOLTO E TUTELA

4.a I reclami

Nella logica della Carta, la gestione di un sistema di raccolta dei reclami rappresenta una delle modalità fondamentali attraverso la quale le aziende sanitarie possono ascoltare e comprendere le esigenze degli utenti. Il reclamo costituisce infatti una precisa espressione di disagio rispetto alla modalità in cui il cittadino è stato accolto dall'azienda e diventa pertanto una risorsa a cui attingere per la conoscenza delle opinioni degli utenti e per l'aumento della comunicazione e della fiducia di questi nei confronti dell'azienda.
La scheda di valutazione relativa al tema dei reclami é stata elaborata in modo da ottenere informazioni sulle tipologie di reclami raccolti, sui contenuti e sulle indicazioni emergenti.

Dalle relazioni regionali e aziendali si evidenzia che, nel servizio sanitario, si è cercato concretamente di seguire l'approccio al reclamo come risorsa: attraverso l'adozione di regolamenti di tutela e procedure formalizzate per la presentazione di reclami si é voluto favorire la rilevazione di qualsiasi situazione di disagio subita dal cittadino utente. E' sicuramente da apprezzare, in questo senso, il fatto che oltre il 62% delle aziende abbia voluto dare il segnale che l'organizzazione, attraverso l'istituzione di un sistema di raccolta e gestione dei reclami, si impegna a valutare i propri servizi a partire dall'opinione che di questi hanno gli utenti degli stessi.
Meno generalizzata appare la gestione strutturata a fini di miglioramento organizzativo del sistema di gestione. In questo ambito le regioni segnalano una difficoltà aziendale a estendere a tutta l'organizzazione la convinzione dell'utilità del reclamo come risorsa da cui partire per osservarsi e migliorare la qualità.

Esistono diverse esperienze che illustrano come, soprattutto attraverso percorsi di coinvolgimento, la gestione dei reclami può incidere sull'intera organizzazione aziendale in modo positivo. Dall'analisi di queste esperienze è possibile trarre qualche indicazione

generale circa la tipologia di servizi oggetto di più numerosi reclami e le modalità di approccio maggiormente efficaci dal punto di vista della gestione.

Per quanto riguarda gli argomenti che più frequentemente diventano oggetto di reclami le aziende segnalano:

- informazione non corretta
- lunghi tempi d'attesa per l'accesso ai servizi
- procedure di pagamento dei tickets
- difficoltà di rapporto con gli operatori
- modalità di effettuazione visite/esami
- comfort alberghiero e strutture negli ospedali

Dal punto di vista delle esperienze gestionali vanno in primo luogo evidenziate alcune iniziative regionali finalizzate al supporto metodologico e alla rimozione di problemi gestionali.

La **regione Toscana** ha emanato "una direttiva nell'ottobre 1995 in merito al regolamento per l'esercizio della tutela, al fine di omogeneizzare su tutto il territorio regionale le modalità di accoglimento dei reclami e favorire il processo di partecipazione dell'utente rispetto alla valutazione sulla qualità dei servizi". Il processo di adozione di tale regolamento ha portato le aziende toscane ad una riflessione attenta, a partire dalla propria realtà, soprattutto in merito al ruolo delle associazioni di volontariato e tutela nella gestione dei reclami. In seguito, la regione ha adottato una classificazione dei reclami al fine di analizzare in maniera comparativa i temi, la numerosità e le soluzioni adottate dalle diverse aziende.

La classificazione adottata dalla **regione Toscana** é così articolata:

I. LIVELLI DI ASSISTENZA
   - A. prevenzione collettiva
   - B. assistenza territoriale
   - C. assistenza sanitaria di base
   - D. altro
   - E. area ospedaliera
   - F. area supporto amministrativo

II. TIPOLOGIA
   - G. relazioni o rapporti umani
   - H. organizzativo-gestionali
     1) rispetto dei tempi
     2) problemi igienici
     3) carenza informativa interna

III. DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

IV. STRUTTURE ACCREDITATE

Nella **regione Emilia Romagna** é ovunque istituito un sistema di raccolta e gestione dei reclami. La regione ha predisposto un gruppo di lavoro sul tema "Tutela e partecipazione" con il compito primario di analizzare i rapporti tra gli uffici relazioni con il pubblico e i Comitati Consultivi Misti (istituiti da apposita legge regionale) e, successivamente, di elaborare modalità comuni di gestione per superare i nodi critici e le difficoltà evidenziate dall'analisi.

Attualmente il gruppo sta lavorando alla "produzione di documenti conclusivi" di indirizzo generale.

La **regione Friuli Venezia Giulia** sta sperimentando un sistema di classificazione regionale elaborato al fine di supportare le aziende nella definizione del sistema di reporting periodico interno e di valutare i problemi generali di qualità dei servizi in forma aggregata sul territorio regionale.

La classificazione adottata dalla **regione Friuli Venezia Giulia** é così articolata:

1. Aspetti relazionali
2. Umanizzazione
3. Informazioni
4. Tempo
5. Aspetti alberghieri e di comfort
6. Strutture
7. Aspetti organizzativi generali
8. Aspetti organizzativi relativi a ticket
9. Competenza tecnico professionale
10. Aspetti di competenza tecnico professionale relativi al consenso informato
11. Richieste improprie o non evadibili

Per quanto riguarda le esperienze aziendali, è possibile pervenire ad un panorama generale delle modalità più frequenti attraverso le quali le aziende che hanno affrontato il problema della effettiva gestione dei reclami hanno agito. Procedendo ad una classificazione di massima, si evidenziano alcuni percorsi fondamentali:

a) tutte le aziende che "accolgono" reclami, abbiano adottato o meno una procedura/regolamento formale, dichiarano di dare comunque risposta a ciascuna segnalazione (ad esempio, presso la **azienda U.S.L. Roma C** del **Lazio** "la risposta, anche se l'esito dell'istruttoria dimostra l'infondatezza del reclamo, viene data comunque

e a tutti e corredata da un ringraziamento per la fiducia accordata e viene sempre esplicitata la valenza gestionale del reclamo”);

b) la modalità di presentazione del reclamo non è rigida, solo in rari casi non vengono accolte le segnalazioni telefoniche (ad esempio, presso la **azienda U.S.L. 8** della **Toscana**, “vengono accettati tutti i reclami, siano essi telefonici, di persona, a mezzo lettera/fax);

c) viene comunemente adottata una definizione di reclamo molto ampia (ad esempio, per la **azienda U.S.S.L. 37** della **Lombardia**, “il reclamo è la manifestazione di insoddisfazione sul servizio erogato”);

d) in molti casi è stata appositamente creata una “rete” di referenti interni ai servizi finalizzata a rendere veloce e condivisa l’istruttoria sul caso segnalato (ad esempio la **azienda USL di Forlì - Emilia Romagna** ha nominato un responsabile delle istruttorie in ciascun reparto cui l’ufficio di tutela può fare riferimento al fine di velocizzare la risposta aziendale).

La maggior parte delle aziende che gestiscono i reclami ha adottato un sistema di classificazione in modo da poter operare una lettura periodica sull’andamento dei reclami e progettare iniziative di miglioramento basate sull’analisi aggregata (ad esempio l’**azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano** della **Lombardia** ha adottato una classificazione complessa articolata per: a) settori; b) fasi -accesso, dimissioni, ecc.-; c) tipologia di personale interessato -se riguarda i comportamenti-; d) tipologia di disagio manifestato -rischio diagnostico, disorganizzazione, ecc.-. All’interno di queste categorie sono state elaborate specializzazioni per servizi interessati, tipo di disservizio segnalato per fase, ecc. e aggregazioni per tipologie di presentazione e di esito).

I fattori di successo più frequentemente segnalati sono sostanzialmente tre:

1) l’impegno e il sostegno alla gestione da parte del Direttore generale;
2) la formazione e il coinvolgimento del personale attraverso anche la responsabilizzazione dei direttori dei servizi;
3) la collaborazione piena del Direttore sanitario in veste di “mediatore” con il personale medico e tecnico.

Per contro, i problemi maggiormente avvertiti risultano:

1) la difficoltà di dialogo con le strutture nello svolgimento delle istruttorie per la risoluzione dei casi più complessi;
2) l'isolamento dell'ufficio raccolta reclami rispetto all'erogazione di servizi;
3) la diffusione della conoscenza presso gli utenti della possibilità/opportunità di sporgere un reclamo;
4) la trattazione dei reclami sugli aspetti tecnico-sanitari delle prestazioni.

Nonostante esista una certa omogeneità definitoria, dal numero di reclami raccolti é evidente che, nella concreta gestione, le aziende danno accezioni diverse allo stesso concetto di reclamo (le cifre oscillano tra i 10 reclami in sei mesi della **U.S.L. di Pentria - Isernia** del **Molise** e i 1500 in un anno circa raccolti dall'**azienda ospedaliera S. Anna di Como** della **Lombardia**). In questo senso le iniziative regionali di omogeneizzazione appaiono particolarmente opportune poiché in esse si ritrovano le basi per dare concreta utilità alla gestione attraverso un sistema che consenta sia l'aggregazione dei problemi rilevati dagli utenti, sia la comparazione con altre esperienze a scopo si scambio e confronto sulle diverse problematiche.

Infine, si può notare che i problemi incontrati e il conseguente scarso utilizzo dei reclami, sia in termini di miglioramento di rapporti con gli utenti (aumento di fiducia, immagine di apertura, ecc.), sia sotto il profilo di miglioramento delle modalità di progettazione dei cambiamenti organizzativi (progettazione che tenga conto delle aspettative degli utenti), siano di natura piuttosto complessa, tale da determinare la programmazione di un lavoro di supporto finalizzato, in generale, al superamento delle barriere che ancora ostacolano il pieno svolgimento di questa fondamentale modalità di ascolto delle esigenze dei cittadini.

4.b Le indagini di soddisfazione

Nella logica della Carta dei servizi, le indagini di soddisfazione rappresentano, insieme ai reclami e alle verifiche pubbliche, il sistema di verifica del rispetto degli impegni assunti dall'azienda e, più in generale, del funzionamento aziendale così come viene percepito dai cittadini.

Lo schema di valutazione relativo al tema delle indagini di soddisfazione era orientato a raccogliere informazioni non solo circa i contenuti, ma anche in merito alle tipologie di raccolta e ai metodi di rilevazione della soddisfazione, nonché al grado di utilizzazione a fini gestionali delle indagini svolte.

Nonostante il crescente interesse verso l'argomento, le indagini finalizzate alla misurazione del grado di soddisfazione dei cittadini utenti risultano ancora poco utilizzate nelle aziende sanitarie.

Per quanto riguarda le aziende sanitarie che hanno svolto indagini (72 aziende corrispondenti al 24% del totale) le regioni segnalano che la maggior parte sono state effettuate attraverso questionari somministrati a pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere. Come si è visto nel capitolo dedicato agli standard di personalizzazione, umanizzazione e informazione, molte aziende consegnano infatti, al momento del ricovero, un libretto di accoglienza contenente anche un questionario da consegnare alla fine del periodo di degenza.

I risultati ottenuti dallo svolgimento delle indagini mostrano perlopiù un grado di soddisfazione degli utenti mediamente elevato. Questo dato, di per sé positivo, ha tuttavia dato spunto a diverse aziende per avviare una riflessione circa i metodi utilizzati, ritenuti in molti casi inadeguati a cogliere le sfumature di percezione della qualità degli utenti. Sulla risposta influiscono infatti diversi fattori che possono rendere, a volte e se non li si tiene costantemente presenti, inattendibili i risultati. In effetti, le indagini di soddisfazione assumono un rilevante significato solo se vengono effettuate come monitoraggio continuo e sistematico del livello di percezione della qualità dei servizi erogati.

Molte aziende dichiarano, a questo proposito, di proporsi comparazioni intertemporali al fine di valutare se i miglioramenti qualitativi introdotti in un determinato servizio incontrano o meno il favore degli utenti, poiché se esse vengono effettuate in maniera non sistematica i

risultati sono di difficile interpretazione, soprattutto data la delicatezza del tema costituito dai servizi sanitari, che induce spesso l'utente a non dichiararsi manifestamente insoddisfatto. E' opinione diffusa tra le regioni che, senza una base di partenza, costituita dall'effettuazione di almeno un sondaggio su un campione significativo di utenti, appare in ogni caso difficile che le aziende possano effettuare alcun tipo di riflessione che non sia del tutto autoreferenziale e basata sulla visione organizzativa propria dell'azienda.

La **regione Lombardia** segnala, a questo proposito, uno stato di relativa "incoscienza" rispetto all'argomento: "Sorprende a volte la facilità con cui le aziende valutano il grado di soddisfazione degli utenti in assenza di riscontri oggettivi. Molti per superare lo scoglio delle verifiche si affidano acriticamente alle segnalazioni o ai suggerimenti delle Associazioni di volontariato. Sembra di poter affermare che l'assenza di verifiche circa le segnalazioni dell'utenza nasconda la paura di dover intervenire sull'organizzazione, mettendo in difficoltà alcuni equilibri interni".

Infine, dalle relazioni regionali risulta che solo il 13% delle aziende (39) è riuscito ad utilizzare le indagini effettuate a fini gestionali, vale a dire a tradurre in azioni di miglioramento della qualità dei servizi le informazioni ottenute dagli utenti. Si tratta dei casi in cui le indagini vengono svolte con sistematicità a fini di verifica della qualità dei servizi così come questa viene percepita da coloro che li utilizzano.

Esistono, al riguardo, alcune esperienze significative. A titolo di esempio se ne possono qui riassumere alcune interessanti per la diversità dei metodi con cui sono state progettate e delle concrete utilizzazioni a fini gestionali.

⇒ **A.S.L. 7 - Ancona - Marche**

L'azienda ha svolto diverse indagini negli ultimi anni in collaborazione con la Scuola II.PP., con gruppi di Caposala o con assistenti sociali. Tali indagini sono state utilizzate quale valutazione dell'attività "nella convinzione che molti dati servono per migliorare l'assistenza, non certo per enfatizzare i risultati raggiunti".

Le indagini hanno riguardato:

1. le situazioni vissute sia dai ricoverati sia dagli operatori in tema di comunicazione esistente all'interno dei reparti e di comfort alberghiero
2. la presenza dei cosiddetti "badanti a pagamento" nei reparti

Il metodo utilizzato è stato quello della ricerca descrittiva, attraverso la somministrazione di interviste molto strutturate.

E' stato coinvolto circa il 30% dei pazienti ricoverati in ospedale.

Il primo tipo di indagine ha sortito il risultato di comprendere il punto di vista del degente (ad esempio "ci si è resi conto che non serve indagare su domande le cui risposte sono scontate, serve a poco chiedere se si è soddisfatti dei servizi igienici quando si sa che sono insufficienti o se va bene l'orario dei pasti quando ci si è resi conto che per il ricoverato l'orario conta ben poco rispetto alla fiducia nel personale medico o altro") e di modificare di conseguenza la logica di fondo e il quadro di riferimento. Sono allo studio indagini mirate alla misurazione di indicatori quali il grado di fiducia che il ricoverato esprime nei confronti della struttura e degli operatori, il bisogno di informazione, le necessità di comunicazione, ecc.

L'analisi dei risultati del secondo tipo, maggiormente specifico, di indagine effettuata ha permesso l'avvio della regolamentazione delle presenze di familiari e di persone delegate nei reparti al di fuori degli orari di visita.

⇒ **Azienda ospedaliera S.Giovanni Battista - Torino - Piemonte**

E' stata condotta un'indagine nel Pronto Soccorso di Medicina, riconosciuto quale uno dei punti critici dell'Azienda. Nel mese di giugno 1995 veniva effettuata una prima indagine conoscitiva realizzata e predisposta in collaborazione con l'équipe infermieristica del servizio.

Il campione era rappresentato da tutti i pazienti e dai loro accompagnatori che accedevano al servizio nella settimana stabilita per l'osservazione; a questi veniva somministrato un questionario (34 domande per i pazienti e 13 per gli accompagnatori, oltre uno spazio per proposte e consigli).

Gli ambiti indagati erano: di tipo strutturale, di tipo relazionale, sull'informazione, sui tempi di attesa, sulla professionalità degli operatori.

Il questionario per gli accompagnatori era privo di tutte le domande riguardanti il percorso interno del paziente.

L'analisi delle risposte ha fatto emergere problematiche ed esigenze piuttosto precise, a fronte delle quali è stato possibile elaborare interventi di tipo migliorativo, alcuni attuabili nel breve periodo.

I progetti attuati: 1) predisposizione e distribuzione ai pazienti di un foglio illustrativo sul significato di codice di gravità e dei conseguenti tempi di intervento; 2) variazione dei programmi periodici e giornalieri di pulizia del servizio; 3) ampliamento del parco barelle dedicate al Pronto Soccorso; 4) miglioramento della segnaletica interna; 5) adozione all'accettazione di protocolli di triage infermieristico; 6) accordo con il Comune di Torino per una migliore vigilanza del traffico e sosta in prossimità degli accessi all'ospedale; 7) proposta di ristrutturazione del Pronto Soccorso di Medicina.

Nel mese di giugno 1996 è stata condotta una nuova indagine utilizzando lo stesso metodo e lo stesso strumento dell'anno precedente. Il confronto tra le due indagini mostra chiaramente come siano confermate le criticità esistenti là dove non sono stati apportati miglioramenti organizzativo-strutturali. Viceversa, laddove sono stati attuati correttivi si registra un significativo miglioramento nei giudizi espressi dagli intervistati.

⇒ **Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano - Lombardia**

Sono stati elaborati due diversi questionari per differenziare tra adulti e bambini degenti, quello dedicato a questi ultimi è completamente illustrato da figure esplicative.

In ambedue i casi il questionario è corredato da due domande finali in cui si chiede di segnalare all'attenzione aziendale l'aspetto migliore e quello peggiore del reparto (ai bambini si chiede di "fare un disegno delle cose brutte e delle cose belle dell'ospedale").

Oltre all'analisi periodica delle risposte alle domande chiuse del questionario, l'ufficio relazioni con il pubblico utilizza questa seconda parte considerando la risposta circa l'aspetto giudicato "peggiore" del reparto alla stregua di un reclamo, partendo dalla constatazione che i degenti di un ospedale hanno un atteggiamento di "timore" nello sporgere reclamo molto superiore rispetto agli utenti degli altri servizi. Il fatto di non ricevere reclami da parte dei degenti non può quindi costituire una "prova" del buon

funzionamento degli stessi e l'indagine di soddisfazione non riesce a cogliere tutti gli aspetti che potrebbero essere rilevanti dal punto di vista degli utenti.

In conclusione, i dati consentono una valutazione complessiva articolata su due elementi, peraltro segnalati con forza da diverse regioni. Il primo aspetto da sottolineare è che le esperienze condotte dimostrano chiaramente che nelle aziende sta crescendo l'interesse sul tema dell'ascolto e della qualità percepita. Il secondo riguarda le modalità attraverso cui questo interesse si concretizza; tali modalità appaiono ancora metodologicamente piuttosto inadeguate rispetto alle esigenze di utilizzazione dei risultati e di miglioramento dei rapporti con i cittadini utenti dei servizi sanitari.

5. LA PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

5.a La comunicazione agli utenti sulla Carta dei servizi

La Carta dei servizi è il "patto" stipulato dall'azienda con i propri cittadini finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi e come tale deve essere conosciuto dai cittadini. Se la Carta dei servizi non è adeguatamente pubblicizzata il "patto" non esiste.

La scheda di valutazione relativa alla pubblicizzazione della Carta ai cittadini è stata costruita con l'obiettivo di conoscere quante aziende avevano realizzato iniziative di diffusione ai cittadini dei contenuti della Carta e nello stesso tempo di verificare se vi era stata una sufficiente attenzione nella individuazione dei destinatari della comunicazione e dei contenuti della stessa.

Le relazioni regionali evidenziano che il 25% (49) delle aziende che hanno adottato la Carta dichiara di non aver realizzato alcuna iniziativa di pubblicizzazione o di essere ancora in fase di progettazione. Questo dato riguarda soprattutto quelle aziende che hanno recentemente adottato la Carta e alle quali è mancato il tempo di realizzare le iniziative progettate.

Sono invece 45 le aziende (24%) che hanno dichiarato un livello di pubblicizzazione che potrebbe essere definito "giornalistico-istituzionale": ci si riferisce a quelle iniziative destinate a pubblicizzare l'esistenza della Carta attraverso articoli su stampa e TV locali o attraverso la distribuzione di qualche copia agli ordini professionali, ai sindaci, e ai vari servizi dell'azienda dove è consultabile dal cittadino. Si tratta di iniziative necessarie, ma certamente non sufficienti quando l'obiettivo da perseguire è la conoscenza da parte dei cittadini di tutte le condizioni che concorrono a definire il patto, ossia gli aspetti della qualità dei servizi al rispetto dei quali l'azienda si impegna attraverso la Carta. Il numero dei soggetti raggiunti dalla comunicazione rimane fortemente limitato e lo stesso contenuto dell'informazione non è sufficientemente significativo giacché si limita a dichiarare l'esistenza del documento.

In sostanza occorre riconoscere che un livello di pubblicizzazione "giornalistico-istituzionale" rivela che la Carta è rimasta ancora un documento esclusivamente aziendale; il

cittadino non conosce i contenuti e le condizioni del patto del quale dovrebbe essere contraente.

Non è infrequente che le aziende giustifichino le loro limitate iniziative valutando lo strumento Carta dei servizi inadeguato rispetto ad una diffusione allargata a tutti i cittadini: si tratterebbe infatti di un documento fin troppo ricco di informazioni per altro suscettibili di frequenti cambiamenti e pertanto facilmente superabile. Questa osservazione non deve tuttavia essere di ostacolo all'individuazione di modalità di comunicazione efficaci: è indispensabile individuare le informazioni essenziali e sarebbe certo molto utile, per il miglior orientamento dei cittadini, assumere come impegno la loro tendenziale immutabilità.

Il 34% (64) delle aziende sanitarie ha messo in atto iniziative di comunicazione basate sugli "intermediari sanitari", distribuendo la Carta ai medici di medicina generale e alle farmacie affinché svolgano una funzione di supporto ai cittadini nell'individuazione delle informazioni di loro specifico interesse.

E' la consapevolezza circa la necessità di ricercare modalità agili e diversificate di comunicazione della Carta ciò che caratterizza le iniziative delle 32 aziende (pari al 17 %) che hanno dichiarato un livello di pubblicizzazione elevato in quanto specificamente indirizzato ai cittadini o ancor meglio a particolari fasce di utenti: in queste ipotesi le Aziende hanno individuato specifici destinatari delle comunicazioni e su questa base hanno definito contenuti e modalità di diffusione delle informazioni; in altri casi invece è stata organizzata una stabile collaborazione con i mass media per garantire un flusso continuo, diversificato e aggiornato di notizie.

Occorre comunque precisare che anche in questi casi la pubblicizzazione della Carta è spesso limitata alla sezione relativa all'informazione sui servizi. Questo significa che anche nelle ipotesi da considerare esemplari la Carta potrebbe non essere ancora percepita dal cittadino come un patto finalizzato al miglioramento dell'assistenza e caratterizzato da impegni espliciti e verificabili assunti dall'azienda.

Tra le 32 aziende che stiamo prendendo in considerazione numerose hanno predisposto sintetici opuscoli informativi sulle attività dell'ospedale da distribuire ai ricoverati.

Le iniziative di seguito segnalate si caratterizzano per l'originalità degli strumenti utilizzati e per la specificità dell'individuazione dei destinatari della comunicazione:

⇒ **A. U.S.L. 1 Imperiese**: sono state selezionate le informazioni contenute nella Carta ed è stato elaborato un opuscolo da distribuire in ospedale ai ricoverati, una Guida ai servizi di "primo livello" distribuita con la collaborazione dei Comuni ed infine, attese le particolari caratteristiche economiche della provincia di Imperia un opuscolo informativo per i turisti (pieghevole molto sintetico tradotto in cinque lingue);

⇒ **A. U.S.L. 5 Spezzino**: estrapolando dalla Carta le relative informazioni oltre alla realizzazione di un opuscolo per i ricoverati e uno per i turisti, è stato predisposta, in collaborazione con le Commissioni pari opportunità e le Organizzazioni femminili, una Carta dei servizi per la donna;

⇒ **A. U.L.SS. 1 di Belluno**: è stata organizzata una trasmissione televisiva dal titolo "La nostra salute", che rivolgendosi in ogni puntata ad una specifica fascia di utenti ha offerto informazioni estrapolate dalla Carta dei servizi;

⇒ **A. U.L.SS. 7 di Pieve di Soligo** ha ritenuto fosse più efficace diffondere i contenuti della Carta, predisponendo una molteplicità di pieghevoli a tema da lasciare in distribuzione presso gli ambulatori dei medici di base, le farmacie, i presidi ecc...;

⇒ **A. U.S.L. 13 di Novara**: avendo già da tempo avviato una rubrica radiofonica condotta dal responsabile dell'URP che tratta argomenti generali a sfondo sanitario, ha deciso di diffondere i contenuti della Carta in quella sede;

⇒ **A U.S.L. di Fano**: è stato riservato uno spazio alle informazioni contenute nella Carta sul "Tutto città" allegato alle "Pagine gialle" che essendo distribuito a tutti gli abbonati della Telecom consente di raggiungere con un costo contenuto un'utenza molto vasta;

⇒ **A. U.S.L. Roma D**: sono stati stampati due manifesti, l'uno con l'indicazione dei presidi e delle prestazioni erogate, l'altro con l'elenco degli standard attuali e degli impegni assunti; sono stati poi affissi in tutti i presidi sanitari, nei punti di aggregazione sociale e sanitaria sul territorio (Studi M.M.G., farmacie, scuole, parrocchie, uffici postali e centri anziani;

⇒ **A.S.L. 1 di Napoli e A. U.S.S.L 32 di Milano**: hanno entrambe utilizzato il Televideo per consentire l'accesso alle informazioni di facile aggiornamento relative alle sedi dei presidi, agli indirizzi, numeri telefonici, orari di apertura;

⇒ **A. U.S.L. Lecce 1**: sono state estrapolate le informazioni contenute nella Carta ed è stato definito un opuscolo destinato ai disabili e contenente le informazioni di loro specifico interesse;

⇒ **A U.S.L. 1 di Venosa**: avendo già in passato organizzato la pubblicazione di un mensile aziendale intitolato "La nuova sanità", ha provveduto a pubblicare " a puntate" i contenuti della Carta;

⇒ **A. Osp. Cannizzaro di Catania**: è stato specificamente predisposta una Carta per non vedenti scritta in linguaggio Braille.

Un discorso a parte è forse necessario per quelle realtà che si sono impegnate in una diffusione capillare della Carta come ad esempio **l'Azienda ospedaliera di Modena** (la quale in collaborazione con la Usl ed il Comune ha distribuito 120.000 copie) o **l'Azienda U.L.S.S. 18 di Rovigo** che l'ha diffusa a tutti i nuclei familiari. Non sempre questo tipo di diffusione è praticabile specie nelle aziende Usl dove la mole delle informazioni e la conseguente dimensione della Carta comporta una spesa molto significativa a fronte per altro di una scarsa efficacia di una comunicazione molto ampia e indifferenziata.

La consistenza numerica delle aziende che hanno usato strumenti di comunicazione in grado di raggiungere adeguatamente i cittadini è certamente troppo limitato: se la mancata verifica degli standard, come si è rilevato nei capitoli precedenti, è, almeno in parte, giustificata dallo scarso lasso di tempo intercorso tra la prima adozione degli standard e le richieste della valutazione, altrettanto non può dirsi per quanto attiene la pubblicizzazione che deve costituire il passo immediatamente successivo rispetto all'adozione della Carta.
Numericamente limitati e molto eterogenei sono i progetti regionali che affrontano questo problema:

⇒ la **Lombardia** ha costituito tre gruppi di lavoro interaziendali con l'obiettivo di individuare gli elementi minimi che devono essere necessariamente presenti in ogni Carta

per potersi definire tale. L'adeguata pubblicizzazione sarà uno degli elementi indispensabili e come tale fatto oggetto di particolare riflessione.

⇒ la **Toscana** avendo la preoccupazione che il cittadino avverta la Carta solo come un elenco di nomi, indirizzi ecc..., propone di utilizzare il medico di medicina di base come filtro alle informazioni a fronte di uno sviluppo capillare dei punti di informazione in modo da trasformarli in reali interlocutori del cittadino.

⇒ il **Piemonte** si propone di incentivare le iniziative di comunicazione in sede di progettazione e svolgimento delle Conferenze dei servizi.

Occorre ancora sottolineare un dato, segnalato da talune relazioni regionali, che necessita di particolare attenzione: è sostanzialmente assente, anche nelle realtà più avanzate, l'attività di verifica della conoscenza delle informazioni da parte dei cittadini e dell'efficacia delle iniziative di comunicazione.

Infine è opportuno evidenziare un ultimo dato ancora una volta problematico: sia a livello aziendale che regionale mancano riferimenti metodologici utili a risolvere i problemi relativi alle modalità e ai tempi di aggiornamento delle informazioni.

5.b Gli uffici per le relazioni con il pubblico

Gli uffici per le relazioni con il pubblico sono ormai una realtà consolidata nel servizio sanitario nazionale: l'80% delle aziende (240) su un totale di 299 rispondenti all'autovalutazione hanno infatti istituito l'URP. Tra queste 86 hanno organizzato l'ufficio articolandolo in più sedi decentrate disposte sul territorio aziendale.

Anche in questo caso la Carta sembrerebbe aver avuto un effetto di accelerazione rispetto all'esigenza di istituire l'URP : la percentuale di aziende dove opera l'URP sale al 91% se prendiamo in considerazione solo le aziende nelle quali è stata già adottata la Carta dei servizi e scende invece al 61% se si ha riguardo solo alle aziende che non sono ancora pervenute all'adozione. Tuttavia in questa materia più che in altre è difficile capire quale fenomeno sia effetto e quale causa: gli URP infatti sono state le strutture che nella maggior parte dei casi sono stati incaricati di predisporre la Carta dei servizi e pertanto lì dove

l'ufficio operava già da tempo più rapida è stata la predisposizione del documento, ma nello stesso tempo in diversi casi la necessità di adottare la Carta ha portato ad avviare preliminarmente l'Ufficio per le relazioni con il pubblico.

Il collegamento tra l'URP e la Carta dei servizi sembra ormai consolidato, come rilevano le relazioni regionali (**Sicilia**, **Veneto**, **Marche**, **Liguria**): in particolare il **Piemonte** segnala che il Piano sanitario regionale in corso di elaborazione individua proprio nell'URP la struttura deputata alla gestione della Carta. Tuttavia il **Friuli Venezia Giulia** evidenzia la preoccupazione che questo collegamento possa risultare un elemento di debolezza del processo di attuazione della Carta: l'URP, nonostante le indicazioni normative ne facciano una struttura in posizione di staff alla Direzione Generale, è spesso un ufficio che non contribuisce alla definizione delle decisioni della direzione e che non partecipa alla programmazione aziendale; talvolta è addirittura temuto dai responsabili dei servizi a causa della sua funzione di raccolta e gestione dei reclami che lo porta ad apparire in conflitto con gli operatori aziendali. Quando l'URP presenta queste caratteristiche organizzative la Carta immancabilmente rimane uno strumento estraneo all'azienda lasciato alla disponibilità e sensibilità di pochi operatori senza costituire l'occasione per un miglioramento nell'erogazione del servizio.

Le funzioni che, stando alle aggregazioni regionali, svolgono attualmente, anche se con un certo margine di variabilità, gli Uffici per le relazioni con il pubblico sono così sintetizzabili:

- ⇒ attività di orientamento all'utenza
- ⇒ raccolta e gestione dei reclami presentati dagli utenti;
- ⇒ definizione e somministrazione delle indagini di soddisfazione;
- ⇒ rapporti con le associazione di tutela dei diritti dei cittadini e di volontariato;
- ⇒ elaborazione e aggiornamento della Carta dei servizi;
- ⇒ iniziative di comunicazione in genere ed in particolare iniziative di diffusione della Carta dei servizi all'esterno e all'interno dell'azienda.

Circa i rapporti con il volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, ambito cui provvede in genere l'URP, occorre segnalare la peculiarità della **Regione Emilia Romagna** dove la presenza dei Comitati misti consultivi (cap. 7a.), introdotti e disciplinati

con legge regionale e composti da rappresentanti aziendali e delle associazioni, determina una sorta di distribuzione delle competenze: la relazione **dell'Emilia Romagna** precisa che "gli URP costituiscono il momento di rapporto diretto con il singolo cittadino, mentre è attribuita al CMC il rapporto istituzionale tra azienda e rappresentanti delle associazioni".

Altrettanto peculiare è la situazione della **Regione Lombardia** dove operano gli Uffici di pubblica tutela (cap. 7.a), anche in questo caso introdotti e disciplinati con legge regionale, che per taluni aspetti si sovrappongono alle funzioni dell'URP. Gli UPT svolgevano infatti prima dell'istituzione degli URP funzioni di supporto e informazione all'utenza, e attualmente, in mancanza di provvedimenti regionali che facciano chiarezza circa la distribuzione delle competenze, si registrano sovrapposizioni tra le due strutture, fatta eccezione per quei casi nei quali la particolare disponibilità degli operatori consente una collaborazione efficace.

In conclusione appare di particolare importanza stimolare, con un'efficace azione di indirizzo, la Direzione aziendale, perché investa sull'Ufficio relazioni con il pubblico in modo significativo in termini di risorse umane e strumentali per quanto attiene le sue funzioni istituzionali di informazione, raccolta dei reclami e analisi della soddisfazione dell'utenza.

6. IL COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE INTERNO E CONVENZIONATO

Sotto il nome di coinvolgimento del personale rientrano tutte quelle iniziative volte a far conoscere e condividere all'interno dell'azienda i contenuti della Carta, a formare e responsabilizzare gli operatori nella definizione e nel rispetto degli impegni assunti dall'azienda. I principi ispiratori e i contenuti della Carta dei servizi trovano la loro attuazione solo se il tramite attivo è costituito dall'insieme del personale addetto alla erogazione dei servizi. In caso contrario, la Carta rischia di rimanere confinata nell'ambito di un "esercizio di stile", vale a dire di un documento privo di ogni significato e utilità nel processo di gestione e cambiamento dei servizi erogati.

Il coinvolgimento del personale è un argomento da considerare trasversale a tutti i temi della Carta dei servizi.

La scheda di valutazione fornita alle aziende tendeva quindi a fare emergere la tipologia delle iniziative di coinvolgimento intraprese, i temi su cui più si è lavorato e le modalità con le quali il personale aziendale e convenzionato ha partecipato al processo di adozione e attuazione della Carta dei servizi.

La sintesi quantitativa regionale circa le tipologie di iniziative attuate non fa emergere un quadro uniforme sul grado di coinvolgimento raggiunto, nel complesso nazionale, dalle aziende che hanno adottato la Carta (190 aziende).

Complessivamente sono 24 (13%) le aziende che non hanno intrapreso alcuna iniziativa di coinvolgimento del personale interno o di quello convenzionato.

Più in particolare sono 26 (14%) le aziende che non hanno ancora attuato alcuna iniziativa di coinvolgimento del personale interno, sebbene 21 (11%) di queste dichiarano di averne in programma per il prossimo futuro.

Sono invece 88 le aziende (46%) che dichiarano di non aver ancora effettuato alcun tipo di diffusione e coinvolgimento della Carta nei confronti dei medici di base. Tra queste solo 38 (20%) hanno sviluppato progetti significativi.

Una diffusione parziale della Carta presso i responsabili delle unità operative interne o presso alcuni servizi ha riguardato il 30% delle aziende, mentre una distribuzione capillare

ha visto impegnato il 24% nei confronti del personale interno e il 36% nei confronti del personale convenzionato.

Sono 45 (24%) le aziende con iniziative significative di coinvolgimento degli operatori interni, quali la partecipazione diffusa alla elaborazione della Carta, i gruppi di lavoro mirati, le azioni di responsabilizzazione specifica, ecc... Meno diffuse (19, pari al 10%) sono le azioni significative di coinvolgimento dei medici di base mediante la partecipazione alla definizione comune di indicatori e standard di qualità sui servizi offerti o alla stesura di note informative aziendali, ecc.

Di seguito si segnalano le iniziative di coinvolgimento del personale ritenute più significative:

⇒ **Azienda U.L.SS. 8 di Asolo**: La predisposizione della Carta è avvenuta attraverso un coinvolgimento attivo di un discreto numero di operatori. Il documento è stato spiegato e messo a disposizione degli operatori che sono stati coinvolti soprattutto nell'impegno per il perseguimento degli standard proposti.

⇒ **A.S.L. 6 di Palermo**: E' stato costituito un gruppo di operatori che ha adottato un metodo di lavoro "partecipato" costruendo una rete di dipendenti dell'Azienda motivati e formati sui temi della Carta ed individuando per la definizione dei contenuti della stessa e per il rispetto degli obiettivi, specifici referenti nei diversi presidi.

⇒ **A.S.L. Napoli 5**: Sono state impostate una serie di attività destinate al coinvolgimento del personale. E' stata garantita la massima partecipazione degli operatori dei vari servizi nella definizione delle informazioni e degli standard; la Carta è stata fatta conoscere a gran parte del personale attraverso appositi incontri ai quali hanno partecipato i dirigenti aziendali, i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali, e gli operatori dell'azienda. Inoltre è stata attribuita la responsabilità circa la verifica degli standard ai responsabili delle singole Unità operative interessate.

⇒ **Azienda U.SS.L. 5 di Como**: Al processo di attuazione della Carta dei servizi nell'azienda è stato dato ampio spazio nel bollettino informativo sulle attività dell'azienda distribuito a tutto il personale.

Occorre infine segnalare le iniziative delle Aziende dell'**Emilia Romagna** che a seguito dell'adozione della Carta dei servizi hanno organizzato relativamente a questa, specifici corsi di formazione destinati a settori mirati di personale (infermieri, operatori URP, personale front-office).

Le relazioni regionali evidenziano, tuttavia, una generalizzata insufficienza delle iniziative finalizzate al coinvolgimento e alla responsabilizzazione del personale e la attribuiscono ad una diffusa sottovalutazione dell'importanza del tema nell'ambito dell'attuazione della Carta dei servizi (**Veneto**, **Piemonte**, **Toscana**, **Lombardia**, **Marche**, **Molise**).

In particolare, la **regione Piemonte** rileva come conseguenza del mancato coinvolgimento "una scarsa sensibilità al cambiamento di comportamento nei confronti dell'utenza da parte degli operatori".

Particolarmente grave appare la mancanza di iniziative di coinvolgimento dei medici di medicina generale che nell'esercizio delle loro funzioni di indirizzo del paziente sono tra coloro che più ampiamente possono servirsi dello strumento-Carta dei servizi.

La **regione Veneto** evidenzia questo problema rilevando una difficoltà delle aziende nella gestione dei rapporti con i medici di base dei quali "spesso la struttura lamenta la scarsa collaborazione, senza tentarne il coinvolgimento neppure nei momenti, quali l'elaborazione/utilizzo della Carta, ai quali sarebbero preposti".

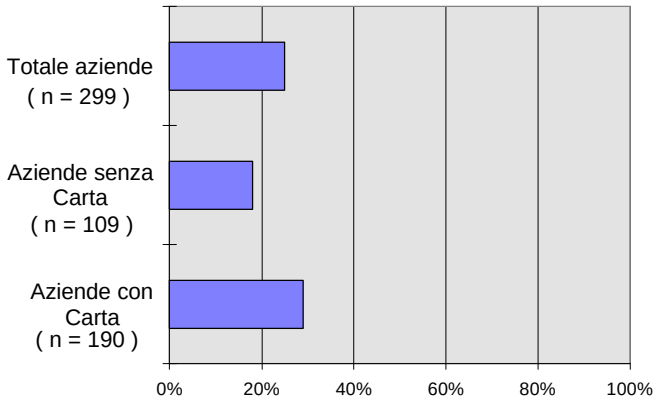
7. LA VERIFICA DEGLI IMPEGNI CON LA PARTECIPAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI

7.a Gli organismi misti di tutela

Con il termine organismi misti di tutela si è inteso far riferimento a tutte quelle strutture, composte da rappresentanti delle aziende e delle associazioni, che pur con talune differenze, sono tuttavia destinate a facilitare e stabilizzare l'attività di collaborazione tra associazioni di volontariato e tutela e le aziende sanitarie.

Le schede di rilevazione relativa alla partecipazione delle associazioni avevano in primo luogo l'obiettivo di rilevare il numero degli organismi misti operanti nelle aziende sanitarie, ed in secondo luogo l'obiettivo di conoscere attraverso le segnalazioni aziendali e regionali i punti più critici del loro funzionamento.

ORGANISMI MISTI DI TUTELA



I dati della valutazione rilevano che il 25% (75) delle aziende sanitarie hanno costituito questi organismi la cui origine è precedente in alcuni casi alle indicazioni contenute nello "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi" perchè risalenti a specifiche normative regionali (è il caso dell'**Emilia Romagna**, della **Lombardia**, dell'**Umbria**, della

Sicilia). Si tratta pertanto di un fenomeno che al momento coinvolge un insieme certamente minoritario di aziende.

Quasi tutte le Regioni segnalano le seguenti incertezze e difficoltà nella costituzione degli organismi misti:

⇒ mancanza di chiarezza della fonte nazionale (Schema generale di riferimento) circa la composizione delle Commissioni miste conciliative, il valore delle loro determinazioni, le funzioni loro attribuite;

⇒ preesistenza di normative regionali non sempre coordinabili con quella nazionale;

⇒ difficoltà nel definire le modalità di coinvolgimento delle associazioni e i criteri della loro rappresentatività.

Per quanto riguarda il primo dei problemi segnalati, in mancanza di tempestive indicazioni nazionali, la **Toscana** con una delibera della Giunta dell'ottobre 1995 ha preso alcune decisioni circa la composizione e le funzioni della Commissione conciliativa definendola in modo chiaro come un secondo livello di esame dei singoli reclami presentati dagli utenti e non adeguatamente risolti dall'URP; è stata prevista come condizione preliminare per poter partecipare alla Commissione la stipula di protocolli tra la singola associazione e l'Azienda con i quali sono definiti gli ambiti e le modalità della collaborazione. Diversamente si è operato nelle **Regioni Piemonte** e **Friuli Venezia Giulia,** le quali avvertendo con particolare intensità la mancanza di chiarezza della normativa nazionale, hanno consigliato alle Aziende sanitarie di ritardare la costituzione della Commissione in attesa di più sicure informazioni provenienti dal Ministero o dall'esperienza delle altre Regioni.

Il secondo dei problemi sopra segnalati (mancanza di coordinamento tra la normativa nazionale e quella regionale preesistente) riguardava in particolare la **Regione Emilia Romagna** e la **Lombardia**. La prima, nell'attribuire esplicitamente priorità all'istituzione di questi organismi, ha dato un chiaro segnale alle proprie aziende invitandole a costituire i Comitati di fonte legislativa regionale aventi compiti analoghi a quelli della Commissione conciliativa sebbene non identici, giacchè la Commissione è chiamata a pronunciarsi sui singoli reclami degli utenti, mentre il Comitato consultivo esamina solo l'insieme dei reclami

presentati nell'unità di tempo al fine di individuare e consigliare alla Direzione aziendale possibili soluzione organizzative.

I problemi di coordinamento della normativa nazionale e regionale sono più complessi e ancora in via di precisazione in Lombardia dove con L.R. 1/86 e 48/88 sono stati istituiti Uffici di pubblica tutela con specifici compiti di raccolta e trattamento dei reclami e di consulenza all'Azienda per iniziative di miglioramento; nei fatti gli UPT hanno anche svolto funzioni di informazione all'utenza prima della nascita degli URP. Attualmente le irrisolte questioni normative determinano talvolta contrasti e necessità di coordinamento tra URP ed UPT sui temi dell'informazione e della gestione dei reclami (per cogliere i termini del conflitto occorre tener presente che i due Uffici sono frutto di impostazioni teoriche molto diverse: l'URP è ufficio dell'azienda sebbene chiamato a curare i rapporti con l'utenza, e deve essere di stimolo alla Direzione nell'individuazione di misure per il miglioramento dell'erogazione del servizio, mentre l'UPT è un organismo autonomo che si avvale di personale aziendale, ma che non può avere come responsabile un dipendente dell'azienda e che si pone spesso con atteggiamento antagonistico rispetto all'azienda). A questi problemi, per le aziende lombarde, si aggiunge l'incertezza circa la necessità ed opportunità di costituire le Commissioni conciliative di fonte nazionale.

Il problema relativo alla rappresentatività delle associazioni chiamate a partecipare agli organismi misti è segnalato spesso dalle aziende e a livello regionale dal **Veneto** e dalle **Marche**. Questo problema riguarda in modo particolare la fase di costituzione degli organismi: nelle realtà in cui le associazioni sono più frammentate e quindi numerose ai problemi dell'azienda legati all'individuazione di criteri per operare delle scelte (salvo eventuali indicazioni regionali, vedi sopra il caso della **Toscana**) si aggiungono i problemi interni al mondo delle associazioni, che si manifestano nella difficoltà di pervenire alla nomina di un numero limitato di rappresentanti.

Occorre infine riferire un ultimo elemento sul quale occorre riflettere: le schede di autovalutazione delle 75 aziende che hanno istituito organismi misti non segnalano significativi risultati legati al funzionamento degli stessi. Per il momento l'introduzione di questi organismi non ha pertanto determinato modificazioni nella qualità e quantità dei rapporti tra le Aziende e le associazioni. La collaborazione con le associazioni è definita in

linea di massima positiva e stimolante sia dalle Aziende che hanno costituito organismi misti, sia dalle Aziende per il momento non l'hanno fatto.

7.b Le Conferenze dei servizi

La Conferenza dei servizi è stata introdotta dall'art. 14, comma 4, del D. Lgs. 502/92 "quale strumento per verificare l'andamento dei servizi".
Si tratta quindi di uno strumento che tutte le aziende sanitarie erano tenute a convocare almeno una volta l'anno già prima dell'introduzione della Carta dei servizi ed indipendentemente dall'adozione della stessa. Tuttavia la Carta quale strumento destinato al miglioramento della qualità dei servizi specifica gli argomenti che devono essere discussi nel corso della Conferenza e attribuisce alla stessa una precisa funzione operativa: la direttiva del gennaio 1994, che ha introdotto la Carta nel nostro ordinamento, al titolo II, art. 1 comma 4, afferma che gli standard adottati dall'azienda devono essere "sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche".
La Conferenza pertanto è la sede privilegiata di comunicazione e discussione circa gli obiettivi che l'azienda si impegna a perseguire e di verifica del loro raggiungimento.
La Conferenza é, inoltre, la sede della stipula del "patto" e della valutazione del rispetto degli impegni assunti.
La scheda di valutazione relativa alla Conferenza dei servizi è stata costruita con l'obiettivo di rilevare il numero delle aziende che avevano organizzato una Conferenza e nello stesso tempo di conoscere i risultati che da queste erano derivati e la loro significatività.

I dati tratti dalle relazioni regionali rilevano un grave ritardo nell'uso di questo strumento indipendentemente dall'adozione della Carta : solo il 16% (30) delle aziende con Carta hanno organizzato una Conferenza, ed il 4% (4) delle Aziende senza Carta.
Si evidenzia ancora una volta l'effetto di accelerazione nello sviluppo delle iniziative innovative legato all'adozione della Carta, ma il 16% è un valore certo molto basso che individua la Conferenza come uno degli aspetti di criticità del processo di attuazione della Carta.

Il **Piemonte** ad esempio nei programmi 1997 ha esplicitamente introdotto il tema della Conferenza dei servizi nella convinzione che in questa materia siano particolarmente necessarie direttive e supporti di fonte regionale.

Occorre tener presente, in chiave problematica che in diversi casi la Conferenza, assimilata ad un convegno di presentazione della Carta dei servizi, non è stata l'occasione per l'assunzione, da parte dell'azienda, di pubblici e verificabili impegni per il futuro.

E' invece positivo notare che soprattutto quando le aziende hanno lavorato per fare della Conferenza uno strumento veramente innovativo, ossia il momento di verifica dei risultati raggiunti, sebbene spesso parziali, e di progettazione e condivisione delle iniziative future, la soddisfazione degli operatori e delle associazioni è stata uno stimolo per l'organizzazione in tempi ravvicinati di una seconda Conferenza per proseguire sulla strada avviata.

In linea generale sono ritenuti soddisfacenti i rapporti con le associazioni; tuttavia viene segnalato il problema (**Regione Veneto**) della rappresentatività delle stesse. Nelle realtà in cui le associazioni sono più frammentate e quindi numerose appare indispensabile operare delle scelte non facili, facendo riferimento a criteri quali il maggiore impegno nelle attività delle strutture sanitarie o il maggior radicamento sul territorio aziendale, affinchè siano efficaci le attività di collaborazione e confronto.

Di seguito si segnalano gli esempi di Conferenze di servizi ritenuti più significativi:

⇒ **A. U.S.S.L. 39 di Milano**: sono state indette 2 Conferenze dei servizi. La prima destinata alla presentazione degli impegni contenuti nella prima bozza di Carta e la successiva a distanza di 9 mesi per l'aggiornamento della Carta e la presentazione dei risultati raggiunti. Entrambe si sono svolte in due sessioni: la prima rivolta agli operatori e la seconda rivolta al pubblico e alle associazioni. Sono stati presentati gli obiettivi e i risultati di breve periodo e nello stesso contesto sono state segnalate disfunzioni cercando di individuare i rimedi. I risultati sono ritenuti soddisfacenti specie per quanto riguarda i rapporti con i sindacati con i quali è stato possibile firmare un protocollo di collaborazione. Più difficile il rapporto con le associazioni che stentano ad avviare rapporti di collaborazione nei processi di miglioramento concreti, dimostrando talvolta una mentalità basata su di una pregiudiziale conflittualità.

⇒ **A. U.L.SS. di Padova**: ha organizzato una Conferenza che ha avuto come nucleo centrale la presentazione e la valutazione dei risultati di un'indagine sulla qualità dei servizi della Usl. E' in fase progettuale una seconda Conferenza per garantire una partecipazione ancora più allargata di associazioni e operatori.

⇒ **A U.S.L. Roma C**: ha indetto due Conferenze dei servizi a tema: la prima sull'umanizzazione, la seconda sull'accoglienza. Un documento con informazioni sui temi da discutere è stato preventivamente inviato ai partecipanti e su quella base sono stati così organizzati gli interventi. Nel corso delle conferenze si sono presentati e confrontati i contenuti dei lavori avviati o conclusi. La collaborazione con le associazioni è ritenuta pienamente soddisfacente.

⇒ **A.S.L. 6 di Palermo**: sono state indette due Conferenze . La prima si proponeva la presentazione ed il confronto circa il progetto di qualità globale che comprende anche la Carta dei servizi. "Tuttavia essendo il mondo del volontariato polimorfo e conflittuale al suo interno non si è pervenuti, come si sperava, alla definizione di un percorso congiunto". In vista della seconda Conferenza è stata definita una procedura cd. di "autoselezione" delle associazioni invitandole a presentare sulla base di uno schema fornito dall'azienda, programmi di collaborazione con i servizi aziendali negli ambiti previsti dalla Carta dei servizi. Solo le associazioni che hanno aderito alla proposta inviando i loro progetti sono state invitate a partecipare alla Conferenza. Su queste basi operative e concrete è stato possibile costruire, nel corso della Conferenza, gli impegni dell'azienda e i progetti di collaborazione.

8. CONCLUSIONI: VALUTAZIONE COMPLESSIVA E LINEE DI SVILUPPO

Per formulare una valutazione complessiva del processo di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale è necessario ricordare che gli obiettivi del processo di valutazione erano quelli di *verificare e approfondire i risultati* conseguiti in seguito all'introduzione della Carta dei servizi nelle aziende sanitarie e di *analizzare i problemi aperti* non per sanzionare ma per *individuare linee di sviluppo* a livello aziendale, regionale e nazionale.

In base a tali obiettivi e ai principi che hanno ispirato la valutazione, già richiamati nella premessa del presente Rapporto, la valutazione complessiva non è un giudizio finale, ma costituisce piuttosto la autovalutazione del livello centrale in relazione al Programma di attuazione della Carta dei servizi nel SSN e l'individuazione di linee prioritarie su cui orientare il piano di lavoro per il prossimo anno.

8.a Valutazione complessiva del Programma di attuazione della Carta dei servizi

La valutazione complessiva del Programma è articolata in punti di forza e punti di debolezza.

Punti di forza

Uno dei principali risultati della valutazione è la **conferma della scelta di operare secondo una logica di programma di attuazione**. La valutazione dimostra che i valori della qualità, della centralità del cittadino e della partecipazione, affermati dalla normativa della Carta dei servizi come anche dalla normativa di riforma del servizio sanitario (d.lgs. 502/92 e successive modifiche) non sono affatto facili da attuare, poiché implicano un cambiamento profondo della cultura organizzativa.

Il cambiamento auspicato può prodursi effettivamente solo attraverso programmi di indirizzo, supporto e valutazione, basati su una solida e ampia conoscenza della realtà applicativa.
Sicuramente i risultati conseguiti nel primo anno del Programma sono notevoli e si ricollegano anche nella percezione delle aziendeall'azione svolta dal livello centrale e da quello regionale e al metodo adottato nella conduzione del Programma: l'uso scarso della leva prescrittiva e il ricorso a processi che salgono dal basso (diffusione e confronto di casi esemplari, condivisione delle scelte strategiche e dei percorsi tattici, etc.).

Come è già stato detto nel cap.1, un secondo risultato importante è costituito dall'altissima partecipazione alla valutazione. Questa partecipazione, che ha raggiunto livelli di quasi unanimità, dimostra l'**esistenza di una generale disponibilità verso esperienze di valutazione** condotte con finalità e modalità non tradizionali, cioè finalizzate all'apprendimento e non al controllo, collegate all'autonomia e quindi orientate alla responsabilizzazione e non alla sanzione, e basate sulla autovalutazione e non sull'ispezione. L'elevato livello di adesione alla valutazione é la migliore conferma della validità del metodo impostato e partito in un clima di condivisione dei fini da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Una terza considerazione positiva è legata alla **funzione di impulso che l'introduzione della Carta dei servizi ha avuto sui processi di miglioramento della qualità e di ascolto del cittadino**. Come si è cercato di dimostrare, la Carta dei servizi ha "accelerato" l'adozione di strumenti di miglioramento, come gli standard di qualità, e di ascolto, come i reclami, anche se è ancora troppo presto per vedere effetti concreti legati all'utilizzo di questi strumenti per l'attivazione di reali processi di miglioramento. In pratica, si può affermare che il programma attuativo della Carta dei servizi ha avviato in maniera consistente e misurabile il cambiamento. Anche se il cambiamento non ha raggiunto un livello tale da produrre sensibili e diffusi miglioramenti del servizio e, soprattutto, per poter essere percepito dall'esterno, rimangono decisivi i segnali della presenza di una trasformazione reale in atto difficilmente reversibile.

Una quarta considerazione positiva non può che riferirsi alla **ricchezza e varietà di esperienze messe in campo dall'introduzione della Carta**. Come si è cercato di dimostrare attraverso la citazione di casi esemplari, la capacità progettuale e realizzativa autonoma delle aziende sanitarie ha dato luogo a una pluralità di esperienze e di soluzioni molto articolata. Tale pluralità dimostra la **vivacità organizzativa conseguente anche all'aziendalizzazione delle strutture sanitarie**, ed è testimone dell'esistenza di un patrimonio, spesso sconosciuto e sottoutilizzato, di risorse sensibili alle esigenze dei cittadini utenti e orientate al servizio e al miglioramento della qualità.
Il che conferma la validità dell'impianto *"bottom up"* del Programma fondato sulla convinzione che "l'innovazione tende spesso a nascere dal basso e quindi vale la pena anzitutto di renderla possibile, più che di imporla".[1]

Infine, un risultato a livello nazionale si può registrare anche da riscontri esterni al processo di valutazione. **Il settore della Sanità è il settore pubblico in cui si registrano i risultati più alti di attuazione della Carta dei servizi**. In seguito a un'audizione, svoltasi nel mese di ottobre 96 (cioè nel pieno del processo di valutazione), il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi, costituito presso il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha apprezzato positivamente il lavoro svolto nel settore della sanità e ha indicato linee di sviluppo e di collaborazione.
Anche questo é un risultato importante, che attesta la capacità del sistema organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso di rispondere alle sfide che la società civile lancia alla Pubblica Amministrazione.

Punti di debolezza

A fronte dei risultati positivi emersi dalla valutazione, nel Programma di attuazione della Carta dei servizi sussistono diverse criticità, che lo stesso processo di attuazione ha contribuito a far emergere. Le criticità possono essere raggruppate in due grandi classi: quelle che riguardano il "fronte interno" della Carta dei servizi (relativo ai processi di miglioramento e coinvolgimento del personale) e quelle che riguardano il "fronte esterno"

[1] B. Dente, "In un diverso Stato", Ed. Il Mulino, Bologna, 1996.

della Carta, cioè in generale al rapporto con i cittadini (pubblicizzazione degli impegni, partecipazione alla verifica, coinvolgimento delle associazioni, etc.).

Sul "fronte interno", bisogna riconoscere innanzitutto che **stentano a diffondersi i processi di miglioramento che l'introduzione della Carta dei servizi dovrebbe innescare**. Molti segnali emersi dalla valutazione tendono a configurare la Carta dei servizi più come adempimento normativo che non come reale opportunità di cambiamento. Per esempio, gli standard di qualità sono ormai piuttosto diffusi, ma solo poche aziende sanitarie hanno avviato processi di verifica degli standard, di analisi degli scostamenti e di avvio di azioni correttive o di ridefinizione degli standard. Analogamente, i sistemi formali di gestione dei reclami (regolamenti, procedure) sono ormai piuttosto diffusi, ma solo poche aziende dichiarano di utilizzare i reclami a fini di miglioramento; o ancora, le indagini di soddisfazione sono abbastanza diffuse, ma solo molto raramente le aziende sanitarie sono in grado di utilizzare i risultati raccolti per attivare iniziative di miglioramento.

Questo primo punto critico è certamente molto importante e non deve essere sottovalutato; ma è doveroso ricordare che la valutazione si riferisce al mese di luglio 1996, e quindi le indicazioni che emergono vanno lette tenendo conto del fatto che per molte aziende sanitarie era passato troppo poco tempo dalla definizione degli standard per la verifica (meno di un anno), o comunque per poter riscontrare effetti finali di miglioramento.

Un secondo aspetto, legato al precedente, è lo **scarso coinvolgimento del personale sui temi della Carta dei servizi.** La valutazione ha messo in evidenza che solo una metà circa delle aziende sanitarie che hanno adottato la Carta dei servizi ha adottato iniziative adeguate di coinvolgimento del personale interno e convenzionato. E' questo un aspetto evidentemente cruciale, che se disatteso rischia di far fallire il principio della Carta dei servizi secondo cui i soggetti erogatori "assicurano il rispetto" degli obiettivi di qualità indicati dagli standard. Per esempio, le difficoltà a definire e condividere le responsabilità in materia di reclami, o le difficoltà lamentate in relazione alla impossibilità di ridurre le liste di attesa se non attraverso l'aumento di organico, dimostrano che sono ancora sottovalutate le implicazioni organizzative profonde della Carta dei servizi, che invece può essere

un'occasione di revisione organizzativa dei processi, come dimostrano alcuni casi esemplari (basta pensare alle aziende che a seguito delle verifiche sulle liste di attesa hanno attivato iniziative di miglioramento con i medici di base e specialisti sull'appropriatezza delle prestazioni).

Sul fronte "esterno", l'aspetto più critico è sicuramente legato al **grado ancora troppo basso di conoscenza e di diffusione della Carta tra i cittadini**. La Carta dei servizi resta ancora un "oggetto sconosciuto" alla gran parte dei cittadini italiani, dato che le iniziative di pubblicizzazione si riferiscono a quote ancora minoritarie rispetto all'universo delle aziende sanitarie.Esistono certamente casi di comunicazione mirata dei contenuti della Carta dei servizi, ma ancora si tende a confondere la comunicazione della Carta come "patto tra l'azienda e i cittadini", riferita quindi a tutta la Carta, con la comunicazione dei contenuti della Carta alle diverse fasce di utenza.

Per valutare questo aspetto, è necessario tenere conto che in un settore come la sanità dove le aziende sanitarie e i soggetti erogatori sono organizzazioni molto grandi e complesse, con una enorme varietà di prestazioni e di strutture, la Carta dei servizi tende quasi inevitabilmente ad assumere una struttura articolata e talvolta anche una veste editoriale voluminosa. Risulta quindi difficile da riprodurre a costi contenuti, e pone in genere dei problemi di aggiornamento e di distribuzione. Solo la distinzione concettuale tra la Carta dei servizi (che in genere assume le sembianze di un fascicolo o di un libretto) e gli strumenti di comunicazione diretta, come gli opuscoli, i manifesti, la segnaletica, i messaggi su radio, tv e televideo, etc., può portare a risolvere il problema della pubblicizzazione della Carta dei servizi. Resta comunque da risolvere il problema dello sviluppo delle competenze di comunicazione nel personale degli Uffici per le relazioni con il pubblico, che sono presenti in quasi tutte le aziende sanitarie e che possono costituire, se opportunamente formati, le risorse qualificate di comunicazione e di ascolto dei cittadini.

Come conseguenza alla mancata conoscenza da parte dei cittadini della Carta e degli impegni assunti, si deve registrare la **persistenza di autoreferenzialità nella verifica dei risultati della Carta dei servizi**. Le conferenze di servizi previste dall'art.14 del d.lgs.

502/92, che dovrebbero costituire l'occasione di verificare i livelli di qualità con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, sono state svolte solo nel 12% delle aziende sanitarie (a luglio 1996; il dato è certamente cresciuto nella seconda parte dell'anno - la rilevazione è in corso). Come è stato già detto nel capitolo iniziale, anche le autovalutazioni compilate dalle aziende sanitarie che costituiscono la base del presente Rapporto sono sfuggite solo in quota ridotta a questo rischio di autoreferenzialità, dal momento che solo poche aziende sanitarie hanno corredato la propria autovalutazione con pareri di soggetti esterni (associazioni, cittadini, operatori, etc) come era stato suggerito.

I limiti nella pubblicizzazione e la persistenza dell'autoreferenzialità impongono una riflessione sull'effettività del "patto" con i cittadini. Un patto non è tale se non è conosciuto, condiviso e verificato dalla due parti; oggi la Carta dei servizi, che complessivamente si trova a un buon livello di attuazione, resta però ancora un'emanazione della volontà aziendale e non costituisce - se non in un numero percentualmente ridotto di casi - un vero "patto con l'utenza".

8.b Linee di sviluppo

La finalità del processo di valutazione è l'apprendimento, sulla base delle esperienze attuative, di conoscenze utili per orientare lo sviluppo del Programma. Dai punti di forza e di debolezza evidenziati dalla valutazione complessiva del programma di attuazione della Carta dei servizi nel SSN, e dalle valutazioni di merito espresse nei capitoli precedenti sui diversi aspetti specifici legati all'introduzione della Carta dei servizi nelle strutture sanitarie, emergono alcune linee che possono orientare lo sviluppo del programma nel prossimo anno.

Di seguito si indicano le principali di queste linee, fermo restando che si tratta di indicazioni tecniche che dovranno essere verificate dai livelli competenti alla formulazione di indirizzi regionali e nazionali.

Linea 1. Confermare la logica di processo del programma di attuazione

Il programma di attuazione della Carta dei servizi ha funzionato perchè ha assunto una logica di processo, basata sulla determinazione di obiettivi, sulla valutazione dei risultati a fronte degli obiettivi e sulla ridefinizione degli obiettivi in funzione dei gap e delle opportunità emerse dalla valutazione. Questa logica di processo richiede che almeno due fattori vengano ulterioriormente consolidati:

- *la rispondenza dell'architettura del programma con i livelli istituzionali del SSN*: in particolare, in coerenza con l'assetto generale del sistema sanitario, dovrebbero essere rafforzati i ruoli regionali nelle iniziative di supporto, il ruolo del coordinamento interregionale nella definizione di indirizzi e il ruolo centrale nello scambio e diffusione di esperienze;
- *la coerenza tra gli elementi di conoscenza acquisiti con la valutazione e le azioni* del programma in termini sia di indirizzo che di supporto: in particolare, il piano e gli obiettivi per l'anno 1997 del programma di attuazione della Carta dovrebbero essere basati sulle evidenze emerse in base al processo di valutazione, oltre che sugli indirizzi del nuovo Piano sanitario nazionale.

Linea 2. Diffondere metodi per il pieno utilizzo non autoreferenziale della Carta

Il processi di valutazione ha messo in evidenza come non sia stato ancora raggiunto il "pieno utilizzo" della Carta dei servizi, nonostante i buoni livelli di adozione della Carta e dei suoi strumenti più importanti, come gli standard dei servizi e i reclami. Nella linea già intrapresa nel corso del 1996, dovrebbero essere continuate iniziative di "apprendimento dall'esperienza" per la definizioni di metodologie operative basate sul confronto tra esperienze concrete a livello aziendale e regionale. In particolare, dovrebbero essere affrontati i seguenti temi, tesi a spezzare l'autoreferenzialità ancora presente nelle aziende sanitarie:

- *la pubblicizzazione della Carta dei servizi e degli impegni in essa contenuti* attraverso azioni di comunicazione mirate per destinatari e per strumenti utilizzati;
- *la gestione dei reclami* come risorsa positiva per l'azienda oltre che di tutela per il cittadino;

- *il coinvolgimento dei medici di medicina generale* e dei medici specialistici quali interlocutori privilegiati sui temi dell'accesso ai servizi;
- *lo svolgimento di indagini di soddisfazione degli utenti* e l'utilizzo dei risultati di tali indagini a fini di miglioramento
- *la definizione, in base alle esigenze degli utenti, degli standard di qualità,* e la verifica di tali standard sia con verifiche e riscontri interni sia attraverso indagini sulla qualità percepita.

Linea 3 Promuovere le Conferenze dei servizi, aperte agli utenti e alle loro associazioni, per la verifica della qualità (ai sensi dell'art.14 d.lgs. 502/92)

Se la Carta dei servizi costituisce davvero un patto tra l'azienda sanitaria e il cittadini, finalizzato al continuo miglioramento della qualità del servizio nell'interesse della collettività e dei singoli, è indispensabile che il patto sia periodicamente verificato con gli utenti e le loro associazioni. Lo strumento per questa verifica è dato dalla Conferenza dei servizi ex art. 14 d.lgs. 502/92, i cui livelli di attuazione sono ancora molto bassi, pur tenendo conto del fatto che i dati riportati in questo Rapporto sono aggiornati al luglio 1996 e che molte Conferenze dei servizi si sono svolte nella seconda metà del 96. Ma anche la preparazione, l'organizzazione e lo svolgimento della Conferenza di verifica della qualità dei servizi richiede metodi e competenze che dovrebbero essere sviluppati, con riguardo particolare a:

- *i soggetti partecipanti* alla Conferenza: organi e strutture dell'azienda, Commissioni, associazioni, volontariato, enti locali, regione, etc.
- *gli strumenti analitici* su cui si deve basare la verifica (indicatori di qualità ex art. 14, standard di qualità della Carta dei servizi, indagini di soddisfazione, monitoraggio dei reclami, etc)
- *i fattori critici* da presidiare perchè la Conferenza risulti utile (preparazione, svolgimento, verbalizzazione, esito, monitoraggio successivo, pubblicizzazione, etc.)
- *i ruoli, le modalità, la documentazione e i tempi* per le diverse fasi di preparazione, di svolgimento, di monitoraggio successivo della Conferenza.

Linea 4. Inserire riferimenti alla Carta dei servizi nei meccanismi regionali e nazionali di regolazione

L'attuazione della Carta dei servizi potrebbe rafforzarsi se fossero introdotti requisiti riferiti alla Carta nei principali meccanismi di regolazione della qualità nel Servizio sanitario nazionale, come ad esempio:

- *il Piano sanitario nazionale e i Piani sanitari regionali*
- *i requisiti di accreditamento* regionale delle strutture sanitarie
- *la valutazione regionale dei direttori generali* delle aziende sanitarie.

L'introduzione di riferimenti istituzionali alla Carta dei servizi nei meccanismi di regolazioni è un compito di indirizzo che spetta, nelle diverse competenze, allo Stato e alle regioni, e per il quale è necessario il rafforzamento del coordinamento già esistente tra il Ministero e le Regioni in materia di Carta dei servizi.

Linea 5. Allargare la base di soggetti erogatori coinvolti nel programma

Come già detto, il presente Rapporto tiene conto delle autovalutazioni compiute da aziende ospedaliere e aziende Usl (complessivamente indicate come aziende sanitarie): questo significa che l'area di soggetti erogatori interessata dalla valutazione della Carta dei servizi sanitari è ancora incompleta. In particolare, non sono compresi nella valutazione i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici che non sono aziende sanitarie regionali come gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i Policlinici universitari, gli Istituti ospedalieri classificati o religiosi. Queste classi di soggetti erogatori - tenuti ad adottare la Carta dei servizi allo stesso modo delle aziende sanitarie - non sono ancora stati interessati da un'azione omogenea di promozione della Carta dei servizi. L'allargamento della base applicativa della Carta a tutte le strutture sanitarie accreditate, pubbliche e private, resta quindi un obiettivo da perseguire nel 1997.

APPENDICE 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI
PROCESSO DI VALUTAZIONE

SCHEMI PER LE RELAZIONI DI AUTOVALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

(Direttiva Pres. Cons. Min. 27 gennaio 94, tit. II, art.5)

giugno 1996

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

Schemi per la stesura della relazione aziendale

Questo documento contiene, in allegato, tre schemi per lo sviluppo delle relazioni aziendali di autovalutazione dell'attuazione della Carta dei servizi, previste dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 (tit. II, art.5).

Il primo schema (allegato 1) è destinato alle aziende che hanno adottato la propria Carta con delibera aziendale.

Il secondo schema (allegato 2) va invece seguito dalle aziende che hanno avviato l'attuazione ma che non hanno ancora adottato la Carta.

Il terzo schema infine (allegato 3) è destinato a quelle aziende che ancora non avessero intrapreso alcuna iniziativa per l'adozione della Carta.

ALLEGATO 1

Schede per la relazione di valutazione delle aziende che hanno adottato la Carta dei Servizi

Premessa

1. Lo schema di relazione di autovalutazione è suddiviso in schede, secondo il seguente indice:

   SCHEDA 1: STATO DI ATTUAZIONE E OBIETTIVI DELLA CARTA DEI SERVIZI
   SCHEDA 2: RAGGIUNGIMENTO DEGLI STANDARD - UMANIZZAZIONE
   SCHEDA 3: RAGGIUNGIMENTO DEGLI STANDARD - TEMPI DI ATTESA
   SCHEDA 4: PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA E COMUNICAZIONE CON I CITTADINI
   SCHEDA 5: VERIFICHE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI
   SCHEDA 6: RECLAMI, RIMBORSI E ORGANISMI MISTI DI TUTELA
   SCHEDA 7: COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE
   SCHEDA 8: COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI
   SCHEDA 9: UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO
   SCHEDA 10: VALUTAZIONE COMPLESSIVA E NUOVE PRIORITÀ

2. Per ogni scheda viene proposta una traccia da sviluppare, attraverso una breve serie di domande guidate. Al fine di consentire confronti a livello regionale e nazionale le aziende sanitarie dovrebbero seguire lo schema rispondendo alle domande in modo sintetico.

3. Lo schema proposto segue un percorso logico che parte dagli obiettivi che l'azienda si è data nell'attuazione della Carta dei servizi (scheda 1), tocca tutti i punti salienti della Carta dei servizi (standard, reclami e tutela, indagini di soddisfazione, comunicazione con i cittadini, coinvolgimento del personale e delle associazioni - schede 2-9) e termina con una valutazione complessiva e con l'indicazione delle priorità di intervento a livello dell'azienda sanitaria (scheda 10).

4. Ogni scheda può essere compilata come meglio si ritiene. Si suggerisce comunque la massima essenzialità, in modo da limitare ciascuna scheda tra 1 e 2 pagine.

5. Nel compilare le schede, è opportuno riferire i principali dati oggettivi rilevati. Tabelle, figure e documenti rilevanti possono essere messi in allegato.

6. La Relazione può essere compilata dal Referente per la Carta dei servizi ma almeno le schede 1 e 10 dovrebbero essere predisposte dalla direzione generale dell'azienda sanitaria.

7. Si suggerisce di acquisire pareri e valutazioni dalle associazioni di tutela dei diritti e di volontariato sull'esperienza della prima fase di attuazione della Carta dei servizi, che possono essere allegate.

Per ulteriori informazioni sul processo di valutazione oppure rivolgersi al Referente regionale per la Carta dei servizi, o allo Sportello per la Carta dei servizi del Ministero della Sanità - Dipartimento della programmazione.

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 1
STATO DI ATTUAZIONE
E OBIETTIVI DELLA
CARTA DEI SERVIZI

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. Che cosa si aspettava la Direzione generale dall'attuazione della Carta dei servizi? *(indicare gli obiettivi aziendali della Carta dei servizi nella specifica situazione)*

2. Quali sono state la tappe principali dell'attuazione della Carta dei servizi nella vostra Azienda sanitaria? *(es. costituzione del gruppo di lavoro, nomina del referente, delibere formali, coinvolgimento del personale, pubblicazione della Carta, Conferenza dei servizi dedicata alla Carta, etc.)*

3. A chi è stata affidata la responsabilità dell'attuazione della Carta?
(indicare le caratteristiche e i motivi della scelta del referente interno della Carta)

4. **La Direzione generale ha verificato lo stato di attuazione della Carta dei servizi nei diversi reparti/servizi/presidi/distretti dell'Azienda?** *(indicare sinteticamente le modalità)*

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 2
RAGGIUNGIMENTO
DEGLI STANDARD
(UMANIZZAZIONE)

Azienda sanitaria_____
Regione _____

TEMA: UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE

1. La Carta dei servizi contiene standard o impegni relativi al tema della personalizzazione e umanizzazione? *(indicare di quali standard o impegni si tratta e se possibile perché sono stati scelti)*

2. Sono stati verificati (e, se possibile, misurati) i risultati effettivamente raggiunti?

3. Quali risultati sono stati effettivamente raggiunti rispetto agli obiettivi indicati dagli standard o impegni? Sono stati raccolti riscontri degli utenti? *Indicare sinteticamente i dati e le informazioni principali, relativamente agli standard o impegni più importanti.*

4. Quali sono i motivi degli scostamenti tra i risultati effettivi e gli obiettivi fissati dagli standard sul tema della umanizzazione e personalizzazione?

5. In base all'analisi degli scostamenti e dei riscontri sono state pianificate nuove iniziative e sono stati aggiornati gli standard o gli impegni nella Carta dei servizi?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 3
RAGGIUNGIMENTO
DEGLI STANDARD
(TEMPI DI ATTESA)

Azienda sanitaria_____
Regione _____

TEMA: TEMPI DI ATTESA

1. La Carta dei servizi contiene standard o impegni sui tempi di attesa? *(indicare di quali tipologie standard o impegni si tratta e se possibile perché sono stati scelte)*

2. Come sono stati verificati (e, se possibile, misurati) i risultati effettivamente raggiunti?

3. Quali risultati sono stati effettivamente raggiunti rispetto agli obiettivi indicati dagli standard o impegni relativi a questo tema? (*Indicare sinteticamente i dati e le informazioni principali, relativamente agli standard o impegni ritenuti più importanti.)*

4. Quali sono i motivi degli scostamenti tra i risultati effettivi e gli obiettivi fissati dagli standard sul tema indicato?

5. In base all'analisi degli scostamenti e di eventuali riscontri degli utenti sono state pianificate nuove iniziative e sono stati aggiornati gli standard o gli impegni nella Carta dei servizi?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 4
PUBBLICIZZAZIONE DELLA
CARTA E COMUNICAZIONE
CON I CITTADINI

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. Come sono stati fatti conoscere i contenuti della Carta dei servizi ai cittadini e/o agli utenti dei servizi? *(indicare le caratteristiche essenziali della modalità di pubblicizzazione della Carta)*

2. Sono state attuate iniziative di comunicazione sulla Carta dei servizi mirate a specifiche fasce di utenti? *(indicare quali iniziative e per quali fasce)*

3. Sono state attuate iniziative di comunicazione e di raccordo sui temi della Carta verso altre amministrazioni operanti sul territorio? *(indicare quali iniziative con quali modalità)*

4. Come saranno effettuati gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella Carta in merito alle strutture e ai servizi forniti ?

5. Sono state condotte verifiche sul grado di conoscenza effettiva dell'informazione da parte dei cittadini? Con quali risultati?

6. Come valutate complessivamente l'informazione fornita a cittadini e utenti? Come intendete provvedere nel prossimo futuro?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 5
VERIFICHE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. Sono state effettuate indagini e riscontri sulla soddisfazione degli utenti? *(indicare in quali ambiti e il numero di indagini svolte)*

2. Quali aspetti del servizio sono stati esaminati in queste indagini?

3. Il volontariato è stato coinvolto nella realizzazione delle indagini di soddisfazione?

4. Quanti utenti sono stati coinvolti complessivamente e per ogni indagine?

5. Con quali metodi sono state svolte le indagini di soddisfazione?

6. Quali indicazioni hanno dato i risultati di queste indagini?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 6
RECLAMI, RIMBORSI E ORGANISMI MISTI DI TUTELA

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. E' stata introdotta formalmente una procedura per la gestione dei reclami? *(indicare le caratteristiche essenziali della procedura)*

2. Come valutate il funzionamento della procedura dei reclami? Quanti reclami sono pervenuti? *(indicare il periodo di riferimento)*

3. Quali indicazioni sono emerse dall'analisi dei reclami?

4. E' stato applicato il meccanismo del bonus/malus?

5. Sulla base dei riscontri in vostro possesso, come valutate l'applicazione di meccanismi di rimborso nel vostro contesto?

6. Sono funzionanti organismi misti di tutela con le associazioni di tutela dei diritti e del volontariato?

7 Sulla base dei riscontri in vostro possesso, come valutate il funzionamento di questi organismi nel vostro contesto?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 7
COINVOLGIMENTO
DEL PERSONALE

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. Come è stata fatta conoscere la Carta dei servizi al personale dell'Azienda? *(indicare le caratteristiche essenziali della modalità di comunicazione interna della Carta)*

2. Sono state attuate iniziative di comunicazione sulla Carta dei servizi mirate a strutture e professionisti convenzionati? *(medici di base, farmacie, laboratori, case di cura, cooperative di servizi, etc.)*

3. Sono stati attivate iniziative di responsabilizzazione e/o di formazione collegate alla Carta dei Servizi per il personale dell'Azienda?

4. Sono state assegnate specifiche responsabilità interne per la misurazione e la verifica degli standard?

6. Sulla base dei riscontri in vostro possesso, come valutate complessivamente i risultati di coinvolgimento del personale in termini di conoscenza e responsabilizzazione sulla Carta dei Servizi? Come intendete procedere nel prossimo futuro?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 8
COINVOLGIMENTO DELLE
ASSOCIAZIONI DI
VOLONTARIATO

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. E' stata indetta, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs 502/92, una Conferenza dei servizi aperta alle associazioni di tutela dei diritti e di volontariato per discutere la Carta dei servizi? *(indicare le modalità con cui è stata indetta la Conferenza dei servizi)*

2. Quante associazioni di tutela dei diritti e di volontariato hanno partecipato alla Conferenza dei servizi o ad altre iniziative di partecipazione (es. protocolli di intesa, analisi congiunte della qualità, etc) indette ai sensi dell'art.14?

3. Avete avuto riscontri dalle associazioni, o potete ottenere loro pareri e valutazioni sulla Carta dei servizi, sui reclami, sugli standard, etc.? *(eventualmente allegare)*

4. Come valutate complessivamente la partecipazione delle associazioni di tutela dei diritti e di volontariato?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 9
UFFICIO PER LE RELAZIONI
CON IL PUBBLICO

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. E' stato attivato l'Ufficio per le relazioni con il pubblico presso la vostra azienda? *(indicare le caratteristiche, da quanto tempo , le modalità di funzionamento, il ruolo del responsabile, la composizione dell'équipe, eventuali punti informazione attiivati)*

2. Nell'organizzazione aziendale quale posizione in organigramma occupa l'URP?

3. Quali sono le attività affidate all'URP per l'attuazione della Carta dei servizi? *(es. comunicazione con i cittadini; coinvolgimento personale; rapporti con il volontariato; gestione diretta dei questionari di soddisfazione; gestione reclami; monitoraggio reclami; etc.; Indicare con quali modalità vengono svolte queste attività)*

4. Come valutate complessivamente l'attività dell'URP in relazione al processo di attuazione della Carta?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

SCHEDA 10
VALUTAZIONE
COMPLESSIVA
E NUOVE PRIORITÀ

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. Complessivamente, come valutate la vostra esperienza di attuazione della Carta dei servizi? *(indicare punti critici, punti di forza e i motivi per cui ritenete che sia stata utile o meno rispetto agli obiettivi aziendali citati nella scheda 1)*

2. Quali sono le linee prioritarie di intervento su cui intendete agire per migliorare l'applicazione della Carta dei Servizi?

3. Avete delle esigenze di supporto particolari da segnalare alla Regione o al Ministero?

ALLEGATO 2

Scheda per la relazione di valutazione delle aziende che hanno avviato l'attuazione ma che non hanno ancora adottato la Carta

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. **Quali iniziative avete preso o state prendendo per l'adozione della Carta dei Servizi?**

2. **Sono stati compiuti atti formali relativamente all'adozione della Carta dei Servizi?**

3. **Quali sono i motivi per cui la vostra azienda non ha ancora adottato la Carta?**

4. **Quali risultati avete raggiunto finora?**

5. **Quali sono i principali problemi aperti?**

6. **Attraverso quali linee di lavoro, quali passi e quali tempi intendete procedere per adottare la Carta dei Servizi?**

7. **Avete particolari esigenze di supporto da segnalare alla Regione o al Ministero?**

ALLEGATO 3

Scheda per la relazione di valutazione delle aziende che non hanno ancora avviato il processo di diffusione della Carta dei Servizi

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

Azienda sanitaria_____
Regione _____

1. **Indicare i motivi per cui l'azienda non ha attivato il processo di attuazione della Carta.**

2. **Indicare le iniziative che l'azienda intende prendere e i tempi di attuazione.**

APPENDICE 2

SCHEDA PER REGIONI
proposta di dettaglio

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI
PROCESSO DI VALUTAZIONE

SCHEMA PER LE RELAZIONI REGIONALI SULLA AUTOVALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

settembre 1996

PREMESSA

Questo documento contiene uno schema per lo sviluppo, da parte delle Regioni, delle relazioni di valutazione dei risultati e del processo attuativo della Carta dei servizi.
La relazione regionale, da inviare al Ministero della Sanità entro il 15 ottobre 1996, dovrà basarsi sulle relazioni di autovalutazione redatte dalle singole aziende sanitarie.
Lo schema di seguito presentato si propone due obiettivi:

- facilitare il lavoro dei referenti regionali;
- garantire l'omogeneità di lettura delle informazioni contenute nelle relazioni aziendali.

A questo scopo esso è composto da 10 sezioni, corrispondenti alle analoghe schede di valutazione aziendale (nella versione dell'allegato 1).
Quasi tutte le sezioni, inoltre, sono aperte da una tabella intesa a consentire una classificazione omogenea dei dati da regione a regione e a mettere a disposizione delle Regioni un primo materiale organizzato su cui basare la valutazione.
Va sottolineato, tuttavia, che la tabulazione dei dati non è altro che una premessa al lavoro di valutazione che deve invece concentrarsi sulle successive domande qualitative.
Inoltre, lo sviluppo dello schema proposto non può considerarsi sostitutivo di iniziative regionali di arricchimento della valutatazione in funzione delle specifiche esigenze di approfondimento e di intervento.
Si segnala, infine, all'attenzione delle Regioni la rilevanza della sezione 10 che costituisce la componente qualificante della relazione.

INDICE DELLE SEZIONI

SEZIONE 1: STATO DI ATTUAZIONE E OBIETTIVI DELLA CARTA DEI SERVIZI
SEZIONE 2: VERIFICA DEGLI STANDARD (UMANIZZAZIONE)
SEZIONE 3: VERIFICA DEGLI STANDARD (TEMPI DI ATTESA)
SEZIONE 4: PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA E DEI SUOI CONTENUTI
SEZIONE 5: VERIFICHE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI
SEZIONE 6: TUTELA
SEZIONE 7: COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE
SEZIONE 8: COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI
SEZIONE 9: GLI UFFICI PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO
SEZIONE 10: VALUTAZIONE COMPLESSIVA

NOTA GENERALE ALLA COMPILAZIONE DELLE TABELLE

Al fine di rendere meno onerosa la compilazione, le tabelle contengono prestampate le denominazioni delle aziende presenti nella regione così come risultano dagli archivi ministeriali.
Ogni Regione può effettuare gli eventuali aggiornamenti all'elenco delle aziende, oppure aggiungere, nella sezione "Altri enti erogatori", gli IRCSS, i policlinici e gli istituti privati che hanno inviato le schede di autovalutazione.
Per quanto riguarda le aziende che non hanno inviato nessuna scheda di autovalutazione, queste vanno segnalate nella prima tabella alla colonna 1 ("non risponde"), nelle seguenti tabelle tali aziende vanno barrate e le righe corrispondenti non vanno compilate.

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 1: STATO DI ATTUAZIONE E OBIETTIVI DELLA CARTA DEI SERVIZI

1. Stato di attuazione: compilare la tab. 1 sulla base della legenda

2. Qual'è la valutazione della situazione da parte della Regione? Quali sono le difficoltà indicate dalle aziende che ancora non hanno adottato la Carta (Allegato 2)? Quali sono le eventuali linee di intervento per modificare la situazione?

3. Elencare la tipologia degli obiettivi aziendali citati più frequentemente.

4. Segnalare, anche riportando brani delle relazioni aziendali, gli obiettivi più interessanti sotto il profilo dell'originalità, dell'approfondimento e della personalizzazione rispetto alla realtà aziendale.

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 2: VERIFICA DEGLI STANDARD (UMANIZZAZIONE)

1. Verifica degli standard e degli impegni di umanizzazione/personalizzazione: compilare la tab. 2 sulla base della legenda

2. Elementi che emergono dalle relazioni aziendali in merito a:
⇒ *temi ai quali sono applicati più frequentemente gli standard o gli impegni (strutture, relazioni con il personale, accoglienza, informazione, ecc.)*
⇒ *metodi utilizzati per la verifica dei risultati*

3. Segnalare, se possibile, i casi aziendali più interessanti dal punto di vista della gestione, dell'utilizzo e della comunicazione degli standard o degli impegni.

4. Quale è la valutazione regionale sulla efficacia e sul funzionamento degli standard?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 3: VERIFICA DEGLI STANDARD (TEMPI DI ATTESA)

1. Verifica degli standard e degli impegni sui tempi di attesa: compilare la tab. 3 sulla base della legenda

2. Elementi che emergono dalle relazioni aziendali in merito a:
⇒ *settori ai quali sono applicati più frequentemente gli standard o gli impegni (ambito ospedaliero/ambito servizi territoriali, tutti i servizi/alcuni servizi mirati, ecc.)*
⇒ *metodi utilizzati per la verifica dei risultati*
⇒ *metodi per l'aggiornamento e il miglioramento*

3. Segnalare, se possibile, i casi aziendali più interessanti dal punto di vista della gestione, dell'utilizzo e della comunicazione degli standard o degli impegni.

4. Quale è la valutazione regionale sulla efficacia e sul funzionamento degli standard?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 4: PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA E DEI SUOI CONTENUTI

1. Livello di pubblicizzazione della Carta ai cittadini: compilare la tab. 4 sulla base della legenda

2. Elementi che emergono dalle relazioni aziendali in merito a:
⇒ *contenuti più frequentemente comunicati (la Carta aziendale nel suo complesso, schede di sintesi per argomenti, selezione mirata di volta in volta, ecc.)*
⇒ *settori/fasce di utenti cui più frequentemente le aziende hanno rivolto iniziative mirate*
⇒ *metodi utilizzati per l'aggiornamento delle informazioni*

3. Segnalare, eventualmente, i casi aziendali più interessanti dal punto di vista della originalità ed efficacia delle iniziative svolte e sotto il profilo della gestione dell'intero processo di diffusione della conoscenza.

4. Quale è la valutazione regionale sulle azioni finora svolte per la diffusione della conoscenza della Carta e dei suoi contenuti sul territorio?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 5 - INDAGINI DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

1. Effettuazione delle indagini di soddisfazione: compilare la tab. 5 sulla base della legenda

2. Elementi che emergono dalle relazioni aziendali in merito a:
⇒ *ambiti di indagine (ospedaliero, ambulatoriale, med. di base, territorio)*
⇒ *aspetti tecnici: metodi utilizzati (questionari autocompilati, interviste personali, interviste telefoniche); ampiezze campionarie e percentuali di risposta degli utenti; scelta degli intervistatori (personale interno, volontariato, incarichi a società demoscopiche, etc)*
⇒ *indicazioni emerse dalle autovalutazioni delle aziende (difficoltà, utilità, programmi di rafforzamento)*

3. Segnalare se possibile i casi di svolgimento di indagini particolarmente accurate e ben utilizzate per il miglioramento dei servizi

4. Qual è la valutazione regionale sullo stato di effettuazione e sull'utilità delle indagini di soddisfazione svolte dalle aziende?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 6 - RECLAMI E MECCANISMI DI TUTELA

1. Raccolta e gestione dei reclami: compilare la tab. 6 sulla base della legenda

2. Elementi che emergono dalle relazioni aziendali in merito a:
⇒ *tipo di reclami raccolti (es. scritti/verbali; lamentele/suggerimenti; diretti/mediati dalle associazioni)*
⇒ *argomenti dei reclami, eventuali classificazioni utilizzate, etc.*
⇒ *indicazioni emerse dalle autovalutazioni delle aziende (difficoltà, utilità, programmi di rafforzamento)*

3. Segnalare se possibile i casi di gestione dei reclami particolarmente efficaci per il miglioramento dei servizi

4. Qual'è la valutazione regionale sullo stato di attivazione e sull'utilità delle procedure di gestione dei reclami nelle aziende sanitarie?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 7: COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

1. Modalità di diffusione della Carta e di coinvolgimento del personale (domanda 1): compilare la tab. 7a sulla base della legenda

2. Modalità di diffusione della Carta e di coinvolgimento dei medici di medicina generale (domanda 2): compilare la tab. 7b sulla base della legenda

3. Elementi che emergono dalle relazioni aziendali in merito a:
⇒ *Modalità più frequenti per il coinvolgimento del personale (formazione, partecipazione alla definizione dei contenuti della Carta, comunicazione interna, ecc.)*
⇒ *Attribuzione di responsabilità interne per la misura e la verifica degli standard.*

4. Segnalare i casi più interessanti e completi di coinvolgimento del personale e dei professionisti o delle strutture convenzionate

5. Quale è la valutazione regionale sul livello di coinvolgimento del personale aziendale e convenzionato? Quali sono i risultati e i problemi più importanti? Quali iniziative si intende prendere?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 8 - CONFERENZE DEI SERVIZI E PARTECIPAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI

1. Svolgimento della Conferenza dei servizi: compilare la tab. 8 sulla base della legenda

3. Quali elementi emergono dalle relazioni aziendali in merito alla partecipazione delle associazioni di tutela dei diritti:
⇒ *problema della rappresentatività e modalità di selezione per la partecipazione agli organismi misti*
⇒ *atteggiamenti delle associazioni percepiti dalle aziende (es. antagonismo, collaborazione, etc.)*
⇒ *pareri delle associazioni sulla Carta dei servizi se allegati alle relazioni di autovalutazione*
⇒ *indicazioni emerse dalle autovalutazioni delle aziende in merito alla partecipazione (difficoltà, utilità, programmi di rafforzamento)*

4. Segnalare se possibile i casi di partecipazione delle associazioni particolarmente interessanti per la soluzione di problemi comuni (es. come indire e svolgere la Conferenza, come risolvere il problema della partecipazione agli org. misti)

5. Qual è la valutazione regionale sullo stato di partecipazione delle associazioni e sulla reale utilità delle Conferenze dei servizi?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 9: GLI UFFICI PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO

1. Ufficio relazioni con il pubblico: compilare la tab. 9 sulla base della legenda

2. Quale è la valutazione regionale sul ruolo svolto dall'URP in merito alla elaborazione della Carta e alla diffusione dei suoi contenuti all'interno e all'esterno delle aziende?

CARTA DEI SERVIZI
RELAZIONE DELLA REGIONE _____

SEZIONE 10: VALUTAZIONE COMPLESSIVA

1. Come le aziende valutano, nel complesso, la loro esperienza attuativa?
Indicare le tipologie di valutazione e le priorità più frequenti e/o significative

2. Quali sono le principali esigenze di supporto espresse?

3. Come valutate complessivamente le esperienze aziendali di attuazione della Carta nella regione? Quali sono i principali punti di forza e di debolezza?

4. Quali sono i casi aziendali che appaiono più significativi e avanzati?

5. Quali sono le azioni finora intraprese dalla Regione per l'attuazione della Carta e per l'avvio di un processo di miglioramento del servizio?

6. Quali sono i risultati raggiunti da queste azioni? Quali i principali problemi?

7. Quali sono gli interventi e le azioni che la Regione intende promuovere per assicurare l'adozione e lo sviluppo della Carta da parte delle aziende?

tab.1: stato di attuazione

REGIONE _____

Aziende	non risponde	Carta adottata	Delibera di impegno con iniziative in atto	Delibera di impegno senza iniziative in atto	Iniziative in atto senza delibera di impegno	Nessuna iniziativa in atto
aziende USL						
aziende ospedaliere						
altri enti erogatori						
totale						

LEGENDA

Non risponde: *aziende che non hanno* ***inviato nessuna scheda di autovalutazione***
Carta adottata: *aziende che hanno adottato formalmente la Carta (compilazione all.1)*
Delibera di impegno con iniziative in atto: *aziende che hanno formulato una delibera di impegno all'adozione della Carta, hanno lavorato conseguentemente (formazione del gruppo di lavoro, nomina del referente, azioni di coinvolgimento del personale, definizione di standard, ecc.) e hanno una previsione circa i tempi di adozione formale della Carta (compilazione all. 2 o 1)*
Delibera di impegno senza iniziative in atto: *aziende che hanno formulato una delibera di impegno all'adozione della Carta ma che, pur avendo costituito un gruppo, non hanno lavorato conseguentemente e la cui previsione circa i tempi di adozione della Carta appare incerta (compilazione all.2)*
Iniziative in atto senza delibera di impegno: *aziende che pur non avendo formulato una delibera di impegno all'adozione della Carta hanno lavorato alla costruzione della Carta (formazione del gruppo di lavoro, nomina del referente, azioni di coinvolgimento del personale, definizione di standard, ecc.) (compilazione all.2)*
Nessuna iniziativa in atto: *aziende che non hanno compiuto passi rilevanti per l'adozione della Carta (compilazione all.3)*

tab.2: verifica degli standard e degli impegni di umanizzazione/personalizzazione

REGIONE _____

Aziende		VERIFICA				RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI			EFFETTI DELLE VERIFICHE		
	nessuno standard	no	in progetto	in parte	si	basso	medio	alto	nessuna iniziativa	analisi dei risultati	azioni di migliora mento
aziende USL											
aziende ospedaliere											
altri enti erogatori											
totale											

LEGENDA

VERIFICA
nessuno standard*: l'azienda non ha adottato nessuno standard/impegno (dom.1 o all. 2 e 3)*
no*: non è stata effettuata nessuna verifica degli standard/impegni (dom.2)*
in progetto: *l'azienda ha un programma per l'effettuazione di verifiche sistematiche (dom.2)*
in parte: *l'azienda ha effettuato verifiche sporadiche o parziali (dom.2/3)*
si: *l'azienda ha effettivamente verificato il raggiungimento degli standard/impegni, eventualmente raccogliendo riscontri degli utenti (dom.2/3)*
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
(da compilare solo nei casi in cui sia stata compilata la colonna "si" o la colonna "in parte")
basso: *l'azienda dichiara di non aver raggiunto gli obiettivi fissati dagli standard (dom.3)*
medio: *l'azienda dichiara di aver raggiunto solo in parte gli obiettivi fissati dagli standard (dom.3)*
alto: *l'azienda dichiara di aver raggiunto gli obiettivi fissati dagli standard (dom.3)*
EFFETTI DELLA VERIFICA
(da compilare solo nei casi in cui sia stata compilata la colonna "si" o la colonna "in parte")
nessuna iniziativa: *in seguito ai risultati della verifica non è stata presa nessuna iniziativa di approfondimento (nessuna risposta alle domande 3/4/5 o risposte generiche di intenti)*
analisi dei risultati: *esistono motivazioni circa gli scostamenti dagli obiettivi o, comunque, è stata attivata una funzione di analisi delle motivazioni dei risultati raggiunti (risposta alle domande 3/4)*
azioni di miglioramento: *sono state pianificate o attuate iniziative organizzative o sono stati aggiornati gli standard in funzione delle verifiche effettuate e dell'analisi dei risultati (risposta alla domanda 5)*

tab.3: verifica degli standard e degli impegni sui tempi di attesa

REGIONE _____

Aziende		VERIFICA				RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI			EFFETTI DELLE VERIFICHE		
	nessuno standard	no	in progetto	in parte	si	basso	medio	alto	nessuna iniziativa	analisi dei risultati	azioni di migliora mento
aziende USL											
aziende ospedaliere											
altri enti erogatori											
totale											

LEGENDA

VERIFICA
nessuno standard*: l'azienda non ha adottato nessuno standard/impegno (dom.1 o all. 2 e 3)*
no*: non è stata effettuata nessuna verifica degli standard/impegni (dom.2)*
in progetto: *l'azienda ha un programma per l'effettuazione di verifiche sistematiche (dom.2)*
in parte: *l'azienda ha effettuato verifiche sporadiche o parziali (dom.2/3)*
si: *l'azienda ha effettivamente verificato il raggiungimento degli standard/impegni, eventualmente raccogliendo riscontri degli utenti (dom.2/3)*
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
(da compilare solo nei casi in cui sia stata compilata la colonna "si" o la colonna "in parte")
basso: *l'azienda dichiara di non aver raggiunto gli obiettivi fissati dagli standard (dom.3)*
medio: *l'azienda dichiara di aver raggiunto solo in parte gli obiettivi fissati dagli standard (dom.3)*
alto: *l'azienda dichiara di aver raggiunto gli obiettivi fissati dagli standard (dom.3)*
EFFETTI DELLA VERIFICA
(da compilare solo nei casi in cui sia stata compilata la colonna "si" o la colonna "in parte")
nessuna iniziativa: *in seguito ai risultati della verifica non è stata presa nessuna iniziativa di approfondimento (nessuna risposta alle domande 3/4/5 o risposte generiche di intenti)*
analisi dei risultati: *esistono motivazioni circa gli scostamenti dagli obiettivi o, comunque, è stata attivata una funzione di analisi delle motivazioni dei risultati raggiunti (risposta alle domande 3/4)*
azioni di miglioramento: *sono state pianificate o attuate iniziative organizzative o sono stati aggiornati gli standard in funzione delle verifiche effettuate e dell'analisi dei risultati (risposta alla domanda 5)*

tab.4: livello di pubblicizzazione della Carta ai cittadini

REGIONE _____

Aziende	nullo	in programma	basso	medio	alto
aziende USL					
aziende ospedaliere					
altri enti erogatori					
totale					

LEGENDA

nullo: *aziende che non hanno svolto alcuna forma di pubblicizzazione (non risponde alla dom. 1 o all. 2/3)*
in programma: *aziende che non hanno svolto alcuna forma di pubblicizzazione, ma hanno in progetto iniziative significative di comunicazione verso gli utenti (dom. 1/2)*
basso: *aziende che hanno pubblicizzato l'esistenza della Carta (ad esempio pubblicità a mezzo stampa e tv locali) e/o hanno inviato la Carta limitatamente a soggetti istituzionali (ordini professionali, enti, ecc.), lasciando eventualmente la Carta in consultazione presso le sedi dei servizi o su richiesta (dom. 1/2)*
medio: *aziende che, oltre alle iniziative precedenti (livello basso) hanno distribuito la Carta ai medici di medicina generale, alle farmacie, agli URP esistenti nel territorio, ecc.) (dom. 1/2/3)*
alto: *aziende che, oltre alle iniziative precedenti (livello basso e medio) hanno svolto azioni di diffusione dei contenuti della Carta mirate a fasce significative di utenti (ad esempio campagne di informazione diretta, affissione di manifesti, opuscoli per fasce di età o categorie a rischio, rubriche fisse su mass media, ecc.) (dom. 2/3/4)*

tab.5: effettuazione delle indagini di soddisfazione

REGIONE _____

Aziende	nessuna indagine	indagini in programma	indagini realizzate	indagini realizzate e utilizzate
aziende USL				
aziende ospedaliere				
altri enti erogatori				
totale				

LEGENDA

nessuna indagine*: l'azienda non ha svolto nè prevede di svolgere nessuna verifica della soddisfazione degli utenti o lo prevede in modo generico*
indagini in programma*: nella relazione di autovalutazione l'azienda prevede i tempi e gli ambiti per lo svolgimento di indagini di soddisfazione*
indagini realizzate*: è stata compiuta almeno un'indagine significativa di cui sono disponibili i risultati*
indagini realizzate e utilizzate*: in seguito alle indagini sono state avviate azioni di miglioramento le indagini vengono utilizzate a scopo di verifica sistematica della qualità*

tab.6: raccolta e gestione dei reclami

REGIONE _____

Aziende	PROCEDURA FORMALE		RACCOLTA DEI RECLAMI		GESTIONE DEI RECLAMI		ORGANISMI MISTI DI TUTELA	
	non esiste	esiste	solo URP	URP + altri	sola risposta	risposta + azioni	non esiste	esiste
aziende USL								
aziende ospedaliere								
altri enti erogatori								
totale								

LEGENDA

PROCEDURA FORMALE
indicare alle colonne corrispondenti l'esistenza o meno di una procedura riconosciuta per la raccolta dei reclami
RACCOLTA DEI RECLAMI
indicare alle colonne corrispondenti se la raccolta dei reclami avviene esclusivamente attraverso l'URP aziendale o anche attraverso associazioni di volontariato o altri organismi
GESTIONE DEI RECLAMI
indicare alle colonne corrispondenti se la gestione dei reclami si limita alla sola risposta al reclamante o sono state avviate azioni di miglioramento della qualità e di intervento organizzativo
ORGANISMI MISTI DI TUTELA
indicare alle colonne corrispondenti l'esistenza o meno di organismi misti di tutela

tab.7a: modalità di diffusione della Carta e di coinvolgimento del personale

REGIONE _____

Aziende	nessuna diffusione	in programma	distribuzione parziale o limitata	distribuzione a tutto il personale	iniziative significative di coinvolgimento
aziende USL					
aziende ospedaliere					
altri enti erogatori					
totale					

LEGENDA

nessuna diffusione: *l'azienda non ha attivato significative iniziative per portare a conoscenza del personale i contenuti della Carta*
in programma: *l'azienda indica tempi e modalità di attuazione di significative iniziative di coinvolgimento del personale*
distribuzione parziale o limitata: *l'azienda ha diffuso la Carta limitatamente ai soli responsabili o a specifici settori aziendali*
distribuzione a tutto il personale: *l'azienda ha diffuso la Carta a tutto il personale aziendale*
iniziative significative di coinvolgimento: *l'azienda ha attivato forme di coinvolgimento verso fasce significative di personale (partecipazione diffusa all'elaborazione, riunioni di presentazione, azioni di responsabilizzazione, ecc.)*

tab.7b: modalità di diffusione della Carta e di coinvolgimento dei MMG

REGIONE _____

Aziende	nessuna diffusione	in programma	distribuzione della Carta	iniziative significative di coinvolgimento
aziende USL				
aziende ospedaliere				
altri enti erogatori				
totale				

LEGENDA

nessuna diffusione: *l'azienda non ha attivato significative iniziative di sensibilizzazione nei confronti dei medici di medicina generale*
in programma: *l'azienda indica tempi e modalità di attuazione di significative iniziative di coinvolgimento dei medici di medicina generale*
distribuzione della Carta: *l'azienda ha diffuso la Carta a tutti i medici di medicina generale*
iniziative significative di coinvolgimento: *l'azienda ha attivato forme di coinvolgimento nei confronti dei medici di medicina generale (comitati per la definizione di linee-guida e protocolli per l'appropriatezza delle prescrizioni, circolazione di news-letters, programmi per la qualità del servizio in ambulatorio, ecc.)*

tab.8: svolgimento della Conferenza dei servizi

REGIONE _____

Aziende	nessuna Conferenza dei servizi	Conferenza dei servizi in programma	Conferenza dei servizi già svolta	Conferenza dei servizi già svolta con risultati significativi
aziende USL				
aziende ospedaliere				
altri enti erogatori				
totale				

LEGENDA

nessuna Conferenza dei servizi: *non è ancora stata indetta nessuna Conferenza dei servizi ai sensi dell'art.14*
Conferenza dei servizi in programma: *nella relazione di autovalutazione sono previsti i tempi per lo svolgimento della Conferenza dei servizi ai sensi dell'art.14;*
Conferenza dei servizi già svolta: *é stata indetta ed effettivamente svolta almeno una Conferenza dei servizi, ma non si apprezzano particolari risultati*
Conferenza dei servizi già svolta con risultati significativi: *dallo svolgimento della Conferenza dei servizi e più in generale dalla collaborazione con le associazioni si sono ottenuti risultati dichiarati soddisfacenti dalle aziende e dalle associazioni*

tab.9: ufficio relazioni con il pubblico

REGIONE _____

Aziende	ATTIVAZIONE		COLLOCAZIONE ORGANIZZATIVA		ARTICOLAZIONE	
	no	si	staff	altro	sede unica	punti informativi
aziende USL						
aziende ospedaliere						
altri enti erogatori						
totale						

LEGENDA

ATTIVAZIONE
indicare alle colonne corrispondenti l'attivazione o meno, all'interno dell'azienda, dell'ufficio relazioni con il pubblico
COLLOCAZIONE ORGANIZZATIVA
indicare alle colonne corrispondenti se l'azienda ha attivato l'ufficio relazioni con il pubblico in una posizione di staff della direzione generale o in altra posizione nell'organigramma aziendale
ARTICOLAZIONE
indicare alle colonne corrispondenti se l'ufficio relazioni con il pubblico ha un'unica sede all'interno dell'azienda o sono stati attivati più punti informativi e di ascolto

APPENDICE 3

ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI
PROCESSO DI VALUTAZIONE

TABELLE STATISTICHE
DATI PER REGIONE

tab.0: Quadro di sintesi delle valutaz. reg. pervenute

REGIONI	REGIONI CHE HANNO RISPOSTO	TOTALE AZIENDE	TOTALE AZIENDE CHE HANNO RISPOSTO	
PIEMONTE	x	29	29	100%
BOLZANO	x	4	4	100%
AOSTA	x	1	0	0%
LOMBARDIA	x	60	59	98%
TRENTO	x	1	1	100%
VENETO	x	24	23	96%
FRIULI	x	8	8	100%
LIGURIA	x	8	8	100%
EMILIA	x	18	18	100%
TOSCANA	x	16	16	100%
UMBRIA	x	7	7	100%
MARCHE	x	16	16	100%
LAZIO	x	15	12	80%
ABRUZZO	x	6	5	83%
MOLISE	x	4	4	100%
CAMPANIA	x	20	19	95%
PUGLIA	x	17	16	94%
BASILICATA	x	6	6	100%
CALABRIA	x	15	14	93%
SICILIA	x	26	26	100%
SARDEGNA	x	9	8	89%
totale	**21**	**310**	**299**	**1**

tab.1: stato di attuazione

REGIONI	TOTALE AZIENDE	non risponde	Carta adottata	Delibera di impegno con iniziative in atto	Delibera di impegno senza iniziative in atto	Iniziative in atto senza delibera di impegno	Nessuna iniziativa in atto
PIEMONTE	29	0	29	0	0	0	0
BOLZANO	4	0	2	1	0	1	0
AOSTA	1	1	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	60	1	26	21	8	2	2
TRENTO	1	0	1	0	0	0	0
VENETO	24	1	13	7	0	3	0
FRIULI	8	0	5	2	0	1	0
LIGURIA	8	0	5	3	0	0	0
EMILIA	18	0	9	7	0	2	0
TOSCANA	16	0	16	0	0	0	0
UMBRIA	7	0	6	1	0	0	0
MARCHE	16	0	13	0	0	3	0
LAZIO	15	3	7	1	0	4	0
ABRUZZO	6	1	4	0	0	1	0
MOLISE	4	0	4	0	0	0	0
CAMPANIA	20	1	13	5	0	1	0
PUGLIA	17	1	13	0	2	1	0
BASILICATA	6	0	6	0	0	0	0
CALABRIA	15	1	13	1	0	0	0
SICILIA	26	0	4	17	5	0	0
SARDEGNA	9	1	1	0	0	6	1
totale	**310**	**11**	**190**	**66**	**15**	**25**	**3**

tab.2: verifica degli standard e degli impegni di umanizzazione/personalizzazione

			verifica				raggiungimento obiettivi			effetti delle verifiche		
REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nessuno standard	no	in progetto	in parte	si	basso	medio	alto	nessuna iniziativa	analisi dei risultati	azioni di migliora mento
PIEMONTE	29	1	3	20	2	3	0	0	3	0	1	4
BOLZANO	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	38	0	6	1	14	1	3	10	1	4	10
TRENTO	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
VENETO	23	16	0	4	1	2	0	3	0	0	1	2
FRIULI	8	5	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1
LIGURIA	8	3	0	1	3	1	1	2	0	0	0	0
EMILIA	18	15	0	0	1	2	0	1	2	0	0	3
TOSCANA	16	6	0	1	9	0	0	8	0	0	8	0
UMBRIA	7	1	1	1	4	0	0	0	0	0	4	0
MARCHE	16	4	6	2	3	1	2	1	1	0	0	4
LAZIO	12	3	2	2	2	2	0	2	0	0	1	1
ABRUZZO	5	3	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0
MOLISE	4	1	1	0	2	0	1	1	0	1	0	1
CAMPANIA	19	6	6	6	0	1	0	1	0	1	0	0
PUGLIA	16	9	4	2	1	0	0	1	0	0	0	1
BASILICATA	6	0	0	4	2	0	0	2	0	0	1	1
CALABRIA	14	3	4	0	4	2	0	4	1	1	2	1
SICILIA	26	19	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
SARDEGNA	8	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
totale	**299**	**142**	**32**	**56**	**36**	**30**	**5**	**30**	**18**	**4**	**23**	**29**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.3: verifica degli standard e degli impegni sui tempi di attesa

			verifica				raggiungimento obiettivi			effetti delle verifiche		
REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nessuno standard	no	in progetto	in parte	si	basso	medio	alto	nessuna iniziativa	analisi dei risultati	azioni di migliora mento
PIEMONTE	29	1	1	18	2	7	0	6	2	2	1	6
BOLZANO	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	35	3	8	3	10	2	7	4	0	3	10
TRENTO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VENETO	23	13	3	3	2	2	1	3	0	2	1	1
FRIULI	8	4	1	0	0	3	0	0	0	0	2	0
LIGURIA	8	4	0	1	0	3	0	3	0	0	2	0
EMILIA	18	15	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1
TOSCANA	16	3	6	1	1	5	0	5	0	0	1	3
UMBRIA	7	2	0	2	3	0	0	1	0	0	2	1
MARCHE	16	5	5	3	2	1	1	2	0	1	0	2
LAZIO	12	6	0	0	3	1	0	3	0	0	1	3
ABRUZZO	5	2	0	1	0	2	1	0	1	0	2	0
MOLISE	4	0	1	0	1	2	1	2	0	1	1	1
CAMPANIA	19	4	8	5	0	1	0	0	1	0	0	1
PUGLIA	16	8	4	2	1	1	1	1	0	1	0	1
BASILICATA	6	0	1	3	2	0	0	2	0	0	1	1
CALABRIA	14	5	2	1	2	2	1	3	0	0	1	1
SICILIA	26	19	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
SARDEGNA	8	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
totale	**299**	**135**	**42**	**53**	**22**	**41**	**8**	**39**	**8**	**7**	**18**	**32**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.4: livello di pubblicizzazione della Carta ai cittadini

REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nullo	in programma	basso	medio	alto
PIEMONTE	29	1	14	6	4	4
BOLZANO	4	3	0	0	1	0
AOSTA	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	28	10	2	12	7
TRENTO	1	1	0	0	0	0
VENETO	23	10	2	2	4	5
FRIULI	8	4	0	1	3	0
LIGURIA	8	1	2	1	2	2
EMILIA	18	9	0	6	1	2
TOSCANA	16	1	3	0	12	0
UMBRIA	7	0	4	0	3	0
MARCHE	16	1	3	9	0	3
LAZIO	12	4	0	1	3	4
ABRUZZO	5	1	1	2	1	0
MOLISE	4	0	0	1	2	1
CAMPANIA	19	4	7	3	4	1
PUGLIA	16	5	3	5	2	1
BASILICATA	6	0	2	0	2	2
CALABRIA	14	1	0	4	9	0
SICILIA	26	15	8	2	0	1
SARDEGNA	8	7	1	0	0	0
totale	**299**	**96**	**60**	**45**	**65**	**33**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.5: effettuazione delle indagini di soddisfazione

REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nessuna indagine	indagini in programma	indagini realizzate	indagini realizzate e utilizzate
PIEMONTE	29	1	20	4	4
BOLZANO	4	1	2	1	0
AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	34	5	9	11
TRENTO	1	1	0	0	0
VENETO	23	10	6	7	0
FRIULI	8	2	1	4	1
LIGURIA	8	0	2	4	2
EMILIA	18	7	1	4	6
TOSCANA	16	3	2	9	2
UMBRIA	7	0	4	1	2
MARCHE	16	3	5	2	6
LAZIO	12	3	3	4	2
ABRUZZO	5	2	1	1	1
MOLISE	4	0	1	3	0
CAMPANIA	19	6	7	5	1
PUGLIA	16	16	0	0	0
BASILICATA	6	0	3	2	1
CALABRIA	14	3	2	9	0
SICILIA	26	19	4	3	0
SARDEGNA	8	8	0	0	0
totale	**299**	**119**	**69**	**72**	**39**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.6: raccolta e gestione dei reclami

		PROCEDURA FORMALE		RACCOLTA DEI RECLAMI		GESTIONE DEI RECLAMI		ORGANISMI MISTI DI TUTELA	
REGIONI	TOTALE AZIENDE*	non esiste	esiste	solo URP	URP + altri	sola risposta	risposta + azioni	non esiste	esiste
PIEMONTE	29	1	28	23	2	0	24	28	1
BOLZANO	4	1	3	1	0	2	1	4	0
AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	22	37	12	36	9	17	41	18
TRENTO	1	1	0	0	1	0	1	0	1
VENETO	23	9	14	18	5	12	10	14	9
FRIULI	8	1	7	8	0	0	8	6	2
LIGURIA	8	2	5	3	4	1	6	3	2
EMILIA	18	0	18	3	15	8	9	1	17
TOSCANA	16	6	10	12	4	0	14	10	5
UMBRIA	7	0	7	3	3	2	4	7	0
MARCHE	16	4	12	14	1	12	4	8	8
LAZIO	12	3	5	5	0	0	5	4	1
ABRUZZO	5	2	2	3	1	2	1	3	1
MOLISE	4	1	3	1	3	4	0	2	2
CAMPANIA	19	7	12	10	0	10	0	15	2
PUGLIA	16	1	0	0	0	0	0	0	0
BASILICATA	6	2	4	3	3	0	6	6	0
CALABRIA	14	2	11	9	4	3	4	9	3
SICILIA	26	18	8	6	2	2	6	22	4
SARDEGNA	8	0	0	0	0	0	0	0	0
totale	**299**	**83**	**186**	**134**	**84**	**67**	**120**	**183**	**76**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.7a: modalità di diffusione della Carta e di coinvolgimento del personale

REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nessuna diffusione	in programma	distribuzione parziale o limitata	distribuzione a tutto il personale	iniziative significative di coinvolgimento
PIEMONTE	29	0	10	5	7	7
BOLZANO	4	2	0	1	0	0
AOSTA	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	31	4	7	8	9
TRENTO	1	1	0	0	0	0
VENETO	23	11	0	4	4	4
FRIULI	8	4	0	4	0	0
LIGURIA	8	2	1	1	0	4
EMILIA	18	0	0	6	1	2
TOSCANA	16	0	0	0	15	0
UMBRIA	7	0	3	1	0	3
MARCHE	16	2	3	6	0	5
LAZIO	12	5	0	1	1	4
ABRUZZO	5	1	0	1	1	2
MOLISE	4	0	1	2	1	0
CAMPANIA	19	1	7	9	1	1
PUGLIA	16	1	0	0	0	0
BASILICATA	6	0	0	2	2	2
CALABRIA	14	0	1	5	4	3
SICILIA	26	15	4	2	1	4
SARDEGNA	8	7	1	0	0	0
totale	**299**	**83**	**35**	**57**	**46**	**50**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.7b: modalità di diffusione della Carta e di coinvolgimento dei MMG

REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nessuna diffusione	in programma	distribuzione della Carta	iniziative significative di coinvolgimento
PIEMONTE	29	5	19	5	0
BOLZANO	4	2	0	1	0
AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	41	1	13	4
TRENTO	1	1	0	0	0
VENETO	23	13	0	8	2
FRIULI	8	5	1	2	0
LIGURIA	8	1	2	5	0
EMILIA	18	4	0	4	1
TOSCANA	16	5	1	9	0
UMBRIA	7	1	3	1	2
MARCHE	16	9	3	3	1
LAZIO	12	5	2	1	4
ABRUZZO	5	3	1	0	1
MOLISE	4	1	1	2	0
CAMPANIA	19	10	3	5	1
PUGLIA	16	1	0	0	0
BASILICATA	6	0	3	3	0
CALABRIA	14	2	1	6	4
SICILIA	26	19	4	2	1
SARDEGNA	8	7	1	0	0
totale	**299**	**135**	**46**	**70**	**21**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.8: svolgimento della Conferenza dei servizi

REGIONI	TOTALE AZIENDE*	nessuna Conferenza dei servizi	Conferenza dei servizi in programma	Conferenza dei servizi già svolta	Conferenza dei servizi già svolta con risultati significativi
PIEMONTE	29	23	6	0	0
BOLZANO	4	2	2	0	0
AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	44	6	7	2
TRENTO	1	1	0	0	0
VENETO	23	13	5	2	3
FRIULI	8	8	0	0	0
LIGURIA	8	8	0	0	0
EMILIA	18	14	1	1	1
TOSCANA	16	13	3	0	0
UMBRIA	7	0	0	0	0
MARCHE	16	8	3	3	2
LAZIO	12	5	2	1	2
ABRUZZO	5	2	0	1	1
MOLISE	4	2	1	1	0
CAMPANIA	19	7	12	0	0
PUGLIA	16	1	0	0	0
BASILICATA	6	0	4	0	2
CALABRIA	14	5	4	1	1
SICILIA	26	22	1	3	0
SARDEGNA	8	8	0	0	0
totale	**299**	**186**	**50**	**20**	**14**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione

tab.9: ufficio relazioni con il pubblico

		attivazione		collocazione organizz.		articolazione	
REGIONI	TOTALE AZIENDE*	no	si	staff	altro	sede unica	punti informativi
PIEMONTE	29	0	29	29	0	22	7
BOLZANO	4	2	2	1	1	2	0
AOSTA	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	59	15	44	28	16	36	8
TRENTO	1	0	1	0	1	1	0
VENETO	23	2	21	18	1	13	8
FRIULI	8	0	8	2	6	3	5
LIGURIA	8	0	8	4	3	6	2
EMILIA	18	2	16	16	0	7	9
TOSCANA	16	2	14	9	0	2	4
UMBRIA	7	1	6	5	0	5	1
MARCHE	16	0	16	12	4	7	9
LAZIO	12	1	9	7	1	4	4
ABRUZZO	5	0	4	1	3	2	2
MOLISE	4	1	3	2	1	2	1
CAMPANIA	19	3	16	14	2	6	10
PUGLIA	16	4	12	10	2	9	3
BASILICATA	6	1	5	5	0	1	4
CALABRIA	14	0	13	11	0	7	5
SICILIA	26	13	13	4	9	9	4
SARDEGNA	8	0	0	0	0	0	0
totale	**299**	**47**	**240**	**178**	**50**	**144**	**86**

* Il totale si riferisce alle aziende che hanno inviato la relazione di autovalutazione