

# QUADERNI

DELLA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

## LA CARTA DEI SERVIZI: IMPLICAZIONI STRATEGICHE E OPERATIVE

Atti del convegno organizzato  
dall'Alta Scuola per lo sviluppo  
delle risorse umane  
- H.S. Raffaele, con il patrocinio  
del Ministero della Sanità  
19 marzo 1996

2

Dipartimento della Programmazione



*Ministero della Sanità*

*Il 19 marzo 1996 si è tenuto a Roma, presso il Dipartimento della Programmazione, il convegno dedicato a “La Carta dei servizi: implicazioni strategiche ed operative”, organizzato dall’Alta Scuola per lo sviluppo delle risorse umane - Istituto scientifico H.S. Raffaele, con il Patrocinio del Ministero della Sanità.*

*Si è trattato di un’occasione importante per fare il punto sullo stato di avanzamento del processo di adozione delle Carte da parte delle aziende sanitarie e nello stesso tempo per soffermarsi a riflettere, con la consapevolezza legata all’esperienza finora acquisita, sul ruolo di questo strumento innovativo nell’organizzazione del Servizio sanitario nazionale ed in genere nell’ordinamento giuridico italiano.*

*Nel quadro delle iniziative intraprese per il sostegno al processo di adozione delle Carte dei servizi e in risposta alle richieste di informazione e documentazione pervenute a questo Dipartimento, è parso utile dedicare il secondo volume dei “Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari” alla pubblicazione degli atti del convegno.*

*Nicola Falcitelli*

*Un ringraziamento particolare va ai relatori per aver autorizzato la pubblicazione dei loro interventi e alla segreteria dell’Alta Scuola per la collaborazione offerta.*

## **INDICE**

### **Introduzione**

Prof. Mario Zanetti

### **Il riordinamento del Servizio sanitario nazionale e l'attuazione della Carta dei servizi: un cammino parallelo.**

Dr. Nicola Falcitelli

### **L'evoluzione dal paziente al cliente: la necessità di una cultura del servizio.**

Prof. Gabriele Calvi

### **Il processo di attuazione della Carta dei servizi nel settore della sanità.**

Dr. Giorgio Verdecchia

### **La Carta dei servizi nell'organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie.**

Dr. Andrea Matussi.

### **La Carta dei servizi e l'obiettivo della qualità nell'attività sanitaria.**

Prof. Piero Micossi

### **La Carta dei servizi nell'ordinamento giuridico italiano.**

Avv. Rocco Mangia

### **Conclusioni**

Prof. Elio Guzzanti

## INTRODUZIONE

**Prof. Mario Zanetti\***

Gentili colleghi,

aprirò questa giornata di studio su un tema di particolare delicatezza al quale si sono dedicati il Ministero della sanità e tutte le strutture dislocate sul territorio nazionale. Quando mi è stato chiesto dall'Alta Scuola, che ha organizzato questo incontro, anche in previsione di future iniziative, di presiedere la giornata, io stesso ho cercato di capire come e perché sia nata la Carta. Mi sono fatto l'idea che la Carta sia nata quando ci si è accorti di una complessa e significativa insoddisfazione del cittadini nei confronti delle strutture pubbliche e dei servizi da queste erogate.

In un recente rapporto si dimostra che il grado di soddisfazione del cittadino nei confronti della sanità oscilla, in Italia, tra il 25 e il 29 %, mentre nella maggior parte dei paesi della Comunità Economica Europea si attesta tra il 50 e il 60%; tuttavia la spesa sanitaria sostenuta in Italia, tra pubblico e privato, non è significativamente inferiore a quella degli altri paesi europei e pertanto l'attuale divario tra spesa e soddisfazione va coperto ricostruendo un rapporto significativo tra il cittadino e il nuovo sistema sanitario incentrato sulla aziendalizzazione.

La trasformazione in aziende degli enti pubblici sanitari ha fatto nascere parole ritenute magiche, si pensi ad esempio al termine dirigenza manageriale, quasi bastasse cambiare il nome delle cose per modificarne la natura. Si tratta di una rivoluzione silenziosa che presto si rivelerà violenta, più violenta di quanto operatori e cittadini possano ora immaginare.

---

\* Direttore Generale dell'Agenzia sanitaria - Regione Emilia Romagna

La Carta dei Servizi è uno degli strumenti per affermare la centralità del cittadino nel sistema sanitario e questo incontro, attraverso l'apporto di conoscenze specifiche e vissuti diversi, ha lo scopo di farci riflettere sugli elementi strategici e operativi connessi all'introduzione della Carta, e sull'impatto della stessa sui servizi sanitari.

Inizierà il Dr. Falcitelli, direttore generale del Dipartimento della Programmazione, quindi L'On. Gabriele Calvi che parlerà della Nuova Cultura della Pubblica Amministrazione: verso il public management. Seguirà il Dott. Verdecchia che ci riferirà dell'attuazione della Carta; a seguire due manager pubblici: il Dott. Mattiussi e il Dott. Micossi e da ultimo l'Avvocato Rocco Mangia che tratterà della Carta e del rapporto con i cittadini.

## **IL RIORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E L'ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI: UN CAMMINO PARALLELO.**

**Dr. Nicola Falcitelli\***

Mi sia consentito innanzitutto di porgere il saluto del Dipartimento della Programmazione a tutti Voi. Questo Dipartimento ritiene di aver svolto e si augura di continuare a svolgere in futuro un ruolo importante nel processo di attuazione della Carta. Io credo che la Carta e la nuova Sanità, abbiano percorso due itinerari che hanno avuto un inizio e un cammino in comune.

Tanto la Carta, come è stato ricordato, quanto il riordino del servizio sanitario prendono avvio dalla necessità di dare risposta all'insoddisfazione dei cittadini nei confronti della Sanità.

La Carta nasce a seguito della legge n. 241 del 1990 relativa al procedimento amministrativo ed è destinata a regolare l'accesso dei cittadini alla pubblica amministrazione. La regolamentazione della Carta prosegue con due direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri del gennaio e dell'ottobre 1994. La prima enuncia alcuni principi cui deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici, la seconda individua modelli di funzionamento per gli Uffici Relazioni con il Pubblico. Si arriva infine al decreto-legge n. 163 del maggio '95 (convertito nella legge n. 273 del 1995) che istituzionalizza la Carta dei Servizi.

La normativa di riordino della Sanità si avvia con la legge delega n. 421 del 1992 che testualmente delega il governo a riordinare il settore della Sanità per il "perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino". Occorre tuttavia ricordare che prima di arrivare alla legge delega il Parlamento italiano era stato impegnato per alcuni anni nella discussione di un disegno di legge sul riordino della Sanità.

In attuazione della delega sono stati emanati i decreti legislativi n.502 e n.517 che, come vedremo, individuano diversi aspetti che collimano con l'attuazione della Carta.

Va ricordato, inoltre, che la Sanità, subito dopo l'emanazione della legge 241 ed in attuazione della stessa aveva avviato un'iniziativa destinata ad affrontare la condizione di insoddisfazione dei cittadini nei confronti del servizio sanitario: una circolare del 1991, suggeriva alle strutture sanitarie l'adozione del cartellino identificativo per tutti gli operatori sanitari, l'istituzione degli U.R.P., la predisposizione della segnaletica e modulistica per favorire un migliore accesso dei cittadini alle strutture sanitarie.

Quando il decreto legge del 12 maggio 1995 impose l'obbligo di adozione della Carta dei servizi, la Sanità era pronta a recepire le indicazioni della legge e a distanza di soli 7 giorni ha emanato lo Schema generale di riferimento.

Il riferimento alla normativa dimostra che la Carta e il Servizio sanitario si sono trovati parallelamente e nello stesso periodo, a raggiungere la loro regolamentazione e credo che questo incontro sia stato un fatto naturale giacché entrambe le normative - quella sulla Carta e quella relativa al riordino della sanità - pongono il cittadino al centro dell'attenzione del servizio sanitario; attorno al cittadino-utente ruotano i vari momenti organizzativi del sistema.

L'attuale ordinamento sanitario pone l'accento sulla libertà di scelta del cittadino specie per quanto riguarda il luogo dove ricevere la prestazione e di tale libertà occorre tener conto nell'organizzazione della fornitura dei servizi.

Lo stesso ordinamento nell'intento di dare una risposta all'insoddisfazione dei cittadini, ha previsto un maggior numero di soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie e ha posto sullo stesso piano soggetti pubblici e privati.

Il nuovo ordinamento definisce anche strumenti destinati a garantire al cittadino la qualità delle prestazioni dovute, ed in questo senso occorre ricordare:

- ◆ l'individuazione dei cosiddetti "livelli uniformi di assistenza", una novità per l'Italia, sulla cui base si instaurano tutta una serie di garanzie a tutela del cittadino;
- ◆ l'attenzione posta sull'efficienza dei servizi che individua alcuni momenti strutturali che portano a una innovazione profonda del Sistema sanitario nazionale. Pensiamo solo alla aziendalizzazione: l'aver individuato come ente di gestione delle attività assistenziali sanitarie un determinato organismo dotato di personalità giuridica, piena autonomia, caratteristiche aziendali, dimostra la sensibilità del Legislatore al tema dell'efficienza dell'offerta di servizi pubblici.
- ◆ il finanziamento a prestazione che, sostituendo il preesistente finanziamento a bilancio, introduce una sorta di competizione tra i vari soggetti, sempre con l'obiettivo di soddisfare le esigenze dei cittadini.
- ◆ il sistema di accreditamento delle istituzioni sanitarie che esplicita la scelta del Servizio Sanitario Nazionale di offrire al cittadino prestazioni di qualità.

Questo sistema di qualità connota tutte le norme di riordino del Sistema Sanitario, come si rileva scorrendo il decreto legislativo 502, il quale, per la prima volta, ha introdotto lo strumento degli indicatori di efficienza e di qualità destinati a misurare il grado di soddisfazione del cittadino nei confronti della prestazione erogata.

Da ultimo la normativa prevede il famoso art.14 che contiene norme a tutela dei diritti dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale.

La norma individua procedure di verifica dell'andamento del servizio da parte del cittadino e fissa modalità di gestione dei reclami che il cittadino può sporgere nei confronti delle organizzazioni sanitarie. Richiede un impegno a rilevare tutti i momenti di disservizio e a individuarne i responsabili, al fine di poter adottare misure per rimuovere gli effetti negativi di questi disservizi. Stimola ed organizza, infine, la partecipazione del cittadino ai vari momenti decisionali delle attività del Servizio Sanitario.

Ribadisco ancora una volta che l'incontro tra la Carta dei Servizi e la Sanità non poteva che essere felice dato il comune intento di eliminare l'insoddisfazione dei cittadini.

Quanto ho cercato di sintetizzare ha alcuni significati particolari che vorrei porre a Voi come occasione di ulteriore riflessione.

Una prima considerazione è che la Sanità, tra i vari servizi pubblici, è quella che investe in maniera diretta un bene primario quale è la salute, la vita dei cittadini.

Vorrei ricordare a Voi e a me stesso il nuovo concetto di tutela della salute, introdotto dalla Riforma Sanitaria del 1978, in base alla quale il Servizio Sanitario non è destinato solo ai cittadini malati ma essenzialmente ai sani. La salute tocca la vita di ciascun individuo, e pertanto il delicatissimo settore sanità, deve essere monitorato con cura nei vari momenti di contatto con il cittadino, perché possa recuperare agli occhi di tutti la fiducia venuta meno.

Una seconda considerazione riguarda il tema della qualità nelle strutture sanitarie, che non deve essere considerato un aspetto marginale, ma deve costituire una leva centrale per tutte le iniziative che la Sanità pone in essere: se si vuole consentire che il cittadino-utente eserciti la libera scelta è necessario che i vari erogatori competano per offrire servizi migliori.

Ultimo aspetto: il settore sanità deve cercare di valutare le varie prestazioni anche in base all'impatto che hanno sul cittadino. È forse questo l'aspetto più delicato!. La Sanità non ha ancora avviato un momento di analisi e approfondimento, per la definizione di una metodologia di valutazione degli effetti delle prestazioni nei confronti dei cittadini. Se il sistema intende offrire un servizio di qualità esso stesso deve essere in grado di poter valutare gli effetti delle prestazioni erogate, in termini di efficacia e efficienza delle organizzazioni che erogano le prestazioni, ma anche di soddisfazione del cittadino in quanto utente dei servizi. In questi termini la Carta è uno strumento valido e profondamente innovativo.

Ma la sua piena attuazione ha bisogno di un cambiamento di comportamento, di atteggiamento dei soggetti che operano nella sanità; occorre che ci sia da parte del personale, ma anche della cittadinanza intera, un atteggiamento diverso nei confronti delle prestazioni sanitarie; e perché ciò possa verificarsi i vari livelli istituzionali debbono porre maggiore attenzione nei confronti della formazione, della preparazione del personale.

Auspico che da questo seminario emergano indicazioni anche in questo senso; sono convinto che tutto il Sistema Sanitario deve porre attenzione alla preparazione delle proprie risorse e di quelle nuove che in futuro opereranno in ambito sanitario. Dovremo trovare strade comuni, percorsi che ci consentano di arrivare a questa nuova mentalità e cultura nei confronti del cittadino. Sono convinto che in questo la Carta possa essere di grande aiuto.

# L'EVOLUZIONE DAL PAZIENTE AL CLIENTE: LA NECESSITA' DI UNA CULTURA DEL SERVIZIO

**Prof. Gabriele Calvi<sup>\*</sup>**

## **1) Il mutamento indotto dalla pressione normativa**

Dal 1990 ad oggi il Parlamento ed il Governo italiani hanno messo a punto la normativa sull'erogazione dei servizi pubblici. L'espressione compiuta di questi provvedimenti è rappresentata dalla Legge 273 dell'11 luglio 1995 che indica le misure urgenti per la semplificazione dei processi amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza e della qualità delle pubbliche amministrazioni. Per il settore di nostro interesse sono stati emanati anche il Decreto sullo "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari", nel maggio scorso, e le linee guida per la "Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale", alla fine di agosto.

La pressione normativa dello Stato, volta a dare un volto nuovo all'amministrazione ed ai servizi pubblici, si è fatta insistente e sempre più precisa nell'ultimo quinquennio. Non mancano i riscontri positivi a questa pressione: sono già molte le iniziative nate nelle amministrazioni centrali e periferiche per intraprendere il faticoso cammino del rinnovamento. Anche il nostro Convegno è una testimonianza d'impegno nella medesima direzione. Tuttavia, le difficoltà che ingombrano il cammino futuro non vanno sottaciute ed io non mi esimerò dall'enunciarle in questo intervento.

I vari provvedimenti legislativi assegnano primaria importanza al rapporto fra gli erogatori di servizi e coloro che ne usufruiscono, cioè i cittadini, ponendo la pubblica amministrazione di fronte ad un compito che non le è consueto. Diciamo più chiaramente: per ottemperare alle recenti disposizioni di legge, la pubblica

amministrazione non è chiamata solo a compiere uno sforzo di rinnovamento organizzativo straordinario, ma una vera rivoluzione culturale. Una rivoluzione dalla quale dovrebbero uscire mutati valori, atteggiamenti e abitudini che sembrano improntare da sempre la mentalità e i comportamenti di dirigenti, funzionari e agenti dello Stato, a qualsiasi ente appartengano, a Roma, come in qualsiasi regione o comune d'Italia.

Lo Stato italiano, per la prima volta nella sua storia, chiede ai suoi rappresentanti di togliersi galloni, vecchie zimarre e mezzemaniche ereditate da copisti piemontesi, esattori borbonici e inamidati vice-segretari aggiunti umbertini. Chiede loro di togliersi la boria burocratica e di trasformarsi in servitori civili, civil servants. Una bella metamorfosi: dal bruco alla farfalla.

La metafora permette solo d'intuire l'enormità del passo da compiere. Vorrei giustificarla con un'analisi argomentata e, a questo fine, mi propongo di esaminare questi aspetti del passaggio enunciato nel titolo 'dal paziente al cliente':

- la recente evoluzione socioculturale del Paese
- il cliente, espressione della nuova soggettività
- il rifiuto del servizio nella tradizione culturale italiana
- gli elementi fondanti una cultura del servizio.

## **2) La recente evoluzione socioculturale del Paese**

I provvedimenti legislativi decisi dallo Stato non nascono per ispirazione divina. Essi costituiscono una risposta adeguata, ancorché tardiva, ad esigenze indotte dalla profonda trasformazione avvenuta nel Paese, esigenze oggi fortemente avvertite dai cittadini.

La crescita e la diffusione del benessere nel corso degli ultimi trent'anni, l'aumento del livello di istruzione e informazione, l'esercizio della libertà spinto fino alla licenza nel comportamento sociale e nell'ambito dei consumi privati, sono i tre fattori che hanno modificato profondamente la cultura materiale degli italiani

ed in modo forse altrettanto significativo anche il loro *ethos*, cioè la cultura intesa come insieme di valori, aspirazioni, norme di comportamento.

Per quanto concerne l'evoluzione della cultura materiale, è noto a tutti che la vera rivoluzione industriale, con la correlata regressione del settore primario e un imponente sviluppo del secondario e del terziario, ha avuto luogo solo dal 1960 ad oggi. Ne sono derivati, oltre che i vistosi processi migratori interni e di urbanizzazione, anche l'incremento del reddito e dei consumi per la maggior parte delle famiglie. Il miglioramento del benessere economico e del tenore di vita, tuttavia, è solo l'aspetto macroscopico e superficiale dei processi di mutamento intervenuti, poiché questi, in realtà, hanno assunto tutte le forme che la sociologia designa con i termini di modernizzazione e secolarizzazione. La società italiana, ed ogni italiano preso singolarmente, sono stati soggetti attivi e passivi di questo mutamento. I processi di modernizzazione e di secolarizzazione intervenuti in trent'anni presentano aspetti positivi e negativi. Facciamone un rapido bilancio.

I portati positivi della modernizzazione sono riconoscibili in ogni ambito della vita del Paese. In rapporto al tema che trattiamo sembrano più rilevanti l'accresciuta partecipazione dei cittadini alla vita economica e politica, il progressivo riconoscimento dei diritti di cittadinanza, l'aumento della scolarità e la liberalizzazione dell'accesso agli studi superiori, il moltiplicarsi delle organizzazioni e delle associazioni che esprimono aspirazioni ed interessi di categorie e gruppi sociali, la maturazione della capacità di milioni e milioni di persone di sentirsi arbitri di sé e degli altri in ogni circostanza.

Quest'ultimo aspetto trova la sua espressione più paradigmatica nella secolarizzazione, intesa non nella forma radicale, da più studiosi oggi contestata, della 'morte del sacro', bensì in quella di un'espressione libera e multiforme del sentimento religioso, sovente svincolato dalla dipendenza da una chiesa istituzionale, dalla sua autorità e, conseguentemente, dai dogmi o precetti di vita che delimitano l'ortodossia ed il comportamento etico.

Possiamo dire, in estrema sintesi, che i portati positivi della modernizzazione e della secolarizzazione si ritrovano nell'aumento della soggettività individuale - per la quale la singola persona assume una statura mai avuta in passato nella libertà

e nell'autoreferenzialità - e nell'aumento della soggettività sociale, cioè nella proliferazione dei corpi intermedi di rappresentanza e di vita associata che oggi, a migliaia, rendono la vita del Paese così ricca, differenziata e complessa.

Modernizzazione e secolarizzazione hanno comportato anche un prezzo tutt'altro che trascurabile. L'industrializzazione, le migrazioni interne, l'urbanizzazione, sono stati fattori di sradicamento dai valori della cultura contadina e dalla tradizione. Questo evento traumatico avrebbe potuto risultare in qualche misura benefico se famiglie, scuola, istituzioni sociali, politiche e religiose avessero avuto disponibile un modello culturale sostitutivo, adatto al nuovo tipo di società che si veniva delineando, un modello più avanzato e desiderabile, ispirato da autentici valori civili e da una nuova etica della convivenza. In realtà c'è stato il vuoto. O, meglio, il vuoto che si andava creando è stato rapidamente colmato da illusorie opportunità, quali la crescente disponibilità di denaro, e dagli allettamenti dei nuovi stili di vita e della cultura del consumo proposti in modo sempre più seducente dai mezzi di comunicazione sociale, in particolare dalla televisione, 'cattiva maestra' secondo Popper.

La società italiana, priva di un modello culturale moderno e di una religione civile (R. Bellah), è uscita dal travaglio della modernizzazione mutata non solo in meglio, ma pure in peggio, più frammentata e divisa, senza un'identità nazionale precisa e senza ideali di riferimento, anomica, illegale, disordinata se non caotica. E' interessante da osservare, e non siamo certamente noi i primi a farlo, che la soggettività individuale e sociale, considerata l'apice delle conquiste culturali indotte dalla modernizzazione, è paradossalmente anche il sintomo della fine della modernità che nel contratto sociale, nella virtù civica auspicata dalla religione civile, nel dovere e nel rispetto della legge prima che nei diritti, nel valore dell'autorità delegata riconosceva i fondamenti del vivere associato.

Non a caso coloro che ritengono post-moderna la nostra attuale cultura ravvisano nell'individualismo radicale (R. Bellah) la sua origine. La soggettività, infatti, altro non è che l'espressione fenomenica dell'individualismo esasperato cui è approdata la cultura del nostro tempo.

### **3) Il cliente, espressione della nuova soggettività**

Questo excursus è stato troppo breve e troppo lungo, al tempo stesso. Esso esplicita, comunque, il quadro entro il quale diviene leggibile il passaggio dal paziente al cliente. Il paziente è stato 'oggetto', ora di attenzioni e cure, ora di trascuratezza o sopraffazione ed abusi, ma sempre 'oggetto'. Il cliente diviene 'soggetto' individuale investito di dignità, capacità critica, discernimento, facoltà di scelta. La sua soggettività si pone in rapporto alle altre simmetricamente, mentre l'oggettivazione collocava il paziente in un rapporto asimmetrico. Questi sono i termini culturali nudi e crudi della nuova realtà sociale.

Oggi, tutte le istituzioni, anche le sanitarie, sono chiamate a prendere consapevolezza di questi termini che, in quanto culturali, cioè propri dello spirito del nostro tempo - le sovrastano e le condizionano.

Da più di due lustri, ormai, la sensazione del mutamento culturale si è diffusa nell'industria e nei servizi privati. Lo sforzo di adeguamento alle esigenze sempre maggiori della clientela nazionale ed estera si è articolato fundamentalmente in due tempi. All'inizio il problema è stato posto in termini di qualità oggettiva dell'offerta e, per migliorare questa qualità, sono state affrontate e risolte innumerevoli difficoltà tecnologiche ed organizzative. Si era pensato che per vincere la battaglia bastassero mezzi finanziari ed ingegneri, inseguendo il modello che i giapponesi si erano dati fin dai primi anni '70. Poi, ci si è resi conto che la linea del fronte era un'altra, esterna all'azienda, quella della relazione con il cliente, e senza nulla togliere agli sforzi di miglioramento qualitativo dell'offerta, all'ingegnerizzazione aziendale e all'innovazione tecnologica, la filosofia complessiva dell'azione ha trasferito l'accento sul marketing relazionale (relationship marketing) e la soddisfazione soggettiva del cliente.

E' in questa prospettiva che riusciamo a comprendere perché il mondo delle imprese private conferisca tanta importanza agli studi di segmentazione del mercato, alla personalizzazione di prodotti-servizi e comunicazione, alla conquista della fedeltà dei clienti, all'etica del business, al contratto morale con la clientela, al bilancio sociale ed ambientale dell'azienda. Comprendiamo anche

l'estrema cura che le imprese danno al front-line, cioè al personale che ha rapporto diretto con clienti ed utenti.

C'è un episodio emblematico, riportato tempo addietro dal *Journal of Health Care Marketing*, che sancisce pragmaticamente la validità di questa prospettiva. Una ricerca è stata condotta negli Usa per accertare il grado di soddisfazione di alcune centinaia di donne che si erano rivolte ad una clinica specializzata nel trattamento della sterilità e nella fecondazione artificiale. I risultati hanno mostrato che il livello di soddisfazione era relativamente indipendente dal risultato ottenuto. Infatti, coloro che erano riuscite ad avere un figlio si dimostravano felici e soddisfatte, ma risultava ugualmente elevata la soddisfazione di coloro che non erano riuscite a concepire. Il motivo di questo risultato sorprendente? Molto semplice: la soddisfazione era dovuta principalmente all'attenzione, alla sensibilità ed alla estrema diligenza con cui tutte le clienti erano state trattate, all'umanità del personale medico e di assistenza, alla gradevolezza dell'ambiente e del soggiorno in clinica. Nell'ambito della nostra assistenza sanitaria molto resta da fare per il miglioramento dell'offerta, intesa come prodotto. Ma il nostro sguardo va ben oltre fin d'ora, poiché è la relazione con il cliente che decide la credibilità ed il successo dello sforzo complessivo. Il consumatore è morto - si dice nel mondo del marketing - ed è nato il cliente. Dimentichiamoci del paziente, dovremmo parafrasare in questa sede evitando l'accento ad un *exitus* che resta da scongiurare, il nuovo appuntamento è con il cliente.

#### **4) Il rifiuto del servizio nella tradizione culturale italiana**

E' facile comprendere che si può mancare all'appuntamento con il cliente se gli operatori pubblici e privati mancano di cultura del servizio. Questa, infatti, costituisce l'unico fattore del viraggio della situazione in cui languono tuttora i rapporti fra i fornitori dell'offerta e i cittadini.

Orbene, nella nostra riflessione è giunto il momento di constatare che, se qualcosa di alieno esiste nella tradizione culturale italiana, è proprio lo spirito di

servizio. Parlo di tradizione culturale, non di singole persone o di movimenti elitari impegnati, specie nel volontariato.

Dobbiamo accettare questo dato della storia e dell'antropologia culturale del nostro popolo. Dobbiamo accettarlo disarmati e senza riserve se il nostro disegno - sarei tentato di dire: il nostro sogno, la nostra utopia - è quello di un miglioramento reale della situazione presente.

Un primo ordine di difficoltà lo incontriamo nella nostra storia. Un popolo uscito da oltre sedici secoli di invasioni, devastazioni e saccheggi, mescolanze razziali, dominio straniero e violenza dei potenti, sfruttamento, condizioni miserabili di vita che hanno fatto dell'asservimento, l'unica, vera possibilità di sopravvivenza, non può essere un popolo incline allo spirito di servizio. Tutti i popoli dell'Occidente hanno avuto vicissitudini, ma nessuno può vantare un pedigree storico terribile come il nostro, nessuno è giunto tanto tardi all'unità ed all'indipendenza. Nell'epoca moderna e contemporanea, proprio nel momento in cui oltre le Alpi e l'Atlantico avvenivano grandi mutamenti culturali e politici, a noi sono mancate le condizioni per maturare una religione civile, per riscoprire il primato dell'interesse collettivo su quello personale e privato, oltre che il senso dell'identità e della comunità nazionale. In breve: ci sono mancate le pre-condizioni che possono garantire la nascita dello spirito di servizio.

Ancor oggi l'Italia, nazione giovane, con poco più di un secolo di vita, due guerre atroci sul territorio e una dittatura, un'esperienza di solo cinquant'anni nell'esercizio del suffragio politico universale, un'uscita tumultuosa dalla povertà che ha portato con sé l'ebbrezza effimera del potere economico e della gratificazione nel consumo, non si presenta ai nostri occhi come il Paese ideale per una rapida crescita dello spirito di servizio. I memi che abbiamo fissato per esperienza storica, più potenti e più univoci dei geni biologici della nostra ibrida stirpe, inducono a rifiutare il servizio. Sappiamo per esperienza secolare che chi presta servizio riconosce di avere un padrone e di essere subalterno. Per troppe generazioni gli italiani sono stati obbligati a chinarsi dinanzi ad altri ed è questo, esattamente, ciò che non vogliono più fare.

Se permangono anche nel linguaggio burocratico e corrente i segni del lungo asservimento, nella realtà quotidiana nessuno vuole più riconoscersi subordinato od offrire ad altri la propria disponibilità. Tutti si salutano con il 'ciao' nazionale (s-ciao, veneziano = schiavo suo) e in alcune regioni con 'mandi' (comandi) o 'servus' (schiavo); tutti sono generosi negli appellativi e nelle formalità spagnolesche: egregio, signoria vostra, eccellenza, illustrissimo, obbligatissimo, la riverisco, la ossequio (= la ubbidisco). Tuttavia, queste 'carezze sociali' - come le definisce E. Berne - non significano più nulla, all'infuori di una triste eredità, poiché nessuno si considera più servo di un altro. In ciò sta l'aspetto positivo e negativo della situazione culturale presente, poiché se è vero che lo scambio sociale non pretende più da nessuno il servaggio, è altrettanto vero che, fra i contraenti di uno scambio, chi rappresenta l'offerta ha l'interesse e il dovere di renderla accettabile, gradevole e soddisfacente. Il che implica una prestazione di servizio, sia pure nella pari dignità di chi dà e chi riceve.

La difficoltà della transizione culturale sta dunque nel nodo che, inevitabilmente, nella situazione italiana, lega un retaggio di servizio, inteso come schiavitù e subordinazione, ad una nuova prospettiva di servizio che nobilita, umanamente e professionalmente, chi lo offre e chi lo riceve.

Anche sul piano antropologico-culturale le difficoltà non sono minori. I numerosi contributi di Carlo Tullio-Altan sono illuminanti, a questo proposito. A fronte dell'estrema povertà dei valori sociali veri e propri, quelli da cui può nascere lo spirito di servizio, la nostra cultura tradizionale vanta radicati valori della famiglia, di una sfera privata nettamente contrapposta a quella pubblica.

Le testimonianze scritte dei pedagoghi della borghesia, così come i detti icastici del popolino hanno formalizzato questa contrapposizione e fissato da secoli i principi dell'anti-servizio.

Paolo di Messer Pace di Certaldo, alla metà del Trecento, suggerisce ai mercanti fiorentini nel Libro di buoni costumi: "Affaticati sempre anzi per te che per altrui"; "quando vedi il fuoco nella casa del vicino reca l'acqua nella tua"; "tu non dei servire (render servizio) altrui per disservire te e' fatti tuoi". Il più celebre manuale dell'anti-servizio porta la firma del grande architetto e letterato Leon Battista

Alberti che, a Firenze alla metà del Quattrocento, afferma ne I libri della famiglia che la vita politica statale (nello Stato) è molestissima e piena di sospetti, di fatiche e servitù. Egli scrive: "che vedi tu da questi che si travagliano agli stati (nella cosa pubblica) essere differenza a pubblici servi?"; "eccoti sedere in ufficio. Che n'hai tu d'utile se none uno solo: potere rubare e sforzare (fare violenza) con qualche licenza?"; "e che piacere d'animo mai può avere costui...il quale al continuo abbia a prestare orecchie a doglianze, lamenti, pianti di pupilli, di vedove e di uomini calamitosi e miseri?".

Se questo era lo spirito della classe egemone, non diverso era quello delle classi subalterne. Ne sono testimonianza le raccolte di proverbi popolari, fra le quali notissima è quella di Giuseppe Pitrè redatta per la Sicilia, ma con l'indicazione delle varianti regionali. Potremmo attingervi con larghezza, ma basti una citazione:

"cui pri li figghi d'autru s'ammazza, schiacciàtici la testa cu 'na mazza" (a colui che s'ammazza per i figli degli altri schiacciàtegli la testa con una mazza).

Anche la ricerca sul campo, sia antropologica che demoscopica, ha continuamente confermato nel corso dell'ultimo trentennio che la famiglia ed il mondo privato che la circonda, restano il riferimento valoriale più importante degli italiani e la fonte dei criteri di comportamento. E' più che nota l'indagine condotta da E. C. Banfield nel 1958, in un'area rurale del meridione, che suggerì la sanzione di 'familismo amorale' per una cultura arcaica priva di interesse per la collettività e la cosa pubblica. La ricerca di Banfield è stata molto criticata, ma è pur vero che i suoi risultati sono ancor oggi, in qualche misura, accettabili e generalizzabili per l'intero Paese.

Oggi la letteratura scientifica ci consente comparazioni internazionali dalle quali risulta confermata la posizione anomala che gli italiani occupano nel rapporto fra valori privati e pubblici, oltre che la loro scarsa disponibilità ad un servizio nell'interesse comune. In buona sostanza, la contrapposizione di valori privati a disvalori pubblici ha caratterizzato il nostro passato ed influenza il tempo presente. Se gli eventi storici hanno contribuito a generarla, imponendo un continuo riflusso nella famiglia e generando diffidenza e sfiducia per tutti gli

estranei, per le istituzioni pubbliche ed il potere, è pur vero che una simile cultura ha quanto meno in parte contribuito a peggiorare la nostra storia, così come rischia di condizionare il futuro.

La constatazione è d'obbligo, ma non ci può esser spazio per la rassegnazione o l'ignavia. La storia futura resta da scrivere ed una rivoluzione culturale, che origina dalle idee e dalla mobilitazione delle coscienze, può nei prossimi anni dettare pagine molto diverse da quelle che fino ad oggi abbiamo letto sul nostro Paese.

## **5) Gli elementi fondanti una cultura del servizio**

I fattori di questa auspicabile rivoluzione culturale sono molti. Volendo essere sincero devo confessare che il compito di prospettarli, sia pure sinteticamente, è superiore alle mie forze. Poiché il problema è straordinariamente difficile e di grande complessità ritengo che la sola prospettiva in cui dovrebbe essere affrontato sia quella multidisciplinare.

Per quanto mi concerne, preferisco concludere il mio intervento concentrando l'attenzione su quegli elementi fondanti una cultura di servizio, modernamente intesa, che a mio giudizio ne definiscono i presupposti e l'ispirazione.

Prescindiamo allora da tutti gli aspetti del problema che riguardano la natura e lo stato giuridico delle istituzioni di servizio, il loro assetto amministrativo ed organizzativo, la disponibilità di mezzi e tecnologie, il livello delle relazioni interne ed esterne, gli impedimenti ad una corretta selezione e formazione del personale, le difficoltà poste dalla psicologia dell'utente. Chiediamoci invece come dobbiamo intendere una cultura di servizio che renda possibile la transizione dal paziente al cliente.

Cultura di servizio è essenzialmente una cultura dell'animo, cultura animi, una disposizione dello spirito corroborata da una sicura vocazione ad un ruolo sociale. Questa cultura costituisce in tal caso una singolare qualità umana, una risorsa incredibile, capace di fronteggiare molte difficoltà. La persona che possiede questa cultura è dotata di grande forza interiore, si sente nobile, signore

di sé e delle circostanze, per nulla turbata dal farsi servus d'altri, servitore pubblico, servitore civile. Possiamo dire di più: questa persona conferisce un senso profondo a tutto ciò che fa, apre un flusso di coscienza - direbbe lo psicologo americano Csikszentmihaly - che gli consente di sperimentare quotidianamente la gioia nel lavoro, capovolge il paradigma mors tua, vita mea, che tanto sovente regola i rapporti sociali, in vita tua, vita mea. Il servitore civile, pertanto, non risolve la relazione con l'utente solo sul piano della correttezza e della cortesia, per altro già rare. Queste sono solamente l'ossequio a fredde regole. Egli ha un senso pieno della realtà delle persone con cui entra in contatto ed abbraccia i loro problemi con quell'estensione che solo il sentimento consente. E' stato scritto che il personale dei servizi dev'essere 'manodopera emozionale'. L'affermazione sembra cruda, ma è profondamente vera.

L'organizzazione, l'ingegnerizzazione, la tecnologia avanzata non conferiscono alcun valore aggiunto reale ad un servizio se manca il coinvolgimento emotivo del personale, se coloro che lo prestano non lasciano liberamente fluttuare quella componente di femminilità - donne e uomini che siano -, di disponibilità affettiva alla protezione ed alla rassicurazione che crea fiducia, facilita la comunicazione e rende soddisfacente il rapporto con chi ha bisogno.

Nel delineare il profilo di questo testimone della cultura di servizio si corre il rischio di idealizzarlo, di renderlo talmente straordinario da essere impersonificabile. Ne è consapevole Sergio Capranico che, in un suo contributo sullo spirito di servizio, completa il profilo con opportune riserve. In ordine alla professionalità, Capranico ritiene che non bastino competenza e capacità, ma che il servitore civile debba possedere la forza dell'ego che gli consente di non lasciarsi sopraffare dal bisogno o dal desiderio altrui, né dalla tentazione di magica onnipotenza. Gli occorre pure un continuo rifornimento emozionale ed ideale, costituito da valori, pause, esperienze collaterali ed esaltanti. Il servitore civile deve sapersi difendere anche dai fantasmi della cattiva dipendenza dai clienti, con la consapevolezza che la sua sottomissione è ordinata e temporanea. Non ultimo, gli spettano un compenso e dei riconoscimenti che lo indennizzino adeguatamente e gli evitino un vissuto sacrificale e il declassamento sociale.

Se eccettuiamo l'accento al compenso, anche questi ultimi tratti del profilo pertengono la cultura del servizio e la dimensione umana richiesta per interpretarla. Esistono persone riconoscibili in questo abbozzo? Sono molte e non solamente quelle insignite di benemerienze. Il problema cui siamo di fronte è la generalizzabilità del modello, è il problema del come attuare una rivoluzione culturale che investa tutti gli operatori.

E' presto per fare previsioni su quanto accadrà. Tuttavia, avviandoci noi verso un futuro in cui la disuguaglianza sociale sarà maggiore che in passato, un futuro che vedrà crescere il costo dei servizi a fronte di una riduzione delle prestazioni oggettive per vincoli di bilancio, è certo che il Paese avrà sempre più bisogno di quell'integrazione sussidiaria che solo la liberalità e la solidarietà della cultura di servizio sono in grado di dare.

## **Nota bibliografica**

Barzini, L., Gli italiani, Mondadori, Milano, 1965. Bellah, R., "La religione civile in America", in: Acquaviva, S. S., e Guizzardi, G., La secolarizzazione, il Mulino, Bologna, 1973. Calvi, G., "Dimentichiamoci del consumatore: l'appuntamento è con il cliente", Micro & Macro Marketing, I, 1, aprile 1992.

Calvi, G., L'elettore sconosciuto, il Mulino, Bologna, 1995.

Dahrendorf, R., Quadrare il cerchio, Laterza, Bari, 1995.

La Palombara, J., Democrazia all'italiana, Mondadori, Milano, 1988.

Pacini, M., (a cura di), La virtù e la libertà, Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1995.

Sylos Labini, P., La crisi italiana, Laterza, Bari, 1995.

Tullio-Altan, C., Italia: una nazione senza religione civile, Ist. Edit. Veneto Friulano, Udine, 1995.

Tullio-Altan, C., La nostra Italia, Feltrinelli, Milano, 1986.

## IL PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI NEL SETTORE DELLA SANITÀ

Dr. Giorgio Verdecchia\*

L'intervento è centrato sulla dimensione del processo di attuazione, e non sul merito della Carta dei servizi, non soltanto perché altri interventi approfondiscono le questioni di merito, ma soprattutto perché la dimensione del sostegno al processo di attuazione è quella che ha visto maggiormente impegnato il Ministero della sanità e merita di essere approfondito in questa giornata di studio per la **novità** in sé del tema della Carta dei servizi e per i **rischi** propri di un'operazione di questo tipo, calata in un **contesto delicatissimo contrassegnato:**

- ◆ da un clima di **forte crisi dell'immagine del servizio**, alimentata dal filone dei casi della cd. malasanità;
- ◆ dalla presenza di un **quadro istituzionale in cambiamento**, centrato sulla ricerca di nuovi equilibri derivati dal decentramento delle funzioni di governo e di quelle di gestione dei servizi sanitari.

Occorre infine approfondire l'esame del processo di attuazione, per dissolvere le **incertezze** che hanno contrassegnato la **politica iniziale** di introduzione della Carta, ed hanno determinato di fatto la necessità di "costruire da zero" una strategia di sostegno al processo attuativo nel settore sanitario.

Per capire il significato e il valore del processo di attuazione della Carta dei servizi in sanità bisogna tenere presenti alcune **coordinate di fondo**

- a) la politica nazionale della Carta dei servizi si discosta dal modello inglese, nel quale la Carta è uno strumento centrale a valenza generale, attraverso il quale sono fissati standard minimi obbligatori validi per tutte le strutture di un determinato settore. Il sistema italiano della Carta investe invece direttamente il singolo ente erogatore al quale è lasciata la facoltà di fissare in via autonoma propri standard di qualità generali e specifici. Sotto questo profilo il processo attuativo della Carta in sanità ha dovuto affrontare e risolvere non pochi problemi di governo legati alla presenza di una grande **molteplicità di attori** e al rischio di **oscuramento del ruolo delle Regioni**, di fatto ignorate dalle direttive e dai provvedimenti di legge intervenuti sulla materia
- b) la politica nazionale della Carta, pur avendo chiaro l'obiettivo di fondo (porre il cittadino utente nella condizione di esercitare un controllo diretto sulla qualità del servizio), non è risultata altrettanto chiara e lucida - quantomeno nella fase iniziale - quando si è trattato di definire gli strumenti e dare istruzioni per il loro uso nella costruzione delle singole Carte. Sotto questo profilo, **le aziende sanitarie si sono trovate impreparate**, se non addirittura sconcertate, di fronte alla novità del tema della Carta. E' sorta pertanto una forte **esigenza di supportare** gli attori del processo quanto ai contenuti e alla metodologia di gestione degli interventi.
- c) l'**avvio operativo** del sistema della Carta è stato regolato in modo assolutamente **incongruo**: con una disposizione di legge si è fissato un termine di 120 giorni per l'adozione della Carta da parte di tutti gli enti erogatori di servizi sanitari pubblici. Si è in questo modo ignorato grossolanamente la complessità dell'intervento richiesto e si è corso il rischio di orientarne l'attuazione verso il profilo meramente formale, vanificando nella sostanza i contenuti della strategia.

In presenza di questo contesto, il Ministero, cosciente dei **rischi** dell'operazione, ma anche del fatto che la Sanità poteva costituire il **banco di prova nazionale**

della applicabilità della Carta, ha voluto esprimere una capacità di recupero della situazione ed ha orientato la propria azione nelle seguenti **direzioni**

⇒ 1) **affermare la logica del processo**. La Carta dei servizi non è un atto formale, pur se nobile e solenne, ma è piuttosto un "processo" continuo di analisi e di miglioramento della qualità del servizio. Avendo ribadito nei provvedimenti di indirizzo questa logica di fondo si è potuto realizzare di fatto un sottile rovesciamento del termine legislativo dei 120 giorni da "termine finale" per l'adozione della Carta a "termine iniziale" di avvio del processo di adozione della Carta. E' stato così disinnescato il rischio di un clamoroso insuccesso legato all'improvvida fissazione di termini assolutamente lontani da qualsiasi profilo di fattibilità;

⇒ 2) fornire un quadro più solido di **riferimenti metodologici e di suggerimenti operativi** ad uso delle aziende sanitarie chiamate a realizzare le proprie Carte dei servizi. Tre sono le tappe più significative da citare riguardo a questa linea di intervento:

a) l'identificazione del contenuto proprio della Carta, costituito dalle **dimensioni qualitative del servizio percepite dall'utente**. Con la conseguenza di escludere dal campo di interesse della Carta dei servizi le dimensioni tecnico-professionali della qualità, che richiedono altri strumenti di valutazione e regolazione;

b) l'enunciazione di un metodo per la definizione degli standard di qualità fondato su di un percorso costruito sull' **analisi dell'esperienza concreta dell'utente**

c) l'elaborazione di apposite **linee-guida** per l'adozione della Carta in sanità con le quali sono state fornite alle aziende istruzioni per la gestione del processo di adozione della Carta ed è stato elaborato un vero e proprio profilo-tipo della Carta stessa;

⇒ 3) **recuperare il ruolo delle Regioni** coinvolgerle nel governo del processo;

⇒ 4) **dare sostegno** alle Regioni e alle aziende sanitarie impegnate nella elaborazione della propria Carta attraverso la messa in rete e lo scambio delle informazioni e delle esperienze, la diffusione di materiali, di modelli e di suggerimenti pratici, la creazione di una cultura condivisa sui temi emergenti. La funzione di sostegno è stata resa operativa attraverso l'apertura di uno **Sportello** telefonico che in poco tempo è divenuto un punto di riferimento per tutti gli operatori impegnati nel settore.

I **risultati** non sono mancati. L'analisi di un anno esatto di intervento a supporto del processo di adozione della Carta consente di trarre alcune lezioni dal caso-Sanità:

- ◆ **al 13 ottobre** dello scorso anno, data di scadenza del termine legislativo per l'adozione della Carta 216 aziende su un totale di 303 avevano avviato concretamente il processo. In particolare 28 aziende avevano adottato una Carta completa, 54 ne avevano adottato una parziale, 89 aziende avevano attivato un progetto ad hoc sorretto da una delibera del Direttore Generale. Il processo non si è fermato ed oggi - a 8 mesi dalla partenza - abbiamo più di 100 carte complete; gli altri progetti sono in movimento; ci accingiamo ad aprire la fase della prima valutazione;
- ◆ il successo della fase di primo avviamento pone in evidenza la **validità di una strategia** fondata sul rafforzamento dell'autonomia; una strategia che ha fatto leva sulle risorse interne delle singole strutture , sulla volontà e determinazione al cambiamento dei dirigenti locali;
- ◆ l'esperienza maturata e i risultati raggiunti stanno a dimostrare la necessità di ripensare i **rapporti tra centro e periferia** spostando in modo sempre più significativo l'asse **dal momento prescrittivo a quello del "sostegno e della valutazione dei processi attuativi"** accentuando la **logica della messa in rete delle esperienze e dell'apprendimento organizzativo piuttosto che la logica soffocante del rapporto gerarchico**;

- ◆ a posteriori, si può sostenere che la Carta ha dato alle aziende sanitarie l'occasione di poter esprimere la propria capacità progettuale su un tema certamente non facile come la qualità del servizio, dando voce a una fascia di personale (staff della direzione, direttori sanitari e medici impegnati sui temi della qualità, sociologi, etc.) il cui contributo non era probabilmente sufficientemente riconosciuto proprio perché “schiacciato” dall'enfasi posta sull'efficienza;
- ◆ le migliori applicazioni della Carta dimostrano che è possibile controbilanciare l'eccessiva attenzione agli aspetti economici di pareggio di bilancio, e che la qualità è il “faro” che indica le priorità per gli interventi di razionalizzazione, sia in termini di riduzione di costi, sia in termini di investimento.

Oggi il caso della Sanità, in termini di processo, è all'attenzione del Dipartimento della funzione pubblica, che lo considera un caso pilota per gli altri settori. Tanta attenzione non permette però di “riposare sugli allori”: si è aperta, con il 1996, una **nuova fase** della Carta dei servizi, che comporta nuove sfide e risposte diverse da quelle che sono state date nella prima fase.

L'obiettivo è quello di uscire dalla fase di avviamento e di promozione per :

⇒ **ampliare**

⇒ **consolidare**

⇒ **rendere effettivo**

### **l'impiego dello strumento della Carta nel SSN.**

Anche se i primi risultati incoraggiano a pensare che il processo è ormai inesorabilmente avviato permangono dei rischi che occorre prepararsi ad affrontare, ed in particolare:

- 1) il rischio di una **caduta di interesse**, conseguente al superamento della scadenza di legge;

- 2) il rischio di una **diffusione parziale** o, peggio, di una diffusione con differenze significative su base regionale;
- 3) il rischio di un'**applicazione riduttiva** della Carta, con una sottovalutazione degli strumenti più impegnativi come gli standard di qualità e i meccanismi di tutela e partecipazione dei cittadini.

Tutta l'esperienza del sostegno al processo di attuazione è basata sull'idea che la Carta dei servizi impone un significativo cambiamento culturale e di capacità. Per le aziende sanitarie, ma anche per le Regioni, il vero rischio consiste nell'introdurre le Carte senza gestire questo cambiamento. Se non si riesce a far evolvere la cultura amministrativa in cultura aziendale, se permane l'insufficienza dei meccanismi di misurazione del servizio e di controllo del raggiungimento degli obiettivi, la Carta potrebbe restare un fatto superficiale o di immagine.

Le linee di lavoro del '96 sono quattro ed in particolare riguardano i seguenti aspetti:

- ⇒ 1) **come coinvolgere i cittadini** sulla carta dei servizi o in altre parole come uscire dal "fortino aziendale" e far diventare la Carta un reale strumento di confronto e di miglioramento del rapporto con i cittadini e la collettività. A titolo puramente esemplificativo si può dire che occorrerà affrontare i temi della comunicazione e della distribuzione della Carta presso la comunità locale, della diffusione ed aggiornamento delle "guide" ai servizi", del miglioramento delle attività di "front-line", della raccolta e gestione dei reclami, dell'ascolto degli utenti attraverso l'effettuazione di indagini di soddisfazione, ecc.;
- ⇒ 2) **come coinvolgere il personale** sulla Carta dei servizi, ovvero come rendere la Carta espressione e riferimento per tutto l'organismo aziendale. Anche in questo caso occorrerà affrontare problemi nuovi, quale quello della comunicazione interna, della formazione sui temi della qualità, del

coinvolgimento e della responsabilizzazione, anche attraverso forme premiali rispetto agli obiettivi della qualità;

⇒ 3) **come si utilizzano gli standard** di qualità, ossia come si costruiscono, si gestiscono e si migliorano standard utili e significativi per l'azienda e per l'utenza. Si tratta di fare chiarezza su temi molto delicati, quali la scelta degli indicatori di partenza, la messa in funzione dei meccanismi di misurazione degli indicatori, il coinvolgimento del personale nella verifica e nel miglioramento degli standard;

⇒ 4) **come rendere effettivo l'uso della Carta da parte delle Regioni** come strumento di programmazione e di valutazione delle aziende sanitarie. Si tratta di **rafforzare e rendere più convinto il ruolo delle Regioni**, senza il quale il processo di penetrazione della logica della qualità difficilmente potrà avere adeguato sviluppo.

**La parola chiave del 1996 è dunque "far vivere la Carta"**. Su queste linee il Ministero ha già attivato tre **gruppi di lavoro** formati da esperti di aziende e Regioni che hanno realizzato esperienze significative in questo settore. Il metodo di lavoro è sempre quello dell'analisi e del confronto delle esperienze per la raccolta e la diffusione verso le aziende sanitarie di "good practice" (cioè di casi positivi), di suggerimenti, di percorsi guidati, etc. Senza trascurare possibili indicazioni per indirizzi e iniziative di sostegno del livello centrale e di quello regionale. I gruppi sono già al lavoro; i primi risultati sono attesi per il prossimo mese di giugno. Iniziative particolari saranno assunte sul **versante regionale**, allo scopo di conseguire una significativa presenza di questo livello di governo a partire dalla fase di valutazione del processo che sarà avviata subito dopo la fine di marzo di concerto con il Dipartimento della funzione pubblica.

Per concludere questo intervento, è possibile fare alcune considerazioni di ordine più generale. L'esperienza della Carta dei servizi ha dimostrato al Ministero che è

possibile lavorare in un modo nuovo. Le linee-guida, lo Sportello per aziende sanitarie, i gruppi di lavoro per la diffusione delle esperienze sono nuove modalità di lavoro che possono essere estese oltre il campo sperimentale in cui finora sono state applicate, cioè la Carta dei servizi. Tre mi sembrano gli **assunti** di base dell'esperienza della Carta che possiamo ritenere **“esportabili”** ad altri ambiti del rapporto centro-periferia:

- (I) l'indirizzo centrale non può essere disgiunto da una precisa base di conoscenza delle esigenze della periferia;
- (II) all'azione di indirizzo si deve accompagnare un intervento di supporto mirato per lo sviluppo e la diffusione delle capacità richieste dai processi di innovazione;
- (III) il cerchio si chiude solo grazie ai meccanismi di controllo e valutazione, che permettono di formulare nuovi indirizzi.

# LA CARTA DEI SERVIZI NELL'ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE.

Dr. Andrea Matussi \*

## 1) Introduzione

Il recupero dell'immagine del Servizio sanitario nazionale presso il cittadino costituisce un problema ormai ineludibile che trova significativa formalizzazione in numerose normative che individuano strumenti idonei ad assicurare trasparenza ed efficacia nei confronti dell'utente, tra i quali la Carta dei servizi sanitari.

L'adozione della Carta dei servizi costituisce pertanto un intervento fortemente innovativo e tende in sostanza all'instaurazione di un più umano e proficuo rapporto con il cittadino il quale deve essere messo nella condizione di conoscere la potenzialità della struttura alla quale si rivolge nonché di esprimere le proprie osservazioni sulla qualità delle prestazioni fruite e sulla rispondenza delle medesime agli standards prefissati dalla struttura medesima.

L'implementazione della carta dei servizi in tutti i settori organizzativi che concorrono alla produzione dei servizi è un impegno dell'intera azienda sui tempi di informazione, sugli standard di qualità, sulla tutela e partecipazione dei cittadini: uno strumento per una verifica completa circa il proprio grado di efficienza e di economicità di gestione; un'opportunità di riesame dell'organizzazione e dei processi che il management deve utilizzare per avviare il miglioramento continuo e l'introduzione di programmi di qualità.

I principi di eguaglianza dei diritti degli utenti, l'imparzialità di comportamento della pubblica amministrazione, il diritto di scelta del cittadino e la sua attiva partecipazione nei processi decisionali che lo riguardano, la continuità, l'efficienza e l'efficacia nell'erogazione dei servizi - con la possibilità da parte degli utenti di verificare il reale rispetto degli standards di qualità predefiniti -

significa sistematica attenzione alla qualità che si pone come “ condicio sine qua non” per trasformare le aziende sanitarie in vere aziende che agiscono secondo logiche manageriali al servizio dell’utenza.

Ci sono pertanto tutte le premesse istituzionali e culturali per intraprendere le iniziative necessarie ad interpretare una domanda sociale il cui soddisfacimento assume carattere prioritario se si intende arginare l’attuale degrado e riqualificare l’offerta del sistema pubblico: una sanità basata su sani principi imprenditoriali e rispettosa delle esigenze dei cittadini.

Da qui emerge il ruolo essenziale e di impulso, coordinamento e controllo che spetta in particolare al Vertice dell’Azienda per l’autovalutazione e la verifica dell’efficienza gestionale e dei risultati conseguiti.

Le criticità per l’avvio del processo innovativo possono sintetizzarsi in:

- carenza di cultura ed esperienze della misurazione, necessarie per l’adozione degli standards di qualità delle aziende;
- scarsa diffusione di capacità e di strumenti di gestione dei servizi orientati all’utenza;
- permanere di fattori burocratici nelle amministrazioni pubbliche nonostante l’avvio del processo di aziendalizzazione.

Per superare tali criticità sono necessari:

- lo sviluppo delle rilevazioni sulla soddisfazione dell’utenza necessarie per la verifica degli standards da condurre con metodologie valide ma anche con la partecipazione del personale e del volontariato;
- l’individuazione e la diffusione delle conoscenze sugli strumenti ed i metodi di elaborazione e messa a disposizione dell’utenza delle informazioni sui servizi offerti;
- il coinvolgimento del personale con modalità di “marketing interno” coerenti con l’aziendalizzazione e per il rafforzamento della “identità aziendale”.

## **2) La carta dei servizi nell’organizzazione e gestione dell’Azienda sanitaria.**

La Carta dei servizi, calata nell'attuale contesto sociale ed economico si presenta come uno dei mezzi più idonei per introdurre anche nelle aziende sanitarie il concetto di "total quality management", quale strumento di management fondamentale per le imprese private.

E' possibile infatti ricostruire analogie proprio negli obiettivi da perseguire:

- qualità e miglioramento continuo dei servizi da offrire ai clienti;
- partecipazione di tutti i soggetti dell'Azienda;
- successo a lungo termine attraverso la soddisfazione del cliente.

Il percorso è contrassegnato da:

- lavoro di gruppo;
- analisi dei risultati;
- implementazione delle soluzioni proposte.

Si tratta di una serie di azioni che hanno origine dal desiderio di migliorarsi continuamente e di ottenere sempre il meglio.

La svolta della sanità deve fare i conti con questo modo di procedere di tipo privatistico ed applicare pertanto - adattandoli al particolare settore - i relativi criteri gestionali ed organizzativi alle proprie strutture. La Carta dei servizi non può considerarsi l'unico strumento necessario per la trasformazione sostanziale nella erogazione dei servizi ma è un punto di partenza per una attenta verifica di che cosa si vuole offrire ai cittadini attivando gli strumenti indispensabili alle trasformazioni in atto:

- responsabilizzazione della dirigenza;
- assunzione di decisioni in un'ottica di programmazioni permanente;
- accelerazione dell'informatizzazione (all'interno della struttura e rivolta alla comunicazione con il cittadino);
- attivazione dei controlli sui risultati;
- semplificazione delle procedure;
- sperimentazione di progetti pilota
- maggiore e miglior dialogo con l'utenza e altre Aziende sanitarie tramite l'Ufficio relazioni con il pubblico;

- nuova cultura e professionalità per gli addetti al settore (per i quali saranno previsti fattori premianti per coloro che hanno idee concrete per migliorare i servizi).

Il futuro della sanità dipende quindi dalla capacità di risolvere i problemi della qualità e della produttività. Deve pertanto essere abbandonata l'ottica dell'adempimento burocratico per l'ottica del risultato e pertanto "non si deve più agire per atti ma pensare in termini di risultati": ausilio prezioso si avrà con l'implementazione della Carta dei servizi sanitari.

Un importante ruolo è affidato agli utenti per contribuire ad un vero rinnovamento del Servizio sanitario pubblico: attraverso la sistematica informazione sui contenuti della Carta dei servizi (guide specifiche, incontri, dibattiti) devono passare da una vana critica nei confronti del sistema - per altro incoraggiata dai vari casi di cd. malasanità- ad un atteggiamento positivo e propositivo, ove la partecipazione attiva consenta un'importante funzione di stimolo per gli addetti al settore.

Al fine di realizzare un definitivo "salto di qualità" l'Azienda sanitaria deve necessariamente introdurre sinergie di collaborazione anche con le Aziende private. E' fondamentale selezionare le società che per tradizione e logica aziendale siano in grado di offrire prodotti e servizi di qualità e sappiano adattare le proprie offerte alle nuove priorità delle Aziende sanitarie anche attraverso contributi professionali per realizzare nuovi progetti. Ad esempio potrebbero essere instaurati rapporti di collaborazione tali da ottimizzare l'erogazione dei servizi, dimensionandoli il più possibile.

Si è consapevoli che tali nuove regole non sono di facile applicazione ma è importante che l'intera collettività cominci a vedere segnali precisi da parte dei principali soggetti erogatori di servizi, quali la presa di coscienza del rinnovamento in corso e la volontà di affrontarlo in modo graduale e costante partendo dalle esperienze quotidiane e concrete degli utenti.

### **3) La nostra Azienda**

Gli istituti clinici di perfezionamento hanno elaborato la propria Carta dei servizi contestualmente al piano di sviluppo strutturale ed organizzativo dell'intera azienda.

Un piano di sviluppo innovativo, indirizzato a razionalizzare i modelli organizzativi, i sistemi informativi, i costi ed il controllo di qualità, nonché la gestione aziendale del personale.

Gli istituti clinici di perfezionamento come la maggioranza degli ospedali, si configura come tipico ospedale pubblico con struttura organizzativa rigida, con problemi relativi a triplicazioni e duplicazioni di servizi/ambulatori e polverizzazioni derivanti da logiche di progettazione organizzativa di tipo gerarchico più che funzionale. La struttura organizzativa presenta un aspetto verticistico/piramidale con carenza di responsabilità diffusa, meccanismi operativi inesistenti e procedure operative standardizzate. Il sistema strutturale presenta gli stessi problemi che sono derivati più da una ricerca di spazi e di risorse che non da quella di progettazione e di analisi dei percorsi, dei flussi dei pazienti e degli operatori. Infatti il paziente è ancora costretto ad adeguarsi alla struttura ed a percorsi legati a logiche di "attività artigianali" piuttosto che tecnologiche.

Per contro gli istituti clinici di perfezionamento sono un ospedale con specialità ben definite, che ha sempre ottimamente indirizzato la propria attività soprattutto nei tre filoni originari: maternità, infanzia e lavoro con una chiara visione sul mercato ma la cui organizzazione logisticamente approssimativa non assicura oggi la necessaria efficienza.

Il piano di sviluppo studiato verrà implementato attraverso procedimenti finalizzati alla realizzazione di una serie di progetti interdipendenti.

Particolare attenzione è stata dedicata al sistema di finanziamento, per adempiere alle nuove normative sull'autofinanziamento per prestazione. Una corretta classificazione delle prestazioni offerte, oltre ad una sanità migliore ed efficiente, stimolerà l'Azienda ad aumentare il gradimento, la produttività e la specializzazione. Notevole impegno è stato rivolto allo studio dei sistemi produttivo, organizzativo e strutturale, informativo e di comunicazione.

Le linee guida progettuali sono indirizzate all'individuazione di aree omogenee di attività strutturate per unità operative e per moduli funzionali.

Sono così stati analizzati e ridefiniti i flussi ed i percorsi dei pazienti, degli operatori e delle risorse, le piattaforme tecnologiche ed operative (degenze, day hospital, day surgery) e le "isole" ambulatoriali.

Con la riorganizzazione complessiva delle unità operative ospedaliere ed universitarie in **aree omogenee** di attività si intende raggiungere una maggiore flessibilità strutturale (propria degli ospedali più avanzati), pur conservando gli attuali edifici ed il patrimonio storico acquisito. L'obiettivo è un moderno ospedale a misura di paziente, che sarà in grado di ottimizzare l'uso delle infrastrutture, delle dotazioni strumentali, delle camere operatorie, delle risorse umane e tecnologiche, anche mediante turni di lavoro che garantiscano il massimo utilizzo degli impianti.

Sono stati definiti gli obiettivi e gli strumenti diretti alla creazione di un sistema integrato per il rilevamento, l'elaborazione, l'analisi e la previsione di tutte le informazioni necessarie alla programmazione ed al controllo delle attività, secondo rigorosi e moderni criteri di gestione.

E' stato, tra l'altro, progettato un sistema di contabilità gestionale e sono stati definiti i **centri di responsabilità ed i centri di attività (activity pool)**. La struttura organizzativa dell'Azienda è stata articolata su più livelli gerarchicamente e funzionalmente ordinati, all'interno dei quali sono individuabili i centri, secondo aree omogenee di responsabilità e di attività tra loro proceduralmente interconnesse. Pertanto il raggiungimento degli obiettivi aziendali sarà conseguito attraverso l'attribuzione di responsabilità, secondo le specifiche competenze, ai titolari delle unità produttive (centri di ricavo), delle unità di servizio e delle unità tipicamente di costo.

Al fine di mettere a disposizione dei livelli decisionali e degli operatori informazioni di supporto per l'efficiente realizzazione delle attività operative e gestionali, è stato studiato ed implementato il sistema informativo. Lo studio si è concretizzato nella revisione e nella riprogettazione della rete e delle sotto-reti locali mediante un sistema integrato di tipo dipartimentale in coerenza con le

scelte di architettura tecnologica effettuate. Si è altresì conclusa la predisposizione del capitolato di gara per l'assegnazione di un servizio di fornitura e per la gestione dei sistemi informativi in outsourcing.

Per il sistema comunicazione, oltre alla implementazione della Carta dei servizi, è stato costituito formalmente l'Ufficio relazioni con il pubblico per rendere visibile il lavoro svolto e nel contempo per essere di stimolo agli organi centrali per la definizione delle procedure di reperimento e di utilizzo delle risorse umane, in carenza di specifica normativa in merito alla organizzazione di tali Uffici.

Per il funzionamento e la disciplina delle attività di comunicazione di pubblica utilità è stato redatto un progetto di fattibilità che prevede, oltre all'area pubblica tutela con le competenze specifiche già note, anche un'area di comunicazione sociale che intende usare metodologie e strumenti per l'attività di marketing sociale e di comunicazione istituzionale nonché progetti finalizzati al reperimento di finanziamenti tramite donazioni o sponsor per investimenti di pubblica utilità all'interno dell'Azienda.

Una struttura permanente di comunicazione, capace di connettere la propria attività promozionale o redazionale con "target" di potenziale utenza, ha un carattere fortemente innovativo e molto spesso anche di produzione di nuove culture gestionali utili anche in altri settori dell'Azienda sanitaria.

#### **4) Azienda rete**

Quanto sopra denota il processo di trasformazione in atto in alcune strutture sanitarie dove il cittadino utente già possiede un ruolo centrale. E' opportuno ricordare che la nostra realtà metropolitana fino ad oggi non ha mai sviluppato un modello organizzativo sanitario capace di rispondere ai reali bisogni di salute della collettività, utilizzando al meglio risorse umane e tecnologiche già presenti e non efficacemente utilizzate.

Pertanto le esigenze dei cittadini, il progresso tecnologico, la pubblica competitività, il confronto internazionale impongono la necessità di adottare nuovi modelli organizzativi, individuando iniziative e proposte per riportare a unicità di

intenti e di obiettivi il mondo sanitario oggi attento al nuovo ma ancora sottoposto a tendenze divaricanti.

Tenendo conto delle carenze e delle criticità presenti in una realtà così complessa quale quella della Sanità (assenza di strategia gestionale, assenza di cultura economica e quindi difficoltà di gestione efficiente ed efficace delle risorse, sovra-capacità installata, mancanza di coordinamento tra le unità operative sia all'interno sia all'esterno dell'ospedale) si è pensato di proporre nuovi modelli organizzativi integrati; nella fattispecie si è pensato al modello di Azienda - rete sul consolidato esempio e sul successo ottenuto da altre grandi aziende con realtà complesse simili a quelle sanitarie.

## **5) Modello sperimentale**

Un primo parziale modello sperimentale in fase di attuazione è contenuto nel piano pluriennale di integrazione funzionale tra gli Istituti clinici di perfezionamento e l'Ospedale Maggiore di Milano e nello studio di integrazione di altre strutture sanitarie contigue, che costituisce un modello riproponibile all'intera rete metropolitana ed anche ad altre grandi città.

Lo studio iniziale ha evidenziato che la diversità giuridica delle varie strutture non preclude la realizzazione di un processo di integrazione complessiva, in quanto le stesse presentano caratteristiche comuni ed elevata complementarità dell'attività sanitaria erogata. Inoltre la contiguità fisica degli ospedali facilita l'individuazione di aree sinergiche che consentirebbero di ottenere risultati economici e qualitativi ottimali, attraverso un programma organico di razionalizzazione e di programmazione in comune degli investimenti in tecnologie.

## **6) Conclusioni**

L'obiettivo da perseguire è quello di promuovere un uso appropriato delle strutture sanitarie mediante adeguati interventi di tipo organizzativo, strutturale e formativo.

Un'azienda sanitaria che offre servizi di qualità deve necessariamente tendere verso una personalizzazione della risposta di salute rispetto alle aspettative di un'utenza sempre più attenta sia all'atto terapeutico diagnostico sia alla qualità totale, ma anche ad una maggiore umanizzazione del rapporto tra struttura sanitaria e cittadino, nel senso che il management sanitario deve essere in grado di percepire i "nuovi bisogni di salute" e ricercare nuovi modelli organizzativi alternativi al ricovero tradizionale, nei tempi (ricoveri diurni), nei luoghi (residenze sanitarie assistite, ospedali post-acuti, home care), ferma restando l'inderogabilità della ottimizzazione del rapporto tra il "sistema ospedale" e la medicina preventiva di base.

L'efficienza dello strumento "Carta dei servizi", in un processo di aziendalizzazione, va ricercato nel risultato globale di produzione dei servizi ed in particolare, nella nostra analisi, in una pianificazione ed in una riorganizzazione delle attività, nel clima di collaborazione tra le diverse componenti dell'azienda, nel grado di conoscenza e di condivisione degli obiettivi aziendali da parte degli operatori, nella consapevolezza di partecipare attivamente al conseguimento dei risultati finali, nel rispetto dei diritti dei cittadini.

In questa prospettiva l'Ufficio relazioni con il pubblico si pone come organismo (per altro non unico) che ha la funzione di dare spazio e voce all'utenza, togliendola da un ruolo passivo di spettatrice ed introducendola in un circuito virtuoso di controllo della qualità, quale risorsa aggiuntiva nella soluzione dei propri problemi (controllo di efficacia).

L'Ufficio per le relazioni con il pubblico della nostra Azienda utilizza due aree di riferimento: l'area "comunicazione sociale" e l'area "pubblica tutela" con finalità convergenti capaci di soddisfare il cliente-utente, avvalendosi di sinergie metodologiche-organizzative pur in contesti apparentemente differenti: un'equa miscelanea dei bisogni di benessere dei cittadini e della funzione di promozione e visibilità dell'Azienda ospedaliera. Le aree di riferimento sono conseguenziali l'una all'altra e utilizzano le medesime risorse misurate per il raggiungimento di un unico obiettivo: la soddisfazione dell'utente.

Una sfida che deve essere condivisa da tutti per elevare il livello della qualità della vita.

## LA CARTA DEI SERVIZI E L'OBIETTIVO DELLA QUALITÀ NELL'ATTIVITÀ SANITARIA

**Prof. Piero Micossi\***

Cercherò di introdurre alcuni elementi di riflessione.

Uno dei rischi che corriamo in questo processo che stiamo attraversando è di diventare generici.

Il problema della qualità si confonde con il problema dei buoni sentimenti, mentre quando si parla di qualità e standard ci si riferisce a strumenti e misure specifiche. Noi operiamo in organizzazioni che non conoscono l'alfabeto della misura, che non sanno generare misure e allora è su questo che sono scettico. Non voglio essere gratuitamente critico, ma sono stato sfavorevolmente impressionato dal fatto che si ritenesse di poter caricare le organizzazioni sanitarie di centinaia di indicatori senza che si risolvessero i problemi di omogeneità nella raccolta e generazione dei dati e si comprendesse il problema della gestione degli strumenti all'interno di organizzazioni complesse. Sono preoccupato di vedere il problema della qualità come un gigantesco affresco in cui si mescolano troppi buoni sentimenti.

Voglio dare un'idea di questo affresco servendomi di un documento pubblicato nel Protocollo Nazionale sul Servizio Sanitario Nazionale approvato dal Consiglio Nazionale Permanente del Movimento Federativo. Nel documento sono riportati quattordici diritti dei cittadini: il diritto al tempo, all'informazione, alla documentazione, alla sicurezza, alla certezza, alla fiducia, alla qualità, alla differenza, alla normalità, alla famiglia, alla decisione, al volontariato, al futuro e

alla riparazione dei torti. Se ognuno di questi punti rappresentasse un sistema di azione e di interventi nell'organizzazione e di misura, dobbiamo chiederci quanto questo costerebbe all'organizzazione: perché un'altra regola della buona organizzazione è di non pensare che esistano attività per le quali non esiste finanziamento.

É come se il problema degli indicatori di qualità (art. 10 D.Lgs. 502/92) fosse visto come una questione che non necessiti di risorse, così come la Carta dei Servizi. In realtà è noto che oggi nella sanità abbiamo una competizione per le risorse che si incentra intorno a tre questioni:

- quanta tecnologia;
- quanto accesso per i cittadini;
- quanta informazione e organizzazione.

Questo è il tema della competizione delle risorse.

In questo momento tutta la cultura scientifica internazionale orienta l'investimento sulla tecnologia e non abbiamo la capacità di pianificare interventi sull'accesso e pochissima, non nulla ma pochissima, capacità di pianificare interventi sulla informazione e organizzazione. Ora se si parte da queste considerazioni ci si rende conto che con molte enunciazioni si rischia di rimanere nella poesia. Un esempio: il sistema sanitario americano è saltato perché la quantità di investimenti in tecnologia è stata troppo alta rispetto all'investimento in informazione e organizzazione; è questo il classico esempio portato per dimostrare come esista una competizione diretta tra quantità di tecnologia e sistemi di accesso.

Quando il piano AIDS promette di creare migliaia di posti letto, sta creando un problema di accesso a quei posti letto e sta facendo una scelta che va contro al diritto del cittadino di ottenere quelle prestazioni, poiché il numero dei cittadini

che potrà ottenere quelle prestazioni non è rapportabile a quanti ne hanno effettivamente bisogno. Il modello di assistenza all'Aids del programma Metropolitan di Toronto è un modello di assistenza domiciliare che è l'unico che consente l'assistenza a tutti i malati di AIDS. Nel momento in cui facciamo una scelta di assistenza in una cattedrale da 1.600.000 al giorno abbiamo già creato un problema di accesso. Quindi quando noi parliamo di diritto dei cittadini e non portiamo il problema sul terreno delle scelte di investimento stiamo già commettendo un errore. In questo contesto di ragionamento cercherò di porre alcuni problemi e cioè come possiamo concretamente affrontare nelle organizzazioni alcuni di quelli che sono chiamati "diritti". Dico subito che io ritengo che la nozione di diritto in ambito sanitario sia usata in modo inappropriato, a partire dal diritto alla salute poiché esistono una questione di fruibilità e una questione di distribuzione dei diritti che entrano in conflitto con il fatto che la definizione di tali diritti avvenga su base individuale, soggettiva e con pretesa di illimitatezza, quando in effetti sono per i più socialmente non fruibili.

Il diritto al tempo: il tempo del malato richiede evidentemente che noi ripianifichiamo l'organizzazione. Perché il malato possa non venire nella mia organizzazione per ottenere una prestazione, debbo avere un sistema di comunicazione telefonica, devo essere capace di trasmettere informazioni tra USL, ospedale, casa di riposo, devo essere capace di parlare con il medico di base, di trasmettere informazioni strutturate attraverso le organizzazioni economiche. che provvedono alla copertura assicurativa o al pagamento delle prestazioni o del ticket. È noto che oggi il cittadino nelle organizzazioni sanitarie fa da integratore delle comunicazioni tra le stazioni di servizio. Se io dico che il cittadino ha diritto che le comunicazioni siano tenute da me per risparmiare il suo tempo, è necessario che io costruisca un sistema di comunicazione tra medico di base (che deve trasmettere le richieste di laboratorio o le prescrizioni alla farmacia), l'ospedale, che deve dare al medico di base i referti perché li dia al

paziente e così via. Per tutto ciò io ho bisogno di investimenti e progettazione. Allora io temo che quando noi diciamo che il cittadino ha diritto al tempo, soddisfatti di aver introdotto questo elemento nella Carta dei Servizi, stiamo barando perché non stiamo prevedendo nessuna delle condizioni che renderebbero realistico l'esercizio del diritto al tempo da parte del cittadino.

Il rischio reale è che la questione dei diritti diventi giudiziaria, ed è necessario perciò imparare a gestire un processo per tendenze piuttosto che un processo per definizione legislativa dei diritti.

Vediamo un altro caso. Il cittadino ha diritto alla informazione e alla documentazione: ora non esiste alcun dubbio che le informazioni che raccogliamo nelle organizzazioni sanitarie appartengano prima al cittadino che a noi, sul piano della nozione universale del diritto del cittadino ad usufruire per primo di ciò che lo riguarda. Ma è certo che le nostre organizzazioni non hanno in nessun modo la capacità di acquisire e poi restituire informazioni in modo finalizzato alla comunicazione con il cittadino. La cartella clinica è un documento burocratico che serve alla certificazione della nostra adeguatezza sanitaria, legale e professionale. Tutte le volte che nelle organizzazioni pubbliche si pone il problema per il cittadino di disporre delle informazioni che lo riguardano, noi frapponiamo ostacoli derivanti dalle esigenze di tutela della organizzazione. Modificare questo atteggiamento richiede cambiamenti legislativi, dei comportamenti delle organizzazioni e investimenti.

In quale modo costruiamo la comunicazione con il pubblico, che tipo di cartella clinica riceve il paziente quando esce, chi ha detto che il paziente uscendo riceve una lettera di dimissione che è la sintesi di ciò che l'organizzazione ritiene che lui debba sapere. E chi ha detto inoltre che il cittadino non possa avere accesso diretto, esempio attraverso Internet, alle fonti di informazione che costituiscono la base delle informazioni che lo riguardano. Ora se noi poniamo questo genere di problemi, poniamo problemi che riguardano la trasformazione di una cultura e

delle modalità di funzionamento delle organizzazioni. Parliamo ora di certezza di ottenere una certa prestazione. Se voi andate all'ospedale di Niguarda e volete progettare un profilo di cura, per esempio un check-up, scoprirete che non è possibile nella maggioranza dei grandi ospedali dare ai cittadini la certezza di quando potranno ricevere una prestazione. L'investimento necessario per rendere una organizzazione capace di dire quando e se sia possibile ricevere una prestazione è un investimento rilevante in cultura, formazione e sistemi informativi e implica un problema di delimitazione delle organizzazioni per territorio e competenza. La certezza di ricevere la prestazione implica una serie di elementi. In primo luogo la responsabilità della persona che interloquisce con il cittadino nel definire un percorso di prestazione. È evidente che se chi parla con il cittadino non ha il dominio sulle agende e sulla pianificazione dell'organizzazione non può dare la certezza della prestazione. Naturalmente questo è un problema di attribuzione di responsabilità, ma a chi: al medico curante, a chi risponde allo sportello o a chi altri? Questa decisioni non sono frutto di una discussione nazionale, ne possono essere prese per decreto ma sono relative alle modalità di funzionamento di ciascuna azienda, la quale dovrà decidere come rapportarsi al medico di base, quali accessi offrirgli (poiché questo diventa un elemento di competizione sul mercato). In questo modo l'organizzazione investirà in uno strumento di comunicazione piuttosto che in un altro. Qui gli strumenti di decretazione e di normazione non solo sono fortemente inadeguati ma rischiano di generare confusione. Voi sapete che il trattato di Maastricht afferma che l'Europa ha due problemi da risolvere: il problema dell'accesso e il problema della continuità di cura. Al problema della continuità di cura ci si riferisce con il termine CASE MANAGEMENT: il cittadino chiede oggi al sistema sanitario nazionale di avere un solo interlocutore che sia capace di fornire accesso con uguale probabilità di successo a qualsiasi prestazione, garantendo il meglio della qualità. Il problema è allora quello che l'interfaccia tra sistema sanitario cliente, cioè che il

cittadino sia capace di avere accesso alle informazioni e ai sistemi di prenotazione e pianificazione di tutto il sistema per potersi garantire la continuità di cura. Parlare di continuità di cura significa stabilire chi è l'integratore delle informazioni e della comunicazione. Una volta deciso chi sia l'integratore è importante decidere in quale modo affidargli le informazioni e il governo del diritto all'accesso.

Questo nel sistema sanitario nazionale costituirebbe un investimento rilevante e importante per una rilettura delle organizzazioni sanitarie in termini di rete, per abbandonare le compartimentazioni e le inefficienze. Si tratta di rinunciare a investire in tecnologia per ricominciare a investire in pianificazione e organizzazione, il tutto in un momento in cui gli investimenti in tecnologia sono al di sotto dei livelli fisiologici. Se noi immaginassimo che debba esistere un compratore per conto del cittadini di servizi erogati da strutture diverse e che questo compratore sia capace di identificare le unità di prestazione e di assemblarle in modo indipendente dalla vicina/lontananza di chi offre, non sappiamo che il nostro modello di organizzazione è molto lontano da ciò.

Cosa fare allora per avvicinarci a questa possibilità. Ad esempio si potrebbe ricominciare a definire le unità di prestazione in modo omogeneo e riconoscibile dentro al sistema. Diventa molto difficile lavorare con ospedali che producono DRG, ambulatori che producono nomenclatori tariffari, medici di base che producono non si sa cosa, senza disporre di un sistema di standard e misure.

A mio parere in assenza di ciò, la navigazione nel mondo della affabulazione diventa ma altamente probabile.

Una ulteriore questione su cui vorrei interrogare noi stessi consiste nella efficacia e efficienza come obiettivi del nostro sistema sanitario. Nel mondo si fa fatica a capire cosa sia l'efficacia delle prestazioni sanitarie: noi sappiamo che il 50 % delle prestazioni erogate nei nostri ospedali sono inutili, sappiamo che gran parte della tecnologia diagnostica oggi non ha giustificazione clinica, sappiamo che

esistono percorsi diagnostici per arrivare alle decisioni di by-pass miocardico che possono includere molte prestazioni oppure poche, sappiamo che la prevalenza della prostatectomia nelle diverse zone degli USA oscilla dal 3 al 19 % nelle stesse classi di età, sappiamo che le organizzazioni sanitarie sono in grado di offrire prestazioni sanitarie all'infinito riuscendo attraverso l'offerta a aumentare la domanda, ma non sappiamo misurare l'efficacia., cioè non sappiamo misurare l'effetto del nostro intervento sullo stato di salute del cittadino. Siamo invece capaci di misurare i prodotti intermedi dell'organizzazione, quelli che nella letteratura sono definiti come output. Certamente se un cittadino viene da noi ad operarsi di una colecistite acuta, io lo opero e lui guarisce, ho dato una prestazione efficace. Ma non sono sicuro di avere dato una prestazione efficace tutte le volte che uso un farmaco per abbassare il colesterolo, tutte le volte che uso un ipoglicemizzante per abbassare la glicemia; questo perché le nostre organizzazioni sanitarie non misurano gli effetti delle proprie decisioni. Basta leggere una cartella clinica per vedere che gli obiettivi che stanno dietro la maggioranza delle decisioni non sono mai espliciti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità dice che il requisito perché una decisione clinica sia valutabile è che ne sia esplicito il contenuto in termini di obiettivi sullo stato di salute. Ora noi non sappiamo in che percentuale i diabetici mantengano una glicemia sotto 140 e a causa di questo non sviluppino 10 anni dopo una nefropatia, non lo sappiamo perché di questo non c'è misura. Nel mondo sta nascendo un movimento culturale complesso che si chiama "evidence based medicine" che sta cercando di uscire dalla medicina dell'inferenza (per cui il lavoro scientifico giustifica il comportamento senza misurare l'efficacia diretta sul paziente oggi e qui) cercando al contrario di utilizzare i dati della pratica clinica corrente per misurare l'efficacia delle prestazioni. Siamo però ancora agli inizi. Ne consegue che quando oggi noi parliamo di qualità riusciamo ad immaginare due sole cose. La catena del cliente interno, ossia un sistema di comportamento che riconosca in

ogni prestatore d'opera la capacità di offrire un servizio a chi viene dopo di lui nella catena: di questo è possibile generare misure.

La seconda cosa è un sistema capace di rilevare gli output dell'organizzazione e di definirne il contenuto in qualità in modo tale che sia presumibilmente raggiungibile il risultato che ci si proporrà sullo stato di salute del paziente. Ad esempio se io ritengo indispensabile una buona comunicazione con il medico di base ai fini di raggiungere l'obiettivo terapeutico, misurerò la qualità della comunicazione vedendo che tipo di lettera viene rilasciata dell'ospedale, come arriva al medico di base, in quanti casi questi ne segue i consigli, in quanti casi si rivolge di nuovo all'organizzazione per discutere i risultati che ha ottenuto. Noi culturalmente non abbiamo dubbi che la catena della qualità sia questa, ma ne siamo piuttosto lontani nell'esperienza concreta.

Vorrei infine richiamare alcuni elementi che stanno in allegato al supplemento della G.U. in cui si parla di Carta dei Servizi. Abbiamo capito il significato del tema informazione e accoglienza e questo entra in relazione con il tema del diritto alla differenza: pensiamo a come accogliamo nei nostri ospedali i malati mussulmani! Pensiamo poi al diritto alla privacy e a come schiere di medici visitano i malati. In questi casi io posso anche avere un U.R.P. funzionante, ma chi va a parlare con i medici per spiegare che non è lecito visitare il paziente in gruppo! Il fatto che io scriva delle cose sulla Carta non modifica evidentemente i comportamenti.

Una ulteriore questione molto delicata, è quella del problema che viene chiamato dell'allineamento" (Labowitz, Boston University). Ci si è posti il problema di quali sono gli elementi che rendono difficile per l'organizzazione esprimere la capacità di offrire qualità verso la persona/cliente essendo l'organizzazione costituita da persone. Noi abbiamo oggi, in primo luogo, la voce dei dipendenti, che tende a tutelare i propri privilegi, chiamati diritti acquisiti, nella forma del vincolo legislativo e contrattuale. I dipendenti esprimono la non disponibilità a

riorganizzare il proprio lavoro in funzione del cliente congelando i propri privilegi mediante strumenti legislativi e contrattuali. Questo elemento, la voce dei dipendenti è diventato fortissimo nelle nostre organizzazioni e il nostro problema è come facciamo a ridimensionarlo. Il secondo elemento è che noi non riusciamo a percepire nelle nostre organizzazioni la voce del processo, perché la cultura delle nostre organizzazioni non è capace di progettare processi. Progettare processi significa riconoscere nella dinamica del servizio l'elemento flusso delle informazioni e l'elemento relazioni e transazioni: noi non abbiamo neppure la cultura delle transazioni. Un medico che deve progettare un pacchetto di servizio è costretto a negoziare telefonicamente con il laboratorio o con altri colleghi l'acquisizione di prestazioni per il suo pacchetto. Questo tipo di relazione negoziale non è progettata ma affidata alla capacità contrattuale dei singoli; ciò fa sì che sia possibile ottenere prestazioni più facilmente laddove la capacità negoziale dell'individuo è alta. Non esiste però la voce del processo concepita come uno degli elementi di guida dell'organizzazione. Il terzo elemento è la voce del paziente che non si esprime nei suoi contenuti reali ma attraverso una configurazione di diritti che assumono connotati conflittuali. Il problema di come far allineare i tre elementi, voce dei dipendenti, voce del processo, voce del paziente è molto complesso: le nostre aziende non avendo un modello di servizio condiviso, non hanno una anima collettiva. Se questo è il complesso problema della qualità e della Carta dei Servizi dobbiamo allora avere l'umiltà di scendere nello specifico, nel concreto per sezionare i pezzetti del problema, facendo i conti con le risorse e la cultura di cui di volta in volta disponiamo.

# LA CARTA DEI SERVIZI NELL'ORDINAMENTO GIURIDICO ITALIANO

**Avv. Rocco Mangià\***

## **1. I diritti della persona nella Costituzione**

La nostra Costituzione pone la persona umana, ogni singola persona, al centro dell'organizzazione dello Stato e della Società.

Questa è la portata dell'art. 2 della Costituzione, che enuncia uno dei principi fondamentali della forma dello Stato italiano (principio personalista), nel quale si qualifica come "diritto" (fondamentale) la posizione della persona umana all'interno dello Stato, inteso nella eccezione più ampia e comprensiva di tutti i pubblici poteri. Il riconoscimento di tali diritti viene, tuttavia, ricollegato ai "doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale" dei quali "la Repubblica ... richiede l'adempimento".

La Costituzione non si limita ad assumere una concezione meramente statica e passiva dei "diritti di libertà", ma impegna i pubblici poteri a modificare e rimuovere le condizioni economiche e sociali che "impediscono il pieno sviluppo della persona umana"; è questo il senso del riconoscimento dei "diritti sociali" (al lavoro, alla salute, all'istruzione, ecc.), la cui garanzia esige positivi comportamenti dei pubblici poteri.

Le richiamate disposizioni costituiscono la premessa da cui prendere le mosse per passare da una concezione dell'amministrazione pubblica quale soggetto che garantisce il rispetto dei diritti dei cittadini a quella dell'amministrazione che soddisfa i bisogni collettivi, per affermare che l'attività dell'amministrazione e i servizi che la stessa presta vanno centrati su chi li richiede e li riceve ( cittadino-utente) e non sull'ente che li eroga.

La richiamata disposizione della Costituzione, alla quale, in quanto enuncia un principio fondamentale che caratterizza la forma di Stato si attribuisce il carattere

della "immodificabilità", fa quindi da sfondo e ad un tempo costituisce una sintesi delle problematiche che sono oggetto del nostro incontro di studio sulla "Carta dei Servizi", dovendosi questa ritenere uno degli strumenti attraverso i quali si vuole riquilibrare il rapporto pubblici poteri - persona umana, ricollocando questa al centro di tale rapporto.

Può essere utile fare alcune brevi riflessioni sulla concezione che ha guidato il legislatore costituente nel definire il disegno della P.A. e ripercorrere altrettanto brevemente le tappe della attuazione e sviluppo di tale disegno da parte del legislatore ordinario.

## **2. I rapporti tra cittadino e P.A. come autorità e come soggetto erogatore di prestazioni.**

A) Nel disegno originario della Costituzione.

I numerosi studi condotti sui lavori dell'Assemblea Costituente<sup>(1)</sup> hanno costantemente evidenziato, con riferimento alla "concezione" della Pubblica Amministrazione nell'impostazione della nuova Carta Costituzionale, la competenza di due orientamenti in gran parte contrapposti.

Il primo orientamento, magistralmente esemplificato nell'operato delle due "Commissioni Forti" e che di fatto ha direttamente condizionato l'elaborazione della disciplina costituzionale della P.A.<sup>(2)</sup>, è quello risalente alla concezione "classica" liberale, che considera l'Amministrazione nella sua veste di autorità, la quale agisce sempre in posizione di supremazia e con strumenti "di diritto pubblico".

All'amministrazione-autorità corrisponde, sul versante delle posizioni individuali, un rapporto di esclusione fra potere amministrativo e diritti dei singoli.

E non è un caso, allora, che le scarse previsioni costituzionali concernenti l'Amministrazione riguardano essenzialmente il momento di garanzia dei cittadini contro lo Stato (artt. 24, 103, 111, 113, nonché le numerose riserve di legge e,

---

<sup>1</sup> Vedi, per tutti, DE SIERVO (a cura di), *Scelte della Costituente e cultura giuridica* II voll., Bologna, 1991.

<sup>2</sup> DI GIOVANNI, *La concezione della Pubblica Amministrazione nei lavori della prima Commissione Forti*, in *Jus*, 1984, 156.

talvolta, anche di giurisdizione), ovvero la disciplina dell'organizzazione amministrativa, rigorosamente soggetta al primato della legge ( artt. 23, 53, 97 e 98).

Entrambi questi gruppi di disposizioni convergono in una visione di un apparato nei confronti del quale il cittadino deve unicamente difendersi (le garanzie) e da lui chiaramente separato (l'organizzazione). Una cultura costituente che risente, cioè, profondamente del classico schema ricostruttivo autorità-libertà<sup>(3)</sup>.

Da un lato, infatti, la riserva di legge non soltanto limita l'Amministrazione, ma ne costituisce anche la fonte di legittimazione piena ed esclusiva. Dall'altro, la garanzia del cittadino è limitata alla sede giudiziaria ma nelle forme ereditate dallo stato liberale, che affidava la tutela contro la P.A. ad un giudice "speciale" distinto da quello ordinario.

Il fallimento della proposta di introdurre la giurisdizione unica del giudice ordinario, che si fondava sul presupposto dell'unificazione della posizione giuridica del cittadino nei confronti della P.A., è indice eloquente della "centralità" del potere amministrativo.

Per altro verso, le proposte di "costituzionalizzare" i "diritti del cittadino nei confronti della P.A." vengono accantonate e rinviate a quella che doveva essere l'elaboranda disciplina generale dell'azione amministrativa<sup>(4)</sup>.

In quest'ottica, le principali novità, forse non pienamente percepite dai sostenitori di questo primo orientamento, riguardano la separazione dell'Amministrazione dalla funzione di governo e la "pluralizzazione" degli apparati amministrativi, conseguenti non tanto o non solo al riconoscimento del principio del decentramento, di cui all'art. 5 Cost., quanto piuttosto al riconoscimento del pluralismo istituzionale o politico-amministrativo (art. 114 Cost.).

---

<sup>3</sup> AZZARITI, *Premesse per uno studio sul potere discrezionale*, in *Studi in onore di M.S. Giannini*, Milano, 1988, III, 97.

<sup>4</sup> La Seconda Commissione Forti discusse dell'opportunità di inserire, tra i diritti espressamente tutelati dalla Costituzione, quelli del cittadino verso la P.A. (diritto del cittadino a conoscere la motivazione degli atti amministrativi che lo riguardano; diritto ad avere visione e copia degli atti amministrativi; diritto di petizione e conseguente obbligo dell'A. di dare risposta; diritto di risarcimento dei danni ogniqualvolta si è sottoposti ad una limitazione o privazione di diritti che non riguardi la generalità dei soggetti - norma poi confluita nell'art. relativo alla proprietà privata come diritto all'indennizzo). Tuttavia, prevalse il timore che l'attività amministrativa dello Stato si inceppasse a causa di queste enunciazioni di principio contenute direttamente in una costituzione "rigida".

Tuttavia, accanto a questa concezione "tradizionale", è possibile intravedere nella Costituzione un nuovo modo di concepire l'Amministrazione, teso a superare la netta scissione fra potere pubblico e diritti del cittadino.

Infatti, l'affermazione dei principi fondamentali del nuovo ordinamento democratico (in particolare gli artt. 1, 2 e 3, 2° comma Cost.) muta il contesto stesso in cui viene ad operare l'Amministrazione: «mutano, in special modo, le posizioni riconosciute ai cittadini singoli e associati, che appaiono investiti non solo della contitolarità popolare dei poteri pubblici, ma altresì di un insieme di posizioni di carattere non più (o non più solo) oppositivo, bensì pretensivo nei confronti dello svolgimento dell'azione amministrativa»<sup>5</sup>).

Si tratta di affermazioni che preludono ad un ripensamento globale di tutta la P.A., in qualsiasi forma essa possa agire e rapportarsi con il cittadino.

Tuttavia, questa seconda concezione della P. A. tarderà a lungo ad emergere e ad informare di sé la "costituzione materiale", trovando ostacoli di tipo culturale, burocratico ed operativo.

A conferma di ciò, basti considerare le vicende della "codificazione" del procedimento amministrativo: per trent'anni si è trascinato in Parlamento un progetto di disciplina generale dell'azione amministrativa, elaborato nel 1946 dalla prima Commissione Forti con l'intento di consolidare le regole affermate dalla giurisprudenza del tempo, in pratica una sistemazione tecnica inevitabilmente "rivolta al passato" e inconciliabile con la nuova cultura costituzionale dell'Amministrazione che si andava maturando nella società.

Il progetto di legge, è vero, conteneva anche forme di contraddittorio a beneficio di soggetti privati, ma in maniera ancora limitata ed episodica, nell'ambito di un procedimento ancora ispirato, tra l'altro, al principio della segretezza degli atti, e comunque sempre salvaguardando la necessaria supremazia del soggetto pubblico.

B) Nella recente legislazione.

---

<sup>5</sup> PASTORI, *La disciplina generale del procedimento amministrativo. Considerazioni introduttive*, in Atti Varenna, 1986; BENVENUTI, *L'attività amministrativa e la sua disciplina generale*, ora in PARTORI (a cura di), *La procedura amministrativa* Vicenza, 1964..

In un clima culturale profondamente mutato (anni '80) opera invece la c.d. Commissione Nigro, alla quale era stato assegnato il compito di formulare proposte per il miglioramento della disciplina dei procedimenti amministrativi, con il duplice fine di promuoverne la democratizzazione e la semplificazione.

Le "domande" del corpo sociale verso l'Amministrazione erano frattanto cambiate rispetto al passato.

Da un lato, l'istituzione dei Tribunali Amministrativi Regionali ha dischiuso definitivamente al cittadino le porte della giustizia "dalla" amministrazione, ma al contempo ha evidenziato i limiti di questa forma di tutela (necessariamente successiva), rendendo più pressante la richiesta di giustizia "nella" amministrazione (preventiva all'emanazione dell'atto).

Dall'altro, l'amministrazione, a causa delle sue lentezze, inefficienze, discrezionalità (arbitri) e frammentazione, ha perso credibilità nei confronti della società, liberando una pressante domanda di efficienza, semplificazione e *deregulation*.

Diversamente dall'impostazione "tradizionale" - tutta "interna" all'Amministrazione, alle sue regole e alle sue esigenze - la Commissione Nigro sceglie consapevolmente di porsi dall'angolatura dei diritti del cittadino nei confronti della P.A., per definire un nuovo assetto sostanziale dei rapporti fra la società e la P.A. E non è un caso che la prima proposta normativa elaborata dalla Commissione, poi unificata nello schema che ha originato la L. 241/1990, nasce dalla considerazione dei rapporti fra cittadini e P.A. «indipendentemente dall'espletarsi di uno specifico procedimento o dal compimento di un atto», ed è quella sul diritto di accesso.

Il momento è molto importante, perché segna il nascere di un vero e proprio "Statuto generale" dei rapporti tra cittadino e Amministrazione: il "diritto" di accesso, infatti, specificamente sanzionato, diventa la posizione-base del cittadino in quanto tale nei confronti dell'agire amministrativo nel suo complesso e nella sua generalità.

L'accesso, poi, si lega indissolubilmente con la "partecipazione procedimentale", che costituisce invece la posizione fondamentale del cittadino nei confronti dell'Amministrazione in occasione del farsi dell'attività amministrativa.

Quest'ultima, inoltre, si "contrattualizza", e ciò, nell'impostazione originaria della Commissione Nigro, avrebbe dovuto contribuire a trasformare lo stesso modo di essere o di concepire il potere amministrativo, facendone recedere il tradizionale connotato strutturale dell'imperatività e facendone emergere il profilo dell'ordinazione al fine pubblico, che può essere conseguito attraverso strumenti diversi e anzi preferibilmente con strumenti di diritto comune.

Contemporaneamente, la Legge n. 142/1990 assegna agli Enti Locali, nell'ambito della nuova autonomia statutaria loro riconosciuta, di prevedere adeguate forme di accesso e partecipazione degli "amministrati".

Il tutto presuppone una nuova legittimazione dell'Amministrazione nei confronti della società: non più l'astratta posizione d'imperio derivante dalla legge, ma la "legittimazione procedimentale" conseguente all'effettiva capacità di valutare e comporre gli interessi sia pubblici che privati e alla sua trasparente conoscibilità.

Il vincolo della trasparenza e della partecipazione procedimentale diventa, poi, canone organizzativo con la Legge 23 ottobre 1992, n. 421 (art. 2, *lett. hh*) e con il d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29 (art. 5: ufficio relazioni con il pubblico).

Il tipo di amministrazione "pensata" e disciplinata dalla L. 241/1990 è però quella c.d. "di regolazione" o "autoritativa", che svolge attività di individuazione e cura dell'interesse pubblico concreto e di fissazione del regime giuridico afferente la singola fattispecie.

Tuttavia, oltre all'attività amministrativa autoritativa, vi è anche (ed è anzi allo stato forse predominante) l'attività amministrativa di "erogazione di prestazioni", vale a dire l'attività di soggetti pubblici volta a garantire al cittadino una "utilità" in vario modo prevista dalla legge ("il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla vita, alla salute, alla sicurezza, alla libertà di circolazione, all'assistenza e previdenza sociale, all'istruzione e alla libertà di comunicazione", come recita l'art. 1 della legge 12 giugno 1990, n. 146).

Si tratta di un'attività diversa dalla precedente, perché svolta con forme giuridico-organizzative non riconducibili, in massima parte, a quelle tradizionali (atto amministrativo, accordo).

Per questo secondo tipo di attività, si è rilevato come l'interesse pubblico finisce per identificarsi con l'interesse "del pubblico" al soddisfacimento di un particolare "bisogno" fondamentale. La soddisfazione dell'utente è anzi, nell'ambito delle regole del servizio, esattamente lo scopo dell'attività amministrativa( <sup>6</sup>).

In tal caso, l'attività amministrativa è non più *funzione pubblica*, bensì *servizio pubblico*, vale a dire attività di erogazione di prestazioni ritenute necessarie per la collettività (trasporti, prestazioni sanitarie, ecc.) e perciò assunta dai pubblici poteri.

La posizione dell'Amministrazione erogatrice di prestazioni rispetto al cittadino-utente è in un certo senso paradossale.

Da un lato, la dottrina ha evidenziato come l'attività di prestazione (consistente prevalentemente in attività materiali) sia soggetta in gran parte al diritto comune. In tal caso, la situazione giuridica soggettiva per eccellenza del privato è considerata di diritto soggettivo e non di interesse legittimo.

Per altro verso, tuttavia, il cittadino-utente subisce "limitazioni" e condizionamenti ben più gravi di quelle dell'interesse legittimo.

Ciò in quanto la lesione ai propri interessi deriva non tanto da comportamenti o attività illegittime, bensì da inefficienze delle strutture e scarsa qualità delle prestazioni, contro cui non esiste adeguata tutela.

Infatti, il servizio pubblico è reso prevalentemente in condizioni di monopolio o quasi-monopolio, ragion per cui è preclusa all'utente la possibilità di influire sulla qualità del servizio esercitando un potere di scelta, secondo i termini ordinari della concorrenza e del mercato.

Ora, la filosofia della L. 241/1990 - di porsi dall'angolo visuale dei diritti del cittadino verso la P.A. - e la sua stessa finalità - di garantire la trasparenza e l'efficienza dell'attività amministrativa - non potevano non comportare un ripensamento anche dei rapporti tra utente e amministrazione "di servizi".

---

<sup>6</sup> FALCON, *La pubblica amministrazione e i cittadini* in *Le Regioni*, 1995, 477.

In primo luogo, all'attività amministrativa in generale si chiede in maniera sempre più convinta e pressante di essere non solo "legittima" ed imparziale, ma anche "efficiente".

In secondo luogo, la "trasparenza" dell'Amministrazione e la partecipazione dei cittadini-utenti non possono escludersi dal settore della prestazione dei servizi, per il semplice fatto che l'oggetto di tali prestazioni è in larga misura già predeterminato.

Al contrario, esse potranno e dovranno indirizzarsi nella direzione più coerente con il tipo di attività prestata, vale a dire in quella della conoscibilità e del controllo della qualità del servizio erogato.

In questo contesto caratterizzato dalla maturazione di una nuova coscienza "civile", dall'approfondimento del nuovo "Statuto generale" dei rapporti del cittadino con l'Amministrazione inaugurato con la L. 241/1990, nasce la c.d. "Carta dei servizi".

### **3. Il diritto alla salute nella disciplina del Servizio Sanitario e nella Costituzione**

E' utile fare alcuni cenni al dibattito dottrinale e ai contributi giurisprudenziali relativi alla qualificazione del diritto alla salute in relazione sia alle disposizioni costituzionali, sia alle disposizioni con le quali è stato disciplinato nel tempo il rapporto fra Servizio Sanitario (inteso nel senso assunto dagli artt. 1, 19 e 25 della legge 833/78) e cittadino utente dello stesso e qualificata la posizione soggettiva di quest'ultimo all'interno del Servizio stesso.

E' noto che la problematica attiene essenzialmente alla qualificazione di tale posizione come diritto soggettivo (riconducibile o meno alla categoria dei diritti fondamentali di cui all'art. 2 della Costituzione) o come interesse legittimo, con i riflessi che tale qualificazione comporta in termini di modalità di tutela e di intensità della tutela stessa (nella più ampia problematica della risarcibilità o meno della lesione delle posizioni soggettive qualificabili come interessi legittimi).

Va sottolineato che il problema della qualificazione delle posizioni soggettive continua ancor oggi ad avere rilevanza pratica, anche se si registrano diversi fattori destinati a ridurre tale rilevanza, fattori ai quali si può semplicemente accennare, non essendo questo il tema centrale della mia relazione.

Trattasi di fattori, per così dire, "esterni" all'ordinamento italiano (si pensi all'influenza del diritto comunitario sul diritto interno anche per quanto attiene alla risarcibilità degli interessi legittimi), ma soprattutto frutto della evoluzione della legislazione specifica del settore sanitario.

Il problema della qualificazione del diritto alla salute si pone in relazione alle disposizioni contenute nell'art. 32 della Costituzione, ove si stabilisce che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e l'interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."*

Tale problematica è, peraltro, comune alle posizioni soggettive riconducibili alla categoria dei "diritti sociali", caratterizzati da una pretesa a prestazioni la cui erogazione è condizionata dal limite oggettivo della organizzazione dei Servizi pubblici e della disponibilità di risorse finanziarie, nonché dal fatto che il soddisfacimento della pretesa richiede il bilanciamento di diversi interessi connessi con l'utilizzo delle risorse organizzative e finanziarie.

E' stato sottolineato<sup>(7)</sup> che già nell'art. 32 vi era una doppia chiave di lettura, quella che privilegiava il fondamentale diritto dell'individuo alla salute, vedendo in tale diritto il centro e lo scopo del sistema, con la qualificazione di diritto soggettivo delle possibilità riconosciute al privato e la chiave di lettura che, viceversa, faceva leva sull'interesse della collettività, menzionata nello stesso art. 32, individuando nella intermediazione organizzativa della repubblica la fonte concreta delle pretese ed aspettative del singolo, alle quali altra dignità non può spettare che di interessi legittimi.

---

<sup>7</sup> GALLO, *Gli utenti del servizio sanitario e le loro situazioni soggettive*, in ROVERSI MONACO (a cura di), *Riordinamento del servizio sanitario nazionale*, Rimini, 1991, 158 e gli autori ivi citati.

E' noto come in una prima fase di applicazione della legge 833/78 e in relazione all'enunciazione di principio nella stessa contenute, la giurisprudenza si era espressa nel senso di ritenere «il bene della salute umana ... diritto primario e fondamentale che impone piena ed esaustiva tutela» (Corte Cost., sent. 12-27 ottobre 1988 n. 992).

In un secondo momento la giurisprudenza costituzionale afferma che il diritto alla salute, riconosciuto dall'art. 32 Cost., mentre è direttamente garantito ed azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori di comportamenti illeciti, è invece soggetto, per quanto concerne il profilo del diritto a trattamenti sanitari, alle determinazioni del legislatore ordinario e si configura come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con gli altri interessi costituzionalmente protetti, fra i quali è compresa la considerazione delle risorse organizzative e finanziarie disponibili (Corte Cost., sentenza 26 settembre - 16 ottobre 1990 n. 455).

Va sottolineato che le conclusioni alle quali perviene la giurisprudenza sono strettamente fondate sull'assetto positivo del Servizio Sanitario e sui principi e regole relative alla organizzazione e funzionamento di detto Servizio.

E' chiaro quindi, ed entriamo più direttamente nel tema oggetto della relazione, che la problematica della qualificazione delle posizioni soggettive va riesaminata alla luce delle disposizioni contenute nella legislazione di "riordino" del Servizio Sanitario e degli interventi normativi e di indirizzo emanati in attuazione di disposizioni di legge.

Non è questa la sede per analizzare gli elementi innovativi di tale legislazione, ma è necessario sottolineare quelli che più direttamente rilevano con riferimento all'argomento che stiamo esaminando. Tra questi assumono, in particolare, rilevanza:

- a) la distinzione, nell'ambito del Servizio Sanitario tra compiti di regolazione, programmazione, indirizzo, controllo e compiti di erogazione. Ne è derivata una più precisa differenziazione nell'ambito dei soggetti del Servizio Sanitario fra amministrazioni pubbliche di "regolazione" e amministrazioni "di erogazione". Ciò si realizza, in particolare, con la qualificazione come "aziende" dei soggetti

ai quali, con una certa semplificazione, potremmo dire "fa capo" il compito di soddisfare la "domanda di salute" e quindi di rendere effettiva la realizzazione del "diritto alla salute".

- b) la individuazione delle prestazioni sanitarie secondo livelli predeterminati con atti a contenuto generale.
- c) la ridefinizione degli aspetti finanziari relativi al Servizio Sanitario sotto il duplice profilo della individuazione di nuovi criteri di riparto delle risorse (per quota capitaria) e per la determinazione del compenso dell'attività sanitaria (per prestazioni).
- d) il superamento, attraverso la individuazione di una diversa posizione dei soggetti erogatori privati rispetto a quelli pubblici, della tradizionale concezione secondo cui al soddisfacimento del diritto alla salute provvede il servizio pubblico e, con ruolo meramente integrativo, le strutture sanitarie private. Da qui l'affermazione di un principio di "competizione" tra soggetti erogatori pubblici e privati, questi ultimi "legittimati" attraverso uno specifico procedimento di verifica ("accreditamento") della loro idoneità a svolgere attività di assistenza sanitaria. E' noto che i problemi di qualificazione del "diritto alla salute" si è spesso posto nell'ambito delle controversie relative all'accesso alle prestazioni sanitarie erogate da strutture private. E' noto altresì che l'inefficienza dei servizi pubblici e l'effettività della tutela del cittadino dipendono in qualche modo anche dalla circostanza che detti servizi non sono, di massima, erogati in regime di concorrenza.

In relazione a tali innovazioni assume un diverso significato e un grado di effettività maggiore l'affermazione del diritto alla libera scelta del cittadino, che può rivolgere la sua domanda di prestazioni indifferentemente ai soggetti erogatori pubblici o privati "accreditati".

Si va così verso il superamento degli elementi su cui si fondava la qualificazione del diritto alla salute come interesse legittimo operata dalla giurisprudenza richiamata.

In presenza di una più puntuale definizione dei diritti e doveri delle parti, del contenuto della pretesa del cittadino e delle prestazioni alle quali son tenuti i

soggetti erogatori risultano sempre più ridotti gli ambiti del "potere" e quindi i profili di discrezionalità in relazione ai quali si fondava la configurazione del "diritto alla salute" come interesse legittimo.

Del resto già prima dell'emanazione della legislazione di "riordino" del Servizio Sanitario la dottrina <sup>(8)</sup> aveva sottolineato come il fatto che il "diritto alla salute" sia soggetto alla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario non porta necessariamente alla esclusione della natura di diritto soggettivo.

Richiamandosi alla distinzione, normalmente accolta nel diritto privato, ritenuta applicabile anche nei rapporti con la pubblica amministrazione, l'autore giunge alla conclusione che il diritto alla salute va qualificato come diritto soggettivo, talvolta assoluto (pretesa del cittadino a non essere danneggiato), talvolta relativo (pretesa alle prestazioni sanitarie) nei confronti, diremmo oggi, dei "soggetti erogatori" (pubblici e privati).

Tale conclusione è sicuramente da condividere oggi nel nuovo contesto legislativo e in relazione al fatto che il "momento di discrezionalità" e quindi le valutazioni di comparazione dei diversi interessi pubblici ai quali si fa riferimento nella giurisprudenza viene operata ad un livello diverso (quello della regolazione, programmazione, individuazione e assegnazione delle risorse) da quello tipico del rapporto di erogazione delle prestazioni, nel cui ambito la pretesa del soggetto interessato esplica tutto il potenziale della posizione del diritto soggettivo.

A livello di scelte legislative e programmatiche il "diritto alla salute" deve considerarsi un diritto fondamentale, nella accezione comunemente assunta, assistito dal carattere della inviolabilità sancito dall'art. 2 della Costituzione nel senso che esso "resiste" nel suo nucleo essenziale al potere legislativo, ivi compreso il potere di revisione della Costituzione ( *"La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali, ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"*).

---

<sup>8</sup> GALLO, *op. cit.*, 166 e ss.

Tali considerazioni trovano ulteriore conferma alla luce della "Carta dei Servizi", la cui funzione e rilevanza giuridica, nel quadro della problematica sulla qualificazione delle posizioni soggettive nel rapporto cittadino-pubblica amministrazione, è quella di uno strumento destinato, in attuazione dei principi e delle regole fissate dal legislatore in generale con riferimento all'attività della pubblica amministrazione e ai quali si è fatto cenno in precedenza, a ridurre i momenti di discrezionalità tipici di tale rapporto e nello stesso tempo ad influire su quei fattori (organizzativi, gestionali, finanziari, ecc.) dai quali in misura significativa dipende l'effettiva soddisfazione dei cosiddetti diritti sociali; ciò attraverso la valorizzazione della partecipazione del cittadino-utente, singolo e nelle organizzazioni sociali, al "processo di produzione", e la individuazione di strumenti di tutela più puntuali in relazione a singole pretese connesse con l'erogazione del servizio.

#### **4. La "Carta dei Servizi": processo formativo, soggetti obbligati e contenuti essenziali**

Il processo di formazione della "Carta dei Servizi" prende le mosse da una indagine conoscitiva sulle condizioni delle pubbliche amministrazioni e sul grado di soddisfazione dei cittadini per i servizi resi dalle stesse, avviata nel 1993 dal Dipartimento della funzione pubblica, cui ha fatto seguito una iniziativa sperimentale finalizzata alla elaborazione della "Carta" e alla quale avevano partecipato, sulla base di una libera adesione, alcuni soggetti-pubbliche amministrazioni.

L'intento era quello di avviare, sulla scorta di analoghe esperienze di altri Paesi, un processo di riqualificazione del rapporto cittadini-amministrazione soprattutto nel settore dei servizi, nel cui ambito tale rapporto presenta elementi di maggiore conflittualità rispetto al rapporto con l'amministrazione autoritativa e gli interessi dei cittadini sono più minacciati dall'inefficienza dell'amministrazione e assistiti da minori e meno efficaci strumenti di tutela.

La "Carta dei Servizi" nasce quindi dall'avvertita esigenza di individuare nuove regole nella erogazione dei servizi e di integrare in tale ambito le forme tradizionali di protezione del cittadino, attraverso l'adozione di nuovi strumenti più adeguati alle caratteristiche del modello di amministrazione di erogazione.

Allo scopo di rendere operativo tale intento e di valorizzare i risultati dell'iniziativa sperimentale posta in essere, la Presidenza del Consiglio faceva ricorso ai poteri di indirizzo alla stessa riconosciuta dalla legge n. 400 del 23.8.1988.

Veniva quindi adottata la "direttiva" del Presidente del Consiglio dei Ministri 27.1.1994 (G.U. 22.2 n. 43) contenente "principi sulla erogazione di pubblici servizi", con la quale (punto IV) si impegnava il Governo ad adottare tutte le misure legislative, regolamentari ed amministrative necessarie a dare piena effettività ai principi contenuti nella "direttiva" stessa.

A ciò il Governo provvedeva con D.L. 12.5.1995 n. 163 (*Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni*)<sup>9</sup>, con il quale (art. 2) veniva individuato, quale strumento per l'attuazione della predetta "direttiva", l'adozione di "Carte di Servizi pubblici".

Con lo stesso D.L. si individuavano (all. 2) i servizi pubblici nel cui ambito diveniva obbligatoria l'adozione della "Carta" e si definiva la relativa procedura.

Con D.P.C.M. sarebbero stati emanati, d'intesa fra Dipartimento della funzione pubblica e le amministrazioni preposte ai settori interessati, "schemi generali di riferimento delle Carte".

Agli "enti erogatori di servizi pubblici" era fatto obbligo di adottare "le rispettive Carte dei Servizi pubblici sulla base dei principi indicati dalla direttiva e dallo schema generale di riferimento", tenendo conto della "direttiva" in precedenza emanata in materia, nonché "delle norme del 'codice di comportamento' dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni adottate dal decreto del Ministro della funzione pubblica".

Alla approvazione dello "schema della Carta dei Servizi pubblici sanitari" (D.P.C.M. del 19.5.1995) deve seguire l'adozione della "Carta" da parte dei

---

<sup>9</sup> Il decreto è stato convertito nella Legge n. 273 del 11.07.1995.

singoli enti erogatori entro il termine di 120 giorni dalla emanazione dei decreti approvativi degli "schemi generali" (termine poi prorogato).

Allo scopo di stimolare e di indirizzare il processo attuativo della "Carta" il Ministero, con circolare n. 2/95 (G.U. n. 203 del 31.8.1995) ha emanato delle "linee guida".

L'adozione della "Carta", nel contesto delle fonti sopra richiamate, costituisce un atto di autonomia di ciascun ente erogatore, autonomia che va esercitata entro i limiti di tempo e nel rispetto dei contenuti fissati con gli atti normativi e di indirizzo sopra richiamati.

**Soggetti obbligati** all'adozione della "Carta" sono le "pubbliche amministrazioni che erogano servizi pubblici", le quali debbono uniformarsi ai "principi" nella stessa contenuti, nonché i "soggetti non pubblici" erogatori di servizi pubblici in regime di concessione o mediante convenzione o in forme diverse.

Nei confronti di tali ultimi soggetti la "Carta" esplica una efficacia indiretta, nel senso che viene fatto carico alle amministrazioni pubbliche "nell'esercizio dei loro poteri di direzione, controllo e vigilanza" di "inserire i contenuti" della direttiva negli atti regolatori del rapporto su cui si fonda l'erogazione del servizio pubblico.

Ancorché nella formulazione di tale disposizione non se ne faccia esplicito riferimento, nulla esclude che le pubbliche amministrazioni possano e debbano, al fine di rendere effettiva l'applicazione della "Carta" da parte di tutti i soggetti che erogano Servizi pubblici, indipendentemente dalla natura giuridica di tali soggetti, utilizzare il "potere di regolazione" (oltre a quelli di direzione, controllo e vigilanza), prevedendo, ad esempio, con norma di carattere generale da inserire nei criteri per lo "accreditamento" da parte delle istituzioni sanitarie, come necessario l'impegno da parte di queste a regolare i rapporti con l'utenza sulla base dei "contenuti" della "Carta".

Resta certamente il problema, in relazione alla diversità dei "contenuti" (termine questo usato nella "direttiva" sui servizi nella disposizione che prevede la applicabilità della stessa anche ai soggetti erogatori privati), di stabilire entro quali limiti e quali contenuti sono da ritenere vincolanti anche per i soggetti

erogatori privati, in considerazione del fatto che alcune disposizioni della "Carta" appaiono chiaramente concepite in un'ottica di rapporti con la P.A..

Al punto 1, con la intestazione "presentazione", si ricava il quadro normativo di riferimento, nel cui contesto si colloca la "Carta" e del quale costituisce applicazione; si fa anche esplicito riferimento alla "direttiva" del 27.1.1994 relativa ai principi sulla erogazione dei servizi pubblici.

E' stato ampiamente esaminato il contenuto della "Carta dei Servizi", sicché mi limito ad alcune considerazioni generali e a sottolineare alcuni profili problematici connessi con l'attuazione della "Carta".

**Alcune considerazioni generali** impongono come premessa.

Si è sottolineato in precedenza la funzione della "Carta" come strumento di riqualificazione del rapporto cittadino-pubblica amministrazione, ma ritengo si possa convenire sulla considerazione che tale strumento assume anche un valore fondamentale in quanto destinato ad avviare, o comunque a supportare, un processo di riqualificazione dell'amministrazione come soggetto erogatore dei Servizi Sanitari.

Potremmo dire che la "Carta" è uno strumento di supporto e di potenziamento del processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario; non c'è dubbio che è questo il significato della grande attenzione dedicata ai problemi della "qualità".

Nel dare attuazione alla "Carta" e nel "modellarla" o "personalizzarla" in relazione alle specifiche realtà aziendali occorre quindi non perdere di vista tale profilo e non "enfaticizzare" le, certamente fondamentali, problematiche relative al rapporto pubblica amministrazione-cittadino e ai diritti (di informazione, partecipazione, tutela) a questi riconosciuti, al punto da perdere di vista l'altrettanto importante funzione della "Carta".

Certamente i diritti del cittadino hanno una autonoma giustificazione e rilevanza, in quanto espressione e attuazione di scelte di rilevanza costituzionale, ma appare altrettanto evidente che nella individuazione delle modalità di attuazione di tali diritti si deve aver presente la funzione, per così dire, "strumentale" rispetto al perseguimento di obiettivi e finalità tipicamente "aziendali".

Può essere un discorso difficile soprattutto quando si tratta, come cercheremo di fare con qualche esempio, di coglierne la rilevanza pratica.

Un'altra considerazione può essere utile introdurre come criterio guida per la fase di attuazione della "Carta".

Come già sottolineato, la nostra Costituzione, nell'affermare il "diritto alla salute", sottolinea la valenza del bene salute come "interesse della collettività".

L'evoluzione del nostro ordinamento verso la più esatta definizione dei diritti individuali, con la correlativa predisposizione di più efficaci strumenti di tutela, non dovrebbe far perdere di vista il valore della salute, appunto, come interesse della collettività.

Questo è sicuramente il senso dell'attribuzione, nel processo di regolazione ed erogazione dei Servizi Sanitari, di prerogative diverse alle "formazioni sociali" (organismi di volontariato e soggetti collettivi di tutela del malato), come si ricava dalle disposizioni contenute nell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/92.

Con tali disposizioni il legislatore ha inteso riaffermare, anche con riferimento al settore della sanità e in relazione a certi processi di trasformazione dell'assetto istituzionale, strutturale ed operativo del Servizio Sanitario, la necessità di fare applicazione dei principi generali relativi al rapporto cittadino-pubblica amministrazione, rimettendo all'autonomia dei singoli soggetti la individuazione di modalità appropriate per assicurare i diritti del cittadino.

Ne deriva, per fare un esempio, che la "partecipazione" del cittadino dovrà essere assicurata attraverso la predisposizione di momenti di verifica della qualità e della quantità delle prestazioni rese, al fine del miglioramento progressivo dei livelli di efficienza raggiunti (vedi, ad es., l'art. 10 d. lgs. 502/1992).

Analogamente, la "trasparenza" dell'Amministrazione resta un obbligo anche nell'ambito del settore della prestazione dei servizi, e non potrebbe escludersi in relazione al semplice fatto che l'oggetto di tali prestazioni è in larga misura già predeterminato.

Al contrario, esse potranno e dovranno indirizzarsi nella direzione più consona al tipo di attività prestata, vale a dire in quella della conoscibilità e del controllo della qualità del servizio erogato (vedi art. 14 d. lgs. 502/1992).

In altre parole, nell'individuare la modalità di attuazione dei diritti di informazione, partecipazione e tutela del cittadino si deve tener conto che l'interesse di questi è rivolto a far sì che l'attività dell'amministrazione sia non solo "legittima" ed imparziale, ma anche "efficiente".

Si deve altresì tener conto che l'aver posto al centro del processo di produzione ed erogazione dell'assistenza sanitaria dei soggetti caratterizzati come azienda e l'aver avviato un processo di "competizione" fra i soggetti erogatori pubblici e privati sta a significare che l'obiettivo dell'efficienza è anche l'interesse dell'azienda.

Questa "omogeneità" tendenziale dell'interesse dell'amministrazione e del cittadino dovrebbe essere valorizzata nella individuazione delle modalità di attuazione della "Carta".

Quando si parla di trasparenza e di partecipazione, intuitivamente si è portati a pensare agli istituti disciplinati dalla L. 241/1990, i quali però sono calibrati, come già si è detto, prevalentemente sull'attività amministrativa "autoritativa", affatto diversa, per le caratteristiche che qui interessano, da quella di prestazione.

Così, per quanto riguarda la "trasparenza", ovvero il diritto di accesso, la L. 241/1990 richiede la titolarità di un interesse "qualificato" da parte del cittadino, ed ha per "oggetto" documenti amministrativi "formati dalle pubbliche amministrazioni o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa"(art. 22).

In quest'ottica, l'accesso agli atti della P.A., pur conseguendo al proclamato intento di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa, è consentito soltanto a coloro ai quali gli atti stessi pertengano, direttamente o indirettamente, e che se ne possono eventualmente avvalere per la tutela di una posizione soggettiva, essenzialmente di diritto soggettivo o di interesse legittimo.

L'accesso, secondo la L. 241, non è invece attivabile per meri fini di controllo sociale.

E' intuitivo che nell'amministrazione di prestazioni una tale configurazione del diritto di accesso depotenzierebbe di molto il principio di trasparenza.

Per questo motivo, dall'art. 14 d. lgs 502/1992 e dalla Carta dei servizi sembra ricavarsi l'idea che il diritto di accesso sia una forma di controllo sociale

(indirizzato alla qualità) sull'attività amministrativa e di compartecipazione alla stessa, cui corrisponde una posizione giuridica del singolo cittadino come diritto soggettivo civico *tout-court*. In quanto "forma di controllo sociale", l'accesso è consentito anche alle organizzazioni spontanee di tutela del cittadino; anzi, essendo controllo sociale finalizzato alla qualità delle prestazioni, è esercitato preferibilmente da queste.

Se è così, allora può dirsi che nell'amministrazione di servizi la trasparenza ha un valore in sé molto più pregnante ed "assoluto", come effettiva conoscenza e massima pubblicizzazione dei meccanismi di funzionamento e delle regole del servizio.

Per quanto riguarda, poi, la "partecipazione", essa non può essere configurata soltanto come possibilità di intervento nell'attività del soggetto pubblico di valutazione e ponderazione degli interessi, proprio perché in realtà di procedimenti in senso tecnico non si parla, trattandosi semplicemente di fornire prestazioni.

Ancora una volta, dunque, è necessario un "salto di qualità", per calibrare effettivamente la partecipazione del cittadino-utente sugli interessi che con essa si vogliono tutelare.

Per questo motivo, l'art. 14 d. lgs. 502/1992, accanto a forme di partecipazione "singolare" (cioè dei singoli: presentazione di osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa), ha previsto e incoraggiato anche forme di partecipazione "di massa"<sup>10</sup> (conferenze di servizi, alle quali sono chiamate le organizzazioni rappresentative dei cittadini, le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti).

In tal modo, la partecipazione "allargata", o meglio "organizzata", si salda perfettamente al diritto di accesso inteso come forma di controllo sociale sull'attività di erogazione del servizio, ed acquista una finalizzazione più propria: di stimolare l'intervento dell'ente erogatore in funzione di correzione dei disservizi e di miglioramento dell'efficienza e qualità delle prestazioni.

---

<sup>10</sup> E' noto che la Commissione Nigro aveva espressamente previsto, per i "procedimenti di massa" (cioè finalizzati all'adozione di atti di interesse generale), l'istruttoria pubblica".

Le considerazioni svolte, però, evidenziando che la partecipazione e l'accesso alle amministrazioni dei servizi deve essere in un certo senso "sovraindividuale" e pertanto "qualificata", aprono la strada a un problema di fondamentale rilievo: quello che si potrebbe chiamare dell' "accreditamento" delle organizzazioni spontanee di cittadini presso gli enti erogatori.

Sul punto, si prospettano due rischi: il primo, che le strutture spontanee diventino, in realtà, degli organi di sottogoverno semi-istituzionali, ripetendo alcune degenerazioni della gestione "sindacalizzata" dell'Amministrazione pubblica; l'altro, che, in mancanza di qualsiasi "filtro" organizzativo, si venga a creare una eccessiva proliferazione di organismi, poco o nulla rappresentativi, che finisca per intralciare l'attività di prestazione stessa, vacuizzando la partecipazione fino a renderla dannosa e controproducente.

Il legislatore, per ora, non sembra aver affrontato la questione; tuttavia, il problema esiste, ed esiste il rischio che una lettura eccessivamente "entusiastica" delle norme ne ritardi pericolosamente l'emersione.

## **5. Osservazioni conclusive**

Come già visto, la "Carta" individua diversi strumenti finalizzati a migliorare il livello di efficienza e la qualità dei Servizi Sanitari, strumenti essenzialmente destinati a intervenire sul processo di produzione dei Servizi e di erogazione delle prestazioni.

La "Carta" non prende specificamente in considerazione alcuni processi interni alla produzione ed erogazione dei Servizi Sanitari di rilevanza fondamentale al fine di perseguire e realizzare gli obiettivi che sono alla base di tale strumento.

Mi riferisco in particolare alla formazione e addestramento del personale che a diverso titolo è coinvolto nel processo di formazione e attuazione della "Carta".

Non si vuol dire che sia mancato del tutto il riconoscimento del ruolo della formazione, ma non sembra che tale ruolo sia stato percepito in tutta la sua rilevanza e che siano stati previsti interventi formativi adeguati rispetto all'intero processo di attuazione della "Carta". La riprova di ciò si ricava da quanto previsto nell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/92, ove al comma 8° si impegnano le Regioni, le

Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere a promuovere iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini.

Analogamente l'art. 12, 3° comma, del D.Lgs. n. 29/93 sottolinea la necessità che all'ufficio relazioni con il pubblico sia preposto personale fornito di "idonea qualificazione e con elevata capacità di avere contatti con il pubblico".

La lettura di tali disposizioni fa sorgere il dubbio che l'importanza della formazione sia stata vista nell'ottica limitata, sia in termini di obiettivi (salvaguardia del diritto degli utenti alla informazione), sia con riferimento ai soggetti destinatari dell'intervento formativo (personale a contatto con il pubblico).

Viceversa, l'esame della problematica relativa alla "Carta dei Servizi", che nel corso dell'incontro odierno è avvenuto in tutta la sua ampiezza e profondità, ha consentito di evidenziare la complessità degli adempimenti che sono alla base della "Carta".

Appare evidente che se si vuole evitare che l'attuazione di tale strumento si risolva in un adempimento burocratico con una rilevanza puramente formale, occorre che il processo di attuazione della "Carta" sia accompagnato e sostenuto da interventi formativi rivolti a tutti i soggetti chiamati a contribuire all'attuazione della "Carta" stessa, interventi finalizzati a favorire la acquisizione di una maggiore consapevolezza della necessità di un diverso rapporto fra il cittadino e la pubblica amministrazione e nello stesso tempo a fornire, con l'apporto di conoscenza interdisciplinari, gli strumenti tecnici presupposti dai diversi interventi richiesti dall'attuazione della "Carta".

L'incontro odierno è stato pensato anche come momento di riflessione concreta e operativa e con l'apporto, qualificato per competenza ed esperienza, da parte di tutti i partecipanti all'incontro stesso, sulla rilevanza del momento formativo nel processo di attuazione della "Carta".

## Conclusioni

**Prof. ElioGuzzanti\***

In primo luogo ringrazio il S. Raffaele che tra i vari meriti ha avuto quello di organizzare questa iniziativa.

Tutto ciò che sta accadendo non si sarebbe verificato senza l'esperienza inglese, avendo noi una "cultura di riporto".

I cambiamenti imposti dal Governo neoliberale della Thatcher nei primi anni '80 avviarono la privatizzazione di strutture pubbliche, resero pubbliche strutture private che erogavano servizi, ed introdussero la " Citizen charter".

Anche il cosiddetto "direttore generale", ad esempio, nasce ad ispirazione della riforma Griffith del 1983.

Il guardare fuori ci è utile per implementare poi in casa nostra.

La trasposizione della Carta dei servizi dopo 5 o 6 anni nella nostra cultura, ci ha trovato sostanzialmente impreparati.

La Carta dei servizi è importante, in un periodo in cui tentiamo di introdurre cambiamenti destinati a migliorare i servizi ai cittadini, assistendo ad una riduzione dei mezzi finanziari.

Stiamo adoperando criteri nuovi per gestire le strutture sanitarie, dando a mio parere eccessiva enfasi all'efficienza e sorvolando invece sulla efficacia delle prestazioni, ossia sul reale obiettivo che è quello di correggere la storia naturale di malattie e infortuni a vantaggio delle persone colpite.

Insisto: lo strumento dell'efficienza serve a fare con le risorse adeguate le cose migliori, ma è la riflessione sull'efficacia che consente di fare le cose giuste per garantire ai cittadini i loro diritti, ossia essere assistiti, curati e riabilitati negli

infortuni e malattie. Quanto detto sopra, unitamente all'introduzione del sistema dei pagamenti a prestazione e tariffa, il quale induce ad una serie di comportamenti la cui liceità occorre verificare, richiede a maggior ragione l'adozione piena del sistema della Carta dei Servizi, affinché ci sia una dialettica non competitiva a garanzia e difesa dei cittadini.

La Carta è perciò necessaria, il problema che rimane è quello di evitare che rimanga nel cassetto, che rimanga una pura esercitazione dialettica. In questo momento storico, in cui stiamo discutendo sui processi di accreditamento e successivamente sui cosiddetti accordi contrattuali per stabilire i rapporti tra Regioni, USL e soggetti erogatori pubblici e privati, gli elementi della Carta già presenti e quelli da introdurre rappresentano elementi della negoziazione, vale a dire strumenti che non devono essere imposti con le leggi ma concordati per ottenere ed erogare servizi migliori, e per avere la possibilità di vivere e prosperare anche sul piano finanziario. Questi elementi positivi mi porteranno a privilegiare A rispetto a B, perché se A si autocertifica, e io lo controllo nelle sue prestazioni dalla accoglienza alla dimissione, A farà le cose migliori e si creerà una competizione costruttiva. La Carta non sarà un vano e vuoto gioco di affermazione di principi, ma una documentazione che esprime la bontà dei servizi e quindi un elemento importante nella definizione delle convenzioni.

Il prezzo sarà un fattore importante per ottenere contratti con le Regioni o le Aziende U.S.L.; le strutture dovranno sapere che vinceranno se offriranno prestazioni di qualità a minor prezzo; chi gestisce dovrà essere bravo nel capire che tra quello che eroga e quello che spende ci sono le sue capacità, la sua bravura nella gestione: in questo consiste il management.

Nella Carta dei Servizi i concetti di continuità delle cure, piani di dimissione, raccordi con i medici generali, di supervisore nelle R.S.A. sono tutti da stabilire.

A mio giudizio la Carta è un elemento forte e prego il Dott. Verdecchia di tutelare la crescita e il perfezionamento della Carta, ricordando che non si tratta di uno

strumento ideologico, ma concreto, una realtà di diritti da difendere con grande attenzione. I rischi culturali, tipici delle fasi di passaggio, sono molti: ad esempio sarà difficile far coincidere la super protezione data ai dipendenti con tutela sindacale spinta agli estremi con il challenging patient che dice io ho i miei diritti. Questa è una sfida per il management sanitario, è una sfida culturale che consentirà di mantenere la tutela della salute in condizioni eticamente accettabili ed è proprio in questa direzione che va la Carta.