

Ministero della sanità
Dipartimento della programmazione

**LA QUALITÀ DEI SERVIZI AL CITTADINO
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
Valutazione dello stato di attuazione della Carta dei servizi
e dei risultati delle esperienze di miglioramento della qualità**

Periodo di riferimento: agosto 1996-marzo 1998

giugno 1999

E' con soddisfazione che il Dipartimento della programmazione presenta il Rapporto sulla qualità dei servizi al cittadino nel Servizio sanitario nazionale.

Si tratta di un lavoro che presenta aspetti di grande interesse sia per i contenuti sia per la metodologia adottata. Secondo una prassi ormai consolidata, infatti, il metodo dell'autovalutazione consente al sistema sanitario di mettere in evidenza i risultati raggiunti e le eventuali criticità, allo scopo di rivedere le proprie strategie e fissare nuovi obiettivi.

I risultati del Rapporto sono confortanti: oltre a presentare il più alto livello di attuazione della Carta dei servizi, il Servizio sanitario possiede anche un alto tasso di innovazione, come mostrano le numerose esperienze di miglioramento della qualità pervenute dalle strutture sanitarie e qui descritte.

Un vivo ringraziamento a tutti coloro che hanno portato il proprio contributo al presente lavoro.

Nerina Dirindin

SOMMARIO

Premessa	7
Introduzione.....	11
I.1 Gli obiettivi e il metodo del processo di autovalutazione	13
I.2 I partecipanti	14
I.3 Il periodo di riferimento	14
I.4 Gli strumenti.....	15
I.5 I flussi di informazione	15
I.6 I Rapporti regionali.....	16
I.7 Livello di risposta delle Strutture.....	17
I.8 Cosa contiene il rapporto	18
Allegato: Elenco dei referenti regionali per la Carta dei servizi	21
Capitolo I Le esperienze di miglioramento dei servizi.....	23
1.1 Introduzione	25
1.2 I casi pervenuti	26
1.3 Classificazione dei casi	28
1.4 Qualche osservazione generale.....	30
1.5 Casi relativi alla “qualità percepita”	31
1.6 Casi relativi a continuità assistenziale ed educazione sanitaria/prevenzione.....	67
Allegato: Elenco dei Referenti dei casi citati	77
Capitolo II La voce dei Cittadini: i reclami e i pareri delle Associazioni	81
2.1 Introduzione	83
2.2 I reclami: la voce diretta degli utenti	84
2.3 I pareri delle Associazioni	91
Capitolo III Stato di attuazione.....	97
3.1 Introduzione	99
3.2 L’adozione e la diffusione della Carta	100
3.3 La verifica del raggiungimento degli obiettivi della Carta	105
3.4 Il coinvolgimento del personale	110
3.5 La diffusione dei sistemi di gestione dei reclami	113
3.6 La realizzazione di indagini di soddisfazione	115
3.7 Le Conferenze dei servizi.....	119
3.8 L’adozione degli standard di qualità	122
Conclusioni....	131
L’attenzione alla qualità nel SSN e il processo di istituzionalizzazione della Carta	132
L’esigenza di valorizzare le esperienze di miglioramento della qualità.....	133
L’ascolto dell’utenza: strumento essenziale per migliorare il rapporto tra cittadini e servizi	134
La Carta dei servizi: un oggetto sconosciuto al cittadino?.....	135
Le difficoltà a definire e dichiarare gli standard di qualità della Carta dei servizi.....	136

PREMESSA

Il “Programma nazionale per la qualità del Piano sanitario nazionale 1998-2000 è finalizzato a “rendere sistematico l’orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell’assistenza sanitaria, coinvolgendo la *dimensione professionale*, quella *organizzativo-aziendale* e quella *relazionale* dell’assistenza. Gli obiettivi relativi a ciascuna di queste componenti della qualità, le attività svolte ed i risultati conseguiti dovranno essere chiaramente indicati nella Carta dei servizi, la cui adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie deve essere ulteriormente favorita”.

La Legge Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (Legge 30.11.1998.n.419), prevede, tra i principi e criteri direttivi di delega, di “dare piena attuazione alla Carta dei servizi anche mediante verifiche sulle prestazioni sanitarie, nonché la più ampia divulgazione dei dati qualitativi ed economici inerenti alle prestazioni erogate”.

Ma qual è lo “stato dell’arte” delle Carte dei servizi nel Servizio sanitario nazionale? In che misura le Carte sono state adottate? Quali risultati hanno prodotto? Possono utilmente essere utilizzate per comunicare i miglioramenti conseguiti nell’ambito della qualità, come prevede il Piano sanitario?

Il Rapporto intende dare una risposta a queste domande.

Esso registra i principali fenomeni rilevati nel corso di un’attività di valutazione dello stato di attuazione della Carta dei servizi pubblici sanitari, condotta dal Ministero della sanità in collaborazione con le Regioni e prevista dal DPCM 27.1.94 “Principi sull’erogazione dei servizi pubblici”(titolo II, punto 5).

Adottare la Carta dei servizi significa per le Strutture del Servizio sanitario misurarsi con un obiettivo particolarmente impegnativo e innovativo e cioè quello di migliorare la qualità delle prestazioni e delle comunicazioni a partire dall’esperienza degli utenti.

Per facilitare l’attuazione di questo processo il Ministero della sanità ha elaborato fin dalla prima

emanazione del provvedimento sulla Carta dei servizi¹, in collaborazione con le Regioni, un Programma finalizzato a sostenere l'attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale.

Nella prima fase il Programma è stato finalizzato a “far adottare la Carta” contrastando, con azioni di sostegno, prevedibili fenomeni di rigetto. Nella fase successiva, la presente, l'obiettivo è quello di “far vivere la Carta” e, quindi, di promuovere effetti visibili di miglioramento, a partire dall'esperienza degli utenti, della qualità dei servizi.

Il Rapporto si colloca tra la prima e la seconda fase: analizza il processo di attuazione della Carta dei servizi e dà conto, per la prima volta, anche di micro-esperienze di miglioramento dei rapporti con gli utenti attuate nelle Aziende e nelle Regioni.

Attraverso il processo di valutazione è stato infatti chiesto, per la prima volta, alle Strutture di segnalare, oltre ai dati relativi al livello di attuazione della Carta dei servizi, anche le iniziative di miglioramento della qualità dei rapporti con gli utenti. Si sono volute censire le esperienze attuate sia livello aziendale che regionale e riferite esclusivamente a progetti già realizzati o in fase di avanzata realizzazione.

Le Aziende hanno inviato alle Regioni ed al Ministero della sanità un numero rilevante di esperienze (circa ottocento), in generale di buona qualità, che sembrano confermare la presenza di una diffusa capacità aziendale, già rilevata con il precedente Rapporto, ad attivare azioni per migliorare i rapporti con gli utenti. Questa attività sembra avviarsi ad assumere una rilevanza istituzionale: il Rapporto rileva infatti la presenza di un primo ma significativo nucleo di Aziende che ha istituito appositi organismi preposti alla promozione e alla valutazione della qualità dei servizi erogati.

Oltre a questo primo dato, il Rapporto registra una diffusa capacità delle Aziende ad attuare iniziative per favorire la comunicazione e l'ascolto degli utenti. Gli Uffici relazioni con il pubblico sono infatti ormai presenti nella maggior parte delle Aziende del Servizio sanitario.

Rilevante è anche l'attività di analisi e ascolto degli utenti: un numero particolarmente significativo di Strutture utilizza le indagini per misurare il grado di soddisfazione degli utenti e appare già avviato il processo di utilizzo delle Conferenze dei servizi per comunicare e verificare gli obiettivi aziendali con i cittadini, i loro rappresentanti e le loro Associazioni.

Le Aziende hanno inoltre attivato, in tutto il Servizio sanitario, sistemi per la gestione e la classificazione dei reclami presentati dagli utenti, e per il miglioramento dei servizi in seguito alla

¹ D.P.C.M. 19/5/1995: “Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari”

loro analisi. Esse hanno ricevuto, nel periodo luglio 1996-dicembre 1997, circa ottantamila reclami ed hanno analizzato, con un metodo comune in tutto il Servizio sanitario nazionale, circa trentamila reclami pervenuti nel 1997. E' la prima volta che il Servizio sanitario dispone di un proprio sistema di riferimento istituzionale dei punti di disagio e sofferenza degli utenti, che deriva dall'attività delle Aziende di gestione di sistemi, anche complessi, di ascolto dei cittadini.

Infine, nell'ambito dell'attività di valutazione, le Strutture hanno raccolto dalle Associazioni dei cittadini circa un migliaio di pareri sulla qualità dei servizi offerti.

In considerazione della quantità ma anche della qualità di questi primi risultati di miglioramento dei servizi è parso opportuno riservare i primi due capitoli del Rapporto all'analisi degli sforzi compiuti per migliorare la qualità dei servizi offerti al cittadino e per ascoltare gli utenti e le loro Associazioni. I dati sullo stato di attuazione della Carta dei servizi costituiscono invece il contenuto del terzo capitolo.

La struttura del Rapporto riflette il dato principale di questa rilevazione che appare essere il seguente: a circa tre anni dall'adozione della Carta dei servizi pubblici sanitari le Strutture del Servizio sanitario nazionale non solo hanno saputo misurarsi con l'obiettivo di adottare la Carta dei servizi ma hanno anche messo in atto una prima e significativa attività di miglioramento della qualità dei servizi.

La convinzione del Ministero della sanità che nella realtà locale delle Strutture sanitarie siano presenti, in quantità e qualità superiori a quanto normalmente si conosca esperienze, metodi e soluzioni che hanno avuto successo in sede locale e che possono essere valorizzati e trasferiti ha trovato, attraverso questo processo, una significativa verifica empirica.

Il volume propone dunque a tutte le Strutture sanitarie i risultati dell'attività di valutazione elaborati dal Ministero della sanità.

A questo volume si affiancheranno, per la prima volta, i Rapporti regionali sullo stato di attuazione della Carta dei servizi, che daranno conto delle situazioni regionali.

Scopo di entrambi i Rapporti è quello di mettere a disposizione dei soggetti istituzionali impegnati nel processo di attuazione della Carta, una sintesi dei risultati rilevati nel corso dell'attività di valutazione e le esperienze di miglioramento dei servizi attuate nelle Aziende e nelle Regioni nell'ipotesi che questo possa risultare utile allo sviluppo di azioni finalizzate a migliorare la qualità dei servizi del Servizio sanitario nazionale.

INTRODUZIONE

I.1 GLI OBIETTIVI E IL METODO DEL PROCESSO DI AUTOVALUTAZIONE	13
I.2 I PARTECIPANTI	14
I.3 IL PERIODO DI RIFERIMENTO	14
I.4 GLI STRUMENTI	15
I.5 I FLUSSI DI INFORMAZIONE.....	15
I.6 I RAPPORTI REGIONALI.....	16
I.7 LIVELLO DI RISPOSTA DELLE STRUTTURE	17
I.8 COSA CONTIENE IL RAPPORTO.....	18
ALLEGATO	
ELENCO DEI REFERENTI REGIONALI PER LA CARTA DEI SERVIZI.....	21

I.1 Gli obiettivi e il metodo del processo di autovalutazione

L'attuale fase di autovalutazione del processo di attuazione della Carta nel Servizio sanitario si pone in linea di continuità con la precedente esperienza, di cui riprende sia i principi di base sia la metodologia complessiva.

Questi, infatti, hanno confermato la loro validità sia alla luce della partecipazione delle Strutture sia dei risultati ottenuti; tuttavia nella valutazione attuale vengono introdotti alcuni importanti elementi di innovazione, che rispondono all'esigenza di adeguare l'iniziativa all'evolversi del processo di attuazione.

Se il Rapporto precedente rispondeva infatti prevalentemente all'esigenza di disporre di una base conoscitiva sul processo di attuazione della Carta, con lo scopo di metterne in luce in primo luogo i risultati e le criticità, l'iniziativa attuale si propone di ampliare e approfondire il livello di conoscenza dei fenomeni, di cogliere i segnali di cambiamento, e di acquisire elementi specifici di conoscenza sulle iniziative di miglioramento in atto. Pertanto in considerazione di questi nuovi obiettivi, pur nella continuità della metodologia di base, sono state introdotte delle innovazioni sia nella definizione degli strumenti sia del metodo di raccolta ed analisi dei dati. Ciò ha anche comportato una diversa organizzazione dei flussi di informazione e della struttura del Rapporto stesso, come già descritto nella premessa.

I principi su cui si basa l'attuale Rapporto di valutazione sono i seguenti:

Metodo dell'autovalutazione: viene riproposto il metodo che ha dimostrato la sua efficacia nel precedente ciclo di valutazione confermando dunque il criterio secondo il quale la valutazione più efficace consiste nella verifica partecipata delle iniziative avviate e dei risultati ottenuti, in funzione dell'approfondimento dei processi e del miglioramento dei risultati;

Verifica dei risultati qualitativi: uno degli obiettivi più innovativi della fase attuale è il censimento delle azioni di miglioramento avviate dalle Strutture in tema di qualità dal punto di vista degli utenti, allo scopo di individuare, sostenere e diffondere le iniziative più significative ed esemplari in tema di qualità percepita dagli utenti. A questo scopo sono state predisposte apposite schede di rilevazione per il censimento dei progetti avviati, con la richiesta agli operatori di descriverne gli obiettivi, i risultati, e le criticità rilevate.

Superamento dell'autoreferenzialità: le indicazioni provenienti dalla precedente valutazione sottolineavano la necessità per le Strutture di disporre di riscontri esterni per la valutazione dell'impatto delle iniziative attuate. In considerazione di ciò è stato chiesto alle Strutture sanitarie di raccogliere i pareri delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini e utenti operanti al proprio interno in merito all'operato delle Strutture in relazione alle tematiche della Carta dei servizi;

L'attuale autovalutazione si pone in continuità metodologica con la precedente ma con elementi innovativi tendenti ad andare oltre la semplice conoscenza del processo di attuazione

I principi ispiratori dell'attuale rapporto:

- Metodo dell'autovalutazione
- Verifica dei risultati qualitativi
- Superamento dell'autoreferenzialità
- Confrontabilità e storicizzazione

Confrontabilità e storicizzazione: l'omogeneità di metodo nella raccolta dei dati con la precedente valutazione assicura la confrontabilità delle informazioni e consente di osservare l'evoluzione dei fenomeni nel tempo. In questa edizione si è inoltre predisposto, per alcuni aspetti, un percorso differenziato per le Strutture che non hanno ancora adottato la Carta, per semplificare la compilazione e per mirare la raccolta delle informazioni sugli aspetti più significativi dell'attuazione.

Messa in rete delle esperienze significative: viene riconfermato l'obiettivo della diffusione delle iniziative come strumento per favorire la circolazione delle esperienze, che rimane una delle più significative funzioni dell'attività di valutazione e in genere dell'azione di supporto svolta dal livello centrale. Viene dunque data ampia rilevanza alle informazioni sulle Strutture che hanno presentato progetti di miglioramento per facilitare il contatto e il confronto tra gli operatori del settore.

I.2 I partecipanti

Un elemento di novità è costituito dal fatto che per la prima volta l'attività di valutazione è stata estesa, oltre alle Aziende USL e ospedaliere, agli altri soggetti che erogano servizi pubblici sanitari anche in regime di concessione o mediante convenzione, previsti dal DPCM 27.1.94.

Sono stati dunque invitati a partecipare anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS), i Policlinici universitari, gli Ospedali classificati², e le Case di cura private accreditate con più di 200 posti letto e caratterizzate da una proporzione di posti letto per lungodegenza non superiore al 50% del totale, per un totale di 451 Strutture³.

Az. USL	Az. Osp.	IRCCS	Policlinici	Ospedali classificati	Case di cura private accreditate
227 ⁴	86	47	10	41	40

I.3 Il periodo di riferimento

Il periodo preso in esame è quello che va da agosto del 1996 fino al marzo 1998. In questo modo viene aggiornato il precedente lavoro di valutazione (I° rapporto di valutazione) che va dall'inizio del processo di attuazione della Carta (maggio 1995) fino a luglio 1996.

² o assimilati ai sensi dell'art. 1, ultimo comma della legge 132/68.

³ A questo riguardo si fa presente che nell'ambito del presente Rapporto con "Strutture" si intende fare genericamente riferimento agli organismi citati invitati a partecipare alla valutazione, mentre si mantiene la dizione "Aziende" quando si fa riferimento specificatamente ad Aziende USL e Aziende ospedaliere.

⁴ Le Aziende USL della Lombardia sono state raggruppate nel corso del 1998 ma si è tenuto conto della vecchia suddivisione per poter confrontare i dati con quelli della precedente valutazione

Oltre alle Aziende USL e ospedaliere sono state invitate altre Strutture del SSN per un totale di 451

Tabella 1 - Tipo e numero di Strutture che sono state invitate a partecipare alla autovalutazione

Il periodo di riferimento è compreso tra agosto 1996 e marzo 1998

I.4 Gli strumenti

L'autovalutazione si è avvalsa di quattro tipologie di schede (su carta e su supporto magnetico) inviate alle Strutture direttamente dal Ministero o attraverso le Regioni. Ogni tipologia di scheda risponde ad un diverso aspetto e obiettivo della valutazione:

- **Schede per la raccolta dei casi:**

finalizzate alla presentazione e descrizione dei progetti ed esperienze di miglioramento effettuate dalle Strutture nell'ambito della qualità dal punto di vista del cittadino; la richiesta ha riguardato i progetti attuati, o in fase di attuazione avanzata, nel periodo che va da giugno 95 a marzo 1998.

- **Schede di autovalutazione:**

divise in due sezioni, una per le Strutture che hanno adottato la Carta (a marzo 1998), l'altra per quelle che non l'hanno adottata; è stato richiesto alle prime di valutare lo stato di attuazione della Carta dei servizi, mettendone in evidenza il raggiungimento dei principali obiettivi, le criticità rilevate e i cambiamenti osservati nel tempo, mentre le altre Strutture hanno valutato i risultati raggiunti sugli aspetti più significativi della qualità dal punto di vista del cittadino.

- **Schede per la raccolta dei pareri esterni:**

attraverso le quali sono stati registrati i pareri delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini-utenti più rappresentative in ambito locale sugli effetti dell'attuazione della Carta sulla qualità percepita dal cittadino; le Associazioni sono state interpellate dalle Strutture (alle quali era stata indicazione di prendere contatto con massimo 7-8 Associazioni tra le più rappresentative del proprio territorio) che avevano anche il compito di raccogliere le risposte (schede compilate) e di inviarle al Ministero insieme alle restanti schede.

- **Schede per la valutazione delle azioni di sostegno dello Sportello della Carta dei servizi:**

con le quali si sono raccolte le opinioni e le proposte delle Strutture sull'attività di supporto svolta dallo Sportello della Carta dei servizi presso il Ministero.

Le schede dell'autovalutazione:

- per la raccolta dei casi esemplari
- per l'autovalutazione delle Strutture
- per la raccolta dei pareri esterni
- per la valutazione dello Sportello

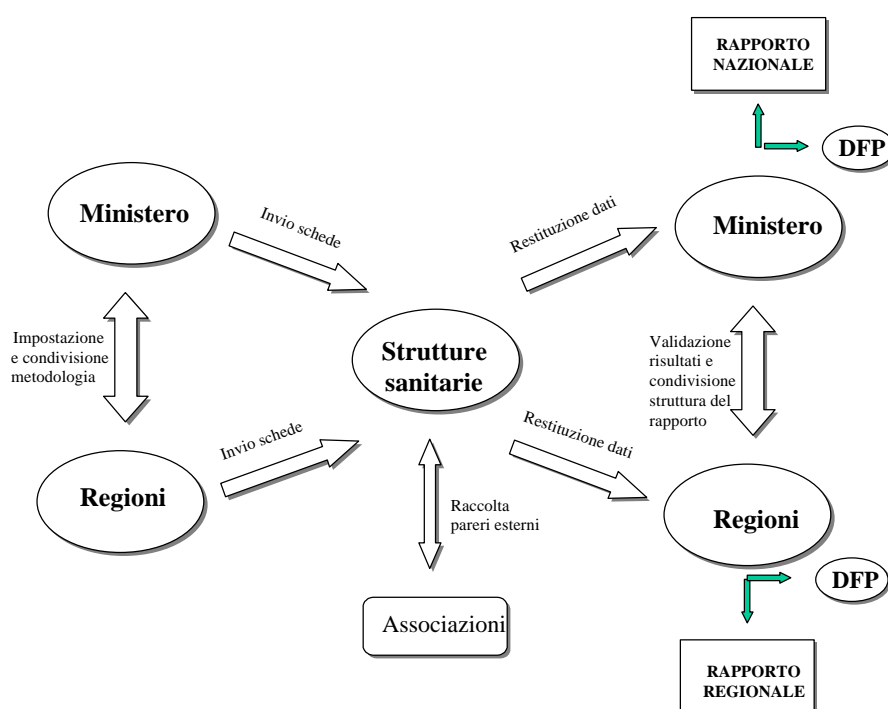
I.5 I flussi di informazione

L'attività di valutazione, come nelle precedenti iniziative, si è basata su un processo che ha legato in un unico filo logico tutti i livelli interessati: Ministero, Regioni e Strutture sanitarie. Il processo si è sviluppato secondo le seguenti fasi:

1. Ministero e Regioni hanno impostato e condiviso lo schema metodologico dell'indagine;
2. le Strutture hanno ricevuto da Ministero o in alcuni casi dalle Regioni le schede per la valutazione;
3. le Strutture hanno trasmesso le schede dei pareri esterni alle Associazioni che le hanno compilate e restituite;

4. le Strutture hanno inviato le schede compilate sia al Ministero sia alla Regione;
5. il Ministero ha provveduto all'analisi dei dati quantitativi e qualitativi condividendo le diverse fasi del processo con i referenti regionali;
6. il Ministero ha consegnato alle Regioni l'elaborazione dei dati regionali e la struttura del Rapporto nazionale;
7. le Regioni hanno elaborato i Rapporti regionali sulla scorta dei dati nazionali e regionali;
8. i Rapporti nazionale e regionali vengono autonomamente pubblicati e messi in rete;
9. Ministero e Regioni autonomamente inviano i Rapporti al Dipartimento della funzione pubblica.

Figura 1 – Diagramma di flusso del processo di autovalutazione



I.6 I Rapporti regionali

Oltre al Rapporto nazionale, ci saranno i Rapporti regionali per dar conto delle specifiche realtà locali

Il Rapporto nazionale non può farsi carico di dare ragione delle specificità presenti a livello locale. Solo il livello regionale possiede, infatti, le competenze tecniche e istituzionali che consentono di svolgere in modo obiettivo e completo l'analisi dei dati per la comprensione delle specifiche realtà territoriali. Inoltre, dalla rilevazione compiuta risulta che la quasi totalità delle Regioni ha provveduto a dotarsi di strutture dedicate alla diffusione e al sostegno della Carta dei servizi o, più in generale, finalizzate alla promozione e alla valutazione delle attività di miglioramento della qualità dal punto di vista degli utenti (in allegato all'Introduzione viene presentato l'elenco).

Sulla base di queste considerazioni, Ministero e Regioni hanno previsto che il Rapporto nazionale sia affiancato da singoli Rapporti regionali, che si differenziano per scala di riferimento ma non per i contenuti.

I Rapporti elaborati dalle Regioni hanno dunque la stessa rilevanza di quello nazionale, in quanto costituiscono non solo un approfondimento e un completamento delle analisi delle diverse realtà locali, ma anche strumenti utili alla verifica della programmazione degli interventi di miglioramento.

Allo scopo di mettere a disposizione del più vasto numero di operatori su tutto il territorio nazionale la possibilità di approfondimento e confronto delle diverse realtà locali, ai Rapporti regionali sarà data opportuna diffusione da parte del Ministero della sanità.

I Rapporti regionali sono idonei anche a rispondere al debito informativo annuale degli enti erogatori nei confronti del Dipartimento della Funzione Pubblica sull'attuazione della Carta dei servizi, come previsto dal DPCM del 27.1.94

I Rapporti regionali saranno diffusi dal Ministero della sanità

I.7 Livello di risposta delle Strutture

Il livello di risposta è stato particolarmente alto, come del resto anche nella precedente valutazione: hanno risposto infatti 386 Strutture su 451 cui sono state inviate le schede con una percentuale di risposta pari al 85,6%.

	Az. USL	Az. Osp.	IRCCS	Policlinici	Ospedali classific.	Case di cura private	Totale
Hanno risposto	220	79	31	8	20	28	386
SU	227	86	47	10	41	40	451
Percentuale	96,9%	91,9%	66,0%	80,0%	48,8%	70,0%	85,6%

Tabella 2 - Dati sulla risposta delle diverse Strutture

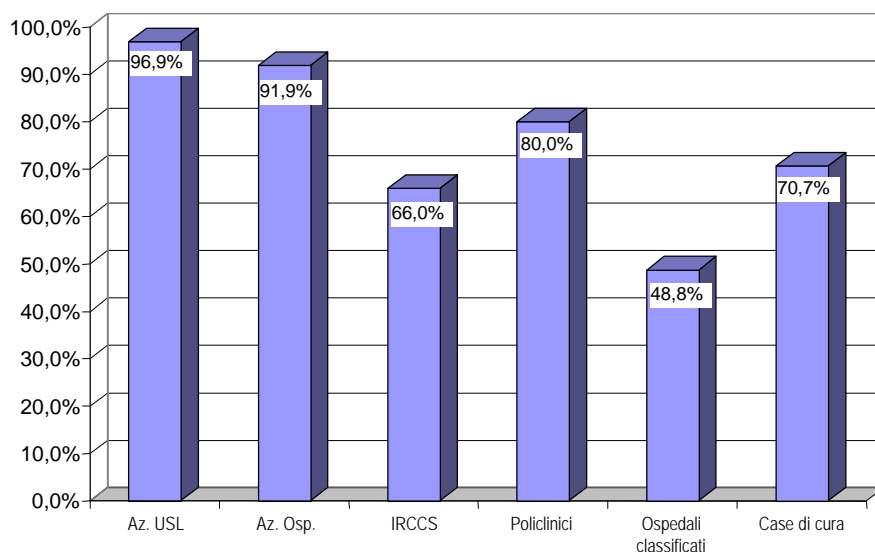


Figura 2 - Livello di risposta alla autovalutazione delle diverse tipologie di Struttura

Considerando solo la tipologia di Strutture che hanno partecipato alla precedente valutazione il livello di adesione è simile (95,5% contro 96,5%)

Considerando le sole Aziende USL e ospedaliere già da tempo interessate all'attività di sostegno e prese in considerazione anche nella precedente valutazione, la percentuale di adesione sale al 95,5%, confrontabile con il 96,5% registrato nella precedente autovalutazione.

Si può osservare quindi che per questa tipologia di Strutture l'uso dello strumento dell'autovalutazione costituisca ormai una prassi consolidata, e che viene confermata la fiducia nel metodo già sperimentato in precedenza.

Le Strutture coinvolte per la prima volta nella valutazione, come IRCSS, Policlinici, Ospedali classificati e Case di cura private accreditate hanno risposto in una percentuale che va da un minimo del 48,8% degli Ospedali classificati ad un massimo dell'80% dei Policlinici.

Anche se i dati sulla partecipazione di queste Strutture mostrano una flessione rispetto a quelli delle Aziende USL e ospedaliere, si attestano tuttavia su valori assai significativi. In assenza di una consolidata azione di stimolo e sostegno da parte del livello centrale, infatti, e di precedenti esperienze di coinvolgimento in iniziative analoghe, la risposta all'iniziativa è indicativa di un elevato livello di sensibilità istituzionale ai temi trattati.

I.8 Cosa contiene il rapporto

III capitolo contiene La descrizione dei casi di miglioramento della qualità dei servizi

Il primo capitolo del Rapporto, riporta l'analisi di circa 800 casi di esperienze di miglioramento della qualità dei servizi attuate nelle Strutture. Si tratta di un numero rilevante di casi, in generale di buona qualità, che hanno prodotto risultati significativi su temi istituzionalmente rilevanti quali gli aspetti relazionali, la comunicazione, l'umanizzazione i tempi di attesa, il comfort alberghiero, ecc.

Sono in particolare riportate, sinteticamente, le descrizioni di circa 112 esperienze esemplificative delle tendenze in atto nelle Strutture per il miglioramento della qualità dei servizi.

IIII capitolo contiene l'analisi dei reclami e dei pareri delle Associazioni

Nel secondo capitolo viene dato conto delle voci esterne alle Strutture, con l'analisi dei reclami dei cittadini e del parere delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti sulle azioni di miglioramento intraprese

Le Strutture del Servizio sanitario nazionale che hanno partecipato alla valutazione hanno ricevuto dagli utenti oltre 80.000 reclami nel periodo luglio 1996-dicembre 1997. Di questi, circa 30.000, relativi all'anno 1997, sono stati classificati sulla base di un modello condiviso.

Le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti interpellate dalle Strutture sono state invitate ad esprimere le loro valutazioni (circa 1000) sui miglioramenti messi in atto dalle Strutture e sugli impegni aziendali sui temi della Carta (standard, informazioni sui servizi, conferenze dei servizi e gestione dei reclami).

Il terzo capitolo del Rapporto dà conto dello stato di attuazione della Carta dei servizi nel periodo di riferimento.

Vengono riportati in dettaglio i risultati e l'analisi dei dati provenienti dalle Strutture in relazione ai seguenti temi:

- L'attuazione e la diffusione della Carta
- La verifica del raggiungimento degli obiettivi della Carta
- Il coinvolgimento del personale
- La diffusione dei sistemi di gestione dei reclami
- La realizzazione delle indagini di soddisfazione
- Le Conferenze dei servizi
- L'adozione degli standard di qualità

Il capitolo III riguarda l'analisi dello stato di attuazione della Carta dei servizi

Allegato: Elenco dei referenti regionali per la Carta dei servizi

REGIONE	Nominativo Referente	Indirizzo	CAP	Città	Tel	Presenza di una struttura per la Carta
Abruzzo	Domenico La Morgia	Via Conte di Ruvo, 74	65127	Pescara	0854535271	NO
Basilicata	Rocco Libutti	Via Anzio	85100	Potenza	0971448896	SI
Bolzano	Paola Mambelli	Corso Libertà, 23	39100	Bolzano	0471991566	NO
Calabria	Giampiero Ambrosio	Via Tommaso Campanella	88100	Catanzaro	0961775451	SI
Campania	Giuseppe Longo	Centro direzionale Isola F/9	80100	Napoli	0816060111	SI
Emilia Romagna	Elisabetta Frejaville	Via Aldo Moro, 30	40127	Bologna	051283204	SI
Friuli Venezia Giulia	Carlo Liva	Via S.Maria della Misericordia, 15	33100	Udine	0432549111	SI
Lazio	Valentino Mantini	Via R.R.Garibaldi, 7	00145	Roma	0651684769	SI
Liguria	Leandra Vicini	Via Fieschi, 15	16100	Genova	0105485510	NO
Lombardia	Ottavia Sacristani	Via Stresa, 24	20125	Milano	0267653263	SI
Marche	Angelo Di Mattia	Via dell'Industria, 10	60100	Ancona	0712820219	SI
Molise	Maria Teresa Di Pasquale	Via Farinacci	86170	Isernia	08654471256	NO
Piemonte	Carla Guidarini	Corso Regina Margherita, 153 bis	10122	Torino	0114324813	SI
Puglia	Pasquale Gentile	Via caduti di tutte le guerre	70126	Bari	0805403465	SI
Sardegna	Antonello Pisu	Via Roma, 223	09123	Cagliari	070654172	SI
Sicilia	Antonio Colucci	P.zza Ottavio Ziino, 24	90145	Palermo	0916969220/1	SI
Toscana	Susanna Cavalieri	Via di Novoli, 28	50127	Firenze	0554383037	SI
Trento	Attilio Pedenzini	Via Gilli, 4	38100	Trento	0461494190	NO
Umbria	Antonio Perelli	Centro direzionale Fontivegge	06126	Perugia	0755042080	SI
Val d'Aosta	Morena Jounot	Palazzo Darbelley, Via De Tillier	11100	Aosta	0165274235	NO
Veneto	Laura Foscolo	San Polo n. 2514	30125	Venezia	0412793488	NO

CAPITOLO I LE ESPERIENZE DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

1.1 INTRODUZIONE	25
1.2 I CASI PERVENUTI.....	26
1.3 CLASSIFICAZIONE DEI CASI.....	28
1.4 QUALCHE OSSERVAZIONE GENERALE	30
1.5 DESCRIZIONE DEI CASI RELATIVI ALLA “QUALITÀ PERCEPITA”	31
1.5.1 Informazione.....	31
1.5.2 Ascolto e tutela.....	36
1.5.3 Umanizzazione e personalizzazione.....	42
1.5.4 Aspetti relazionali.....	46
1.5.5 Aspetti alberghieri e comfort.....	48
1.5.6 Tempi d’attesa per le prestazioni.....	51
1.5.7 Aspetti burocratici e amministrativi	57
1.5.8 Miglioramento continuo della qualità	64
1.6 DESCRIZIONE DEI CASI RELATIVI A CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EDUCAZIONE SANITARIA/PREVENZIONE	67
1.6.1 Continuità assistenziale	67
1.6.2 Educazione sanitaria e Prevenzione	71
ALLEGATO	
ELENCO DEI REFERENTI DEI CASI CITATI.....	77

1.1 Introduzione

Il primo passo per la valutazione del processo di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale è quello di osservare ed analizzare la ricchezza e la varietà delle esperienze realizzate dalle Strutture per migliorare il rapporto con il cittadino utente. Le Strutture partecipanti alla valutazione hanno risposto in modo molto positivo alla richiesta di dati relativi a “casi esemplari”, presentando alle Regioni e al livello centrale una grande numero (quasi ottocento) di esperienze di miglioramento della qualità dei servizi al cittadino. Una lettura complessiva delle esperienze presentate dimostra come le Strutture sanitarie possiedano la capacità progettuale, la vivacità organizzativa e la competenza gestionale necessarie a mettere in campo soluzioni, spesso articolate ed innovative, in grado di produrre risultati efficaci e concreti per migliorare la fruibilità dei servizi ed aumentare il livello di soddisfazione dell'utente.

Sono molti i fattori che possono dare ragione della vitalità delle Strutture: ad esempio, il progressivo espandersi dell'attuazione della Carta dei servizi attraverso programmi aziendali, la costante pressione dei media sul settore sanitario, l'attento monitoraggio esercitato dalle Associazioni di tutela, ed altri ancora.

In questa sede, però, più che stimolare un dibattito o proporre letture interpretative complesse, si è preferito – semplicemente - “far parlare” le esperienze giunte all'osservazione delle Regioni e del Dipartimento della programmazione, per cercare di mettere in evidenza alcune principali tendenze intese come i processi e le soluzioni particolarmente innovativi che emergono a livello nazionale. In sintesi, si è cercato di valorizzare al massimo il patrimonio di esperienze e mettere in risalto gli sforzi ed i successi di molti operatori del SSN che, facendo uso delle leve gestionali a loro disponibili e a dispetto dei vincoli finanziari, gerarchici e burocratici, hanno dimostrato che “migliorare è possibile” e che le Strutture possono cambiare ed innovarsi anche, e soprattutto, grazie ad un atteggiamento costruttivo della base.

Le Strutture hanno presentato circa 800 esperienze di miglioramento della qualità dei servizi

Più che interpretare tali esperienze, esse verranno utilizzate per mettere in evidenza le principali tendenze del miglioramento nel SSN

1.2 I casi pervenuti

Nell'ambito del processo di valutazione dell'attuazione della Carta dei servizi, ad ogni Struttura partecipante è stato richiesto di descrivere le esperienze più innovative e significative di miglioramento della qualità dei servizi all'utente, che avessero già prodotto risultati concreti. Per descrivere il caso, i responsabili delle esperienze si sono serviti di una scheda che ha permesso di standardizzare il formato di presentazione e facilitare così la classificazione e la lettura complessiva. La scheda di presentazione è stata strutturata su 4 punti fondamentali:

- le motivazioni che hanno portato all'ideazione dell'esperienza descritta
- le soluzioni messe in campo
- i risultati raggiunti
- i punti di forza ed i fattori critici

*208 Strutture su 387 hanno
inviato complessivamente
768 schede di
presentazione dei casi*

Questa iniziativa di ricognizione ha permesso raccogliere 768 schede relative ad altrettante esperienze, inviate da 208 Strutture su 387 che hanno aderito all'autovalutazione (pari a circa il 54%). Come si può apprezzare dalla tabella 3 le esperienze sono state presentate, anche se con frequenza variabile, da tutte le Regioni, e Province autonome, italiane.

*Tabella 3: distribuzione dei
casi pervenuti per
Regione/Provincia autonoma*

REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA	Numero di casi pervenuti
Abruzzo	26
Basilicata	15
Provincia autonoma di Bolzano	3
Calabria	13
Campania	112
Emilia Romagna	53
Friuli Venezia Giulia	13
Lazio	51
Liguria	33
Lombardia	79
Marche	80
Molise	5
Piemonte	90
Puglia	27
Sardegna	15
Sicilia	18
Toscana	38
Provincia autonoma di Trento	3
Umbria	4
Val d'Aosta	1
Veneto	89

er quanto riguarda le diverse tipologie di Struttura, la quantità di casi ed esperienze inviate si è rivelata relativamente omogenea, come viene mostrato dalla tabella 4 riportata di seguito. L'unica osservazione degna di nota è la partecipazione più attiva delle Aziende USL rispetto alle Aziende ospedaliere e agli IRCCS e soprattutto rispetto alle altre realtà istituzionali del SSN (Policlinici, Ospedali classificati, Case di cura private).

	Az. USL	Az. Osp.	IRCCS	Policlinici	Ospedali classificati	Case di cura private
Totale Strutture che hanno risposto all'autovalutazione	220	79	31	8	20	29
Numero di Strutture che hanno inviato i casi	137	40	12	3	7	9
Percentuale di Strutture che hanno inviato casi	62,3%	50,6%	38,7%	37,5%	35,0%	31,0%
Numero di casi	538	142	49	14	13	12

Tabella 4: distribuzione dei casi giunti per tipologia di Struttura

Il numero medio di casi per Struttura è di circa 4, tuttavia ci sono alcune Strutture che si sono distinte per la numerosità di esperienze presentate. Nella tabella che segue sono riportate le Strutture che in ordine decrescente hanno inviato il maggior numero di casi.

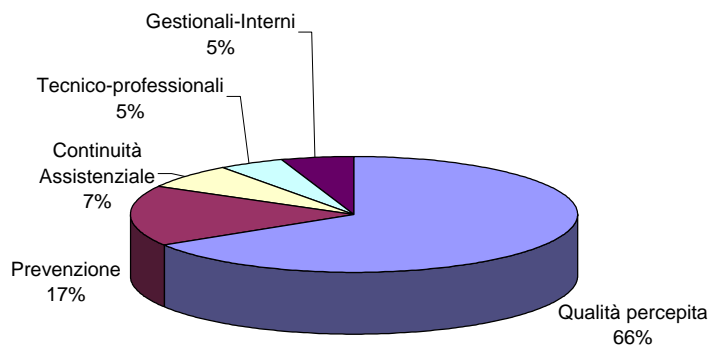
Tipo	Struttura	n° casi inviati
Az. USL	Napoli 1	77
Az. Osp.	Torrette - Umberto I (Ancona)	27
Az. Osp.	Luigi Gonzaga d'Orbassano (Torino)	22
Az. USL	Rovigo	17
Az. USL	Teramo	17
IRCCS	Ist. Giannina Gaslini (Genova)	12
IRCCS	Osp. Pediatrico Bambin Gesù (Roma)	11
Az. USL	Cuneo	11
Az. USL	Asti	11
Policlinico	A. Gemelli (Roma)	11
Az. USL	Gallarate (Milano)	11
Az. USL	Fermo (Ascoli Piceno)	10
Az. Osp.	Padova	10

Tabella 5: Strutture che hanno inviato un numero elevato di casi

1.3 Classificazione dei casi

Dei 768 casi pervenuti, due terzi di essi (per l'esattezza 507, pari al 66%) ha riguardato interventi relativi ad aspetti della qualità valutabili direttamente dall'utente ("qualità percepita" o "qualità dal lato dell'utente"). Una porzione significativa di casi (184, pari al 24%), relativi alla continuità assistenziale ed alla prevenzione e educazione sanitaria, benché non fossero temi specifici della Carta dei servizi, sono stati però ugualmente oggetto di analisi. Infatti l'elevata frequenza con la quale le Strutture li hanno portati all'attenzione delle Regioni e del Ministero, testimonia la priorità, la rilevanza e l'attualità di questi temi. Un'ulteriore pacchetto di casi, in numero minore (77, il 10%) hanno invece riguardato aspetti estranei ai contenuti della Carta dei servizi, come temi prettamente tecnico/professionali o di natura amministrativo/gestionale.

Figura 3: Distribuzione dei casi pervenuti per tipologia



Allo scopo di disporre di un quadro complessivo, i 507 casi pervenuti relativi ad esperienze di miglioramento della "qualità percepita", sono stati classificati in base ai fattori di qualità riportati nella tabella seguente (nella figura 4, gli stessi dati sono rappresentati visivamente).

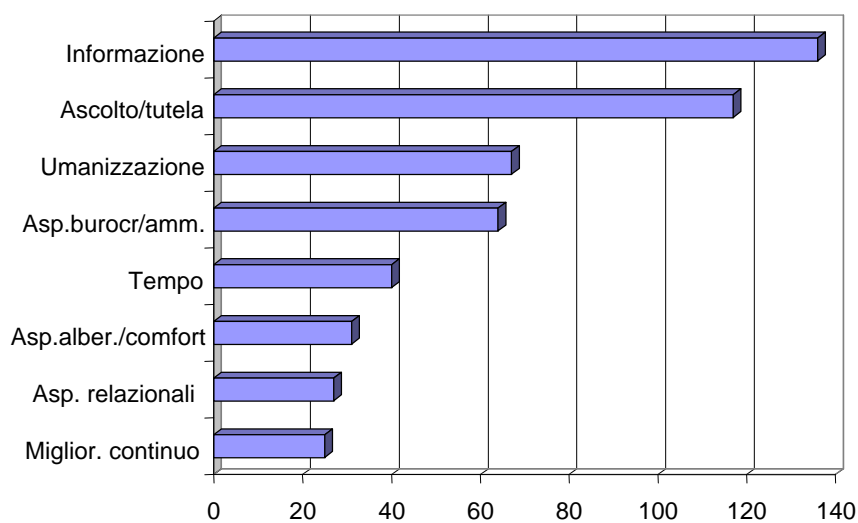
Tabella 6:
Distribuzione dei casi di qualità percepita per fattore di qualità

FATTORE DI QUALITÀ	Numero di casi	Percentuale relativa ⁵
Aspetti relazionali	27	5,3%
Umanizzazione	67	13,2%
Tempo	40	7,9%
Aspetti alberghieri e comfort	31	6,1%
Aspetti burocratici e amministrativi	64	12,6%
Informazione	136	26,8%
Ascolto e tutela	117	23,1%
Miglioramento continuo della qualità (MCQ)	25	4,9%

L'ultimo tema ("miglioramento continuo della qualità") raggruppa quegli interventi che non sono riconducibili ad un singolo fattore di qualità, ma

⁵ La percentuale è calcolata sulla base dei soli 507 casi di "qualità percepita"

che spaziano su una serie di iniziative di diversa natura, accomunate dal proposito di migliorare il rapporto tra i servizi ed il cittadino.



*Figura 4:
Distribuzione dei casi
di qualità percepita
per fattore di qualità*

1.4 Qualche osservazione generale

Sulla base dei dati a disposizione c'è una certa uniformità di impegno delle Strutture rispetto ai temi individuati

Un'analisi complessiva dei dati sopra riportati sembrerebbe fare emergere un quadro in cui le Strutture hanno attivato iniziative di innovazione praticamente su tutti i fattori di qualità che determinano il livello di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi del SSN. Alcuni temi, come l'informazione al pubblico e l'ascolto e la tutela dei cittadini appaiono fortemente "gettonati" dalle Strutture. Con una frequenza leggermente inferiore si registrano esperienze relative alla semplificazione delle procedure o al miglioramento delle relazioni con l'utenza, del comfort ed alla riduzione dei tempi d'attesa. Va sottolineato, tuttavia, che il tipo di indagine impiegata, basata su adesioni volontarie, non consente di esprimere un giudizio oggettivo circa un maggiore o minore impegno delle Strutture rispetto a determinati temi.

Circa il 30% dei casi giunti sono diretti a segmenti specifici di utenza

Un'altra osservazione significativa si riferisce al riscontro di una percentuale molto cospicua di interventi (circa il 30% dei casi giunti) diretti a segmenti specifici di utenza: anziani, bambini, tossicodipendenti, malati cronici o affetti da malattie terminali. La concentrazione di interventi in quest'ambito sembrerebbe dimostrare che l'innovazione nel Servizio sanitario nazionale tende a concentrare i suoi sforzi per favorire i gruppi più svantaggiati, in un ottica di ricerca dell'equità e di focalizzazione delle risorse.

Per descrivere le tendenze del miglioramento della qualità è stata utilizzata una selezione di 112 casi

Nei paragrafi che seguiranno saranno descritte sinteticamente le tendenze del miglioramento della qualità servizi in relazione a diversi fattori di qualità. Per far ciò ci si è avvalsi di 112 casi scelti in quanto esemplificativi dei processi di miglioramento della qualità nelle Strutture sanitarie. Questa scelta ha dovuto escludere molti casi egualmente validi.

I casi selezionati sono stati "confermati" dai referenti regionali, i quali, in base alla loro conoscenza del contesto locale hanno potuto fornire una conferma della validità delle esperienze.

Per facilitare il contatto con i referenti dei progetti citati, alla fine del capitolo viene riportato un elenco completo contenente i dati utili.

1.5 Casi relativi alla “qualità percepita”

1.5.1 INFORMAZIONE

L'informazione rappresenta il fattore di qualità più frequentemente interessato dalle esperienze segnalate dalle Strutture: 136 casi, ovvero il 27% dei casi pervenuti, si riferiscono ad interventi per migliorare il livello di qualità delle informazioni e della comunicazione ai cittadini.

*Informazione:
136 casi = 27 %*

Una delle ragioni di questa elevata attenzione è probabilmente da attribuire ad una rapida crescita degli Uffici relazioni con il pubblico (URP)⁶.

Una possibile ragione di una così alta percentuale di esperienze su questo tema è l'istituzione degli URP

A cinque anni dall'emanazione del provvedimento (decreto legislativo 29/93⁷) questi uffici sono stati istituiti nel 93% delle Aziende Usl ed Ospedaliere (con un aumento del 12% rispetto alla situazione rilevata a marzo 1997⁸).

Gli URP hanno attivato circa due terzi dei casi segnalati di miglioramento delle comunicazioni, il restante terzo proviene da altri servizi (Direzioni sanitarie, singole Divisioni, Dipartimenti della prevenzione, Servizi veterinari, Servizi per tossicodipendenze, Distretti, ecc.) o dal Direttore generale, a segnalare, frequentemente, la presenza di una più generale attenzione aziendale al tema della comunicazione.

Si evidenzia infine, un considerevole numero di casi (il 23%) frutto della collaborazione degli Urp con altri servizi (Servizi infermieristici, Servizi qualità, ecc.), a testimonianza della presenza di una capacità degli URP a integrarsi con i servizi ed a comunicare tenendo conto delle loro esigenze.

La maggior parte dei casi segnalati (63%) si pone l'obiettivo di *informare i cittadini sui servizi offerti dalla Struttura per garantirne l'accesso e la fruizione*. Diverse sono le esigenze che hanno spinto le Strutture ad uno sforzo di comunicazione sui servizi: l'analisi dei reclami, una riorganizzazione dei servizi, un accorpamento delle USL, l'apertura di un nuovo ospedale o di un nuovo servizio, la chiusura estiva di alcuni servizi, ecc. In questo tipo di esperienze è possibile distinguere alcune categorie principali soprattutto in rapporto ai destinatari dell'intervento di comunicazione.

⁶ L'URP è la struttura istituzionalmente finalizzata a:

- “dare attuazione al principio di trasparenza dell'attività amministrativa, al diritto di accesso alla documentazione ed a una corretta informazione;
- a rilevare sistematicamente i bisogni e il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati ed a collaborare per adeguare, conseguentemente, i fattori che ne determinano la qualità
- a proporre adeguamenti e correttivi per favorire l'ammodernamento delle strutture, la semplificazione del linguaggio e l'aggiornamento delle modalità con cui l'amministrazione si propone all'utenza”

DPCM 11 ottobre 1994, “Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico” in G.U. 8 novembre 1994, n.26.

⁷ Art. 12 d. Lgs. 3 febbraio 1993, n.29 (e successive disposizioni correttive) “Ufficio relazioni con il pubblico”, in G.U. 24 febbraio 1994 n.45.

⁸ Ministero della sanità, Dipartimento della programmazione, “Rapporto nazionale di valutazione sul programma di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale”, marzo 1997.

Esempi di interventi di informazione ai cittadini sui servizi offerti dalla Struttura per garantirne l'accesso e la fruizione

Categoria	Caso/Struttura
<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni a tutta la popolazione sulla disponibilità di servizi offerti 	1. Az. USL 5 di La Spezia 2. Assessorato alla sanità della Regione Piemonte
<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni a specifiche categorie di persone sui servizi loro destinati 	3. Az. USL di Teramo 4. Az. Ospedaliera Umberto I° di Ancona 5. Az. Ospedaliera San Luigi di Orbassano (TO)
<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni agli operatori, su iniziative di ristrutturazione e modernizzazione 	6. Az. Ospedaliera S. Anna di Como
<ul style="list-style-type: none"> • Impiego di strumenti informatici 	7. Az. USL di Firenze 8. Az. USL 22 di Novi Ligure (AL)

L'altra rilevante parte delle iniziative di comunicazione segnalate (il 37% del totale) utilizza la comunicazione anche come occasione di miglioramento delle prestazioni. Si tratta di esperienze nelle quali la comunicazione con i cittadini ha migliorato le comunicazioni esistenti ed ha, contestualmente, rappresentato un'opportunità per identificare criticità ed intraprendere azioni di miglioramento dei servizi.

Esempi di interventi di comunicazione con i cittadini come strumento per migliorare i servizi

Categoria	Caso/Struttura
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione come leva diretta dell'Unità operativa 	9. Az. USL di Cuneo 10. Ospedale Morelli di Sondalo (SO)
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione come strumento di miglioramento per i servizi aziendali o distrettuali 	11. Az. USL 6 Friuli occidentale
<ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione URP – Unità operative 	12. Az. USL di Caserta
<ul style="list-style-type: none"> • Input diretto del Direttore generale 	13. Az. USL 2 di Gallarate (VA)

DESCRIZIONE DEI CASI

L'informazione ai cittadini sui servizi offerti dalla Struttura per garantirne l'accesso e la fruizione

Informazioni a tutta la popolazione sulla disponibilità dei servizi offerti

Alcuni casi pervenuti si pongono l'obiettivo di illustrare "tutti i servizi a tutta la popolazione" dell'Unità sanitaria locale, obiettivo spesso perseguito attivando forme di collaborazione con altri soggetti istituzionali.

1. L'Azienda USL 5 di La Spezia, per illustrare i servizi e valorizzare le risorse aziendali, ha ideato una trasmissione televisiva in collaborazione con Teleliguria sud, l'emittente televisiva locale molto seguita dalla popolazione. L'iniziativa non ha comportato costi per

l'Azienda e ha anche incontrato l'interesse dell'emittente, che ne ha proposto una replica.

2. L'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte ha offerto sostegno alle Strutture sanitarie per la realizzazione di guide ai servizi e la loro diffusione attraverso il maggior quotidiano cittadino "la Stampa".

Altre iniziative, la maggior parte, perseguono l'obiettivo di informare specifiche categorie di persone sui servizi a loro destinati. Vengono così elaborate, negli Ospedali, le guide per reparti, oppure, nelle Unità sanitarie locali, le guide per i giovani, per gli anziani, per i turisti, per gli immigrati, ecc.

Informazioni a specifiche categorie di persone sui servizi loro destinati

3. L'Azienda USL di Teramo ha elaborato una guida rapida ai servizi sanitari per i turisti, tradotta dagli studenti del locale Liceo linguistico e distribuita attraverso agenzie e strutture turistiche (Pro loco, alberghi, campeggi ecc.).
4. L'Azienda ospedaliera Umberto I° di Ancona ha realizzato un progetto di comunicazione basato su di un depliant multifunzionale e facilmente aggiornabile (base fissa a stampa e informazioni variabili sovrainpresse con stampante laser).
5. L'Azienda ospedaliera San Luigi di Orbassano ha realizzato un programma di collaborazione con le sedi territoriali dell'Università della Terza Età per comunicare con una fascia di utenza a forte richiesta di servizi.

Accanto a comunicazioni rivolte ai cittadini o a specifiche fasce di utenti si trova frequentemente anche una linea di comunicazione rivolta agli operatori. Spesso i vertici aziendali, in occasione di cambiamenti organizzativi, si sono posti il problema di comunicare le loro scelte agli operatori o ad altri soggetti istituzionali legati all'Azienda. Tale esigenza nasce anche dalla constatazione che la migliore conoscenza della realtà aziendale da parte degli operatori o una buona comunicazione fra centro e periferia possono facilitare le azioni di miglioramento dei servizi.

Informazioni agli operatori, su iniziative di ristrutturazione e modernizzazione

6. L'Azienda ospedaliera S. Anna di Como, allo scopo di far conoscere l'ospedale, le nuove attività, le strutture e le apparecchiature a disposizione dei pazienti, pubblica una *news letter* quindicinale (un foglio con notizie al massimo di cinque righe) destinata ai dirigenti dell'Azienda, ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, alle istituzioni e ai mass media.

Alcune iniziative di comunicazione sulla fruibilità dei servizi hanno affrontato anche problemi metodologici o problemi legati all'utilizzo di strumenti informatici.

Spesso sono stati risolti problemi metodologici per costruire una rete di operatori responsabili delle informazioni in grado di assicurare una raccolta sistematica e aggiornata di informazioni da ogni servizio. In alcuni casi questo sistema ha dato luogo a collegamenti tra operatori e alla costruzione di banche dati informatizzate ed aggiornate.

In alcuni casi le strutture ricorrono a strumenti informatici per migliorare le comunicazioni. Le esperienze messe in atto sono le più varie, dalla realizzazione di prodotti software specifici utilizzati per creare banche dati e per dare agili strumenti di lettura ai punti di informazione, alla realizzazione di vere e proprie reti in grado di collegare tutte le sedi con una banca dati centralizzata e aggiornata in tempo reale. Sono presenti anche esperienze che utilizzano la rete Internet per un più veloce passaggio delle informazioni interne attraverso il servizio di posta elettronica.

7. *L'Azienda USL di Firenze* garantisce un'informazione telefonica sui servizi della propria Azienda e delle Aziende ospedaliere Careggi e Meyer, sulla base di una banca dati aggiornata che contiene informazioni sul 90% delle prestazioni e sui servizi offerti. L'aggiornamento è assicurato da una rete di operatori dei vari servizi, referenti per la comunicazione.
8. *L'Azienda USL 22 di Novi Ligure (AL)* ha sviluppato un sistema informatizzato di orientamento ai cittadini consultabile dalle postazioni front-line. Il sistema consiste in una connessione Internet che permette di disporre anche della modulistica in qualsiasi punto della rete.

La comunicazione con i cittadini come strumento di miglioramento dei servizi

Le informazioni agli utenti sulle prestazioni erogate possono essere fornite direttamente dai servizi o dalle unità operative: in questi casi spesso il miglioramento delle comunicazioni coincide con un contestuale miglioramento delle prestazioni.

Anche l'alta dirigenza e gli URP, spesso in collaborazione con i servizi, sono protagonisti di iniziative che fanno leva sul miglioramento della capacità di comunicare per migliorare il livello qualitativo delle prestazioni. In questi casi le azioni di comunicazione sono caratterizzate dal coinvolgimento degli operatori sia nella definizione dei punti critici del servizio e sia nella realizzazione delle azioni di miglioramento.

Le seguenti esperienze si riferiscono ad interventi messi in campo direttamente dalle unità operative per migliorare la qualità delle prestazioni con un'applicazione mirata degli strumenti e delle tecniche di comunicazione.

9. Il *Servizio per tossicodipendenti della Az. USL di Cuneo*, constatando che le informazioni sul servizio erano spesso stereotipate e ne ostacolavano l'efficacia, ha utilizzato un'emittente radiofonica locale ed ha attivato una rubrica quindicinale su un giornale cittadino per fornire informazioni aderenti alla realtà. L'iniziativa si è tradotta in un aumento di richieste di prestazioni pertinenti e congrue.

10. L'Unità operativa riabilitazione cardiologica dell'ospedale Morelli di Sondalo (SO) ha elaborato un opuscolo ed una videocassetta non solo per facilitare l'accesso al servizio ma anche per favorire la conoscenza delle più comuni patologie cardiovascolari al fine di migliorare l'iter diagnostico-terapeutico e riabilitativo.

In alcuni casi le iniziative di comunicazione hanno come riferimento un insieme di servizi, un distretto o l'intera Azienda e in questo caso le iniziative si definiscono all'interno di programmi complessi e articolati.

11. Il Distretto sanitario Ovest di Sacile dell' Az. USL 6 "Friuli occidentale" constatando scarsa comunicazione e conflittualità tra i diversi attori del distretto ha elaborato un programma di comunicazione e ascolto che ha portato alla riduzione dei reclami e delle richieste di informazione attraverso la produzione di protocolli di comunicazione tra le strutture, la creazione di corsie preferenziali integrate tra le due Aziende del Distretto, la convenzione con le associazioni di volontariato, ecc.

Altre volte le iniziative nascono da una fattiva collaborazione degli Uffici relazioni con il pubblico con le Unità operative, dimostrando la graduale integrazione di queste Strutture, che si trovano talvolta isolate all'interno della Struttura.

*Collaborazione
URP-Unità operative*

12. I Servizi per tossicodipendenti di Caserta in collaborazione con L'URP hanno elaborato una Carta dei servizi che ha raggiunto un duplice obiettivo: migliorare il servizio con la rilettura dei percorsi operativi, la omogeneizzazione delle attività e la definizione di impegni e standard, e migliorare la comunicazione con l'elaborazione e la diffusione della Carta, di un depliant informativo e di un vademecum per le tossicodipendenze.

Infine, talvolta le iniziative nascono su precise iniziative del Direttore generale e in questi casi, il livello di efficacia delle comunicazioni risulta particolarmente elevato.

*Input diretto del
Direttore generale*

13. L'Azienda USL 2 di Gallarate (VA) per risolvere una situazione conflittuale (azioni legali tra operatori, lettere anonime alla direzione e conflittualità dichiarata tra Azienda e organi di stampa) ha individuato la comunicazione come risorsa e strumento utile per migliorare il senso di appartenenza all'Azienda e per agevolare il conseguimento degli obiettivi. Dopo circa tre mesi dall'avvio del progetto di comunicazione non sono più pervenute alla Direzione lettere anonime e molte situazioni conflittuali sono state affrontate e chiuse.

1.5.2 ASCOLTO E TUTELA

Ascolto e tutela:
117 casi = 23 %

Si tratta soprattutto di interventi relativi a indagini di soddisfazione dell'utenza e, meno frequentemente, di sviluppo dei sistemi di gestione dei reclami

L'elevata frequenza (117 casi, il 23% di quelli sulla qualità percepita) con la quale le Strutture hanno segnalato esperienze focalizzate sull'ascolto e sulla tutela dei cittadini, testimonia che, per migliorare la qualità dei servizi, i soggetti del SSN si confrontano sempre più con utenza, ai fini di orientare i processi di erogazione alle sue esigenze.

L'analisi complessiva delle esperienze pervenute, dimostra che una grande quantità di casi si riferisce ad interventi volti a misurare il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati. Questo fenomeno è testimone del fatto che le indagini di soddisfazione, costituiscono sempre più uno strumento di lavoro usato quasi "di routine" dalle Strutture sanitarie. Un'altra porzione di casi pervenuti sul tema in oggetto, peraltro molto meno frequente rispetto alle indagini di soddisfazione, è relativa ad interventi di attivazione e sviluppo di sistemi di gestione dei reclami. Ancora più esiguo, infine, il numero di esperienze pervenute che ha puntato sullo sviluppo di altri strumenti aziendali atti ad offrire garanzie stesso di costruzione della Carta, l'adozione di standard di qualità.

Esempi di indagini di soddisfazione

(ascolto e misurazione della soddisfazione dell'utenza)

Categoria	Caso/Struttura
• Le indagini come metodo di analisi della qualità percepita	14. Az. USL 5 – Bassa Friulana 15. Az. Ospedaliera OIRM – S. Anna di Torino
• Capacità di analisi dei dati per programmare il miglioramento	16. Az. Osp. Arcispedale S. Anna di Ferrara 17. Az. USL 8 di Chieri (TO) 18. Az. USL 18 di Rovigo 19. Az. USL 3 di Lagonegro

Esempi di sistemi di gestione dei reclami

Categoria	Caso/Struttura
• Corretta gestione dei reclami per il miglioramento della qualità	20. Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (Liguria) 21. Az. Ospedaliera ICP di Milano
• Rapporto diretto tra i responsabili dei servizi erogati e utenza	22. Az. USL 15 – Alta Padovana

Esempi di altri strumenti di ascolto e tutela dei cittadini

Categoria	Caso/Struttura
• Costruzione "partecipata" della Carta	23. Az. USL 2 della Calabria (Castrovillari) 24. IRCSS Burlo Garofolo di Trieste 25. Az. USL 5 Spezzino
• Adozione di standard ed indicatori di qualità del servizio	26. Az. USL di Modena 27. Az. USL 1 Imperiese 28. Az. USL di Reggio Emilia 29. Az. USL 4 Saronno (VA)
• Tutela dell'utente ricoverato	30. Az. Ospedaliera Umberto I – Ancona

DESCRIZIONE DEI CASI

L'ascolto e la misurazione della soddisfazione dell'utenza

L'impiego diffuso delle indagini di soddisfazione rappresenta sicuramente un dato innovativo non solo nel panorama del SSN ma, più in generale, in quello dell'amministrazione pubblica italiana. Questo fenomeno testimonia l'espandersi di una nuova cultura gestionale, che sorge da una progressiva sensibilità e consapevolezza delle Strutture (ed in particolare della dirigenza) alla necessità di orientare gli interventi di cambiamento sulla base dei bisogni espressi dall'utente "cliente".

La crescente diffusione dell'utilizzo di indagini di soddisfazione nel SSN mostra la sensibilizzazione sul tema della centralità del l'utente

In molte delle iniziative presentate dalle Strutture in quest'ambito sono però evidenti alcuni limiti, che possono essere giustificati dalla scarsa familiarità all'uso degli strumenti di ascolto e di misurazione della soddisfazione dell'utenza: spesso, infatti, lo strumento dell'indagine di soddisfazione è utilizzato in maniera sporadica e non sempre riesce ad essere inserito all'interno di un intervento progettuale di più ampio respiro. In particolare, spesso gli interventi si limitano alla somministrazione di questionari, senza che a quest'attività seguano procedimenti rigorosi di analisi e diffusione dei risultati o la realizzazione di interventi di miglioramento.

Non sono rare però esperienze interessanti e coerenti, tanto dal punto di vista metodologico che da quello della concretezza ed efficacia dei risultati ottenuti.

Le indagini come metodo di analisi della qualità percepita

14. La *Direzione sanitaria dell'Az. USL 5 (Bassa Friulana)* ha condotto una indagine di soddisfazione interessante per impianto metodologico e risultati. A seguito di queste attività sono stati avviati percorsi di miglioramento sulla base dei risultati emersi (in merito ad accesso al servizio, aspetti burocratici, integrazione ospedale-territorio).

Talvolta le indagini di soddisfazione danno vita a un vero e proprio sistema di monitoraggio della qualità percepita.

15. L'*Azienda ospedaliera OIRM-S. Anna di Torino* ha costituito un gruppo composto da operatori appositamente formati che interagisce nel processo del "sistema questionario" al fine di predisporre un questionario per il monitoraggio della qualità percepita.

Altre esperienze sono rilevanti per l'utilizzo dei risultati delle indagini ed il coinvolgimento della dirigenza aziendale.

Capacità di analisi dei dati per programmare il miglioramento

16. L'URP dell'*Azienda ospedaliera Arcispedale Sant'Anna di Ferrara*, ha somministrato circa 600 questionari agli utenti dei servizi. E' stata poi effettuata l'analisi dei risultati e i dati sono stati restituiti ai responsabili delle Unità operative per porre in atto miglioramenti in vista di una successiva reiterazione dell'indagine.

17. L'Unità di comunicazione e qualità dell'Az. USL 8 di Chieri (Torino) ha messo a regime un sistema di rilevazione semestrale della soddisfazione attraverso un questionario consegnato a tutti i pazienti dimessi dai tre presidi ospedalieri. I risultati elaborati dall'URP sono inviati al Direttore generale il quale a sua volta invia una relazione a ciascun responsabile di Unità operativa che è tenuto a fornire riscontro delle azioni di miglioramento intraprese. L'intero processo è portato a conoscenza dei cittadini.
18. L'Azienda USL 18 di Rovigo, con la collaborazione dell'Università di Padova, ha realizzato un'indagine per valutare l'empatia dei cittadini nei confronti dell'Azienda, utilizzando fonti informative come gli operatori e gli *opinion leader* locali (imprenditori, sindacalisti, gestori di case di riposo, rappresentanti di Associazioni di tutela, ecc.)
19. L'Azienda USL n. 3 di Lagonegro ha realizzato un intervento di consultazione dell'utenza per verificare i problemi legati ai tempi d'attesa e alle modalità di accesso dell'assistenza specialistica.

I sistemi di gestione dei reclami

*Corretta gestione dei
reclami per il miglioramento
della qualità*

Ciò che emerge dall'analisi dei progetti presentati su questo tema è che, in analogia a quanto succede per le indagini di soddisfazione, all'istituzione del sistema di gestione dei reclami spesso non segue la progettazione e/o realizzazione di iniziative di miglioramento della qualità. Tuttavia anche in questo settore si possono identificare alcuni esempi significativi nei quali l'utilizzo del sistema di gestione dei reclami si è rivelato essenziale ai fini del miglioramento della qualità dei servizi al cittadino.

20. L'URP dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (Liguria) ha istituito un comitato composto di Operatori e Associazioni di volontariato per analizzare i risultati delle indagini di soddisfazione e dei reclami. Il risultato di tale attività è l'identificazione di procedure per l'accoglienza, per la definizione di standard e per l'elaborazione di indicatori dei criteri dell'organizzazione del lavoro.
21. Presso l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento di Milano è stato realizzato un sistema di relazioni con il pubblico che prevede diversi livelli di attività. Un primo livello consiste nella gestione del rapporto con il singolo utente, un secondo livello riguarda l'effettuazione di analisi periodiche dei reclami per la revisione delle procedure di accesso ai DH preoperatori e agli ambulatori, per la rettifica di tariffe

di prestazioni ambulatoriali e per migliorare l'efficacia del sistema. In terzo livello di attività consiste nell'elaborazione di una classificazione dei reclami, in collaborazione con la Regione Lombardia, da proporre a titolo sperimentale alle altre Aziende.

Anche in altri casi si manifesta un'attenzione al miglioramento del sistema di gestione in quanto tale: non ci si limita quindi a raccogliere, gestire e utilizzare i reclami ma si cerca di migliorare l'efficacia del sistema a partire dall'analisi delle segnalazioni dei cittadini. Nel caso riportato la direzione verso cui ci si muove è quella di instaurare un rapporto più diretto tra i responsabili dei servizi erogati e utenza, evitando il rischio di burocratizzare la gestione dei reclami o di istituire procedure eccessivamente articolate e complesse.

Rapporto diretto tra i responsabili dei servizi erogati e utenza

22. La Direzione aziendale dell'Az. USL 15 - Alta Padovana, in collaborazione con l'URP ha provveduto a riorganizzare il sistema di gestione dei reclami. Il progetto prevede il coinvolgimento dei responsabili delle Strutture aziendali, la costituzione di un gruppo di miglioramento interno e l'individuazione di presidi dove sperimentare un regolamento di pubblica tutela; la nuova organizzazione è stata accolta favorevolmente dai cittadini ed ha consentito all'URP di dedicarsi quasi esclusivamente al sostegno di percorsi interni di miglioramento e alla realizzazione di iniziative di promozione ed informazione esterna.

Altri strumenti di ascolto e tutela dei cittadini

Sono meno frequenti i casi che si riferiscono direttamente allo sviluppo della Carta dei servizi. In alcune delle esperienze presentate è evidente il tentativo di rendere la Carta uno strumento vivo per il miglioramento della qualità. In questa direzione, appaiono particolarmente interessanti i casi di realizzazione "partecipata" della Carta, che puntano sul coinvolgimento del personale aziendale e degli utenti. Queste esperienze dimostrano come la costruzione della Carta rappresenti un momento di diffusione culturale e di coinvolgimento degli operatori così come un'occasione per favorire il dialogo e la comunicazione nei confronti dei cittadini.

Costruzione "partecipata" della Carta

23. Il Gruppo di progetto per la Carta dei servizi dell'Azienda USL 2 della Calabria (Castrovillari) ha elaborato una Carta dei servizi del consultorio familiare, servendosi della collaborazione delle associazioni e dei ragazzi delle scuole medie superiori. L'obiettivo del progetto era quello di formulare una Carta facilmente comprensibile ai potenziali utenti dei consultori e contenente standard quanto più vicini alle loro aspettative. Il prodotto, definito "Contratto con gli utenti", è stato diffuso in maniera mirata.

24. La *Direzione sanitaria dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste* ha realizzato una "Carta dei diritti del bambino in Ospedale" in cui si attua il tentativo di rendere viva la Carta traducendo i diritti del bambino nei comportamenti degli operatori. Un gruppo di lavoro ha revisionato la bibliografia e la normativa, ed ha definito i diritti e i corrispondenti comportamenti che li esplicitano nell'esperienza quotidiana. Tale documento, che costituisce la Carta dei diritti del bambino in ospedale, è stato reso vincolante per tutte le Aziende sanitarie della Regione con un atto deliberativo della Regione Friuli Venezia Giulia.
25. L'*Azienda USL 5 Spezzino*, ha realizzato un processo interno di verifica della conoscenza della Carta dei servizi da parte degli operatori. I risultati ottenuti appaiono interessanti a partire dalla constatazione della presenza di una rete di operatori caratterizzata da un elevato livello di coinvolgimento in azioni di miglioramento della qualità perseguite attraverso la corretta attuazione della Carta.

Adozione di standard e di indicatori di qualità del servizio

Alcune Strutture hanno puntato sull'adozione di standard ed indicatori di qualità del servizio, allo scopo di consentire al cittadino di orientare la sua scelta della Struttura a cui rivolgersi e per permettergli di verificare il patto sancito dall'Azienda.

26. Il Sistema qualità dell'*Azienda USL di Modena* ha realizzato una costruzione partecipata della terza parte della Carta dei servizi (standard). Gli operatori hanno ripensato il livello qualitativo delle prestazioni e i Comitati consultivi misti hanno partecipato alla elaborazione e alla definizione degli standard. Sono state elaborate "Linee guida di comportamento", ed effettuati incontri di formazione in 109 unità operative. Il risultato è stato quello di definire impegni - dichiarati nel volume "Standard, Impegni, Indicatori" - presso il 100% delle Unità operative. E' stato poi attivato un sistema di monitoraggio realizzato attraverso report compilati da ogni Unità operativa e attività di "audit" o visite esterne, realizzate dai rappresentanti degli utenti, seguendo un percorso condiviso con i responsabili delle Strutture.
27. L'*Azienda USL 1 Imperiese*, con il Settore valutazione e miglioramento della qualità, ha individuato le aree di maggiore criticità nella relazione con l'utente ed ha avviato su ciascuna di queste progetti di sviluppo della qualità realizzati in occasione della sperimentazione degli indicatori di qualità previsti dall' art.14 del D.Lgs. 502/1992. Gli interventi di miglioramento sono stati seguiti da gruppi di progetto costituiti ad hoc con una metodologia standardizzata di lavoro. Il Comitato consultivo misto ha partecipato allo sviluppo del progetto. Il risultato principale è quello di avere introdotto l'analisi ed il metodo dei programmi di qualità e di aver definito standard di qualità condivisi e raggiungibili da inserire nella seconda edizione della Carta dei servizi.

28. Lo Staff della Direzione generale dell'Az. USL di Reggio Emilia ha predisposto un sistema di monitoraggio degli indicatori e standard inclusi nella Carta dei servizi. Sono stati individuati dei gruppi distrettuali di valutazione con adeguata formazione e costruiti appositi strumenti di valutazione. A tale fase è seguita la raccolta, l'elaborazione e la diffusione dei dati con il coinvolgimento dei partecipanti ai Comitati consultivi misti.
29. Interessante, per la specificità del settore, è il lavoro effettuato dal Servizio sociale sugli indicatori per i centri socioeducativi per l'handicap dell' Az. USL 4 di Saronno. A partire dall'analisi della letteratura si è svolta una sperimentazione interna che ha visto il coinvolgimento diretto degli operatori per la realizzazione di un sistema di pesatura delle dimensioni e degli indicatori per la costruzione di un profilo di qualità del Servizio. E' in corso la fase di analisi dei dati.

Interessante è il caso, infine, relativo ad un aspetto importante della tutela dei pazienti ricoverati ovvero la regolamentazione dei cosiddetti "badanti a pagamento" che ha permesso di raggiungere importanti risultati.

*Tutela dell'utente
ricoverato*

30. I "badanti a pagamento" sono spesso usati come strumento di delega dell'assistenza sanitaria per affrontare impropriamente ipotetiche o reali carenze nel personale infermieristico. L'Azienda ospedaliera Umberto I di Ancona, per tutelare il paziente da tale fenomeno, ha regolamentato la materia. La soluzione adottata prevede che le offerte di assistenza siano autorizzate dalla Direzione sanitaria, sia indicata la tariffa (max L 12.000 lorde), siano presentati idonea documentazione identificativa, sanitaria ed assicurativa. La Direzione sanitaria ha un elenco "pubblico" delle persone disponibili e stabilisce le regole di comportamento di questo personale come ad esempio, cartellino identificativo e camice di colore diverso da quello del personale, non interferire nelle mansioni infermieristiche, ecc. Il progetto è stato possibile grazie all'appoggio del Tribunale per i diritti del malato e dell'AVULSS (Associazione di volontariato) ed è inoltre stato premiato dal Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito della seconda edizione di "Cento progetti al servizio dei cittadini".

1.5.3 UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE

Umanizzazione e
personalizzazione:
67 casi = 13 %

Una proporzione significativa delle esperienze presentate (per l'esattezza 67, pari al 13% dei casi di qualità percepita) trattano di iniziative di personalizzazione e di umanizzazione. La frequenza e la qualità di questi interventi, realizzati in tutti i livelli assistenziali, testimoniano una crescente sensibilità delle Strutture sanitarie verso questi temi. Tutte le esperienze hanno in comune il fatto di avere messo in campo una serie di interventi per migliorare la qualità delle relazioni umane e per gestire anche alcuni risvolti psicologici della malattia.

La grande maggioranza dei casi presentati si riferisce ad interventi finalizzati a rendere meno gravoso il periodo di degenza e ridurre i disagi prodotti dal distacco dall'ambiente familiare e dalle abitudini delle persone. In particolare, si osserva una notevole sensibilità da parte delle Strutture nei confronti di gruppi particolarmente vulnerabili, come i bambini e le persone affette da malattie gravi o incurabili, in favore dei quali sono state avviate numerose esperienze di grande interesse, rivolte spesso al supporto dei familiari ed al loro coinvolgimento per ridurre i disagi del congiunto malato.

Esempi di interventi rivolti
a persone in condizioni di
particolare vulnerabilità

Categoria	Caso/Struttura
• Aspetti organizzativi e strutturali	31. Osp. Civile dell'USL 19 di Adria 32. Istituto "Gaslini" di Genova
• Attività ludiche e scolastiche	33. Az. USL di Latina 34. Az. USL di Matera

Esempi di interventi di
umanizzazione del ricovero
ospedaliero

Categoria	Caso/Struttura
• Presa in carico globale dell'assistenza	35. Az. Ospedaliera "Salesi" di Ancona 36. Ospedali riuniti di Trieste
• Animazione durante la degenza	37. Az. Ospedaliera Umberto I di Ancona 38. Az. USL 9 Ivrea
• Accesso di familiari ed amici	39. Istituti ortopedici "Rizzoli" 40. Az. USL 1 di Belluno 41. Az. Ospedaliera "Luigi Sacco" di Milano

DESCRIZIONE DEI CASI

Interventi rivolti a persone in condizioni di particolare vulnerabilità

Dall'analisi dei casi di umanizzazione emergono in modo netto gli sforzi delle Strutture per alleviare le sofferenze di gruppi di persone in condizioni di particolare vulnerabilità e, quindi, portatori di una domanda particolarmente complessa non risolvibile con i soli interventi assistenziali.

In questo ambito, la maggioranza delle esperienze ha riguardato interventi di umanizzazione rivolti ai bambini. Queste iniziative hanno in comune il fatto di essere state ideate per rispondere alla necessità di favorire i rapporti tra la famiglie, i bambini ricoverati e gli operatori dei servizi.

La maggior parte degli interventi sono rivolti ai bambini

Molte esperienze concentrano gli interventi di umanizzazione sugli aspetti organizzativi e strutturali (modificazione orari visita, stanza genitori nel reparto, ecc.), per cercare di venire incontro alle esigenze dei bambini e dei loro genitori. In questi casi si osserva la volontà di rendere più accogliente l'ambiente e comunicare affettività e gioia mediante interventi sul design e l'estetica delle Strutture ospedaliere.

Aspetti organizzativi e strutturali

31. L'esperienza dell'Unità di pediatria dell'*Ospedale Civile dell'Az. USL 19 di Adria* è caratterizzata da un forte processo di sensibilizzazione degli operatori allo scopo di identificare le esigenze dei principali gruppi di utenza (ricoverati, ambulatoriali, *day hospital*, ecc.) e dei familiari per la programmazione di interventi di miglioramento della qualità.
32. L'*Istituto "Gaslini" di Genova*, riferimento pediatrico regionale, ha costituito un servizio di odontoiatria e ortodonzia dedicato a bambini portatori di handicap. L'iniziativa è stata intrapresa per rispondere alle difficoltà incontrate dai familiari, anche nel settore privato, per ottenere questo tipo di assistenza. Il servizio, attivo da gennaio 1998, dispone di strutture adeguate alle caratteristiche dell'utenza, prive di barriere all'accesso e con arredamento curato e accogliente. Personale qualificato, in parte costituito da volontari, svolge attività di animazione con i bambini.

Alcuni progetti hanno puntato sullo sviluppo di attività ludico-espressive e scolastiche durante il ricovero per evitare traumatiche interruzioni del naturale ritmo di vita del bambino, in particolare nel caso di pazienti sottoposti a lungodegenze.

Attività ludiche e scolastiche

33. Attraverso il "Progetto Andrea", l'*Az. USL di Latina*, in collaborazione con l'Associazione genitori (AGE), opera interventi "a 360 gradi" sull'umanizzazione in pediatria nelle seguenti aree: comfort alberghiero (decorazione spazi comuni e stanze di degenza, scelta del vitto sulla base di un menù giornaliero, due sale giochi distinte per età), scuola in ospedale (insegnante di ruolo, collegamento con le rispettive classi tramite fax, bambini "ambasciatori", visita delle classi in reparto), accoglienza (procedure formalizzate e condivise, libretto di accoglienza, psicologo di reparto).
34. Il presidio ospedaliero della *Az. USL di Matera* si è adoperato per creare migliori condizioni di vita per il bambino all'interno della Struttura ospedaliera dando continuità alla sua istruzione; i docenti della scuola media "Nicola Festa" a titolo di volontariato hanno

allestito le attività didattiche per i bambini ricoverati, incontrando il favore dei destinatari ma anche dei famigliari e del personale.

L'umanizzazione del ricovero ospedaliero

Numerose esperienze pervenute si riferiscono ad interventi di vario tipo che condividono l'obiettivo di rendere meno gravoso il periodo di degenza. L'ottica con cui queste iniziative sono state intraprese evidenzia la volontà di tener conto delle esigenze del ricoverato e di quelle degli amici e familiari.

Un primo gruppo di casi si è concentrato sulle situazioni di assistenza a malati cronici o che hanno subito interventi altamente invasivi. Le esperienze presentate su questo tema intendono agire sulle situazioni a forte impegno assistenziale dove esiste il rischio di comportamenti scorretti. In questi casi, la soluzione messa in essere è stata quella di garantire una presa in carico globale dei problemi della persona ricoverata. Una particolare attenzione è stata dedicata al coinvolgimento dei familiari, intesi come una risorsa terapeutica.

*Presa in carico globale
dell'assistenza*

35. Un progetto significativo in quest'ambito è quello realizzato dal Centro regionale di fibrosi cistica dell'*Azienda ospedaliera "G.Salesi" di Ancona*. L'iniziativa prevede un processo di coordinamento, integrazione e monitoraggio delle attività svolte dalle diverse figure professionali responsabili dell'intervento assistenziale alle persone affette da fibrosi cistica. Viene inoltre offerto sostegno psicologico al paziente ed alla sua famiglia per affrontare il problema dell'angoscia e dell'isolamento che la malattia comporta. In questo modo il Centro riesce ad assicurare una presa in carico globale delle complesse problematiche che affliggono le persone portatrici di questa malattia cronica.
36. L'esperienza degli *Ospedali Riuniti di Trieste* si riferisce ai portatori di malattie oncologiche. Per la gravità delle loro condizioni queste persone vivono, insieme ai loro familiari, una fase di particolare vulnerabilità e sofferenza fisica e psicologica. I referenti del progetto hanno messo in campo una serie di interventi per migliorare la qualità delle relazioni e curare i risvolti psicologici della malattia. Tra i risultati raggiunti: un'attesa media ambulatoriale inferiore ai 15 minuti, la presenza costante dei familiari in reparto ed il loro coinvolgimento per accudire il malato, la possibilità di richiedere informazioni in qualunque momento al medico responsabile. Il virtuale azzeramento dei reclami e l'aumento delle segnalazioni positive testimoniano il gradimento di questa iniziativa da parte dell'utenza.

Un ulteriore gruppo di esperienze si è concentrato sullo sviluppo di attività tese a migliorare la qualità di vita dei degenti ricoverati per minimizzare gli effetti negativi causati dall'allontanamento delle persone dalla casa, dalle abitudini quotidiane.

In un numero significativo di casi è possibile rilevare la tendenza a potenziare le capacità degli operatori a impiegare in modo corretto tecniche di animazione all'interno dei reparti creando opportunità per l'occupazione del tempo libero e la socializzazione dei malati e le loro famiglie.

Animazione durante la degenza

37. Significativo in quest'ambito è il progetto realizzato dall'URP dell'*Azienda ospedaliera Umberto I di Ancona* che si è dato l'obiettivo di aprire l'ospedale alla città ed invitare la città nell'ospedale. Gli operatori hanno utilizzato gli ampi spazi dell'atrio dell'ospedale per organizzare un vero e proprio "cartellone artistico", con spettacoli teatrali, concerti di musica lirica e classica, canti gospel, spettacoli di musica leggera e mostre di modellismo. Vale la pena segnalare che tutte queste esperienze sono state realizzate con la partecipazione ed il coinvolgimento attivo dei degenti nelle attività di animazione e con la collaborazione delle Associazioni di volontariato e di gruppi artistici locali.

38. Il progetto di animazione "Lumière", realizzato dal Centro di formazione dell'*Az. USL 9 di Ivrea (TO)*, ha puntato sugli infermieri come risorsa chiave per lo svolgimento delle attività di animazione in ospedale, avvalendosi della collaborazione della scuola di formazione e dell'ANSED di Aosta. Gli studenti infermieri, previo corso di formazione, affiancati da operatori dell'USL hanno avuto un ruolo fondamentale per l'organizzazione di numerose attività culturali, ludiche, aggregative e di gestione del tempo libero delle persone ricoverate, con particolare attenzione all'allestimento degli ambienti.

Un'ulteriore gruppo di esperienze ha inteso rispondere all'esigenza delle persone ricoverate di beneficiare della vicinanza di familiari ed amici. I casi presentati affrontano questo problema attraverso varie modalità, come l'estensione dell'orario delle visite, l'attivazione di servizi mensa e case alloggio per i parenti, eccetera.

Accesso di familiari e amici

39. La divisione di traumatologia dell'*Istituto ortopedico "Rizzoli" di Bologna* ha condotto un'esperienza di regolamentazione delle fasce orarie di visita dei familiari e amici dei pazienti. Questa iniziativa ha consentito di assicurare al degente una più completa assistenza psicologica attraverso la vicinanza prolungata durante il giorno di un familiare o di un amico. È stato elaborato un opuscolo informativo per aiutare le persone vicine al ricoverato ad adottare atteggiamenti e comportamenti che favoriscano lo svolgimento delle attività del reparto

e che rispettino le norme per il mantenimento di un adeguato livello igienico personale.

Altri progetti interessanti hanno invece attivato servizi di case alloggio che hanno permesso ai parenti o agli utenti che si sottopongono a terapie giornaliere di poter disporre di un alloggio confortevole a prezzi accessibili.

40. L'Ospedale dell'*Azienda USL 1 di Belluno*, per venire incontro alle esigenze dei familiari dei ricoverati residenti in zone montane con difficile accesso al capoluogo, ha avviato il progetto "Casa tua", una casa alloggio per ospitare i familiari dei ricoverati e gli stessi malati sottoposti a terapie in regime di day hospital. La realizzazione del progetto è stata possibile, da un punto di vista finanziario, grazie alla solidarietà dei singoli cittadini e all'impegno di alcune Associazioni di volontariato.
41. L'esperienza dell'*Azienda ospedaliera "L. Sacco" di Milano* è sorta dalla consapevolezza del fatto che ogni anno circa il dieci per cento dei ricoveri interessava persone residenti fuori dalla Lombardia. Per rispondere alle esigenze di alloggiamento delle loro famiglie l'Azienda ha ristrutturato spazi sottoutilizzati per offrire loro una sistemazione idonea, a costi contenuti, che permettesse ai pazienti di avere vicino i propri congiunti.

1.5.4 ASPETTI RELAZIONALI

Aspetti relazionali:
25 casi = 5 %

Le Strutture sanitarie hanno presentato 25 esperienze (pari al 5% del totale dei casi di qualità percepita) di esperienze finalizzate al miglioramento delle relazioni tra il personale di front-line e gli utenti dei servizi. L'esigenza di fondo è quella di affrontare i problemi che derivano da un rapporto inadeguato tra l'operatore sanitario e il cittadino, troppo spesso limitato ai soli aspetti tecnici o amministrativi. La specificità dei servizi sanitari, infatti, richiede un approccio specifico all'utente in modo da non incidere negativamente sul percorso assistenziale.

La strategia che più frequentemente è stata messa in atto dalle Strutture per rispondere a problemi di tipo relazionale è quella di rafforzare le capacità degli operatori di instaurare un rapporto adeguato con l'utenza. In questo contesto la formazione sul lavoro e l'aggiornamento professionale rappresentano la strategia prescelta per avviare un cambiamento culturale all'interno delle Strutture sanitarie. L'analisi dei casi presentati indica come questo problema venga affrontato seguendo ottiche ed approcci metodologici diversi: da un lato, intraprendendo programmi formativi dedicati al personale di front-line, dall'altro, sviluppando iniziative di tipo progettuale che integrano l'azione formativa ad altri interventi finalizzati a migliorare il rapporto tra l'operatore e il cittadino.

Categoria	Caso/Struttura
<ul style="list-style-type: none"> • La formazione come strumento per il cambiamento della cultura istituzionale 	42. Regione Piemonte
<ul style="list-style-type: none"> • Iniziative progettuali per migliorare il rapporto operatore/cittadino 	43. Az. USL di Forlì 44. Az. Ospedaliera di Padova

Esempi di interventi di miglioramento del rapporto tra l'operatore e il cittadino

DESCRIZIONE DEI CASI

Numerose Strutture hanno sviluppato attività formative tese ad aggiornare le competenze degli operatori nella gestione delle relazioni con gli utenti ed i loro familiari. I temi più frequenti di questi corsi sono stati i seguenti: tecniche della comunicazione, gestione dei rapporti interpersonali, gestione di urgenze e situazioni “difficili”. In numerosi casi i corsi hanno utilizzato metodologie innovative e caratteristiche della formazione “sul lavoro”, quali l’illustrazione di casi concreti, esercitazioni di gruppo, la simulazione di colloqui, ecc.

La formazione come strumento per il cambiamento della cultura istituzionale

42. La *Regione Piemonte* ha organizzato corsi di formazione per le Aziende di sua competenza, che hanno coinvolto operatori dei servizi di sportello, centralino e portineria. Il corso ha inteso migliorare le abilità relazionali nell’area del Pronto soccorso e caratterizzare positivamente la fase di accoglienza. Dopo la realizzazione del corso i responsabili dei servizi hanno constatato un’effettiva modifica dei comportamenti.

In altri casi, l’attività formativa è stata inserita all’interno di interventi tesi a migliorare il “clima aziendale”. Gli interventi sono stati molteplici, spaziando dall’attivazione di nuovi servizi al ridisegno di regolamenti. In questi casi, l’intervento nell’ambito della formazione ha rappresentato uno strumento per coinvolgere il personale sulle caratteristiche degli obiettivi aziendali e sulla rilevazione dei bisogni degli operatori del front-line, sul miglioramento dei sistemi informativi interni e sulla definizione di obiettivi di miglioramento. Talora, a partire dai corsi di formazione sono stati creati all’interno delle Strutture gruppi di miglioramento o reti di operatori (del front-line per esempio) con l’obiettivo di identificare i punti critici nell’organizzazione del lavoro e di programmare interventi per lo sviluppo dell’innovazione.

Progetti per migliorare il rapporto operatore/cittadino

43. Lo staff di comunicazione e l’ufficio qualità dell’Azienda USL di Forlì hanno realizzato un’iniziativa che è nata dalla constatazione, rilevata dai reclami, di difficoltà ad avere risposte accurate dagli uffici di front-line. E’ stato messo a disposizione di tutti gli uffici URP decentrati un supporto informativo su base informatizzata in grado di fornire notizie, anche scritte, su tutte le prestazioni, gli orari, le modalità di accesso ed è stato attivato un corso di formazione ha per 34 operatori addetti alle informazioni per il pubblico.

44. Nel progetto dell'Unità di anestesia e rianimazione dell'*Azienda ospedaliera di Padova* l'intervento formativo per il miglioramento delle capacità relazionali ha comportato l'attivazione di numerose innovazioni organizzative, come l'inserimento di familiari e di volontari all'interno del reparto, l'elaborazione di una "Carta di accoglienza" per migliorare il supporto ai parenti dei ricoverati nell'Unità di anestesia e rianimazione e la predisposizione di linee guida sulla comunicazione in rianimazione.

1.5.5 ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT

*Aspetti alberghieri e comfort:
31 casi = 6 %*

Solo una piccola percentuale (31 casi, pari al 6 % dei casi di qualità percepita) dei casi si riferiscono ad esperienze relative al miglioramento degli aspetti alberghieri e del comfort.

La maggior parte dei casi si riferisce al vitto nelle Strutture di ricovero

La maggior parte dei casi pervenuti sono relativi ad interventi di miglioramento del servizio di ristorazione delle Strutture ospedaliere. Si tratta di iniziative che si sono focalizzate non solo sui fattori qualità del vitto per i ricoverati (scelta tra menu diversi, orario, temperatura delle pietanze, ecc.), ma anche su altri aspetti di particolare importanza (distributori automatici, servizi mensa aperti ai familiari, ecc.).

Sono in numero minore gli interventi che si sono concentrati sul miglioramento delle strutture nelle quali i servizi vengono erogati (riammodernamento degli ambienti, miglioramento degli arredi, manutenzione degli impianti tecnologici, installazione di servizi accessori come il bancomat, ecc.).

Alcune Strutture per affrontare i costi elevati dei lavori di ristrutturazione hanno fatto ricorso al settore privato per recuperare le risorse finanziarie.

Esempi di interventi per migliorare le condizioni organizzative e strutturali

Categoria	Caso/Struttura
• Alimentazione ospedaliera	45. Az. USL 9 di Ivrea 46. Az. Ospedaliera "Sant'Anna" (CO) 47. Az. USL 2 di Feltre (BL)
• Miglioramento del comfort delle strutture	48. INRCA di Ancona

DESCRIZIONE DEI CASI

Il significativo numero di casi che insistono sul tema dell'alimentazione indica che questo tema è percepito dalle Strutture come un fattore fondamentale della qualità dell'assistenza ospedaliera.

Gli interventi cercano di dare soluzione a numerosi aspetti critici, come la qualità dei pasti, la loro corretta temperatura, la loro distribuzione in orari più simili alle consuete abitudini, l'esigenza di ridurre gli sprechi e un maggior controllo di qualità e delle condizioni igieniche nelle fasi della preparazione, del confezionamento, del trasporto e della distribuzione, ecc. Seguono alcuni esempi.

45. L'Unità di dietetica e di nutrizione clinica ed il Servizio di cucina e mensa dell'*Azienda USL 9 di Ivrea* ha realizzato una revisione dei processi di preparazione, confezionamento e trasporto dei cibi che ha permesso di individuare i punti critici della gestione dell'alimentazione ed introdurre miglioramenti significativi verificati mediante un'indagine di soddisfazione (gradimento di circa il 90% degli intervistati). Gli sviluppi degli incoraggianti risultati ottenuti hanno portato alla programmazione e realizzazione di un "corso di organizzazione dell'alimentazione ospedaliera" che coinvolto 69 operatori del settore provenienti da 33 Aziende ospedaliere e Aziende USL di 9 Regioni. Sempre nell'ambito di questa iniziativa è stato stampato il libro "Organizzazione e ricettario di una cucina ospedaliera", che pone particolare attenzione a quei disturbi clinici alimentari non sempre affrontati nelle Strutture (turbe dell'appetito, della deglutizione, della funzione renale, ecc.).

Alimentazione ospedaliera

46. L'*Azienda ospedaliera "Sant'Anna" di Como*, nella convinzione che la fruizione di un alimento di qualità sia un diritto fondamentale ed esigibile dei cittadini ricoverati, si è impegnata a garantire tale diritto attraverso un'iniziativa di miglioramento della qualità "a tutto campo", affidata ad un gruppo di lavoro che ha coinvolto la Direzione generale, la Direzione sanitaria, cuochi, dietisti ed economato. A tal fine sono stati istituiti dei corsi di aggiornamento e creato un servizio di consulenze per i cuochi dell'Azienda che possono usufruire dell'assistenza tecnica delle associazioni di cuochi comasca e regionale e dell'Arcigola "Slow Food". L'iniziale incremento dei costi legato al miglioramento qualitativo delle forniture degli alimenti è stato controbilanciato dalla riduzione di spesa secondaria alla diminuzione degli sprechi che erano pari al 30% del totale di cibo distribuito ai degenti. La verifica dei risultati è stata effettuata sulla base della misurazione del cibo avanzato o non totalmente consumato (con una

sensibile riduzione degli sprechi dal 30% al 20%) e attraverso indagini di soddisfazione ai ricoverati (dove si è passati da un indice di gradimento del 67% ad un indice del 91%).

47. La consapevolezza di numerose criticità nell'ambito dell'alimentazione (aspetti igienicosanitari, dietetici, sensoriali, di servizio) ed in particolare per la ristorazione ospedaliera ha motivato l'Az. *USL 2 di Feltre (BL)* a scegliere per il proprio servizio di ristorazione l'applicazione del sistema di qualità ISO 9000. L'Azienda ha ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9002 nel febbraio 1997. Le valutazioni interne effettuate dalla direzione sanitaria per valutare il grado di soddisfazione del servizio hanno dimostrato un notevole gradimento dello stesso (oltre il 90% di giudizi positivi nei questionari somministrati ai pazienti) in presenza di costi contenuti di produzione (costo pasto/giornata degenza inferiore a Lit. 14.000).

Alcuni interventi di miglioramento della qualità sono invece stati spinti dall'esigenza di creare migliori condizioni all'interno delle strutture, che permettano agli utenti ed ai loro accompagnatori di godere di un ambiente piacevole ed accogliente. Dall'osservazione delle esperienze presentate, emerge in modo chiaro che i principali ostacoli alla realizzazione di interventi di ristrutturazione e riammodernamento sono costituiti dagli elevati costi degli interventi. Per far fronte a questo problema, alcune Aziende e Strutture sono riuscite ad attivare risorse extra attraverso accordi con il settore privato o con altre istituzioni pubbliche.

*Miglioramento del comfort
delle strutture*

48. In questo contesto, l'*Ospedale geriatrico (IRCCS) "Sestili" INRCA di Ancona* ha realizzato il "Progetto qualità: struttura ed accessibilità", a carico di un gruppo di lavoro con la partecipazione delle Direzioni sanitaria ed amministrativa, dell'URP e dell'Ufficio tecnico. Ricorrendo anche a sponsorizzazioni ed accordi commerciali con soggetti pubblici e privati, è stato realizzato un programma articolato di interventi di miglioramento, costituito da: rinnovamento degli arredi delle sale di attesa, attivazione di un sistema di telefonia a carte prepagate nelle camere di degenza, dotazione nelle camere di degenza di Bibbia e Corano, distribuzione di un kit per la toletta personale, disponibilità di menù per musulmani, creazione di parcheggi per utenti con problemi motori, riduzione delle barriere architettoniche, creazione di bagni per disabili presso ogni unità, attivazione di un servizio di bus navetta con prelievo al domicilio degli utenti del Centro diurno Alzheimer, punto di informazione e di educazione sanitaria con video dedicati nei punti di attesa, possibilità di portare oggetti di valore affettivo nelle stanze di degenza, questionario di valutazione sui servizi ricevuti, percorsi colorati per facilitare la localizzazione dei reparti.

1.5.6 TEMPI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI

Sono 40 i casi presentati dalle Strutture (pari all'8% del totale dei casi qualità percepita) che si riferiscono a soluzioni introdotte per ridurre i tempi d'attesa per la realizzazione di prestazioni diagnostiche, specialistiche o di determinati interventi chirurgici. Dall'analisi delle esperienze segnalate, emerge che la riduzione dei tempi d'attesa è ricercata essenzialmente con due approcci: la riorganizzazione dell'offerta o il governo della domanda. Sebbene nella maggioranza dei casi pervenuti queste due strategie siano state adottate in modo separato, vale la pena sottolineare che le soluzioni più efficaci nascono generalmente dalla loro combinazione.

*Tempi d'attesa:
40 casi = 8 %*

Sono due le modalità sperimentate per la riduzione dei tempi d'attesa

Categoria	Caso/Struttura
• Razionalizzazione delle risorse	49. Policlinico "A. Gemelli" di Roma 50. Ospedale di Tradate - USL Busto Arsizio (Varese)
• Aumento della produttività	51. Az. USL di Imola
• Aumento delle risorse	52. Az. USL 5 di Pisa

Esempi di interventi di riorganizzazione dell'offerta

Categoria	Caso/Struttura
• Triage al pronto soccorso	53. Az. USL di Piacenza 54. Az. USL 13 di Ascoli Piceno
• Percorsi diagnostico-terapeutici	55. Az. USL Lecce 1 56. Az. Osp. Policlinico di Modena

Esempi di interventi di governo della domanda

Categoria	Caso/Struttura
• Invalidi	57. Az. USL 2 di Avellino 58. Az. USL Napoli 1
• Pazienti in terapia anticoagulante	59. Az. USL di Mantova
• Donne - prevenzione carcinoma mammario	60. Az. USL 2 di Torino
• Donatori di sangue	61. IRCCS - Ospedale Maggiore (MI)

Esempi di interventi dedicati a utenze particolari

DESCRIZIONE DEI CASI

Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni

Per ridurre i tempi d'attesa le Strutture hanno prevalentemente optato per una razionalizzazione delle risorse e dei processi gestionali, mettendo in campo soluzioni di diverso tipo.

Frequentemente si osservano casi nei quali sono state adottate misure di razionalizzazione delle risorse esistenti, che hanno permesso di rispettare il vincolo del contenimento della spesa, facendo leva in modo insistente sul versante tecnologico (miglior uso e manutenzione delle apparecchiature, eventuale recupero di quelle sub utilizzate).

In alcuni casi la razionalizzazione delle risorse, più che sul versante tecnologico si impone a livello di riorganizzazione dei processi gestionali.

49. Il *Policlinico "A.Gemelli" di Roma* ha approntato un piano strategico per la riorganizzazione dell'intera Struttura ospedaliera al fine di poter offrire livelli di eccellenza nell'assistenza a tutti gli utenti, riducendo i tempi morti, le duplicazioni, i "colli di bottiglia". Fanno parte di questo piano l'organizzazione del CUP, di un centro di Coordinamento Diagnostico con lo scopo della riduzione dei tempi di degenza e dei tempi di erogazione delle prestazioni, di un sistema di trasporto centralizzato dei campioni e delle richieste per test diagnostici al fine di velocizzare il flusso delle richieste dei campioni e dei referti per esami diagnostici. Tale riorganizzazione ha dato come primo risultato una riduzione della degenza media dai 14,3 giorni del 1994 ai 9,4 del 1997 permettendo così una maggiore ricettività.

L'introduzione di strumenti consolidati di razionalizzazione è una strada particolarmente percorsa per la diminuzione dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici programmati, laddove procedure come la pre-ospedalizzazione, la "one-day-surgery", le dimissioni precoci protette e l'ottimizzazione dei tempi di uso delle sale operatorie appaiono sempre più concrete ed efficienti, specie se accompagnate da interventi di personalizzazione ed umanizzazione.

50. L'intervento realizzato dall'*Ospedale di Tradate (Az. USL di Busto Arsizio - Varese)*, è stato motivato dalla consapevolezza del fatto che l'introduzione di misure di riduzione dei tempi di degenza (pre-ospedalizzazione, dimissioni precoci, ecc.), derivanti dalla necessità di contenimento dei costi, produceva insoddisfazione nell'utenza. I responsabili del progetto si sono posti gli obiettivi del mantenimento della qualità della prestazione e della riduzione dei costi, facendo ricorso agli strumenti oggi consolidati di razionalizzazione dei tempi di degenza, con un'attenzione specifica alla umanizzazione delle prestazioni. Il progetto ha raggiunto gli obiettivi proposti con soddisfazione dell'utenza sia sul versante della qualità che della prestazione sia su quello del rispetto della persona.

Altrove, la riduzione dei tempi d'attesa è stata ottenuta incrementando la *produttività* del personale. A questo proposito, sono stati introdotti sistemi di incentivazione delle risorse umane attraverso gli strumenti contrattuali (salario di risultato legato alla produttività) o altre strategie innovative.

51. Nel caso presentato dall'*Az. USL di Imola*, gli operatori hanno rilevato l'esistenza di lunghi tempi di attesa per l'esecuzione di alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche ritenute prioritarie. Si è dunque pensato di intervenire orientando la richiesta di tali prestazioni

sulla base di criteri di appropriatezza e con la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi con i principali prescrittori (specialisti ospedalieri e medici di base). Grazie a questi interventi si è riuscito a ricondurre entro limiti ritenuti accettabili i tempi di attesa relativi a tali prestazioni.

In altri casi ancora, per ridurre i tempi d'attesa le Strutture hanno concentrato i loro sforzi allo scopo di ottenere un aumento delle risorse (umane e tecnologiche), riservato ad aree "ad alta criticità", identificate sulla base di metodi sperimentati e condivisi all'interno della Struttura, ed altre volte ottenuto attraverso programmi guidati dalla Direzione e finalizzati al raggiungimento di standard su determinati tempi di attesa, realizzati mediante la contrattazione di risorse umane aggiuntive e l'acquisizione di nuova tecnologia.

Riorganizzazione delle risorse

52. In quest'ambito, l'*Azienda USL 5 di Pisa* ha costituito un'équipe di 3 medici incaricata di verificare con i singoli professionisti le necessità di apparecchiature e di personale necessarie per il raggiungimento di obiettivi di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali. E' stata inoltre organizzata una rilevazione mensile dei tempi di attesa delle prestazioni in modo da monitorare costantemente il raggiungimento degli standard fissati.

Gestione delle liste d'attesa

In altri casi il problema dei tempi d'attesa è stato affrontato attraverso il governo della domanda, nella convinzione che il fenomeno delle attese sia anche generato da una domanda eccessiva e spesso ingiustificata dal punto di vista clinico.

Alcune di queste esperienze hanno concentrato le azioni di governo sul pronto soccorso ospedaliero. Questa Struttura è spesso usata in modo improprio dall'utenza, che molto frequentemente si rivolge alle unità di emergenza ospedaliera per problemi sanitari poco rilevanti, senza caratteristiche di urgenza che potrebbero essere facilmente risolti dal medico di medicina generale.

La totalità delle esperienze pervenute hanno introdotto all'interno delle unità di accettazione delle emergenze procedure di gerarchizzazione dell'assistenza, conosciute anche come "triage", che consentono di classificare i pazienti in base alla gravità del quadro clinico ed all'esigenza di interventi assistenziali tempestivi.

Triage al Pronto soccorso

53. Il pronto soccorso del Presidio ospedaliero dell'*Azienda USL di Piacenza* ha ridefinito le modalità di accoglienza ed informazione del cliente che accede al servizio, coordinate da infermieri professionali opportunamente formati. Al fine di preparare l'ambiente interno ed esterno al cambiamento è stata organizzata una campagna pubblicitaria prima dell'avvio dell'iniziativa e

è stata elaborata e distribuita ai medici di base una guida di utilizzo del pronto soccorso.

54. Simile alle precedenti l'esperienza del Pronto soccorso del presidio ospedaliero dell'Az. *USL 13 di Ascoli Piceno*, ponendo particolare attenzione agli strumenti di comunicazione con le altre Strutture assistenziali (guida informativa per il corretto uso del pronto soccorso, attivazione di canali preferenziali per prestazioni di medicina specialistica) e di controllo (elaborazione statistica ed analisi delle prestazioni e controlli a campione).

*Percorsi diagnostico-
terapeutici*

Altre Strutture sanitarie hanno puntato sull'introduzione guidata dalla Direzione di percorsi diagnostico-terapeutici, che consentono non solo di standardizzare le procedure cliniche per garantire la qualità tecnico professionale dell'assistenza, ma permettono una gestione "ragionata" dei tempi di attesa, che sono differenziati sulla base di alcuni criteri chiaramente definiti, come l'urgenza clinica, la situazione socioeconomica, l'appartenenza a gruppi con esigenze particolari, ecc.

55. L'*Azienda USL Lecce 1* ha creato un canale preferenziale per l'inserimento degli utenti per i quali la realizzazione della prestazione diagnostica o specialistica è da considerarsi urgente per garantire una terapia efficace, riempiendo i vuoti" causati dalla mancata presentazione di utenti regolarmente prenotati oppure disponendo la prosecuzione del normale orario di servizio dello specialista nel caso in cui sia possibile farlo. I risultati sono lusinghieri: una conferma indiretta ma significativa, è l'osservazione di una contrazione della mobilità in uscita verso alcune Strutture specialistiche private e/o altre Aziende sanitarie.
56. Nella Divisione di assistenza neonatale dell' *Azienda ospedaliera Policlinico di Modena* per evitare attese successive all'utenza, con eventuale ricorso alla struttura privata, è stata messa in essere una collaborazione con il reparto di radiologia (che ha creato delle corsie preferenziali) per eseguire lo screening radiologico per la diagnosi precoce di lussazione congenita dell'anca nei neonati nel periodo stesso della loro degenza in ospedale.

In altri casi ancora, la scelta è stata quella di un forte coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori e degli utenti, ottenuta mediante l'adozione di strumenti che offrono al cittadino utente garanzie di neutralità e trasparenza nella definizione e nella gestione delle liste d'attesa.

Utenze particolari

Infine, meritano un cenno a parte i numerosi interventi innovativi finalizzati a ridurre i tempi d'attesa per gruppi di cittadini con esigenze particolari, per i quali una lunga attesa è specialmente gravosa e difficile. Si tratta di esperienze rivolte a diverse fasce di utenza, tra le quali ricordiamo gli invalidi, le persone sottoposte a terapia anticoagulante e le donne con sospetta neoplasia al seno.

57. La *USL 2 di Avellino* ha affrontato il problema di 13.000 pratiche arretrate di accertamento dello stato invalidante, mettendo in campo interventi nell'area organizzativa che hanno consentito di raggiungere in poco più di un anno l'azzeramento degli arretrati, dopo circa 18 mesi dall'inizio del progetto, e la riduzione dei tempi di attesa per l'accertamento dello stato invalidante da due anni a venti giorni.
- Invalidi*
58. Del tutto simile a quella di Avellino appare l'esperienza del Distretto 50 dell'*Az. USL Napoli 1*, che partiva da un disservizio ancora più grave: in questo caso, i tempi di accertamento delle domande di invalidità sono stati ridotti da 7 anni a tre mesi.
59. L'esperienza dell'*Az. USL di Mantova* nasce dalla consapevolezza che la particolarità della patologia di cui soffrono i pazienti sottoposti a terapia anticoagulante impone la necessità di controllare l'evolversi della stessa e di aggiornare tempestivamente la terapia. Utilizzando al meglio la risorsa degli obiettori di coscienza, è stato organizzato un servizio di comunicazione telefonica degli esiti degli esami: i risultati delle analisi effettuate in mattinata vengono trasmesse in giornata agli utenti.
- Pazienti in terapia anticoagulante*
60. L'*Az. USL 2 di Torino* ha organizzato un progetto di semplificazione dell'accesso alle prestazioni diagnostiche senologiche. E' stato predisposto un locale dove è possibile eseguire l'esame mammografico e la visita senologica con esecuzione della relativa ecografia. Ciò ha permesso di azzerare i tempi di attesa tra esame mammografico e visita senologica ora eseguiti nell'ambito della stessa visita. Inoltre, grazie all'informatizzazione dell'archivio, alle donne ad alto rischio viene consegnata, in allegato al referto, un apposito documento che consente l'immediata prenotazione dell'esame successivo.
- Donne - Prevenzione carcinoma mammario*
61. Il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'*Ospedale Maggiore di Milano* si è posto gli obiettivi di riduzione del tempo d'attesa al momento della donazione e di quello intercorrente fra i controlli medici
- Donatori di sangue*

sul donatore e la consegna dei loro esiti. Il primo obiettivo è stato raggiunto modulando la presenza di personale medico per le visite e effettuando la stampa delle etichette per i campioni di sangue al momento del salasso. Il secondo obiettivo è stato parzialmente raggiunto grazie alla realizzazione di programmi informatici per il controllo on line dei tempi di completamento degli esami richiesti e delle attività di refertazione, nonché dalla collaborazione diretta con l'Ufficio protocollo dell'Ente per la spedizione delle lettere di risposta.

1.5.7 ASPETTI BUROCRATICI E AMMINISTRATIVI

Nell'ambito degli aspetti burocratici e amministrativi troviamo 64 casi (13% dei casi di qualità percepita) che hanno a che fare con i temi della semplificazione delle procedure amministrative e dell'ideazione di soluzioni che offrono nuovi servizi all'utenza o che arricchiscono i servizi preesistenti.

Si tratta di una serie alquanto variegata di iniziative che hanno come denominatore comune l'obiettivo di avvicinare la Pubblica amministrazione al cittadino attraverso lo snellimento dei procedimenti burocratici e una maggiore attenzione alla qualità dei servizi amministrativi.

*Aspetti
burocratici/amministrativi*

64 casi = 13 %

Categoria	Caso/Struttura
• Avvio ed evoluzione di CUP	62. Az. USL Montalbano Jonico 63. Az. USL di Melegnano 64. Policlinico di Modena
• Uniformare le procedure e coinvolgere strutt. esterne	65. Regione Piemonte (USL 9 Ivrea)
• Ampliare la rete di accesso e orientare il cittadino	66. Az. USL 4 di Terni

*Esempi di
interventi sui
Centri unici di
prenotazione*

Categoria	Caso/Struttura
• Uniformare le procedure ed informare il cittadino	67. Az. USL 15 "Alta Padovana"
• Snellire la procedura di autorizzazione	68. Az. USL Lecce 1 69. Az. USL di Rossano 70. Az. USL 2 di Caltanissetta
• Unica struttura per avviare il procedimento	71. Az. USL Lucca 2

*Esempi di interventi
sullo snellimento della
procedura nella
fornitura di protesi e
ausili*

Categoria	Caso/Struttura
• Esonerare il cittadino dagli adempimenti burocratici	72. Az. USL 18 Brescia
• Chiarezza nella normativa sui ticket sanitari	73. Az. USL Napoli 1
• Comfort, informazione e servizi aggiuntivi nel laboratorio Analisi	74. Az. USL Lecce 1
• Articolazione e completezza degli interventi di semplificazione	75. Az. USL 1 Sassari 76. Az. Ospedaliera "Sacco" di Milano

*Esempi di interventi sulla
semplificazione,
razionalizzazione e
informazione*

Categoria	Caso/Struttura
• Recupero evasione vaccinale e semplificazione	77. Az. USL Napoli 1
• Assistenza ed informazione in tema di prevenzione	78. Regione Toscana
• Informazione a imprese in materia di sicurezza sul lavoro	79. Az. USL 4 Chiavari
• Sportello INPS	80. Ospedale "Buon Consiglio" FBF (Napoli)

*Esempi di interventi su
nuove soluzioni e nuovi
servizi*

DESCRIZIONE DEI CASI

I Centri Unici di Prenotazione

Un numero cospicuo di casi pervenuti si riferiscono alla tematica dei Centri unici di prenotazione. Ciò testimonia la propensione delle Strutture a intervenire per razionalizzare, semplificare e snellire le procedure di accesso alle prestazioni specialistiche.

*Avvio ed
evoluzione di CUP*

In particolare, i casi in esame dimostrano che, dopo una prima fase di attivazione dei CUP, sono state realizzate iniziative che si pongono obiettivi di semplificazione e di predisposizione di servizi aggiuntivi.

62. Al fine di ridurre i disagi dei cittadini utenti per la prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici l'Az. *USL di Montalbano Jonico* ha attivato un CUP basato su un sistema che collega in rete dei personal computer e che dà la possibilità ai cittadini di prenotare attraverso i numeri verdi presso le farmacie. Il programma permette la gestione informatizzata delle prenotazioni in quanto fornisce tutti i calendari delle prestazioni disponibili con i relativi tempi di attesa.
63. L'Az. *USL di Melegnano* (ora Azienda USL – Milano 2) ha attivato una linea telefonica dedicata alla prenotazione centralizzata delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia per il poliambulatorio ospedaliero che per gli ambulatori distrettuali. Sono state quindi predisposte 5 postazioni di lavoro, completamente attrezzate, in collegamento tra loro e i distretti, per effettuare l'attività di prenotazione telefonica per tutte le prestazioni ambulatoriali e fornire contemporaneamente informazioni agli utenti.
64. Il *Policlinico di Modena* ha istituito un centro interno di prenotazione (CIP) centralizzato e altri punti di prenotazione decentrati in alcune unità operative. L'attività svolta consiste nella prenotazione di prestazioni e controlli successivi alla prima visita, al pre e post ricovero e agli accessi al pronto soccorso. Oltre all'apertura continuativa del CIP dalle ore 8 alle 16 è possibile prenotare telefonicamente le prestazioni.

*Uniformare le procedure
e coinvolgere strutture
esterne*

Alcuni casi hanno puntato sulla omogeneizzazione delle procedure e sul coinvolgimento di Strutture esterne al fine di integrare ed ampliare l'offerta di servizi al cittadino.

65. Nell'ambito di un progetto della *Regione Piemonte*, finalizzato a facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ridurre i tempi di attesa, l'Az. *USL 9 di Ivrea* ha uniformato l'offerta di prestazioni su tutto il territorio di competenza, permettendo al cittadino di scegliere il servizio indipendentemente dalla sede CUP di accesso. Informatizzando le 6 sedi del CUP e collegandosi con i

laboratori di analisi, è stato possibile organizzare l'accettazione diretta delle persone che devono effettuare prelievi ematici, ottenendo l'azzeramento dei tempi d'attesa.

Un ulteriore sviluppo dei CUP è consistito in un cospicuo ampliamento della rete di accesso al servizio attraverso il coinvolgimento anche di Strutture non specificatamente sanitarie. Si sono inoltre predisposte soluzioni organizzative nuove allo scopo di razionalizzare l'accesso riducendo i tempi di attesa e le code.

Ampliare la rete di accesso e orientare il cittadino

66. L'Az. USL 4 di Terni ha realizzato un progetto allo scopo di rendere più agevole ed immediato l'accesso al servizio riducendo i tempi di attesa relativi alla prenotazione delle prestazioni specialistiche ed al pagamento dei ticket sanitari. Il progetto ha previsto la realizzazione di un sistema di prenotazione telefonica, la possibilità di prenotare mediante l'estensione del collegamento via fax a tutte le farmacie, la ricerca di nuovi e diversificati punti di accesso quali uffici comunali, case di cura, comunità.

Lo snellimento della procedura nella fornitura di protesi ed ausili

Altra esigenza emersa dall'esame dei casi esemplari pervenuti è la necessità di una attività di semplificazione della complessa procedura di accesso alla fornitura di protesi ed ausili per gli aventi diritto. La complessità è dovuta sovente alla diversità delle Strutture coinvolte nella procedura che prevede tre fasi fondamentali: l'accertamento del diritto, la prescrizione, il ritiro del prodotto.

Alcuni casi hanno evidenziato la possibilità di semplificare le procedure di accesso uniformando le procedure di prescrizione da parte degli specialisti presenti sul territorio e diffondendo agli interessati le informazioni sulle modalità di accesso al servizio.

67. L'Azienda USL 15 "Alta Padovana" ha avviato un percorso di razionalizzazione del processo di erogazione delle protesi ed ausili. Sono state unificate le procedure per tutti i distretti dell'Az. USL, e realizzato un opuscolo informativo inviato a tutte le famiglie del territorio di competenza (70.000) per comunicare ai cittadini la nuova procedura ed i nomi dei responsabili del procedimento in ogni distretto.

Uniformare le procedure ed informare il cittadino

Altre iniziative hanno invece puntato in maniera più marcata allo snellimento della procedura di accesso alla prestazione rivedendo le modalità di emissione dell'autorizzazione da parte delle Strutture sanitarie.

Snellire la procedura di autorizzazione

68. L'Az. *USL Lecce 1* aveva rilevato i notevoli disagi sopportati dall'utenza a causa della complessità della procedura di accesso alla fornitura di protesi ed ausili agli aventi diritto (incontinenti, stomizzati). La situazione era inoltre aggravata dal decentramento delle competenze degli Uffici incaricati. Sono state unificate e razionalizzati percorsi e procedure per l'autorizzazione e il ritiro dei presidi, coinvolgendo i medici di base. Sono stati così razionalizzate le attività e ridotti i tempi dei percorsi connessi al ritiro degli ausili.
69. L'Az. *USL di Rossano* ha riprogrammato l'intero iter burocratico per l'autorizzazione e l'accesso a ausili e presidi. Si è quindi proceduto ad uno snellimento delle procedure attraverso il lavoro congiunto tra operatori del Servizio, fornitori abilitati e Responsabili dei servizi coinvolti, giungendo alla predisposizione di un cartellino personalizzato per l'autorizzazione semestrale delle forniture.
70. L'Az. *USL n. 2 di Caltanissetta* ha affrontato il problema della disomogeneità nell'erogazione di alcuni presidi agli utenti del suo territorio, tramite l'affidamento ai privati della fornitura e della consegna dei presidi al domicilio degli utenti. Con risparmio delle risorse economiche destinate all'approvvigionamento, si è ottenuto l'aumento del numero dei presidi fornito al domicilio di ogni singolo utente e la riduzione dei tempi di attesa.

Altri casi ancora hanno semplificato l'iter della richiesta della certificazione necessaria all'autorizzazione, concentrando in una sola Struttura il rilascio di tutta la documentazione necessaria.

Unica struttura per avviare il procedimento

71. L'Az. *USL Lucca 2* si è attivata per contrastare i disagi sopportati dagli utenti nella richiesta di autorizzazione a ricevere i presidi. Gli utenti dovevano infatti rivolgersi ad una pluralità di Strutture, ognuna incaricata di rilasciare un particolare certificato da allegare alla richiesta. Sono stati stipulati protocolli di intesa con distretti, medici di medicina generale, presidi ospedalieri, ufficio ausili e protesi, magazzini farmaceutici, razionalizzando i percorsi per le richieste di autorizzazione.

Semplificazione, razionalizzazione, informazione

Alcuni casi hanno come oggetto una importante attività di razionalizzazione e semplificazione della modulistica sanitaria e delle procedure burocratico-amministrative necessarie all'avvio dei procedimenti. Si tratta in generale di casi assai differenziati per tipologia di intervento, realizzazione e tema toccato, tutti sono però accomunati dai risultati ottenuti che riguardano essenzialmente la riduzione di oneri

burocratici a carico dell'utente, lo snellimento dell'attivazione dei procedimenti, la trasparenza e l'uniformità dell'azione amministrativa sanitaria.

Un primo tipo di interventi tendono a esonerare il cittadino da ogni adempimento burocratico per attivare il procedimento amministrativo.

72. Nell'*Azienda USL 18 di Brescia* ci si è proposti di semplificare gli adempimenti burocratici necessari per la richiesta di autorizzazione al trasporto con autoambulanze di soggetti sottoposti a trattamento dialitico. E' stata individuata una procedura per cui i servizi Dialisi segnalano via fax i nominativi dei pazienti alla USL, che emette l'autorizzazione, e procede al rimborso dei corrispettivi alle Associazioni. Si sono così annullati gli adempimenti burocratici a carico dell'utente ed introdotta, mediante convenzioni con le Associazioni di trasporto infermi, la forma dell'assistenza diretta.

Esonerare il cittadino dagli adempimenti burocratici

Altri interventi muovono verso l'uniformità e la trasparenza nell'applicazione della normativa sui ticket sanitari per garantire maggiore certezza dei diritti e degli oneri del cittadino.

73. L'*Az. USL Napoli 1 (Distretto 44)* riscontrava numerosi reclami da parte dell'utenza sul tema della partecipazione alla spesa sanitaria. E' stato costituito un gruppo di lavoro che, ha elaborato uno "schema di partecipazione alla spesa" che illustra la sintesi di tutte le norme di riferimento. E' stato distribuito a tutte le Unità operative del Distretto, ai Medici di medicina generale e Pediatri di base. Grazie all'iniziativa, si è registrato un abbattimento del numero di reclami sul tema ed una riduzione dei tempi nella procedura di esazione dei ticket.

Chiarezza nella normativa sui ticket sanitari

Altri ancora consistono nell'articolazione di interventi in materia di comfort, informazione, semplificazione e servizi accessori.

74. Il Laboratorio analisi del *Presidio ospedaliero di Campi Salentina (USL Lecce 1)* ha realizzato una serie di attività, quali diffusione di un dépliant illustrativo dei servizi, snellimento della modulistica, miglioramento del comfort della sala di attesa, ampliamento degli orari, corsia preferenziale per casi urgenti, prenotazione dai MMG e, infine, spedizione del referto medico direttamente al domicilio dell'utente.

Comfort, informazione e servizi aggiuntivi nel Laboratorio analisi

Infine un ultima tipologia riguarda lo snellimento e la semplificazione delle procedure con riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ed "alleggerimento" del peso burocratico sopportato dall'utente.

75. L'*Azienda USL 1 Sassari* si è posta l'obiettivo di semplificare le procedure e ridurre i tempi di attesa relativi agli accertamenti di invalidità civile. Sono stati uniformati i criteri di valutazione delle situazioni

Articolazione e completezza degli interventi di semplificazione

invalidanti, e la modulistica relativa; si è predisposto un sistema che consente la prenotazione della visita di accertamento all'atto della presentazione della domanda da parte dell'utente (con la riduzione del tempo di attesa da 5-6 mesi ad un mese) e semplificata la procedura per la richiesta di protesi ed ausili.

76. *011 Polo Universitario dell'Azienda ospedaliera "L. Sacco" di Milano* è intervenuta per istituire l'accesso diretto ai prelievi ematici agli utenti del Poliambulatorio dell'Ospedale. Grazie all'informatizzazione del punto prelievi e dei laboratori ed alla definizione di una nuova procedura, che ha essenzialmente previsto la riduzione dei "passaggi" necessari (da 5 a 2) per accedere al prelievo, si è riusciti a ridurre i tempi di attesa allo sportello. I risultati ottenuti sono dimostrati dall'aumento significativo dell'accesso di utenti alla struttura.

Nuove soluzioni e nuovi servizi

Alcuni casi pervenuti hanno avuto il pregio di aver trovato soluzioni completamente nuove rispetto a problematiche preesistenti e, spesso attraverso la collaborazione con altri enti o uffici, riescono a ridurre gli oneri a carico dei cittadini/utenti.

*Recupero evasione
vaccinale e
semplificazione*

77. *L'Az. USL Napoli 1 (Distretti 53/48)* ha realizzato un progetto per rispondere ai sovraccarichi di lavoro che si determinavano, in corrispondenza dell'iscrizione scolastica, di certificazione vaccinale da parte degli utenti. La soluzione messa a punto è stata di compilare i certificati al momento della reiscrizione alle scuole dell'obbligo per l'anno successivo, vaccinando gli inadempienti e inserendo tali certificati nei fascicoli personali degli alunni.

*Assistenza e
informazione in tema di
prevenzione*

78. *La Regione Toscana* ha promosso la realizzazione di uno sportello che rappresenta l'insieme organico e coordinato di tutte le fonti normative, tecniche e procedurali, che regolano l'area della prevenzione. L'obiettivo dello sportello è quello di orientare in modo organico e coordinato le diverse strutture organizzative del Dipartimento della prevenzione, così da ottenere: l'ottimizzazione dei rapporti tra le diverse discipline del Dipartimento, una maggiore soddisfazione dell'utenza e il contenimento dei costi diretti e indiretti dei cittadini e della collettività.

79. l'Az. USL 4 di Chiavari ha promosso una campagna informativa a beneficio dei potenziali committenti di opere edili per comunicare in modo chiaro ed organico le nuove disposizioni di legge predisponendo un foglio informativo sintetico per il cittadino che intende realizzare un'opera edile, coinvolgendo i Comuni e le Comunità montane per la diffusione capillare dell'opuscolo ai cittadini interessati.

Informazione alle imprese in materia di sicurezza sul lavoro

80. Nel mese di ottobre 1997, l'Ospedale "Buon Consiglio" Fatebenefratelli di Napoli ha inaugurato uno sportello INPS per il disbrigo delle pratiche previdenziali e l'autentica delle firme di delega per la riscossione della pensione. Il servizio, curato con cadenza settimanale da un funzionario dell' INPS, è a disposizione sia degli utenti che del personale della Struttura.

Sportello INPS

1.5.8 MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ

Miglioramento
Continuo
della qualità:
25 casi = 5 %

In un certo numero di casi (25 per l'esattezza, pari al 5% dei casi di qualità percepita) vengono citate una serie di interessanti esperienze che non sono riconducibili direttamente a uno dei fattori di qualità percepita da noi considerati, ma che hanno a che fare con altri approcci metodologici alla qualità dei servizi. Tali esperienze sono inserite in iniziative progettuali di ampio respiro che coinvolgono spesso aspetti organizzativi generali della Struttura. Le metodologie utilizzate da questi progetti sono spesso "prese in prestito" dall'ambito del management aziendale e si riferiscono a metodi conosciuti come quello della qualità totale (gruppi di miglioramento continuo, circoli di qualità), l'istituzione di premi per le iniziative di miglioramento, lo sviluppo di interventi organizzativo gestionali, la certificazione dei processi di produzione dei servizi (ISO 9002) oppure sull'Analisi partecipata della qualità che tuttavia, relativamente ai casi ricevuti, non sembrano aver raggiunto risultati altrettanto divulgabili.

Esempi di iniziative
che hanno per oggetto
diversi
approcci alla qualità

Categoria	Caso/Struttura
• Gestione della qualità totale (TQM)	81. Az. Ospedaliera "Cervello" di Palermo 82. Az. USL Centro Sud Bolzano 83. Az. USL di Palermo
• Premi di qualità	84. Associazione A.MI.Q.A. e USL di Treviso 85. Az. USL di Viterbo 86. Az. USL di Arezzo
• Interventi organizzativo-gestionali	87. Az. Ospedaliera di Verona 88. Regione Toscana - USL di Grosseto
• Certificazione dei processi di produzione dei servizi	89. Az. USL "Alto Vicentino"

DESCRIZIONE DEI CASI

Nell'ambito metodologico della qualità totale citiamo alcune esperienze di miglioramento continuo che non rappresentano iniziative legate a un reparto o tematica particolare ma che hanno l'ambizione di coinvolgere l'intera gestione della Struttura, nell'ambito di un percorso progettuale di lunga scadenza. Le leve principali su cui questi progetti agiscono sono quelle del coinvolgimento del personale, senza il quale i cambiamenti previsti sarebbero irrealizzabili. Sebbene i progetti vengano realizzati attraverso lo sviluppo di gruppi di miglioramento o circoli di qualità, tali progetti puntano in realtà al cambiamento della cultura aziendale e al coinvolgimento della Direzione. Per questa stessa ragione molti di questi progetti risultano ancora essere in una fase di sviluppo iniziale o in corso di opera.

81. L'URP dell'Azienda ospedaliera "Cervello" di Palermo ha realizzato un progetto per l'implementazione all'interno della sua Struttura di un sistema di gestione della qualità totale. Il progetto prevede l'avvio di un programma di

Gestione
della qualità totale

sensibilizzazione interna del personale, corsi di formazione per operatori ed il management dell'Azienda e la realizzazione di indagini di soddisfazione.

82. La *Direzione sanitaria della Az. USL Centro Sud di Bolzano* ha messo in atto un progetto che ha come obiettivo il miglioramento globale della qualità aziendale, come maggiore efficacia/appropriatezza con minori costi. Si tratta di un progetto quadro all'interno del quale vengono valutati progetti specifici attraverso il giudizio di una commissione interna. Un aspetto saliente è l'utilizzazione di un sistema di incentivazione economica legata alla realizzazione e ai risultati dei progetti.
83. *L'Unità operativa qualità dell'Az. USL di Palermo* ha avviato un progetto di miglioramento continuo della qualità riguardante il Servizio sanitario ed i bambini. Il progetto si articola in due fasi: la rilevazione dei fattori di qualità percepita dai bambini, dai familiari e dagli operatori in relazione ad alcune variabili ambientali, e l'identificazione delle problematiche strutturali e la pianificazione di programmi di miglioramento della qualità.

Un secondo gruppo di casi si riferisce ad un approccio innovativo di promozione della qualità, vale a dire l'istituzione di premi tesi a favorire lo sviluppo della "qualità dal basso". La filosofia che sta alla base di queste iniziative ritiene che lo sviluppo della qualità debba partire dalla valorizzazione delle esperienze più significative realizzate dagli operatori. Si tratta quindi di mettere in moto processi che siano in grado di identificare e premiare le esperienze migliori e di diffonderle all'interno delle Strutture, avviando processi di emulazione e competizione positiva.

84. *L'Associazione A.MI.Q.A.* (Associazione per il miglioramento della qualità e per l'accreditamento dei soggetti erogatori di assistenza sanitaria) ha istituito un premio per operatori sanitari delle Strutture sanitarie pubbliche e private della Provincia di Treviso in stretta collaborazione con *l'Az. USL 9 di Treviso*. Hanno partecipato 129 dipendenti presentando 69 progetti, di cui sono stati premiati 10, inerenti a tematiche diverse come il miglioramento delle procedure di accesso del cittadino e l'umanizzazione dei servizi sociosanitari.
85. *Il Gruppo qualità dell'Azienda USL di Viterbo* ha promosso un'iniziativa con l'obiettivo di creare una rete di operatori e di facilitatori per lo sviluppo della qualità all'interno dell'Azienda. Si è operata una ricognizione per l'identificazione di microprogetti di miglioramento, e selezionando le iniziative più meritevoli di implementazione, attivando una rete di 800 operatori referenti della qualità e di 80 facilitatori che ha partecipato ad un corso di formazione sulle tematiche della qualità percepita.

Premi di qualità

86. L'Az. *USL di Arezzo* ha istituito un "Premio qualità percepita" che consiste nella premiazione (che ha valore prettamente simbolico) svolta con cadenza annuale in corrispondenza di una manifestazione pubblica denominata "Giornata del malato". Vengono premiati gli operatori del reparto o servizio che, in base a risultati delle indagini di soddisfazione dell'utenza realizzate durante l'anno, risulta come il migliore con particolare riferimento agli aspetti relazionali e al comfort delle strutture.

*Interventi
organizzativi-gestionali*

Sempre in quest'ambito è possibile identificare un'altra categoria di progetti particolarmente interessanti in quanto mettono in relazione lo sviluppo della qualità con processi di natura gestionale, quali i sistemi di incentivazione aziendale, la negoziazione del budget, e la misurazione della qualità percepita.

87. L'*Azienda ospedaliera di Verona* ha presentato un progetto per definire gli obiettivi di qualità delle unità operative, collegati alla negoziazione annuale del budget, per giungere alla costruzione e l'adozione graduale di un "sistema qualità", cioè di un insieme di attività che abbiano come fine il monitoraggio ed il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Gli ambiti di lavoro si riferivano ai tempi di attesa ed al diritto all'informazione. Il progetto si articola attraverso giornate di formazione sulla Carta dei servizi e gruppi di lavoro nei reparti coinvolti.

88. La *Regione Toscana* ha costituito, in collaborazione con le Aziende USL e le Aziende ospedaliere, un Osservatorio regionale della Carta dei servizi, che effettua, a cadenza annuale, un monitoraggio della qualità dei servizi offerti, affrontando i temi della Carta, della tutela, dell'informazione, della personalizzazione e accesso alle prestazioni, del comfort alberghiero e della prevenzione.

*Certificazione
dei processi di
produzione dei servizi*

Un approccio classico alla qualità è quello della "Quality Assurance" ovvero della revisione e riprogettazione dei processi di produzione al fine di garantire la qualità finale del prodotto/servizio. A questo discorso, per quanto riguarda i servizi, si ricollegano le norme UNI-ISO 9002. Alcune iniziative presentate si muovono quindi nella direzione dell'ottenimento della certificazione come garanzia di qualità. Un esempio:

89. Il *Servizio veterinario della Az. USL 4 "Alto Vicentino"* ha in corso un progetto di costruzione di un sistema di qualità, secondo la normativa ISO 9002. Obiettivo del progetto è sviluppare il sistema di assicurazione di qualità del servizio veterinario per poi diffondere agli altri servizi del Dipartimento di prevenzione l'esperienza acquisita.

1.6 Casi relativi a continuità assistenziale ed educazione sanitaria/prevenzione

1.6.1 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'analisi del pacchetto dei casi di miglioramento della qualità dei servizi mette in evidenza un significativo numero di iniziative (53, il 7 % del totale) tese a garantire la continuità tra i diversi livelli di assistenza. Le strategie e gli approcci adottati sono diversi, ma si osserva una comune volontà di offrire servizi integrati, che interagiscano tra loro in modo armonico per assicurare la continuità dell'intervento assistenziale.

Il gruppo più sostanzioso di esperienze nasce dalle realtà ospedaliere, dove la consapevolezza che il momento del ricovero deve essere funzionale agli altri soggetti del Servizio sanitario ha fatto sorgere numerosi interventi di integrazione ospedale-territorio.

Altrettanto considerevole per numero e per qualità è l'insieme di iniziative sorte in seno ai servizi territoriali, spesso finalizzate a rimuovere gli ostacoli ad un'assistenza integrata e non frammentata, centrate su di un nuovo modello di presa in carico, centrata sulla persona e non sulla specifica condizione patologica di cui essa è portatrice.

Meno frequenti, ma comunque interessanti, gli interventi finalizzati a responsabilizzare e coinvolgere i medici di base sull'esigenza di offrire un'assistenza integrata e completa ai loro assistiti.

Categoria	Caso/Struttura
• Distribuzione delle responsabilità delle attività diagnostico-terapeutiche	90. Az. USL 2 Isontina di Gorizia
• Interventi "a tutto campo"	91. Az. USL 2 di Gallarate (VA)

Esempi di integrazione ospedale-territorio

Categoria	Caso/Struttura
• Assistenza domiciliare integrata	92. Az. USL di Viterbo 93. Az. USL 4 di Saronno 94. Az. USL Napoli 1
• Nuove strutture	95. Az. USL 7 di Ancona

Esempi di applicazione di un nuovo modello di presa in carico

Categoria	Caso/Struttura
• Accordi di collaborazione con i MMG	96. Az. USL di Venosa
• Sostegno ai MMG	97. Az. USL Foggia 3

Esempi di cooperazione con i Medici di base

DESCRIZIONE DEI CASI

Integrazione ospedale – territorio

Sono molte le iniziative presentate dalle Strutture sanitarie volte a creare le condizioni affinché il ricovero ospedaliero sia inserito all'interno di un percorso assistenziale che comprende altri livelli di assistenza. Sono frequenti i casi in cui si è riuscito a ridurre al minimo indispensabile la fase di degenza, responsabilizzando i servizi territoriali per tutte le attività che precedono e seguono il ricovero. Questi interventi, oltre a produrre importanti ricadute in termini di efficienza dei servizi ospedalieri, valorizzano i servizi territoriali e assicurano la continuità delle attività di assistenza.

*Distribuzione delle
responsabilità
delle attività
diagnostico-terapeutiche*

90. L'esperienza dell'Unità operativa riabilitazione dell'Ospedale di Monfalcone, dell'Az. *USL 2 Isontina di Gorizia* è partita dall'esigenza di organizzare i flussi di utenza mediante percorsi agevolati per le persone che richiedono attività di riabilitazione. Si è così realizzato un progetto di riorganizzazione, centrato sulla collaborazione tra ospedale e distretto. Il risultato principale è stato quello di azzerare i tempi di attesa per i pazienti portatori di patologia acuta, sia per la visita, sia per l'accesso al trattamento riabilitativo.

*Interventi
"a tutto campo"*

E' inoltre importante segnalare alcune esperienze nelle quali il processo di integrazione ospedale – territorio è stato condotto attraverso interventi tesi a superare lo scollamento tra le diverse Unità operative ospedaliere e i servizi territoriali e ad offrire al cittadino un'unità di offerta di servizio.

91. E' interessante in questo senso citare l'esperienza dell'*Azienda USL 2 di Gallarate (VA)*, che ha realizzato un gran numero di progetti innovativi che vanno dalla progettazione e realizzazione di un centro mobile di prelievi, allo sviluppo e potenziamento dei servizi a domicilio con riqualificazione dell'assistenza integrata, all'elaborazione di protocolli operativi tra medici di base e i responsabili delle unità operative ospedaliere.

Verso un nuovo modello di presa in carico

L'esigenza di integrazione e di continuità assistenziale è fortemente sentita anche dai responsabili dei servizi territoriali, che hanno presentato numerose esperienze sulla costruzione e sperimentazione di nuovi modelli di presa in carico, orientati a soddisfare i bisogni delle persone e delle famiglie. Spesso gli interventi si sono concentrati su particolari fasce di utenza, per le quali l'assistenza domiciliare è stata integrata con altre competenze e servizi presenti sul territorio.

92. E' questo il caso dell'assistenza ai malati di AIDS, dei pazienti oncologici e degli anziani non autosufficienti, oggetto di interventi realizzati rispettivamente dal Centro di riferimento AIDS, dal Centro di assistenza domiciliare e dal Day-hospital oncologico dell'*Azienda USL di Viterbo* allo scopo di integrare e aumentare l'efficacia delle prestazioni. In queste esperienze si è fatto ricorso a strumenti finalizzati ad ottenere la massima attivazione possibile delle risorse del territorio: servizi pubblici, medici di base, volontariato e gli stessi familiari delle persone svantaggiate.
93. L'esperienza del Servizio di medicina di base e del servizio di assistenza sociale dell'*Azienda USL 4 di Saronno* è riuscita nell'intento di riunificare nell'*Az. USL* la gestione condivisa e concordata delle competenze sociali e sanitarie a favore dell'anziano non autosufficiente. L'unificazione ha permesso di offrire agli anziani non autosufficienti percorsi assistenziali integrati e personalizzati.
94. L'unità operativa di riabilitazione del *Distretto Sanitario 50 dell'Az. USL Napoli 1* si è invece rivolta ai pazienti stomizzati, specialmente per inserirli in programmi per lo svolgimento di attività rieducative, finalizzate ad aiutarli nella gestione della malattia ed a favorire il loro reinserimento nella società. Si è puntato all'attivazione di una rete di collegamento con i medici di base e gli ospedali per un precoce inizio del programma riabilitativo.

*Assistenza
domiciliare
integrata*

Altre volte ancora, i Servizi territoriali hanno creato vere e proprie strutture destinate all'assistenza domiciliare integrata ai pazienti con problemi sanitari di particolare gravità e di difficile assistenza domiciliare, ma per i quali non è necessario il ricovero ospedaliero.

95. Nell'*Azienda USL 7 di Ancona*, è stato sperimentato un "Country hospital" nella Residenza sanitaria assistita di Castelfidardo. Questa struttura, dotata di 5 posti letto, è destinata all'assistenza di pazienti anziani con polipatologia cronico - degenerativa e malati terminali il cui trattamento non richieda elevato impegno tecnologico ed assistenziale. Il personale addetto all'assistenza è costituito da medici di base, medici della guardia medica presenti all'interno della Struttura e specialisti ambulatoriali del distretto.

Nuove strutture

Cooperazione con i Medici di medicina generale

Altre iniziative relative al tema della continuità assistenziale hanno coinvolto i Medici di base per garantire l'appropriatezza delle prestazioni e assicurare una presa in carico completa ed integrale dei problemi di salute.

*Accordi di
collaborazione con i
Medici di medicina
generale*

96. L'Azienda USL 1 di Venosa ha realizzato un'iniziativa tesa a promuovere una cultura della collaborazione tra i medici di base e i loro colleghi ospedalieri. Nella prima fase l'intervento è stato centrato sull'organizzazione di incontri su temi di comune interesse tecnico scientifico. In seguito, l'obiettivo degli incontri è stato quello di definire modalità di collaborazione efficaci e concrete, che ha portato alla firma di un vero e proprio "protocollo d'intesa" tra medici di base e medici ospedalieri.

*Sostegno
ai Medici di medicina
generale*

Altri interventi ancora hanno puntato a creare le condizioni che consentano ai Medici di base di utilizzare al meglio i servizi aziendali per assicurare appropriati percorsi assistenziali attraverso una sistematica attività di informazione.

97. L'Unità operativa personale convenzionato dell'Azienda USL Foggia 3 ha scelto di utilizzare l'informazione scritta per offrire supporto alle attività di orientamento dei medici di base ai propri assistiti: è stato elaborato il testo "Dalla generica alla specialistica", contenente tutti i dati utili sull'accesso alla specialistica, che è stato diffuso a tutti i Medici di medicina generale ed ai Pediatri di libera scelta.

1.6.2 EDUCAZIONE SANITARIA E PREVENZIONE

Pur non appartenendo strettamente al tema della Carta dei servizi, la promozione della salute, e le attività di prevenzione delle malattie, costituiscono aspetti di grande rilevanza dal punto di vista politico, sociale e istituzionale. Il Piano sanitario nazionale per il 1998-2000 indica infatti come obiettivo nazionale prioritario la promozione della salute, mentre l'art. 14 del D.lgs. 502/92 individua nell'andamento delle attività di prevenzione una delle dimensioni del servizio in base alle quali definire gli indicatori di qualità, successivamente individuati dal DM 15/6/96.

Le Strutture sanitarie hanno mostrato un notevole impegno su questi temi: molti infatti tra i casi pervenuti sono iniziative sui temi della promozione di comportamenti e stili di vita sani e della prevenzione dei rischi (131 casi, pari al 17% del totale dei casi pervenuti). Si tratta prevalentemente di progetti di carattere socio-sanitario, anche se una certa percentuale attiene a iniziative tecnico-sanitarie, che, pur appartenendo ad una dimensione che non appartiene al tema della qualità percepita e quindi non censite in questa sede, è tuttavia indicativa di una attenzione diffusa a questi temi.

Tra i casi di questa categoria si possono distinguere attività di educazione sanitaria e prevenzione a largo spettro, interventi diretti a specifici fattori di rischio e, infine, progetti dedicati a categorie particolari di cittadini, basati su interventi mirati di sostegno e di informazione per specifiche problematiche.

*Educazione sanitaria e prevenzione:
131 casi = 17 %*

Categoria	Caso/Struttura
• Utilizzo dei Mass media	98. Az. USL di Trento
• Attivazione di risorse presenti sul territorio	99. Az. USL di Pescara 100. Az. USL Napoli 1
• Coinvolgimento Medici e personale sanitario	101. Az. USL 22 di Bussolengo (Vr) 102. Az. Ospedaliera "S. Anna" (CO)

Esempi di attività di educazione sanitaria e prevenzione a largo spettro

Categoria	Caso/Struttura
• Incidenti stradali	103. Az. USL di Rimini
• Aids	104. Regione Toscana
• Infortuni sul lavoro (e stradali)	105. Az. Osp. CTO (TO) - Reg. Piemonte
• Disagio femminile	106. Az. USL Napoli 1
• Alcolismo	107. Az. USL di Rovigo
• Immigrazione e maternità	108. Az. USL di Pescara
• Immigrazione e disagio socio-sanitario	109. Az. USL Torino 4

Esempi di interventi diretti alla prevenzione di specifici fattori di rischio

Categoria	Caso/Struttura
• Informazione sulla gestione della patologia	110. Az. Ospedaliera "Bambino Gesù" di Roma
• Sostegno all'autonomia e all'integrazione	111. Az. USL Lecce 1 12. Az. Ospedaliera di Ancona

Esempi di progetti dedicati a cittadini con problematiche specifiche

DESCRIZIONE DEI CASI

Attività di educazione sanitaria e prevenzione a largo spettro

L'attività di prevenzione e promozione della salute sul territorio viene attuata con modalità differenziate rispetto alla tematica affrontata, ma una caratteristica comune dei progetti di questo tipo è che l'efficacia è subordinata alla possibilità per la Struttura di instaurare valide integrazioni tra servizi e di poter contare su rapporti di collaborazione interistituzionali.

Una modalità piuttosto tradizionale utilizzata per diffondere informazioni su temi di educazione alla salute è costituita dall'utilizzo dei mass-media. Questo metodo presenta indubbi vantaggi di completezza e rapidità di diffusione, che vanno tuttavia supportati da adeguate misure di verifica dell'efficacia dell'informazione

*Utilizzo dei Mass
media*

98. L'*Azienda provinciale servizi sanitari di Trento* ha istituito una attività informativa permanente dando vita ad una linea editoriale e a una serie di trasmissioni televisive su temi di interesse generale concernenti la conoscenza e l'utilizzo dei servizi sanitari, la salvaguardia della salute e la prevenzione dei rischi, come vaccinazioni, salute degli anziani, incidenti sul lavoro ecc., e su altri argomenti legati alle specificità territoriali e culturali della zona.

Una scelta strategica di maggiore coinvolgimento consiste nell'attivare risorse presenti sul territorio, promuovendo iniziative per il coordinamento di enti e istituzioni su progetti comuni, oppure attraverso il coinvolgimento di operatori attivi all'interno di altre Strutture territoriali.

*Attivazione di
risorse presenti sul
territorio*

99. L'*Az. USL di Pescara*, ad esempio, ha istituito un Forum provinciale per la prevenzione del disagio giovanile con la partecipazione di tutte le realtà locali operanti in materia, con l'obiettivo di coordinarne gli interventi e di progettare strategie comuni. Sono state effettuate analisi e ricerche a campione per valutare la domanda e l'offerta sul territorio di servizi per i giovani e una ricerca campione, dalla quale sono emerse le prime criticità.

100. L'*Az. USL Napoli 1* ha avviato un programma di educazione alimentare e prevenzione delle malattie cronico degenerative per mamme e bambini nella fascia di età 3-13 anni e donne gravide. Il programma è articolato in quattro sottoprogetti: educazione alimentare, allattamento al seno, educazione all'igiene orale, tabagismo. L'attuazione prevede momenti di formazione per operatori sanitari e personale docente, indagini conoscitive, predisposizione e distribuzione di materiale informativo, consulenza e informazione alle utenti dei consultori, percorsi didattici ed educativi sulle diverse tematiche nelle scuole materne e dell'obbligo.

Alcuni progetti, che hanno per obiettivo la definizione di procedure per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione e la diagnosi precoce delle malattie più diffuse, puntano sul coinvolgimento dei medici di base e ospedalieri e sulla diffusione di informazioni.

101. L'Az. *USL 22 di Bussolengo (VR)*, ha attuato una sperimentazione per l'utilizzo da parte dei medici di base di un programma informatico per la valutazione dello stato di salute degli assistiti e per monitorare la frequenza dei controlli e dei trattamenti sanitari eseguiti. Ad ogni assistito, in occasione della visita, viene anche consegnato un libretto di guida alla salute con i principali indicatori per uno stile di vita corretto.
102. L'*Azienda ospedaliera "S. Anna" di Como* ha messo a disposizione delle donne una linea telefonica diretta chiamata "Filo d'Arianna", attiva 24 ore su 24, per rispondere a problemi di tipo ostetrico e ginecologico e a fornire indicazioni su esami diagnostico e strumentali, terapie e informazioni sui servizi ospedalieri e territoriali. A rispondere sono le ostetriche e i medici della divisione ospedaliera.

*Coinvolgimento
Medici e personale
sanitario*

Interventi diretti alla prevenzione di specifici fattori di rischio

I numerosi progetti di questa categoria, finalizzati alla prevenzione delle malattie e dei principali fattori di rischio, spesso diretti a fasce specifiche di cittadini, sono estremamente differenziati a seconda della tipologia di intervento. Di seguito sono riportati alcuni esempi.

103. La campagna di prevenzione degli incidenti stradali attuata dall'Az. *USL di Rimini* viene attuata attraverso una attività diffusa di coinvolgimento di enti locali, scuole, associazioni di gestori di discoteche, scuole guida ed altre realtà operanti in ambito giovanile. Vengono organizzate corsi nelle scuole, manifestazioni pubbliche, attività di informazione e sensibilizzazione nei luoghi di aggregazione e di ritrovo giovanili.
104. La *Regione Toscana*, in collaborazione con le Az. USL locali, ha attuato una campagna di informazione sull'AIDS in tutta la Regione utilizzando vari strumenti quali depliant, manifesti, spot radiofonici. Le Az. USL, soprattutto nelle zone a più alta incidenza di rischio, hanno poi inserito all'interno della campagna regionale propri interventi specifici. Uno dei più interessanti è quello della Az. USL di Grosseto che vede l'intervento di operatori, in parte volontari, che si portano nei luoghi frequentati durante le ore notturne dai giovani, per distribuire materiale sanitario e informativo e svolgere attività di consulenza e sensibilizzazione. Vengono

Incidenti stradali

AIDS

anche organizzati incontri per sensibilizzare i gestori di locali notturni.

*Infortuni sul lavoro
(e stradali)*

105. L'*Azienda ospedaliera CTO di Torino*, nell'ambito del progetto regionale HPH della Regione Piemonte, ha affrontato l'obiettivo della prevenzione a livello di grandi ustioni, di traumatologia e di medicina del lavoro con una diffusa attività di informazione sul territorio. Il personale dell'ospedale ha svolto in particolare attività di informazione nelle scuole per la prevenzione dei traumi cranici nei giovani, iniziative di informazione e verifica sugli infortuni nei luoghi di lavoro.

Disagio femminile

106. Nella Az. *USL Napoli 1* è stato organizzato un servizio, "Progetto prevenzione salute mentale donna", dedicato alla prevenzione e trattamento del disagio femminile, con percorsi e strumenti del tutto specifici. Partendo dalla constatazione della crescente diffusione dei disturbi psichici tra le donne e della assoluta carenza di strumenti realmente preventivi, sono stati predisposti protocolli di analisi e di intervento sui fattori di rischio validati mediante ricerche sperimentali. Attraverso la creazione di una rete di rapporti tra istituzioni e volontariato per il supporto delle donne e la apposita formazione di operatori sanitari si tende a dare una risposta globale e non medicalizzata agli stati di disagio psichico e ad intervenire sui fattori di rischio.

Alcolismo

107. La Az. *USL di Rovigo*, in considerazione del crescente numero di persone con problemi correlati all'assunzione di alcool inviate al SERT dall'Autorità giudiziaria a seguito del ritiro della patente, ha definito un percorso valutativo e informativo delle stesse in collaborazione con Ufficio provinciale patenti e la Polizia stradale. Vengono attuati interventi sia a livello individuale che di gruppo mirati alla educazione alla salute e all'individuazione precoce di problematiche specifiche.

*Immigrazione
e maternità*

108. L'*Ufficio medicina della comunità dell'Azienda USL di Pescara* partendo dalla constatazione della presenza sul territorio di donne immigrate prive di assistenza sanitaria hanno avviato un progetto per la tutela della maternità e dell'infanzia di questa particolare fascia di utenza. Il progetto si è basato sulla diffusione di materiale divulgativo relativo all'iniziativa e sull'attività di prevenzione socio sanitaria a tutela della maternità.

109. Il *Dipartimento materno infantile dell’Az. USL Torino 4* ha preso in considerazione i bisogni socio-sanitari dei bambini immigrati attraverso le attività del “Consultorio arcobaleno”. Con momenti di formazione interna e l’apertura di uno spazio, si è contribuito a rendere i servizi sanitari più pronti a individuare i disagi socio-sanitari e a migliorare lo sviluppo psicofisico del bambino extracomunitario.

Immigrazione e disagio socio-sanitario

Progetti dedicati a cittadini con specifiche problematiche

Questa categoria di progetti consiste prevalentemente in interventi rivolti a cittadini portatori di alcune specifiche patologie. Si tratta essenzialmente di attività di sostegno e integrazione sociale volte ad aumentare la *compliance* terapeutica, a fornire informazioni sulla malattia per prevenirne l’aggravamento e ad evitare l’isolamento sociale. In molti di questi progetti si ricorre alla collaborazione con il volontariato.

Altri progetti sono incentrati sulla diffusione attraverso le Unità operative di materiale informativo sulla gestione della patologia, con indicazioni per sullo stile di vita e profilassi delle complicazioni.

110. L’*Ospedale pediatrico “Bambino Gesù” di Roma* ha predisposto un video che illustra le principali cardiopatie congenite infantili, le terapie e le tecniche chirurgiche. Il video viene proiettato, alla presenza del medico, ai genitori dei bambini cardiopatici che devono affrontare un intervento chirurgico, per informarli e prepararli all’intervento che i loro figli devono affrontare, al decorso pre e post-operatorio, e alla gestione di eventuali complicazioni. Lo stesso video viene utilizzato per formare e sensibilizzare il personale paramedico dei reparti di cardiocirurgia.

Informazione sulla gestione della patologia

Un ulteriore approccio al problema è quello dei progetti mirati ad agevolare l’autonomia e integrazione delle persone portatrici di determinate patologie, allo scopo di prevenire l’emarginazione sociale o di mantenere la *compliance* terapeutica. Quelle citate di seguito sono esperienze orientate in tal senso.

111. La *Az. USL Lecce 1*, in considerazione del fatto che gli studenti non vedenti non disponevano di ausili idonei per lo studio con conseguenti problemi di apprendimento e inserimento scolastico, ha provveduto ad attivare un servizio per la traduzione di testi scolastici in linguaggio Braille. Il servizio è curato da un operatore dell’Azienda, che ha seguito un apposito corso sul metodo Braille presso un centro specializzato.

Sostegno all’autonomia e all’integrazione

112. L'*Azienda ospedaliera di Ancona* ha in corso due iniziative, attivate rispettivamente dal Centro regionale di diabetologia pediatrica e dal Centro regionale di nefrologia e dialisi, entrambe della Clinica pediatrica, mirate, con l'attivazione di centri estivi e campi scuola, a favorire lo svago e l'autonomia dei bambini affetti da malattie croniche che comportano un elevato livello di dipendenza dai farmaci o da prescrizioni terapeutiche molto rigide. I bambini, sovente poco socializzati, possono così recuperare l'autonomia, confrontando e condividendo la propria esperienza con altri bambini. Nelle strutture ricreative, gestite in collaborazione con le Associazioni di volontariato, ai bambini e ai loro genitori vengono impartite nozioni di educazione sanitaria, e vengono date informazioni per la corretta gestione della terapia e dello stile di vita.

Allegato: Elenco dei Referenti dei casi citati

N° caso	Regione / Prov. Aut.	Denominazione Azienda / Regione	Unità operativa responsabile	Referente del progetto	Telefono
1	Liguria	Az. USL Spezzino	URP	Maria Beghi	0187-533909
2	Piemonte	Regione Piemonte		Carla Guidarini Gerardo Coppola	011-4324813 / 011-432031
3	Abruzzo	Az. USL Teramo	URP-Carta servizi	D'Innocenzo, Tirabovi, Pepe	0861-429279
4	Marche	Az. Osp. Torrette - "Umberto I"	U. Formazione-URP	Mirto Ciarrocchi	071-5963108
5	Piemonte	Az. Osp. "Luigi Gonzaga" d'Orbassano	URP - Comunicazione e MKT	Anna Veglia - Marco Sganzetta	011-9026679
6	Lombardia	Az. Osp. "S. Anna" - Como	URP	Cammarata	031-585858
7	Toscana	Az. USL FIRENZE	U.O. Informazioni	Adriana Favilla	055-2758200
8	Piemonte	Az. USL Novi Ligure	URP	Paola Repetti	014-3332379
9	Piemonte	Az. USL Cuneo	SERT	Arnaudo	0171-693552
10	Lombardia	Az. Osp. "Morelli" - Sondalo	Riabilitazione cardiologica	Tomasina Chiodi	0342-808255
11	Friuli V. G.	Az. USL Friuli occidentale	URP	Carlot Antonella	0434-736390
12	Campania	Az. USL Caserta 2	Servizio centrale R.P. URP-Sert	Tesei Lidia Santoro Lucia	081-5001310 081-8147616
13	Lombardia	Az. USL Gallarate	URP	Giuseppe Berger Teresa Rovelli	02-58315074 0331-751525
14	Friuli V. G.	Az. USL Bassa friulana	Direzione sanitaria	Ranieri Zuttion	0432-929786
15	Piemonte	Az. Osp. O.I.R.M. "S. Anna"	URP - Affari generali settore comunicazione e MKT	Iole Cerrato / Imelda Tesini	011-3134355
16	Emilia Romagna	Az. Osp. "Arcispedale S. Anna" - Ferrara	URP	Patrizia Fabbri	0532-236425
17	Piemonte	Az. USL di Chieri	Unità di comunicazione e qualità (Regione Piemonte)	Gerardo Coppola	011-432031
18	Veneto	Az. USL Rovigo	Servizio comunicazione e Marketing	A.M. Rinolfi	0425-393629
19	Basilicata	Az. USL Lagonegro	URP - Ufficio di staff	Giuseppe Cascini	0973-48528
20	Liguria	IRCCS - Ist. Naz. per la ricerca sul cancro	URP	Gabriella Morasso	010-5600643
21	Lombardia	Az. Osp. - Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano	URP	Osvaldo Cantoni	02-57992213
22	Veneto	Az. USL Cittadella "Alta Padovana"	Ufficio per l'informazione e le relazioni con il pubblico	Marco Bonetti	049-9324261
23	Calabria	Az. USL Castrovillari	URP e gruppo di progetto della Carta dei servizi	Raffaele Cirone	0981-485518
24	Friuli V. G.	IRCCS - Ist. per l'infanzia "Burlo Garofolo" - Trieste	URPASS	Patrizia Visconti, caposala Mirella Lorenzutti	040-3785461
25	Liguria	Az. USL Spezzino	Direzione progetto implementazione Carta dei servizi	Giovanni Mariotti	0187-732772
26	Emilia Romagna	Az. USL Modena	Unità operativa sistema qualità	Francesca Novaco, Nicoletta Poppi	059-435218
27	Liguria	Az. USL Imperiese	Centro di controllo direzionale - Settore valutazione e miglioramento della qualità	Gianluigi Piatti - D.A.I. Micaela Pagliano	0184-536656
28	Emilia Romagna	Az. USL Reggio Emilia	Staff della direzione generale	Fabrizio Simonelli	0522-617174
29	Lombardia	Az. USL Varese (Saronno)	Dipartimento ASSI	Patrizia Marsiglio	02-96704421
30	Marche	Az. Osp. Torrette - "Umberto I"	Dir. Sanitaria - URP	Marisa Carnevali	071-5963107
31	Veneto	Az. USL Adria	Pediatria - Ospedale civile di Adria	Ines Marella	0426-940357
32	Liguria	IRCCS - Ist. "Giannina Gaslini"	Servizio odontoiatria e ortodonzia	Enrico Calcagno	010-5636296
33	Lazio	Az. USL Latina	Divisione di pediatria dell'Ospedale "S. Maria Goretti"	Lino Claudio Pantano	0773-655891
34	Basilicata	Az. USL Matera	Staff Direttore Generale	Patrizio Sicolo	0835-243111
35	Marche	Az. Osp. Pediatrica "Salesi"	Centro regionale fibrosi cistica	Rolando Gagliardini	071-5962035
36	Friuli V. G.	Az. Osp. - Ospedali Riuniti di Trieste	UO Oncologia medica	Guido Tuveri	040-3992375

N° caso	Regione / Prov. Aut.	Denominazione Azienda / Regione	Unità operativa responsabile	Referente del progetto	Telefono
37	Marche	Az. Osp. Torrette – "Umberto I"	URP - Servizio Sociale- Uff. Economato	Marisa Carnevali	071-5963107
38	Piemonte	Az. USL Ivrea	Scuola infermieri professionali	Elvira Signaroldi	0125-414402
39	Emilia Romagna	IRCCS Ist. Ortopedici "Rizzoli"	Servizio infermieristico	Lauro Braga	051-6366230
40	Veneto	Az. USL BELLUNO	URP	Marta Riccitiello	0437-216732
41	Lombardia	Az. Osp. "L. Sacco" - Milano	Unità operativa affari generali	Loredana Di Palo	02-35799352
42	Piemonte	Regione Piemonte		Carla Guidarini Gerardo Coppola	011-4324813 011-432031
43	Emilia Romagna	Az. USL Forlì	Staff comunicazione	Andrea Bognesi	0543-731989
44	Veneto	Az. Osp. Padova	Anestesia e rianimazione	G. Gritti	049-8212741
45	Piemonte	Az. USL Ivrea	UO di Dietetica	Augusta Palmo	0125-414334
46	Lombardia	Az. Osp. "S. Anna" – Como	URP	Cammarata	031-585858
47	Veneto	Az. USL Feltre	Dipartimento prevenzione e Servizio Dietetica	Luigi Cazzola	0439-883872
48	Marche	IRCCS - Osp. Geriatrico "U. Sestili" INRCA di Ancona	URP	Tiziana Tregambe Manuela Ceresani	071-8003331
49	Lazio	Policlinico "A. GEMELLI" – Roma	Organizzazione	Pietro Fioretti	06-30154284
50	Lombardia	Az. USL Busto Arsizio	Direzione sanitaria	Domenico Salzano	0331-817388
51	Emilia Romagna	Az. USL Imola	Progetto trasversale	Maria Chiara Tassinari	0542-604035
52	Toscana	Az. USL Pisa	Unità quality assurance	E. Betti	050-954210
53	Emilia Romagna	Az. USL Piacenza	Pronto soccorso del presidio osped. Piacenza	Maurizio Arvedi	0523-301111
54	Marche	Az. USL Ascoli Piceno	URP	Angela Capriotti	0736-358921
55	Puglia	Az. USL Lecce 1	Distretto di Martano	Antonio De Giorgi	0836-577111
56	Emilia Romagna	Az. Osp. Policlinico di Modena	Divisione assistenza neonatale sezione nido	Bruno Mordini	059-422111
57	Campania	Az. USL Avellino 2	Dip. Medicina legale e invalidi civili	Maria Luisa Pascarella	0825-781945
58	Campania	Az. USL Napoli 1	Medicina legale e invalidi civili	Salvatore Ruggiero	081-2546807
59	Lombardia	Az. USL Mantova	Dipartimento dei servizi sanitari di base	Patrizia Martini	0376-334165
60	Piemonte	Az. USL TORINO2	Radiologia-Servizio di diagnostica senologica	Cesare Bosio, Giovanna Mariscotti, Maurizio Patrizi	011-7095317
61	Lombardia	IRCCS – Maggiore Policlinico Milano	Centro trasfusionale di immunologia dei trapianti	Fulvio Mozzi	02-55034214
62	Basilicata	Az. USL MONTALBANO JONICO	Ufficio informativo	Rocco Bentivenga	0835-596232
63	Lombardia	Az. USL Melegnano	URP / Ref. Carta dei servizi	Luca Polli	02-95254321
64	Emilia Romagna	Az. Osp. Policlinico di Modena	Direzione prestazioni e marketing	Deanna Calteri	059-424641
65	Piemonte	Regione Piemonte		Carla Guidarini Gerardo Coppola	011-4324813 / 011-432031
66	Umbria	Az. USL Terni	Servizio convenzioni e prestazioni	Settimio Proietti	0744-204843
67	Veneto	Az. USL Cittadella "Alta Padovana"	Distretto socio-sanitario n° 4 EST	Mauro Minervini	049-9301702
68	Puglia	Az. USL Lecce 1	Distretto di Martano	Donato Carcagni	0836-574212
69	Calabria	Az. USL Rossano	URP	Marilena Candiano	0983-517556
70	Sicilia	Az. USL Caltanissetta	Servizio medicina di base	Paola Marcella Santino	0934-506870
71	Toscana	Az. USL Lucca	Affari generali	Giovanni Cuomo	0583-970706
72	Lombardia	Az. USL Brescia	Affari generale e legali / Dir. Sanitaria	Giuseppe Mazzilli	030-3996443
73	Campania	Az. USL Napoli 1	URP e integrazione con il sociale	Ilaria Cione	081-2547476
74	Puglia	Az. USL Lecce 1	Direzione presidio ospedaliero (campi salentina) e laboratorio analisi	Angelo De Pascali – Franco Greco – Silvio Turano	0832-791146
75	Sardegna	Az. USL Sassari	Ufficio supporto agli organi collegiali sanitari	Giovanni B. Mele	079-220966
76	Lombardia	Az. Osp. "L. Sacco" – Milano	Dir. Sanitaria / UO Spedalità / CED	Antonio Gallucci	02-35799629
77	Campania	Az. USL Napoli 1	UO Materno Infantile	Francesca Pellegrino Loredana Baldini	081-2549212 / 081-2546522

N° caso	Regione / Prov. Aut.	Denominazione Azienda / Regione	Unità operativa responsabile	Referente del progetto	Telefono
78	Toscana	Regione Toscana		Bruno Cravedi	055-4383303
79	Liguria	Az. USL Chiavarese	UO Prevenzione e sicurezza negli Ambienti di lavoro	Maria Cabona	0185-329061
80	Campania	Osp. Class. "Buon Consiglio" FBF	URP	Nunzia Russo	0871-5981471
81	Sicilia	Az. Osp. "V.Cervello" di Palermo	URP	Caterina Lo Presti	091-6881435
82	Bolzano	Az. USL Centro Sud Bz	Direzione sanitaria	Flavio Girardi	0471-908504
83	Siena	Az. USL Palermo	UO Qualità	Giuseppe Noto	091-7032062
84	Veneto	Az. USL Treviso	Ass. AMIQA/Direzione sanitaria ospedale di Treviso	Claudio Dario	0422-322422
85	Lazio	Az. USL Viterbo	Gruppo qualità	Franco Bifulco	0761-339612
86	Toscana	Az. USL Arezzo	Sezione accoglienza ospedaliera	Rina Torrioli	0575-305812
87	Veneto	Az. Osp. Verona	UO per il miglioramento della qualità	Stefania Rodella	045-8073001
88	Toscana	Regione Toscana		Vera Michieletti	055-4383441
89	Veneto	Az. USL Thiene (Alto vicentino)	Servizio veterinario	Silvano Maistro	0445-389280
90	Friuli V.G.	Az. USL Isontina	U. O. Riabilitazione Ospedale Monfalcone	Aniello Langella	0481-487599
91	Lombardia	Az. USL Gallarate	Direzione Azienda	Giuseppe Berger	02-58315074
92	Lazio	Az. USL Viterbo	Centro assistenza domiciliare/Day-hospital oncologico	Antonio Caterini Antonella Proietti Massimo Gemini	0761-339680 0761-339604 0761-347103
93	Lombardia	Az. USL Varese (Saronno)	Servizi medicina di base e servizio assistenza sociale	Donata Franchi	02-96704421
94	Campania	Az. USL Napoli 1	Direzione del distretto UO Riabilitazione	Domenico Esposito	081-2546315
95	Marche	Az. USL Ancona	Dipartimento servizi territoriali	Patrizia Balzani	071-5965898
96	Basilicata	Az. USL Venosa	Staff della comunicazione aziendale - DD.SS.BB e Serv. Farmaceutico centrale	Maria Frangione	0972-39450
97	Puglia	Az. USL Foggia 3	U. O. Personale convenzionato	Gino D'Onofrio	0881-732730
98	Trento	Az. USL Trento	Educazione e prevenzione alla salute	Paolo Romito	0461- 364171
99	Abruzzo	Az. USL Pescara	SERT	Pietro d' Egidio	085- 42534590
100	Campania	Az. USL Napoli 1	Distretto 48 Educazione sanitaria	Patrizia Castagna	081-2546524
101	Veneto	Az. USL Bussolengo	Dipartimento di prevenzione	Marco Pietro Mazzi	045- 6370184
102	Lombardia	Az. Osp. "S. Anna" – Como	Divisione ostetricia e ginecologia	Giuliano Bonifacino	031- 585247
103	Emilia Romagna	Az. USL Rimini	Educazione alla salute	Antonella Chiadini	0541-707777
104	Toscana	Regione Toscana		Vera Michieletti	055-4383441
105	Piemonte	Regione Piemonte		Piero Zaina	011-4322176
106	Campania	Az. USL Napoli 1	Scienze relazionali e psicologiche Distretto 46	Elvira Reale	081- 2548665
107	Veneto	Az. USL Rovigo	SERT	Giovanni Caniato, Franco Celegghin	0425-422497
108	Abruzzo	Az. USL Pescara	Ufficio medicina della comunità	Pietro Micaroni	085-4253978
109	Piemonte	Az. USL Torino 4	Dipartimento materno-infantile	Maria Luigia Spaccapietra	011-2403639
110	Lazio	IRCCS - Osp. Pediatrico "Bambin Gesù" Roma	Centro audiovisivi	Luigi Turolla	06-68593605
111	Puglia	Az. USL Lecce 1	Coordinamento servizi riabilitativi	Antonio Zamparelli	0832- 215837
112	Marche	Az. Osp. Pediatrica "Salesi"	Centro reg. diabetologia pediatrica / Centro reg. nefrologia e dialisi	Valentino Cherubini Ilse Maria Rasch	071-5962367 071-59622361

CAPITOLO II LA VOCE DEI CITTADINI: I RECLAMI E I PARERI DELLE ASSOCIAZIONI

3.1 INTRODUZIONE	83
3.2 I RECLAMI: LA VOCE DIRETTA DEGLI UTENTI	84
3.3 I PARERI DELLE ASSOCIAZIONI	91

2.1 Introduzione

L'obiettivo di questo capitolo, in linea con il principio del superamento dell'autoreferenzialità che ispira il processo di autovalutazione, è quello di tener conto delle “voci” provenienti dall'esterno del Servizio sanitario. Ciò è stato realizzato aprendo due canali che chiamano in causa il primo direttamente gli utenti attraverso l'analisi dei reclami presentati alle Strutture sanitarie e il secondo le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini che sono presenti all'interno delle Strutture che compongono il Servizio sanitario.

L'obiettivo del capitolo è il superamento dell'autoreferenzialità

I dati provenienti da queste due fonti, raccolti dalle Strutture ed elaborati a livello centrale, danno l'opportunità alle singole Strutture, nonché alle Regioni e al Ministero, di arricchire il quadro conoscitivo in merito alle tematiche della Carta dei servizi. Tuttavia non bisogna cadere nella facile tentazione di interpretazioni elaborate sullo stato di soddisfazione di cittadini e utenti e quindi del funzionamento delle Strutture sanitarie.

Per quanto riguarda i reclami, bisogna tenere sempre a mente quando si cerca di trarre conclusioni generali dall'analisi dei reclami al fine di verificare il livello di soddisfazione/insoddisfazione degli utenti⁹ che i reclami costituiscono una visione “in negativo” e “parziale” e che esistono delle variabilità culturali e ambientali alla propensione al reclamo. Tenendo a mente tali cautele, dalla analisi compiuta emergono comunque spunti di notevole interesse che rappresentano uno stimolo per ulteriori indagini specifiche per verificare in maniera più mirata le peculiarità emerse.

Cautele nell'interpretazione dei dati sui reclami

Per quanto riguarda le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini/utenti, esse rappresentano una realtà rilevante del Servizio sanitario che può fornire un punto di vista esterno alla Struttura. La loro opinione è quindi un momento importante nell'ottica del superamento dell'autoreferenzialità. Il prendere in considerazione tale punto di vista costituisce quindi un elemento innovativo nell'ambito del processo di valutazione dell'attuazione della Carta e più in generale del miglioramento della qualità dei servizi.

Tuttavia, i dati da noi elaborati vanno trattati con attenzione a causa di due motivi principali: i particolari rapporti che caratterizzano l'interazione tra Strutture aziendali e Associazioni e il fatto che le Associazioni coinvolte sono state scelte dalle stesse Strutture¹⁰ rendendo il campione non statisticamente significativo e casuale e, quindi, potenzialmente distorto.

Cautele nell'interpretazione dei pareri delle Associazioni

⁹ Si rimanda al Quaderno della Carta dei servizi pubblici sanitari del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità dal titolo: “*Il sistema di gestione dei reclami: riferimenti metodologici e esperienze*” (Dicembre 1997) per una analisi più approfondita dell'interpretazione dei reclami.

¹⁰ Le schede contenenti i pareri delle Associazioni non erano spedite da queste direttamente al Ministero. Le Associazioni venivano interpellate dalle Strutture (alle quali era stata indicazione di contattare un massimo di 7-8 Associazioni tra le più rappresentative), e a queste rispondevano; successivamente le Strutture le inviavano al Ministero insieme alla loro autovalutazione.

Anche in questo caso, tenendo in considerazione queste cautele, emergono elementi di riflessione possibili spunti per ulteriori indagini. Inoltre, accanto a ciò, questa rilevazione costituisce l'avvio di una modalità di autovalutazione che, anche se da perfezionare, contiene notevoli elementi di novità e di validità.

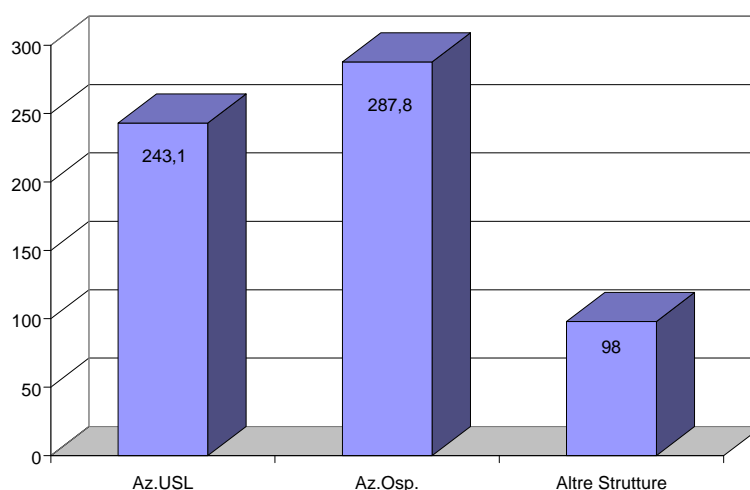
2.2 I reclami: la voce diretta degli utenti

Da quello che emerge dai dati a disposizione, le Strutture sanitarie stanno mettendo in atto veri e propri "sistemi d'ascolto" dei cittadini. Come viene riportato nel capitolo successivo, relativo allo stato di attuazione della Carta, sono in netta crescita non solo l'adozione di sistemi di gestione dei reclami, ma anche di altri strumenti di ascolto come le indagini di soddisfazione e le Conferenze dei servizi.

In particolare per quanto riguarda i reclami, le Strutture si sono impegnate in maniera notevole: il numero di reclami trattati nel periodo di riferimento (per l'esattezza nel secondo semestre 96 e nell'intero 97) è un numero davvero notevole: oltre 84.000. La provenienza dei reclami per quanto riguarda la tipologia di Strutture è riportata nella tabella seguente, nel grafico (figura 5) è rappresentata la media. Si nota come ci sia una sproporzione netta tra le Strutture del Servizio sanitario e le *altre Strutture*¹¹ coinvolte nell'autovalutazione.

Tabella 7 - Figura 5
Reclami trattati dalle
diverse tipologie di
Strutture nel periodo di
riferimento

	Az.USL	Az.Osp.	Altre Strutture
N° reclami	53.483	22.735	8.620
N° Strutture	220	79	88
Media (reclami x Strutt.)	243,1	287,8	98,0

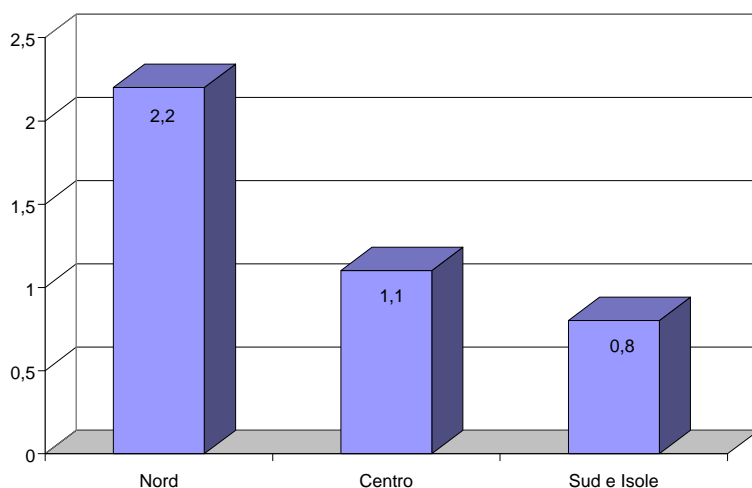


¹¹ Per *altre Strutture* si intende l'insieme di Policlinici, IRCCS, Ospedali classificati e Case di cura private accreditate.

Per quanto riguarda la suddivisione nelle diverse aree geografiche¹² i dati sono riportati analogamente nella figura 6. In questo caso si nota un maggior numero di reclami nel nord (anche rapportato al numero maggiore di utenti).

	Nord	Centro	Sud e Isole
N° reclami	56.510	12.618	15.710
N° abitanti	25.518.434	11.019.359	20.923.184
Reclami x 1000 ab.	2,2	1,1	0,8

Tabella 8 – Figura 6
Reclami trattati nelle diverse aree geografiche nel periodo di riferimento rapportati al numero di abitanti



Un altro elemento che emerge chiaramente, come si può vedere in figura 7, è l'andamento crescente nel numero dei reclami registrati¹³ nei tre semestri del periodo di riferimento (per l'esattezza da luglio 96 a dicembre 97).

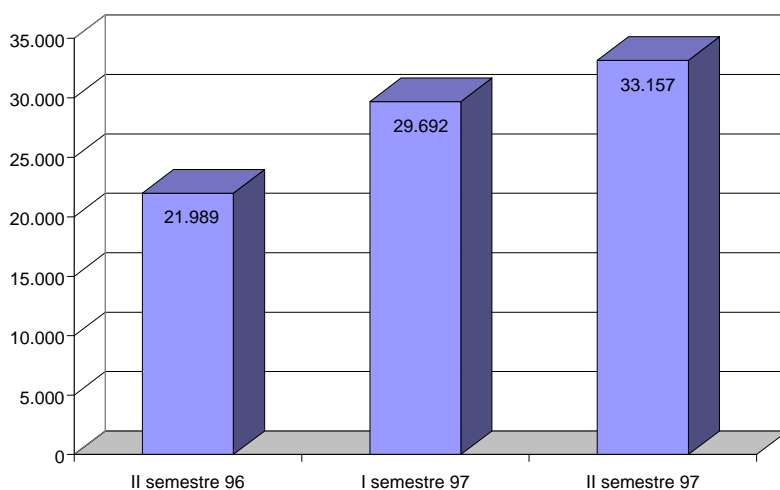


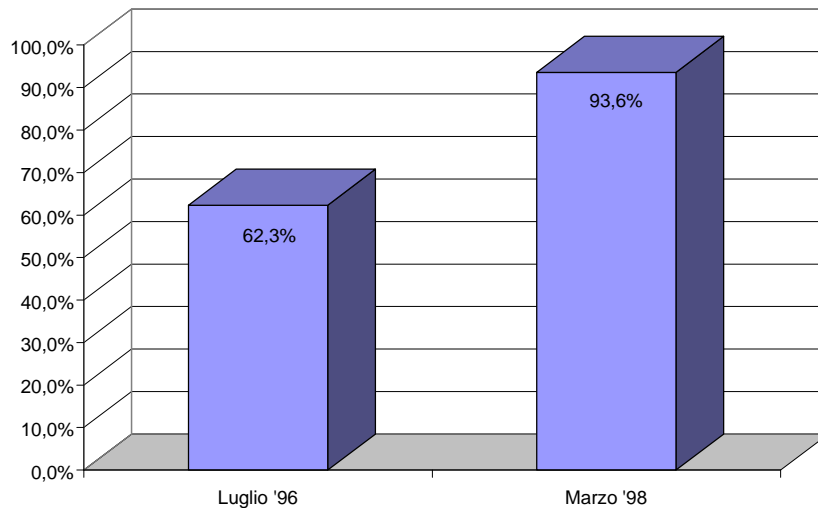
Figura 7 – Andamento del numero di reclami trattati nei tre semestri del periodo di riferimento

¹² La suddivisione in Nord, Centro e Sud e isole vede così raggruppate le aree del SSN: NORD: Piemonte, Prov. Aut. di Bolzano, Valle d'Aosta, Lombardia, Prov. Aut. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna; CENTRO: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; SUD e ISOLE: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

¹³ Nel presente Rapporto si distingue tra *reclami trattati*, che rappresenta la totalità dei reclami gestiti dalle Strutture, *reclami registrati*, che rappresentano la parte dei reclami trattati attraverso sistemi di registrazione e infine *reclami classificati*, ovvero la parte dei reclami registrati per i quali è riportata una classificazione per tipologia.

Tale dato, come premesso, può essere letto in una duplice ottica. Si può fare l'ipotesi dell'aumento di fiducia degli utenti nella capacità di ascolto e di risoluzione dei problemi da parte delle Strutture dal momento che tale fenomeno si accompagna all'aumento nell'adozione di sistemi di gestione di reclami: si è passati dal 62,3% delle Aziende (USL e ospedaliere) della precedente valutazione (luglio '96) al 93,6 % della attuale valutazione (figura 8).

Figura 8 - Crescita della percentuale di Strutture che ha adottato un sistema di gestione dei reclami



Tale dato, inoltre, assume particolare rilevanza abbinato a quello della percentuale di Strutture che hanno sviluppato interventi di miglioramento a partire dall'analisi dei reclami: il 73,1%.

Il 73,1 % delle Strutture ha effettuato interventi di miglioramento a partire dall'analisi dei reclami

L'insieme di questi primi dati testimoniano una notevole dinamicità nel senso del circolo virtuoso precedentemente descritto con una accentuazione nelle Aziende del Servizio sanitario (USL e ospedaliere) e in quelle del Nord.

Prendendo in considerazione i reclami classificati (nella tabella seguente sono riportate degli esempi per ciascuno dei fattori) si può osservare la suddivisione delle segnalazioni degli utenti rispetto ai fattori proposti¹⁴.

¹⁴ E' stato richiesto alle Strutture, nel riferire su questo aspetto, di utilizzare la classificazione mostrata di seguito adattando i dati a loro disposizione. Tale classificazione è emersa come frutto del gruppo di lavoro allargato che ha partecipato alla redazione definitiva del Laboratorio n° 4 dei Quaderni della Carta dei servizi (vedi nota 9). In quell'ambito, erano state raccolte e proposte diverse classificazioni, dalle quali era emersa quella qui utilizzata, originariamente proposta dalla Regione Friuli Venezia Giulia, come la più generale e la più condivisibile.

FATTORE	ESEMPI
Aspetti relazionali	Cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento, dell'abbigliamento, ecc.; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale).
Umanizzazione	Rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti e equità, rispetto idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es. sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini, assistenza scolastica.
Informazioni	Informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste d'attesa.
Tempo	Tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione; tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto soccorso; tempi di attesa presso gli studi dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.
Aspetti alberghieri e comfort	Pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat, ecc.).
Strutture e logistica	Dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle Strutture che erogano i servizi, ecc.
Aspetti burocratici amministrativi	Procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc; trasparenza sull'iter delle pratiche.
Aspetti tecnico-professionali	Prestazioni clinico-sanitarie
Richieste improprie o non evadibili	Reclami o richieste relative a prestazioni di altri enti, o comunque non pertinenti all'Azienda o al Servizio sanitario.

Tabella 9 – La classificazione dei reclami adottata

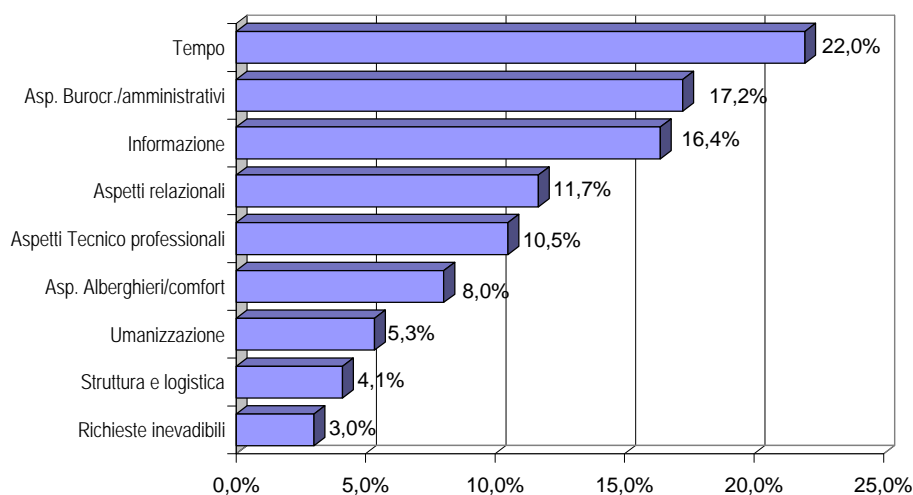
Nella figura 9 è riportato un grafico in cui emergono i seguenti punti:

- ◆ I tempi di attesa per le prestazioni, gli aspetti burocratici amministrativi e le informazioni sono gli elementi sui quali maggiormente si concentrano i reclami; tale dato tra l'altro è confrontabile con quello della precedente valutazione in cui i fattori più frequentemente oggetto di reclami¹⁵ sono stati identificati in: informazione non corretta, lunghi tempi d'attesa e procedure per il pagamento del ticket (parte degli aspetti burocratici amministrativi);
- ◆ l'umanizzazione delle cure e gli aspetti strutturali sono gli elementi sui quale vengono presentati un minor numero di reclami;

¹⁵ Nella precedente valutazione non veniva fatto riferimento ad una classificazione ma veniva semplicemente richiesto di indicare i temi più frequentemente oggetto di reclamo.

- ◆ a metà strada si pongono gli aspetti tecnico professionali e quelli relazionali.

Figura 9 – Distribuzione dei reclami classificati nell'anno 97 per fattore



Ove non ci fossero reclami registrati e classificati veniva richiesta una stima nell'ordine di frequenza dei reclami¹⁶; dall'elaborazione di tali dati emerge un quadro di sostanziale conferma dei dati precedenti ad eccezione degli aspetti relazionali che balzano al secondo posto.

Per spiegare tale fenomeno possono essere avanzate due ipotesi: che gli operatori "ricordino" di più e quindi sovrastimino la frequenza di tale tipo di reclamo per il loro coinvolgimento diretto, oppure che tale differenza sia dovuta al fatto che in realtà, gli utenti, pur se molto spesso si lamentano su tale aspetto, più raramente presentano reclamo formale dal momento che in questo caso il reclamo è indirizzato ad personam e non anonimamente verso la Struttura.

Per quanto riguarda le diverse tipologie di Azienda (figura 10), si può notare che sia per le Aziende USL che per le ospedaliere il primo fattore è quello dei tempi, ma si assiste ad una inversione per quanto riguarda il secondo e terzo fattore, dove nelle ospedaliere salgono le lamentele per le informazioni mentre nelle USL prevalgono quelle per gli aspetti burocratici amministrativi; ciò tuttavia è concepibile rispetto alle diverse tipologie di servizi erogati dalle due Strutture (anche se bisogna ricordare che nei dati delle USL sono compresi quelli dei presidi ospedalieri). Non sembrano esserci altre differenze significative tra queste due tipologie di Strutture se si eccettua il numero dei reclami di tipo tecnico professionali a sfavore della USL.

¹⁶ L'indicatore è espresso in centesimi dove 100 indica la massima frequenza (tutte le Aziende abbiano citato il fattore come quello di massima frequenza dei reclami) e 0 frequenza nulla (nessuna Azienda ha citato il fattore)

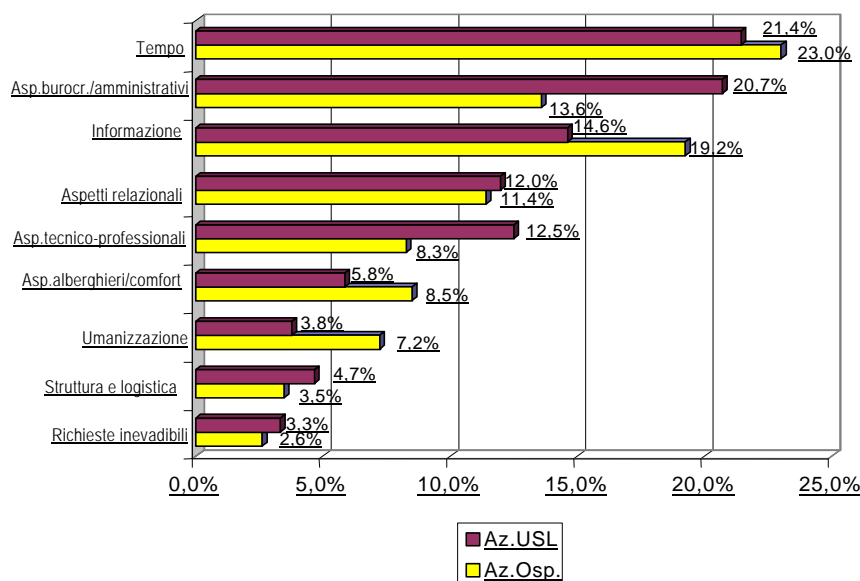


Figura 10: Confronto delle distribuzioni dei reclami tra Az.USL e Az.Osp.

Un discorso particolare riguarda le Case di cura (vedi tabella 10). Anche se i dati riguardano soltanto 7 Strutture, risulta che solo il 7,2% dei reclami si riferiscono ai tempi di attesa mentre ben il 52,5% riguarda gli aspetti alberghieri e comfort; in relazione a questo secondo dato si può ipotizzare un forte effetto dell’aspettativa dove evidentemente la buona fama delle case di cura spesso non corrisponde all’effettiva esperienza degli utenti.

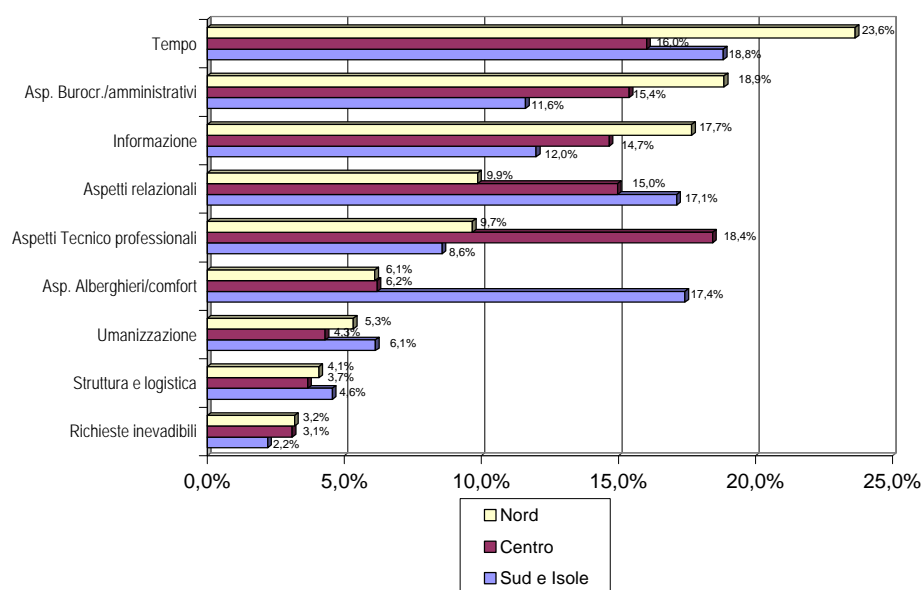
	Tot	Az. USL	Az. Osp.	IRCC S	POLI	Osp. Class.	Case di cura
Numero di Aziende	164	94	42	14	2	5	7
Aspetti relazionali	11,7%	12,0%	11,4%	8,6%	25,7%	7,8%	10,1%
Umanizzazione	5,3%	3,8%	7,2%	1,0%	5,7%	10,0%	10,7%
Informazione	16,4%	14,6%	19,2%	4,9%	14,3%	13,3%	9,3%
Tempo	22,0%	21,4%	23,0%	27,1%	11,4%	30,0%	7,2%
Aspetti alberghieri e comfort	8,0%	5,8%	8,5%	27,1%	5,7%	7,8%	52,5%
Struttura e logistica	4,1%	4,7%	3,5%	3,1%	2,9%	6,7%	2,7%
Aspetti burocratici amministrativi	17,2%	20,7%	13,6%	13,3%	17,1%	15,6%	1,8%
Aspetti Tecnico professionali	10,5%	12,5%	8,3%	8,1%	17,1%	7,8%	3,9%
Richieste inevitabili	3,0%	3,3%	2,6%	6,0%	0,0%	1,1%	1,8%
Altro	1,8%	1,2%	2,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabella 10: Reclami registrati nell'anno 97 suddivisi per fattore e distribuiti sulle diverse tipologie di Strutture

Per quanto riguarda le diverse aree geografiche, sono state considerate le differenze tra nord, centro e sud (figura 11): la situazione delle tre zone è abbastanza differenziata suggerendo delle diversità rispetto ai motivi di reclamo da parte degli utenti; alcuni degli elementi che maggiormente spiccano sono:

- per il Centro il primo fattore per i reclami è quello relativo agli aspetti tecnico professionali;
- per il Sud il secondo fattore (molto prossimo al primo che rimane il tempo) è quello degli aspetti alberghieri e comfort;
- i primi tre fattori identificati a livello nazionale ovvero tempo, aspetti burocratici e amministrativi e informazione sono molto più alti al Nord che non al Centro e al Sud;
- i reclami relativi agli aspetti relazionali tendono a crescere da Nord a Sud;
- i reclami relativi a informazione e aspetti burocratici amministrativi tendono viceversa a crescere da Sud a Nord.

Figura 11: Confronto delle distribuzioni dei reclami nelle diverse aree geografiche



Il 53,2% delle Strutture ha ricevuto elogi

C'è da notare, comunque, che gli utenti non esprimono soltanto segnalazioni negative; in effetti, c'è da notare che le Strutture ricevono anche elogi (esattamente il 53,2% delle Strutture) a dimostrazione che non ci sono solo aspetti negativi nella percezione dei servizi da parte degli utenti.

In generale, dalle considerazioni fatte, emergono diversi spunti, che meriterebbero approfondimenti sia in merito alle differenze tra diverse tipologie di Aziende, sia in merito alle differenziazioni geografiche, sia infine sulla tipologia di reclami più frequenti.

2.3 I pareri delle Associazioni

Nell'analizzare i pareri espressi dalle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini utenti bisogna considerare un primo aspetto positivo rappresentato dalla risposta che si è avuta: i pareri pervenuti attraverso le Strutture ammontano complessivamente a 956, un numero notevole se si considera il delicato rapporto tra Strutture e le Associazioni e, come vedremo, il contenuto non particolarmente positivo dei contenuti delle valutazioni delle Associazioni.

Più in particolare circa il 68% delle Strutture che hanno risposto all'autovalutazione ha raccolto e inviato i pareri delle Associazioni. Il livello di attività nel raccogliere e inviare casi non è comunque omogeneo, se si considerano le diverse tipologie (figura 12) dove c'è una

Le Strutture sanitarie hanno raccolto e inviato al ministero 956 pareri di Associazioni di volontariato e tutela

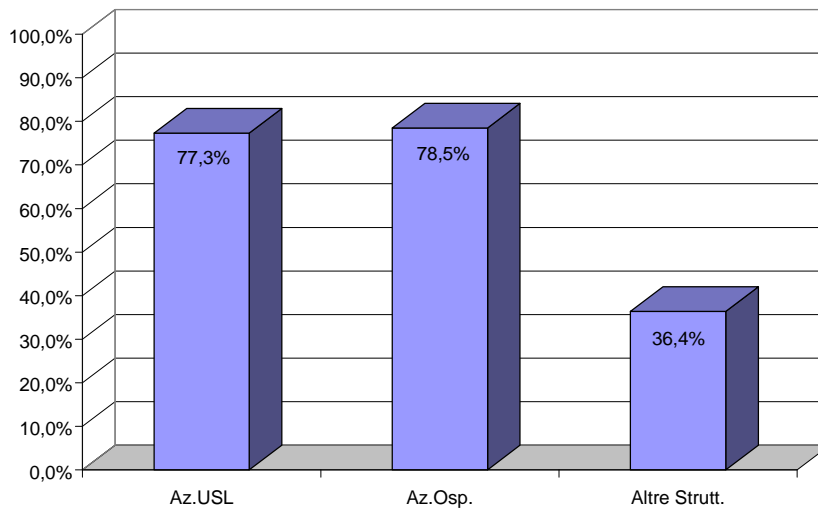


Figura 12: Percentuale di Strutture che ha raccolto pareri delle Associazioni, differenziate per tipologia

marcata diminuzione del livello di raccolta per quanto riguarda le *altre Strutture*; e rispetto alle diverse aree geografiche (Nord=66,2 / Centro=65,8 / Sud e Isole=73,3) (figura 13) dove c'è una lieve ma evidente variazione in positivo per le Strutture del Sud.

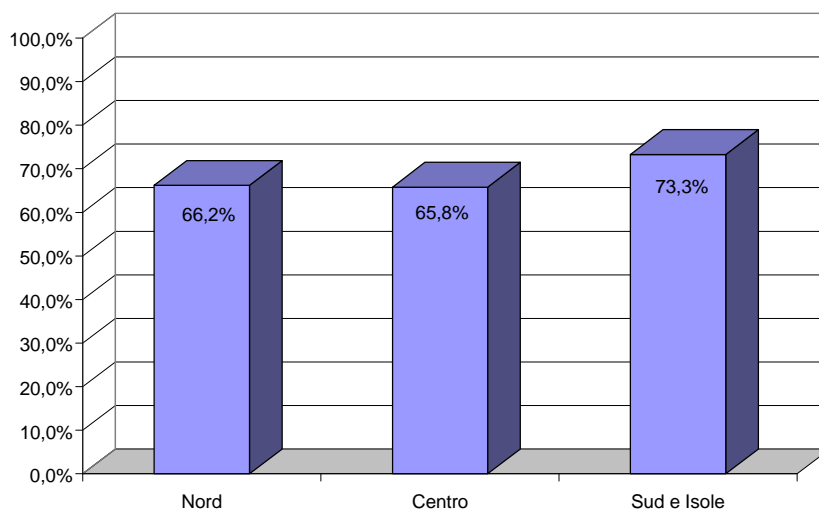


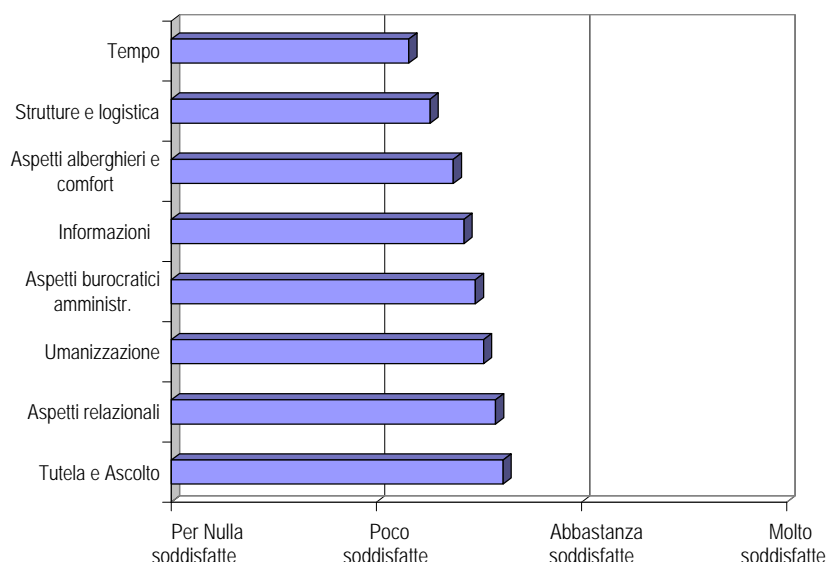
Figura 13: Percentuale di Strutture che ha raccolto pareri delle Associazioni, differenziate per area

*In generale,
il giudizio delle
Associazioni sull'operato
delle Strutture è
leggermente negativo*

Per quanto riguarda il contenuto dei pareri espressi dalle Associazioni, si può dire che, in generale, il loro giudizio sull'operato delle Strutture è negativo anche se in misura moderata: c'è un livello medio di insoddisfazione (risposta media che non arriva al giudizio di sufficienza rappresentato dalla risposta “*abbastanza soddisfatta*”) sia per quanto riguarda i miglioramenti ottenuti sulla qualità dei servizi sui diversi fattori di qualità, sia per quanto riguarda gli impegni sui temi della Carta (standard, gestione dei reclami, conferenza dei servizi e informazioni sui servizi).

Analizzando i due aspetti in particolare si può osservare come, per quanto riguarda i miglioramenti percepiti dalle Associazioni sui diversi di fattori di qualità (figura 14) c'è un discreto livellamento: le variazioni sono minime e il giudizio oscilla di poco all'interno della fascia compresa tra “*poco soddisfatte*” e “*abbastanza soddisfatte*”; in questo ambito l'unica considerazione che si può fare è che, a conferma di quanto emerso dall'analisi dei reclami, il picco negativo è in corrispondenza del fattore tempo di attesa per le prestazioni del quale viene confermata quindi la criticità.

*Figura 14: Livello di
soddisfazione
delle Associazioni
in merito ai miglioramenti
sui fattori di qualità*



In relazione ai giudizi riferibili¹⁷ alle diverse tipologie di Strutture si ripropone la stessa situazione di leggera oscillazione nell'ambito della fascia di giudizio citata (figura 15); tuttavia è possibile notare delle precise tendenze:

- ◆ Le Aziende USL tendono ad avere giudizi più severi delle Aziende ospedaliere se si eccettua i due fattori di strutture alberghiere e strutture e logistica fattori certamente e ovviamente più critici per le Strutture ospedaliere;

¹⁷ Alle Associazioni veniva chiesto di formulare un giudizio sulla Struttura che le aveva inviato la richiesta

- ◆ Le altre Strutture ricevono giudizi meno severi su tutti i fattori ad eccezione del fattore di tutela ed ascolto.

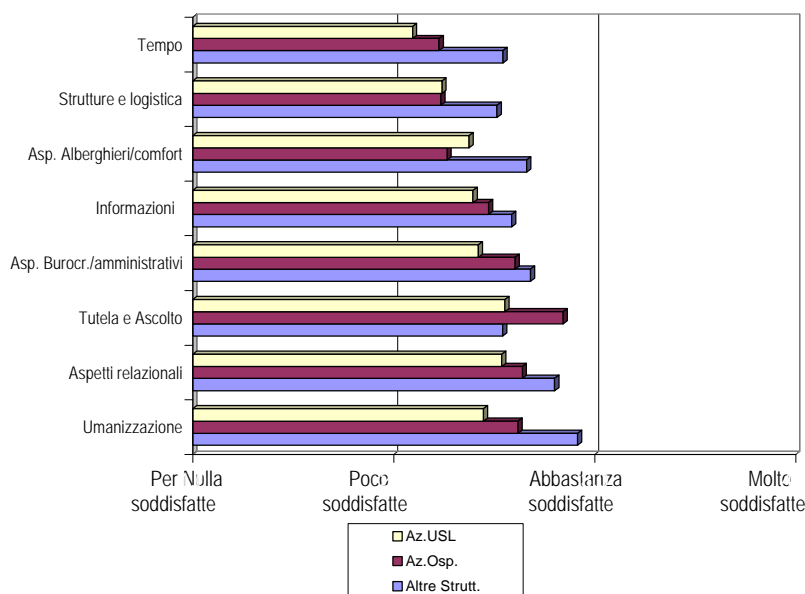


Figura 15: Livello di soddisfazione delle Associazioni in merito ai miglioramenti sui fattori di qualità differenziato per tipo di Struttura

Per quanto riguarda le diverse aree geografiche (figura 16) sembra esserci un sostanziale appaiamento per quanto riguarda nord e centro, mentre il sud si colloca tendenzialmente in posizione più critica.

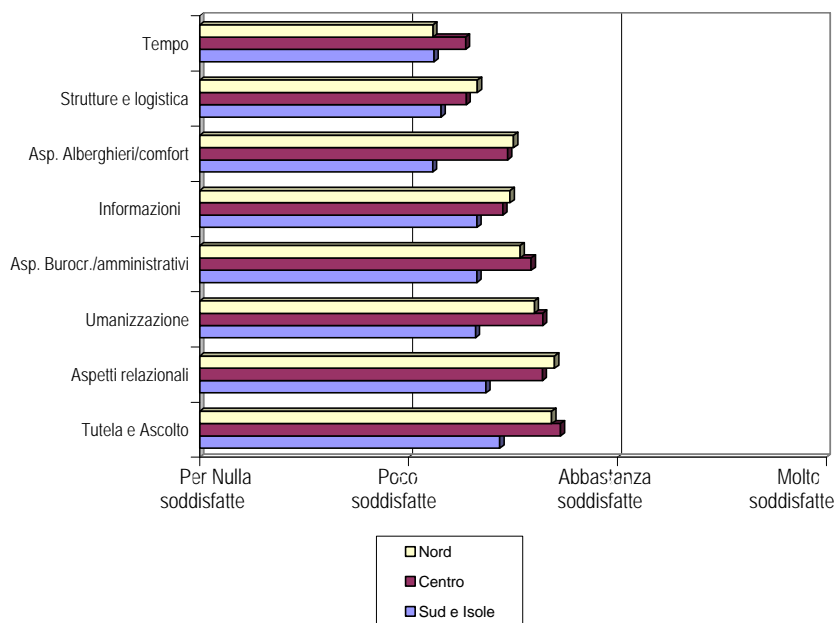
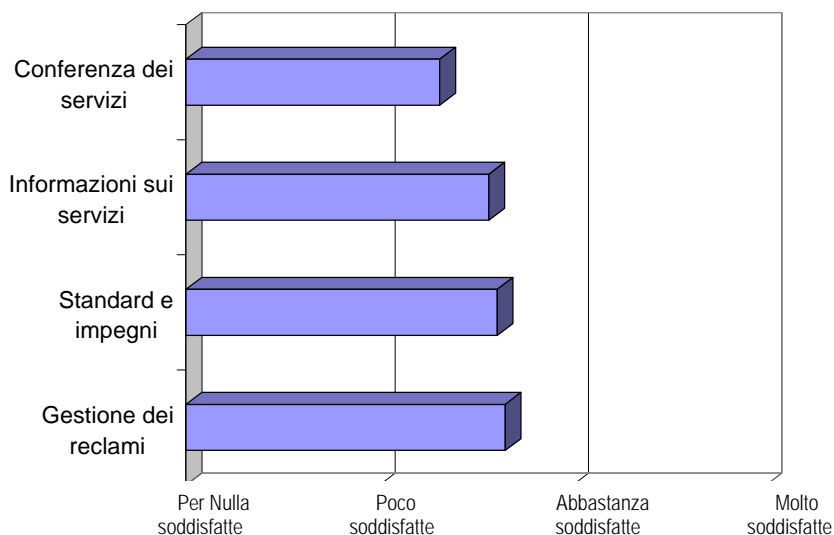


Figura 16: Livello di soddisfazione delle Associazioni in merito ai miglioramenti sui fattori di qualità differenziato per area geografica

Anche in relazione agli impegni assunti da parte delle Strutture sui temi della Carta, le Associazioni mantengono un atteggiamento critico che si evidenzia per un aspetto che vede in primo piano coinvolte le Associazioni ovvero quello della Conferenza dei servizi (figura 17) che è comunque confermato dal basso livello di attuazione riscontrato nei dati

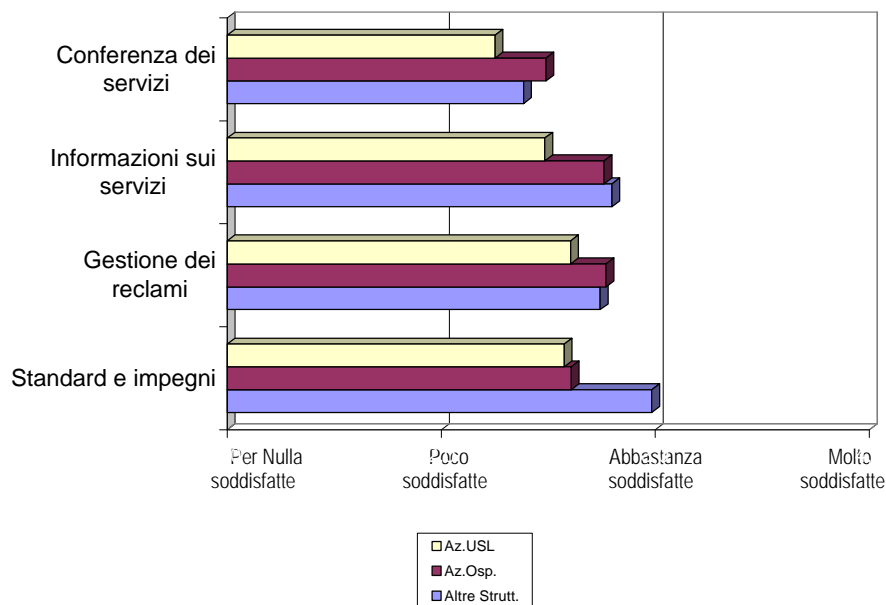
dell'autovalutazione: nel periodo di riferimento solo il 36,4% delle Strutture ha realizzato la Conferenza dei servizi e in queste il numero medio è di 2 conferenze per Struttura.

Figura 17: Livello di soddisfazione delle Associazioni in merito agli impegni delle Strutture sui temi della Carta



Rispetto alle differenze per tipologia di Struttura (figura 18) si può osservare, sempre nell'ambito di oscillazioni minime un giudizio tendenzialmente peggiore per le Aziende USL rispetto sia alle ospedaliere che alle altre Strutture e un picco in positivo (raggiunge quasi la sufficienza) per quanto riguarda lo sforzo delle altre Strutture sul tema degli standard e degli impegni (da verificare con i dati dell'autovalutazione).

Figura 18: Livello di soddisfazione delle Associazioni in merito agli impegni delle Strutture sui temi della Carta differenziato per tipo di Struttura



Infine per quanto riguarda le diverse aree geografiche (figura 19) si nota la stessa tendenza del giudizio sui miglioramenti nei fattori di qualità, ovvero quella di un giudizio generalmente leggermente peggiore per le Strutture del Sud.

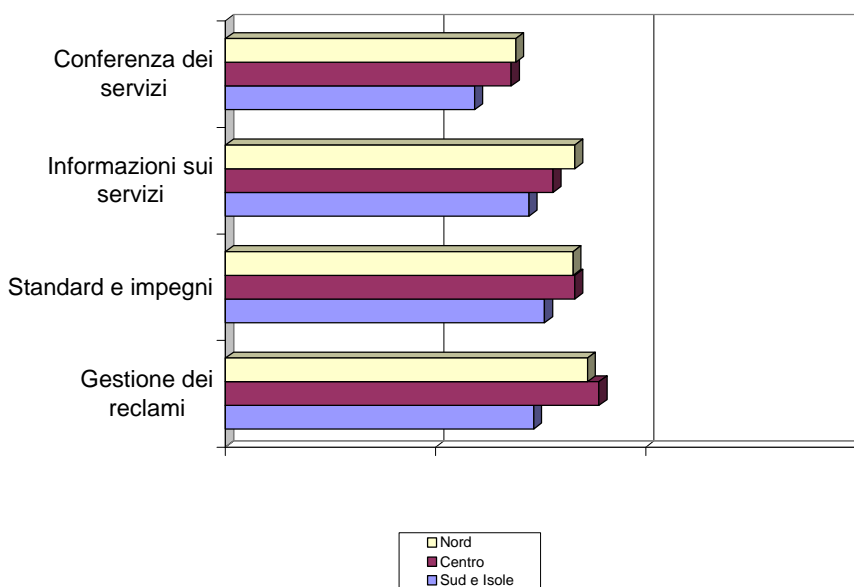


Figura 19: Livello di soddisfazione delle Associazioni in merito agli impegni delle Strutture sui temi della Carta differenziato per aree geografiche

In generale dalla considerazione delle voci esterne alle Strutture emerge un quadro caratterizzato dalla presenza di elementi critici in particolar modo per quanto riguarda i tempi di attesa, elemento che si ritrova nei reclami anche della precedente valutazione ed è confermato dai pareri espressi dalle Associazioni.

Esiste poi una discreta differenziazione di elementi che emergono dal confronto delle diverse tipologie di Strutture e dalle diverse aree geografiche, alcune delle quali potrebbero essere prese come spunto per ulteriori indagini.

CAPITOLO III STATO DI ATTUAZIONE

3.1 INTRODUZIONE	99
3.2 L'ADOZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA CARTA	100
3.3 LA VERIFICA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA CARTA	105
3.4 IL COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE	110
3.5 LA DIFFUSIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE DEI RECLAMI	113
3.6 LA REALIZZAZIONE DI INDAGINI DI SODDISFAZIONE	115
3.7 LE CONFERENZE DEI SERVIZI.....	119
3.8 L'ADOZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ	122

3.1 Introduzione

Lo scopo del capitolo è fornire un quadro generale dello Stato di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale.

Il periodo di riferimento della rilevazione va da agosto 1996 (data di aggiornamento del precedente Rapporto di valutazione) a marzo 1998.

I dati presentati in questo capitolo derivano dall'elaborazione delle schede di autovalutazione inviate al Ministero della sanità dalle singole Strutture del Servizio sanitario. Ricordiamo che sono state invitate a partecipare al processo di valutazione le Aziende USL ed ospedaliere e, per la prima volta, i Policlinici, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), gli Ospedali classificati e le Case di cura private accreditate con un numero di posti letto uguale o superiore a 200 (e con una proporzione di posti letto per lungodegenza non superiore al 50% del totale). Si tratta, con la sola eccezione delle Case di cura accreditate che, per ragioni tecniche, sono state selezionate con le modalità già viste, della totalità dei soggetti che erogano servizi pubblici sanitari. Ha partecipato alla valutazione l'85,6% delle Strutture invitate, suddivise in relazione al tasso di partecipazione ed alla tipologia, nel seguente modo:

- 96,9% di Aziende USL
- 91,9% di Aziende ospedaliere
- 66,0% di IRCCS
- 80,0% di Policlinici
- 48,8% di Ospedali classificati
- 70,7% di Case di cura

Percentuale di risposta all'autovalutazione delle diverse tipologie di Strutture

I dati illustrati nel capitolo seguente fanno tutti riferimento a questo specifico insieme di Strutture.

Il capitolo si suddivide in sette paragrafi che trattano l'attuazione e i principali temi della Carta dei servizi:

1. *L'adozione e la diffusione della Carta*
2. *La verifica del raggiungimento degli obiettivi della Carta*
3. *Il coinvolgimento del personale*
4. *La diffusione dei sistemi di gestione dei reclami*
5. *La realizzazione delle indagini di soddisfazione*
6. *Le Conferenze dei servizi*
7. *L'adozione degli standard*

Aspetti analizzati per l'analisi dell'attuazione della Carta

3.2 L'adozione e la diffusione della Carta

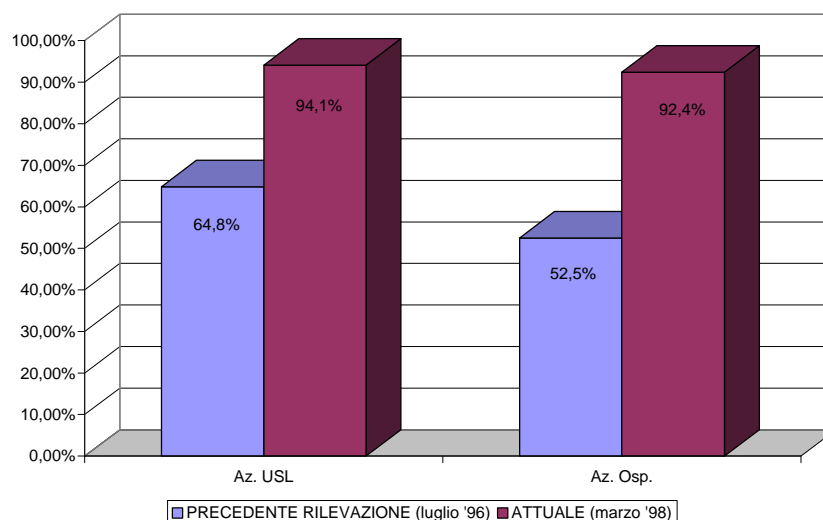
Oltre il 90% delle Aziende sanitarie ha adottato la Carta

Al 31 marzo 98 la Carta dei servizi è stata adottata dal 94,1% di Aziende USL e dal 92,4% di Aziende ospedaliere che hanno risposto alla valutazione.

Il dato evidenzia un tasso di adozione della Carta dei servizi pubblici sanitari molto significativo, probabilmente il più elevato della Pubblica amministrazione.

Il processo di adozione della Carta dei servizi registra anche una crescita costante: l'incremento, rispetto alla precedente valutazione, risulta di circa 30 punti percentuali nelle Aziende USL e di circa 40 nelle Aziende ospedaliere (figura 20).

Figura 20 - Percentuale di Aziende USL ed ospedaliere che ha adottato la Carta dei servizi al 31 marzo 1998 e confronto con i dati della precedente valutazione, luglio 1996



La crescita dell'adozione della Carta si evidenzia nella stessa misura su tutto il territorio nazionale

La suddivisione dei dati per area geografica (nord, centro e sud) mette in luce uno sviluppo "armonioso" del processo di attuazione della Carta dei servizi: la percentuale di Strutture che dichiara di aver adottato la Carta al Nord è del 87,6 %, al Centro del 84,9 % e al Sud del 90,2 %, dato lievemente maggiore delle altre due aree.

Anche le Strutture coinvolte per la prima volta nel processo di valutazione hanno adottato la Carta in misura significativa: circa il 70% di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), di Ospedali classificati e di Case di cura che ha partecipato alla valutazione dichiara di aver adottato la Carta dei servizi. Nei Policlinici solo una Struttura su due ha adottato la Carta (figura 21).

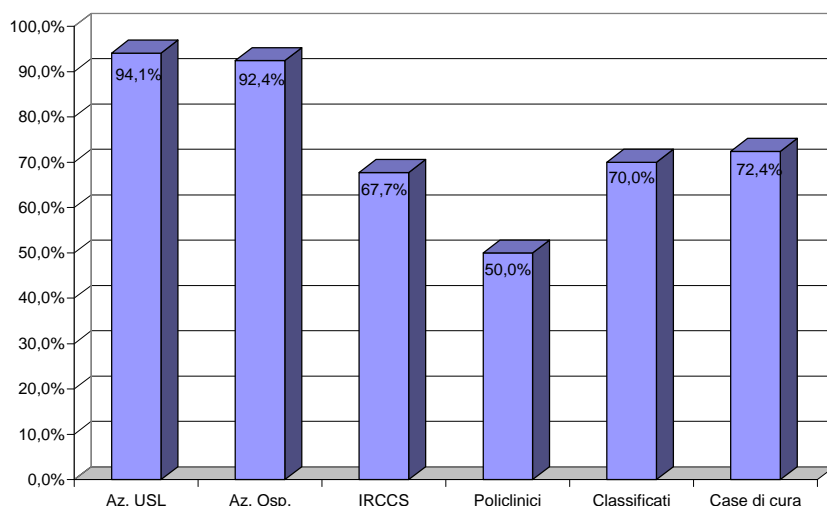


Figura 21 - Percentuale di Strutture che ha adottato la Carta dei servizi al 31 marzo 1998, per tipologia

Si rileva dunque un tasso di adozione della Carta particolarmente significativo nella maggior parte delle Strutture del Servizio sanitario nazionale (l'87,9% su tutte le Strutture). Il processo di adozione della Carta deve tuttavia, essere completato sia pure in modo differenziato nelle diverse tipologie di Struttura.

L'87,9% delle Strutture sanitarie ha adottato la Carta

I tre maggiori ostacoli incontrati dalle Strutture che non hanno ancora adottato la Carta sono, nell'ordine, i seguenti: "cultura ostile", incertezza del contesto istituzionale e difficoltà nell'approccio tecnico-metodologico agli obiettivi della Carta (figura 22).

Le difficoltà legate alla "cultura" sono il principale ostacolo allo sviluppo della Carta

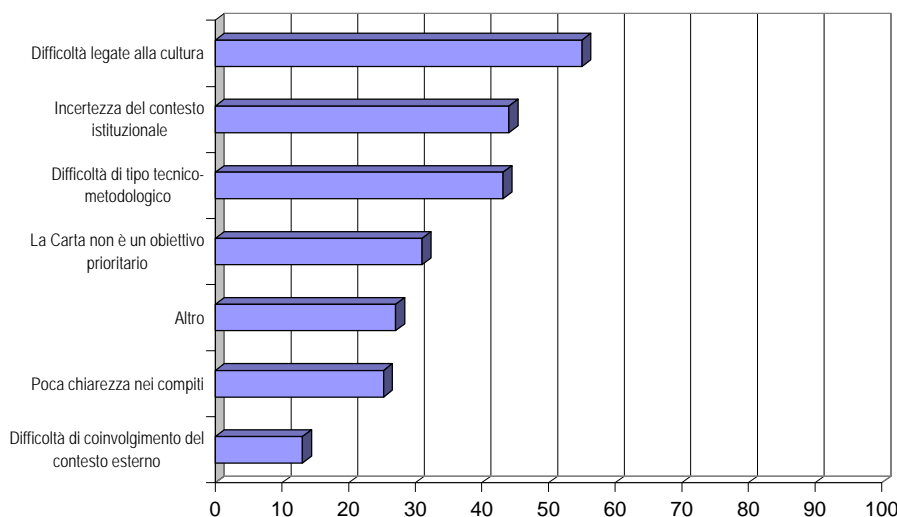


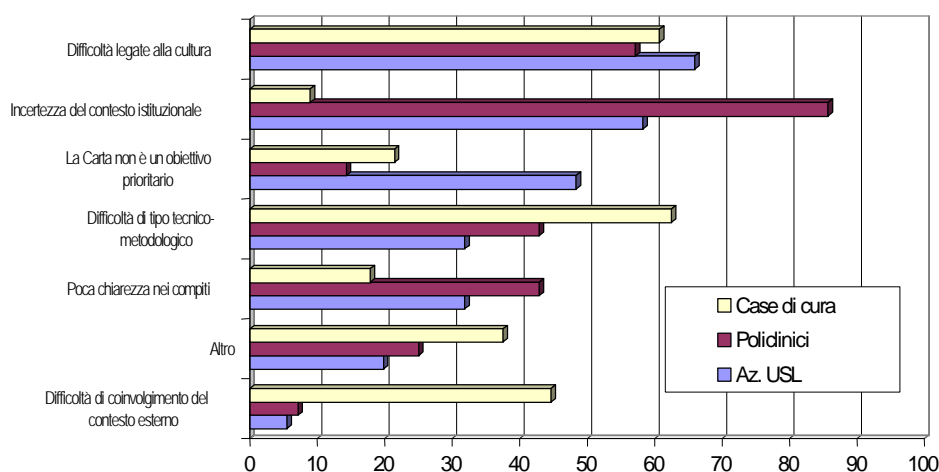
Figura 22 - Indice dell'importanza degli ostacoli all'adozione della Carta

(L'indice è espresso in centesimi dove 100 indica l'importanza massima, e 0 l'importanza minima di ciascun ostacolo rispetto agli altri)

Gli ostacoli variano in relazione alla tipologia di Struttura. Per le Aziende USL la difficoltà maggiore è costituita dalla presenza di un clima culturale ostile, per i Policlinici l'ostacolo principale è rappresentato dall'incertezza del contesto istituzionale mentre le Case di cura dichiarano più frequentemente difficoltà di tipo tecnico-metodologico (figura 23).

Figura 23 - Indice dell'importanza degli ostacoli all'adozione della Carta differenziato per USL, Policlinici e Case di cura

(L'indice è espresso in centesimi dove 100 indica l'importanza massima e 0 l'importanza minima)



L'elevato tasso di adozione della Carta rilevato con il processo di autovalutazione sta sicuramente a significare che una rilevante parte delle Strutture del Servizio sanitario nazionale ha saputo misurarsi con un provvedimento fortemente innovativo come la Carta dei servizi.

Esiste una rete di referenti della Carta dei servizi costituita da operatori presenti nel 92% delle Strutture

La maggior parte delle Strutture, inoltre, ha perseguito l'obiettivo di adottare la Carta dei servizi attraverso l'individuazione di specifici operatori che costituiscono la rete nazionale dei referenti aziendali della Carta dei servizi: il 92,2% delle Strutture, la quasi totalità, dichiara infatti di aver nominato un Referente aziendale per la Carta dei servizi.

Esiste anche una rete di referenti regionali che svolge una articolata attività di sostegno alla Carta

Inoltre ogni Regione ha individuato un Referente regionale per la Carta dei servizi: alcune Regioni hanno anche istituito specifiche strutture per monitorare il processo di attuazione della Carta (vedi allegato al capitolo I). L'attività regionale a sostegno della Carta risulta articolata e importante: si va dall'istituzione di apposite strutture a sostegno dell'attuazione (in tredici Regioni), all'individuazione di meccanismi istituzionali di incentivazione (l'adozione della Carta è spesso inserita tra i criteri di valutazione dei Direttori generali e tra i criteri di accreditamento) all'organizzazione di attività sistematica di formazione su temi specifici dedicati alla Carta oltre alla partecipazione al Programma nazionale di sostegno e valutazione del processo di attuazione della Carta dei servizi.

Il 61,5% delle Strutture dichiara di aver istituito organismi per il miglioramento della qualità dei servizi

Va infine rilevato che l'adozione della Carta dei servizi si inserisce in un contesto, come è già stato ampiamente illustrato nel capitolo sull'ascolto dei cittadini, che vede una ormai rilevante attività istituzionale destinata a reperire risorse ed ad individuare strutture (es. Urp e Strutture per la qualità) per perseguire obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi e di attenzione al cittadino.

L'87% delle Strutture dichiara di aver attivato l'URP

Il 61,5% delle Strutture coinvolte nell'indagine dichiara, inoltre, di aver istituito organismi specifici per conseguire l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni (figura 24) e l'87% delle Strutture ha attivato gli Uffici relazioni con il pubblico (figura 25).

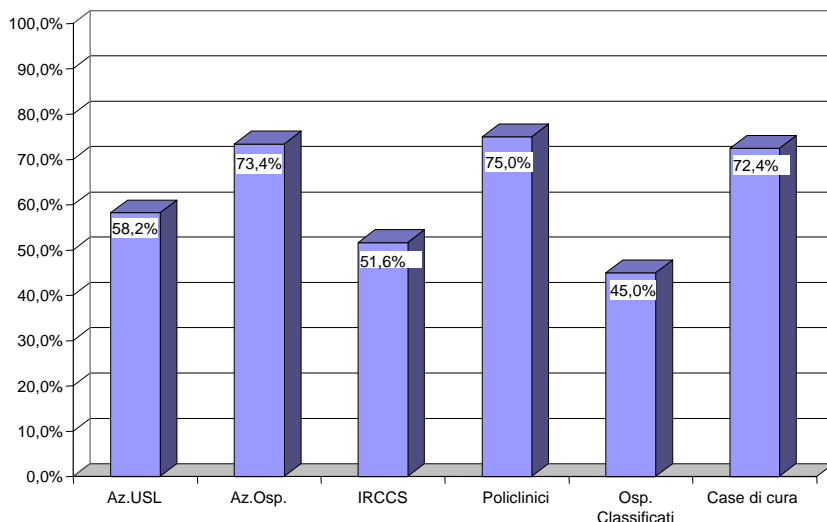


Figura 24 - Percentuale di Strutture che ha attivato organismi specifici per il sostegno allo sviluppo della qualità dei servizi

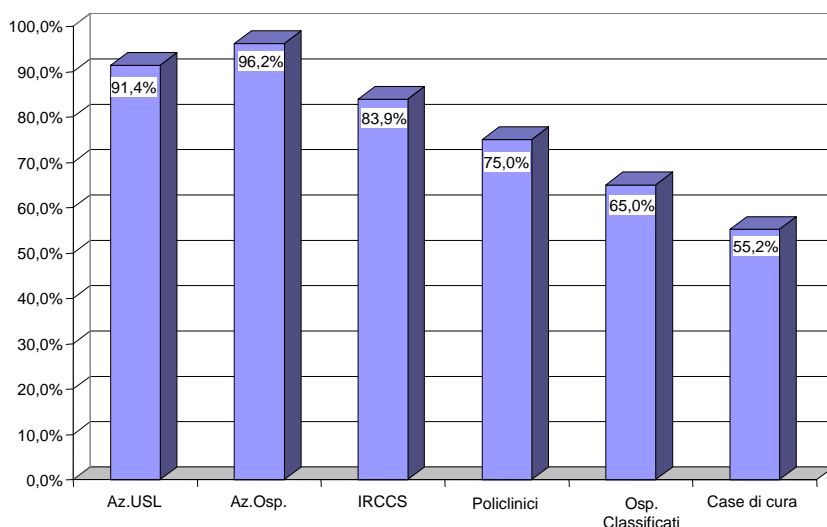


Figura 25 - Percentuale di Strutture che ha attivato gli URP

I dati descrivono una situazione di rilevante attenzione aziendale al tema del miglioramento della qualità delle prestazioni e delle comunicazioni.

La Carta dei servizi, tuttavia, rispetto ad altri strumenti che concorrono a migliorare la qualità delle prestazioni, presenta la caratteristica di essere un patto formalizzato, scritto, tra cittadini e Azienda/Struttura sanitaria.

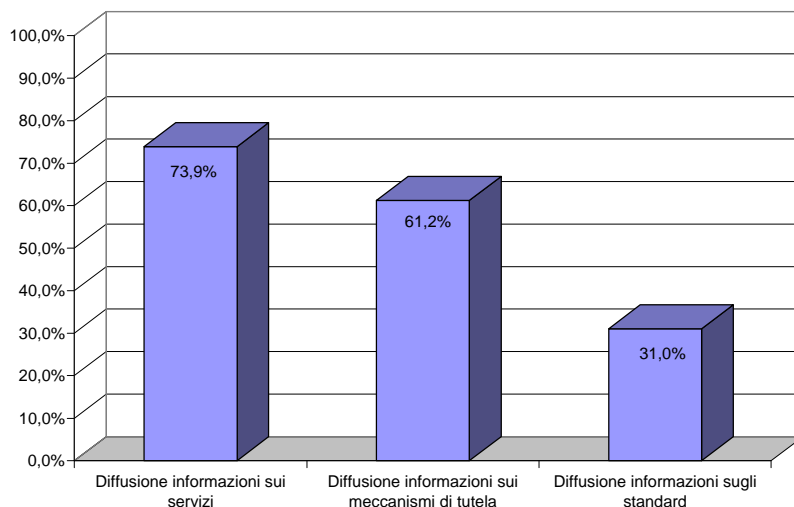
La conoscenza della Carta dei servizi da parte dei cittadini costituisce quindi un elemento essenziale del patto: se la Carta non è effettivamente comunicata ai cittadini e non è da questi accettata e condivisa, non esiste. La comunicazione costituisce quindi una componente irrinunciabile della Carta dei servizi.

La percentuale delle Strutture sanitarie che dichiara di aver diffuso informazioni sulla Carta dei servizi è piuttosto elevata: il 77,3% di Strutture dichiara di aver pubblicizzato la Carta dei servizi. Alta è anche la percentuale di Strutture che ha diffuso informazioni riguardanti i servizi e i meccanismi di tutela (figura 26).

La conoscenza della Carta da parte dei cittadini costituisce un elemento essenziale

Il 77,3% delle Strutture dichiara di aver diffuso informazioni sulla Carta

Figura 26 - Percentuale di Strutture che ha svolto attività di diffusione di informazioni sulle varie tematiche della Carta



Secondo le stime delle Strutture la Carta è conosciuta da meno del 10% dei cittadini

Va tuttavia rilevato che solo il 7,9% di Strutture dichiara di aver realizzato qualche iniziativa per verificare la conoscenza della Carta da parte dei cittadini.

Richiesto alle stesse Strutture di stimare il livello di conoscenza della Carta dei servizi da parte dei cittadini, si ottengono valori generalmente inferiori al 10% con una punta minima dell'1% per i Policlinici; dello stesso parere sono le Associazioni alle quali è stata richiesta la stessa stima.

Per le prime riflessioni su questo dato, sicuramente il più critico dell'intero processo di adozione della Carta, si rimanda alle Conclusioni.

3.3 La verifica del raggiungimento degli obiettivi della Carta

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, “Principi sull’erogazione dei servizi pubblici”, più conosciuta come la direttiva sulla Carta dei servizi, individua i principi cui deve ispirarsi l’erogazione dei servizi pubblici e prevede alcuni strumenti per l’attuazione di tali principi. In generale disegna un vero e proprio sistema di garanzia della qualità del servizio, attuato con la partecipazione dei cittadini.

Dalla rilevazione compiuta risulta che “il miglioramento delle relazioni con gli utenti”, l’”introduzione di nuovi strumenti” e “il miglioramento della qualità del servizio” sono i principali obiettivi che le Strutture intendono conseguire attraverso la Carta dei servizi (figura 27).

Il miglioramento delle relazioni con gli utenti è l’obiettivo primario del processo di attuazione della Carta

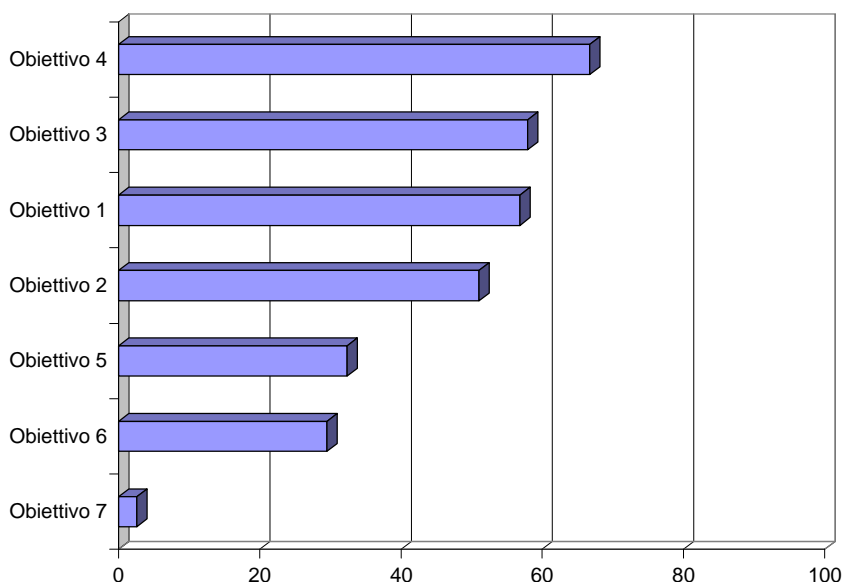


Figura 27 - Indice dell'importanza degli obiettivi dell'adozione della Carta

(L'indice è espresso in centesimi dove 100 indica l'importanza massima, e 0 l'importanza minima di ciascun ostacolo rispetto agli altri)

Legenda

Obiettivo 1	Miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio
Obiettivo 2	Coinvolgimento/sensibilizzazione del personale sui temi della qualità dei servizi
Obiettivo 3	Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi (reclami, standard...)
Obiettivo 4	Miglioramento delle relazioni con gli utenti
Obiettivo 5	Adeguamento alla normativa
Obiettivo 6	Miglioramento dell'immagine aziendale
Obiettivo 7	Altro

Per quanto riguarda le diverse tipologie di Strutture, il “Miglioramento delle relazioni con gli utenti” risulta essere l’obiettivo principale delle Aziende USL, degli IRCCS e degli Ospedali classificati.

Per i Policlinici, le Case di cura e le Aziende ospedaliere l'obiettivo principale è, invece, costituito dal "miglioramento di aspetti della qualità del servizio" mentre l' "Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità" costituisce l'obiettivo primario delle Aziende ospedaliere.

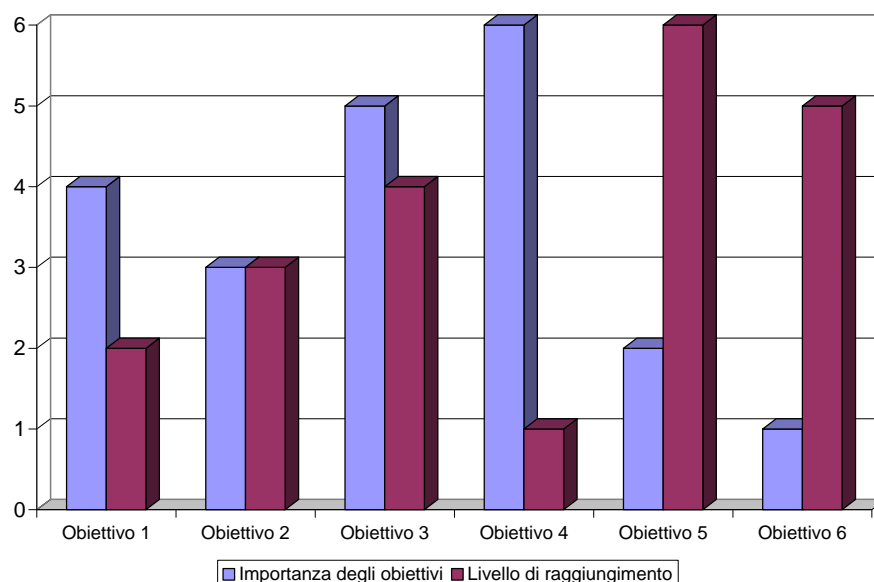
Infine, l' "Adeguamento alla normativa" e il "Miglioramento dell'immagine aziendale" risultano essere, per l'insieme delle Strutture, obiettivi relativamente secondari.

Se si confronta l'importanza attribuita agli obiettivi della Carta dei servizi con la stima del loro raggiungimento (figura 28), si rileva che le Strutture ritengono di aver conseguito con l'adozione della Carta soprattutto due obiettivi considerati relativamente secondari: l' "adeguamento alla normativa" e il "miglioramento dell'immagine aziendale".

Gli obiettivi più importanti risultano essere i meno raggiunti

Figura 28 - Confronto tra livello d'importanza e livello di raggiungimento degli obiettivi della Carta

(Il confronto tra gli indicatori di importanza e di raggiungimento è effettuato in senso ordinale dove il valore 6 corrisponde rispettivamente alla massima importanza o massimo raggiungimento e il valore 1 alla minima importanza o raggiungimento)



Legenda

Obiettivo 1	Miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio
Obiettivo 2	Coinvolgimento/sensibilizzazione del personale sui temi della qualità dei servizi
Obiettivo 3	Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi (reclami, standard...)
Obiettivo 4	Miglioramento delle relazioni con gli utenti
Obiettivo 5	Adeguamento alla normativa
Obiettivo 6	Miglioramento dell'immagine aziendale

Il mancato conseguimento degli obiettivi primari è ascrivibile, a giudizio le Aziende USL, delle Aziende ospedaliere e delle Case di cura, in primo luogo a “difficoltà di tipo tecnico-metodologico” (figura 29).

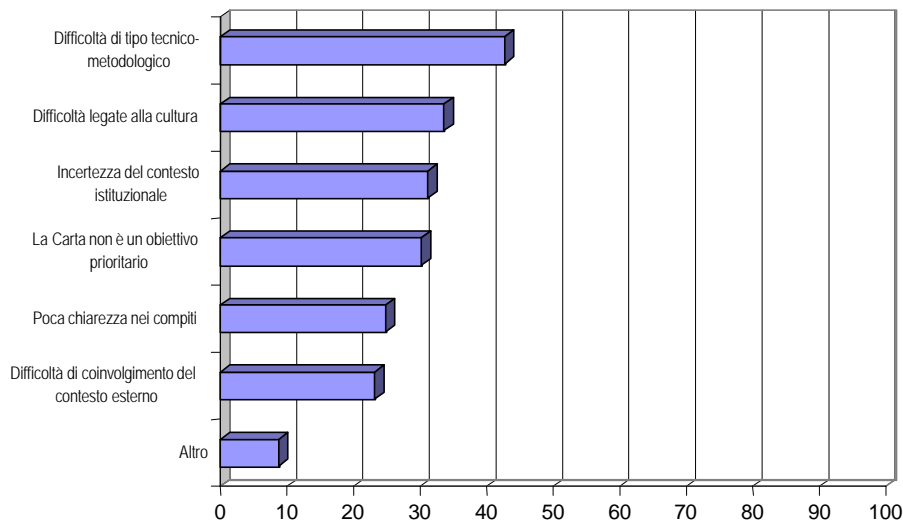


Figura 29 - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi

(L'indice è espresso in centesimi dove 100 indica l'importanza massima, e 0 l'importanza minima di ciascun ostacolo rispetto agli altri)

Per i Policlinici e per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico la Carta non costituisce un obiettivo prioritario delle Strutture e questa è la ragione principale del mancato conseguimento di obiettivi specifici.

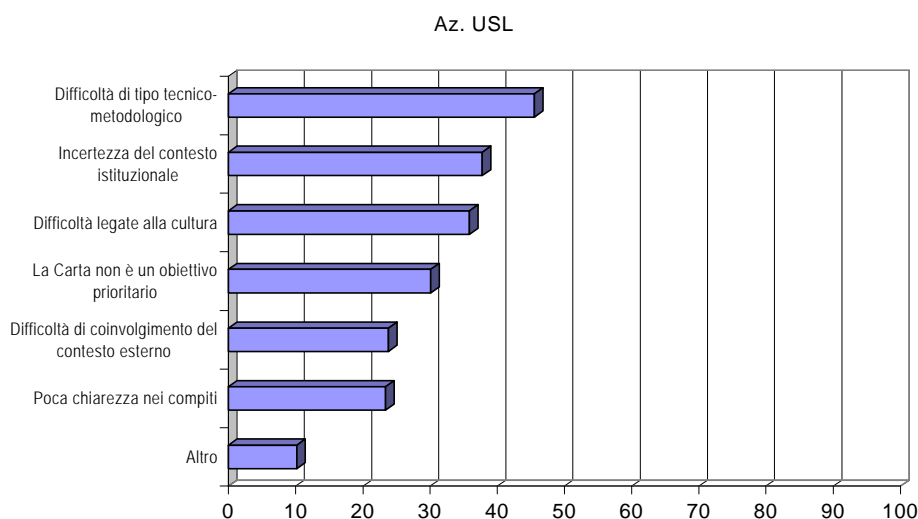


Figura 29a - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi (per Aziende USL)

Figura 29b - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi (per Aziende ospedaliere)

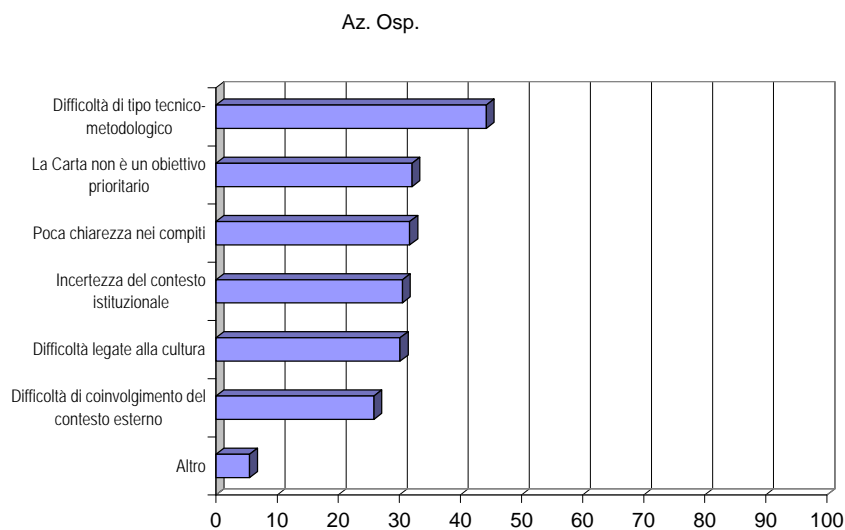


Figura 29c - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi (per IRCCS)

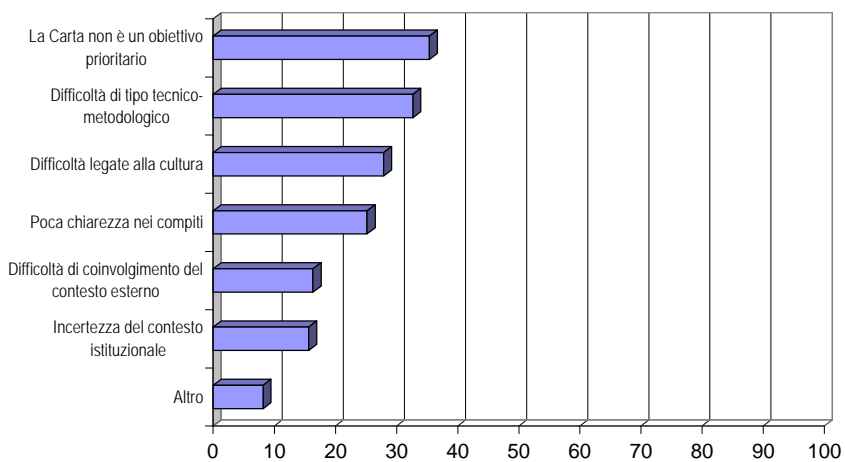
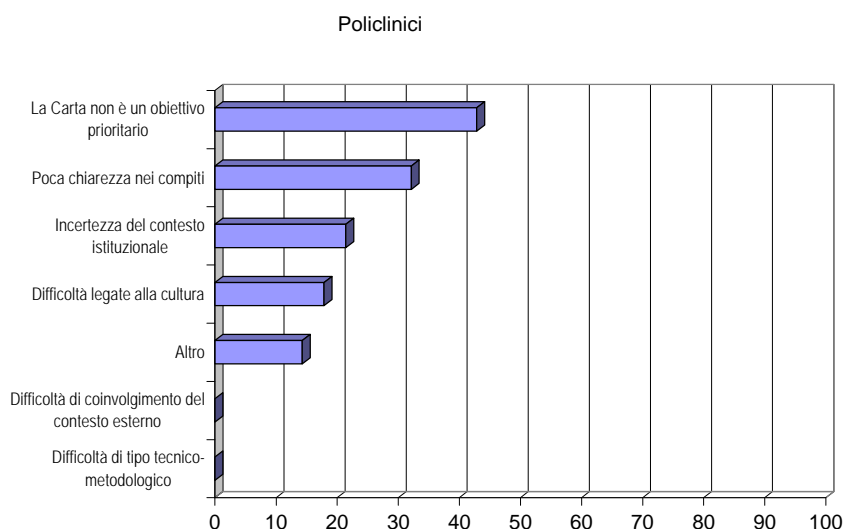


Figura 29d - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi (per Policlinici)



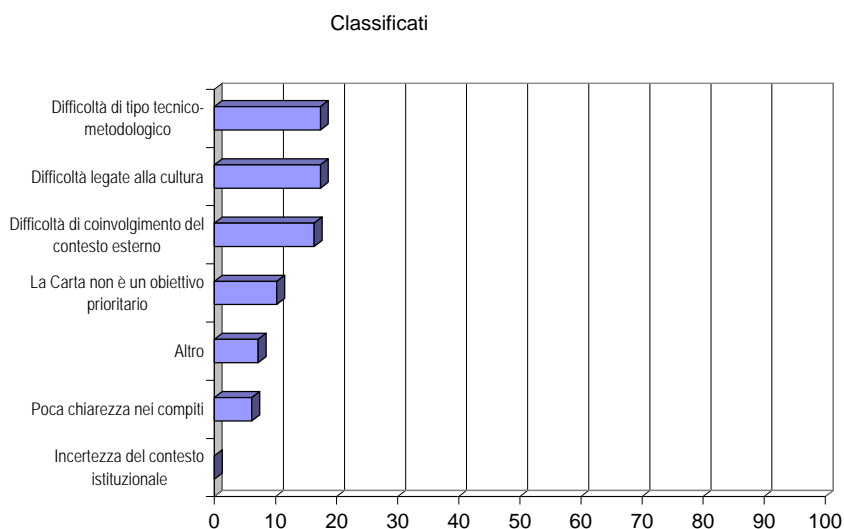


Figura 29e - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi (per Istituti classificati)

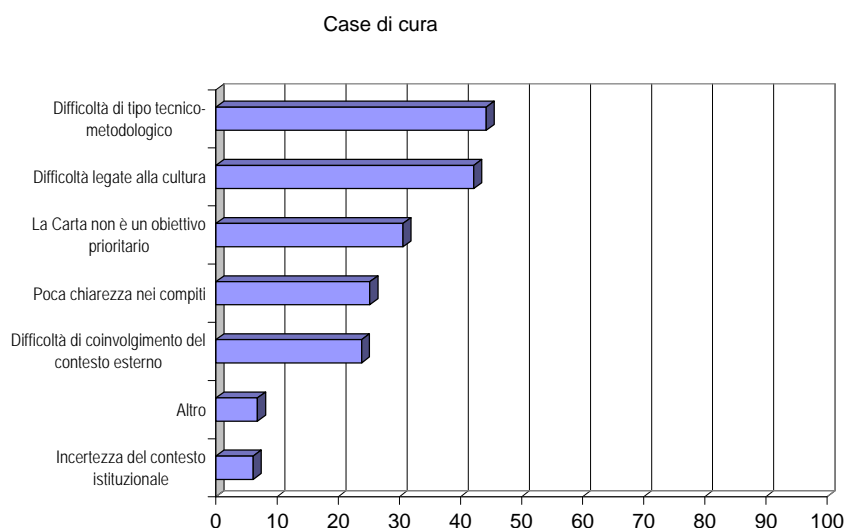


Figura 29f - Indice di priorità degli ostacoli incontrati nel raggiungimento degli obiettivi (per Case di cura)

3.4 Il coinvolgimento del personale

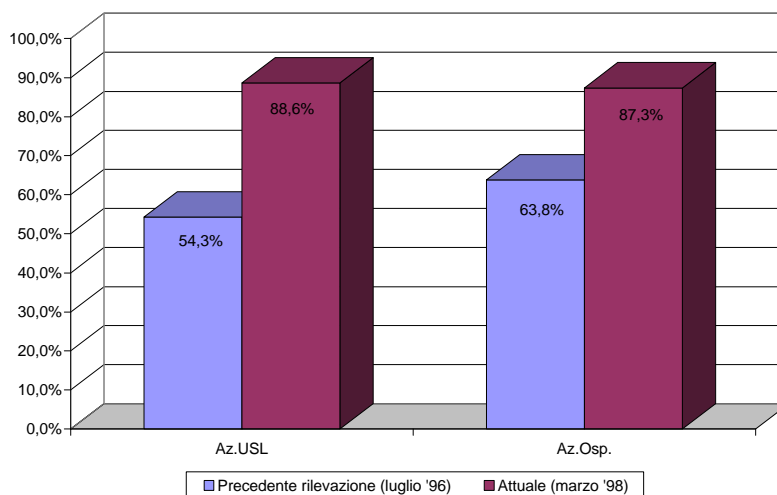
Per perseguire il principale obiettivo della Carta dei servizi, migliorare le prestazioni a partire dall'esperienza degli utenti, appare necessario coinvolgere nelle azioni di miglioramento il personale e, in particolare, quello a diretto contatto con gli utenti. Senza questo coinvolgimento si corre il rischio di adottare solo formalmente la Carta, operazione che non può dare avvio, da sola, a processi di miglioramento della qualità dei servizi.

Sia le Strutture che hanno adottato la Carta dei servizi, sia quelle che intendono adottarla, dichiarano di aver messo in atto azioni per coinvolgere il personale sui temi della Carta dei servizi (oltre l'86,3% delle Strutture coinvolte nell'attuale valutazione). Anche in questo caso si registra una tendenza positiva: il numero di Aziende USL ed

Il coinvolgimento del personale è un elemento irrinunciabile e costitutivo del processo di attuazione della Carta dei servizi

L'86,3% delle Strutture ha coinvolto il personale sui temi della Carta

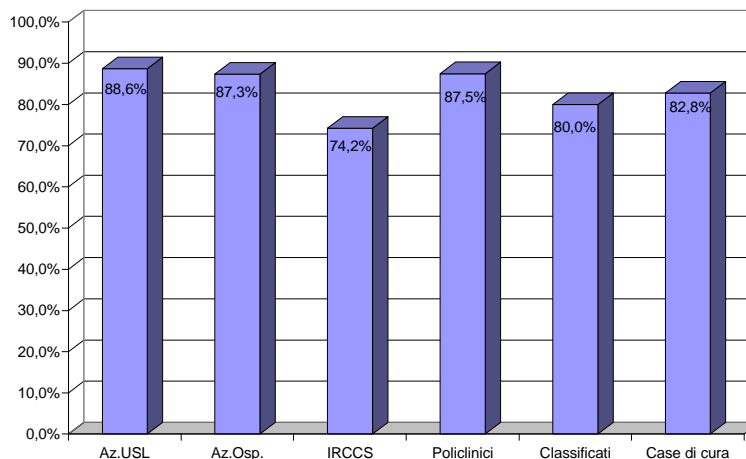
Figura 30 - Percentuale di Aziende USL e ospedaliere che ha effettuato azioni di coinvolgimento del personale: confronto con la precedente valutazione



ospedaliere che dichiara di aver messo in atto azioni di coinvolgimento del personale sui temi della Carta dei servizi, è aumentato di circa 30 punti percentuali rispetto alla precedente valutazione (figura 31).

Elevati livelli di coinvolgimento del personale, intorno all'80%, si rilevano anche nelle Strutture coinvolte per la prima volta dal processo di valutazione (figura 33).

Figura 31 - Percentuale di Strutture che ha effettuato azioni di coinvolgimento del personale, differenziazione per tipologia



La distribuzione geografica delle Strutture evidenzia la presenza di elevati livelli di coinvolgimento del personale: il 90,6% di Strutture del nord, l'86,3% del centro e il 78,6% del sud dichiara di aver effettuato interventi per coinvolgere il personale sui temi della Carta dei servizi.

Quale tipo di personale è stato coinvolto dalle Strutture sui temi della Carta dei servizi e in che misura?

Le Strutture hanno coinvolto in misura particolarmente rilevante (e cioè oltre il 75% di operatori di una stessa categoria) soprattutto le seguenti tipologia di operatori;

- “Alta dirigenza” (il 43,8% di Strutture);
- Personale di front-line (il 21,5% di Strutture)
- Infermieri e capisala (il 12,6% di Strutture)
- Personale medico (l'11,5% di Strutture)
- Personale amministrativo (il 7,9% di Strutture)

Infine poco più del 6% di Strutture dichiara di aver coinvolto, in maniera rilevante, il personale convenzionato sia interno che esterno (il 6,8% i Medici di medicina generale, il 6,5% i Pediatri di libera scelta, il 4,7% gli Specialisti ambulatoriali).

Per quanto riguarda le modalità utilizzate per il coinvolgimento rispetto alle diverse categorie di persone vengono riportati i dati nella tabella 11.

	Modalità di coinvolgimento			
	Elaborazione, distribuzione e diffusione della Carta	Iniziativa di informazione, formazione ed aggiornamento	Inserimento di obiettivi inerenti alla Carta nel sistema premiante	Predisposizione di interventi di miglioramento
Personale front-line	38,1%	45,9%	6,7%	16,1%
Personale amministrativo	38,6%	28,5%	5,4%	10,6%
Personale medico	46,1%	27,7%	9,3%	15,0%
Infermieri e capisala	41,7%	35,0%	9,3%	15,8%
Alta dirigenza	48,7%	19,2%	8,8%	14,2%
Medici medicina gener.	30,1%	10,6%	0,8%	3,4%
Pediatri di libera scelta	27,2%	8,5%	0,5%	3,4%
Specialisti ambulatoriali	21,8%	6,5%	1,0%	3,4%

Il coinvolgimento del personale è elevato sia al Nord che al Sud d'Italia

Le categorie di personale più frequentemente coinvolte sono l'alta dirigenza e il front-line

Tabella 11 - Percentuale di Strutture che ha utilizzato le diverse modalità di coinvolgimento rispetto a ciascuna categoria di personale

L'analisi di questi dati evidenzia alcuni aspetti interessanti:

- il personale di front-line è stato maggiormente coinvolto in iniziative di informazione, formazione e aggiornamento sui temi della Carta;
- relativamente alla elaborazione, distribuzione e diffusione della Carta si rileva un elevato coinvolgimento dell'alta dirigenza, del personale medico, degli infermieri e dei capisala;

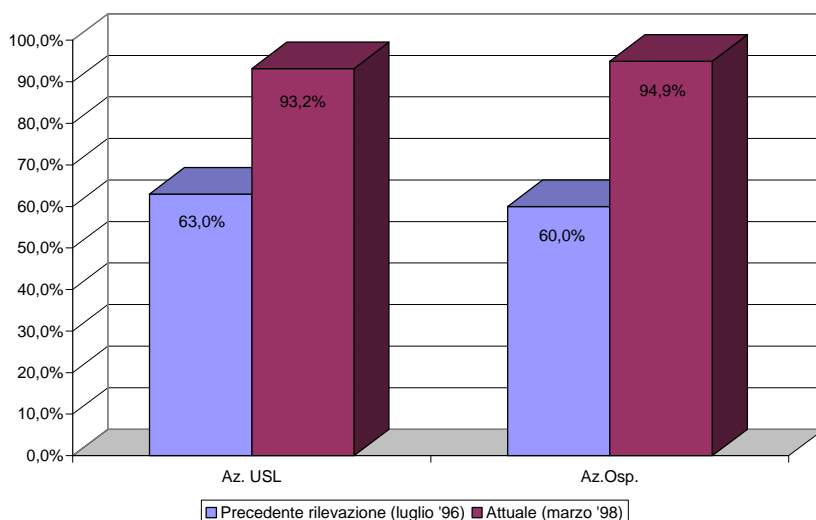
*Poco coinvolti i Medici di
medicina generale, i pediatri
di libera scelta e gli
specialisti ambulatoriali*

- complessivamente basso risulta il coinvolgimento del personale interno ed esterno convenzionato (specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta);
- molto basso, per tutto il personale, risulta l'inserimento degli obiettivi della Carta nel sistema premiante.

3.5 La diffusione dei sistemi di gestione dei reclami

Il 91,2% delle Strutture che ha partecipato alla valutazione possiede un sistema formalizzato o informale per la gestione dei reclami.

L'adozione di un sistema per la gestione dei reclami è inoltre un fenomeno in continua crescita: rispetto alla precedente valutazione la percentuale di Aziende USL e ospedaliere che ha adottato un sistema per la gestione dei reclami è aumentata di oltre 30 punti percentuali (figura 33).



Il 91,2% delle Strutture possiede un sistema per la gestione dei reclami

Figura 32 - Incremento nell'adozione del sistema di gestione dei reclami per Az. USL e Az. Osp.

In tutte le Strutture che hanno partecipato alla valutazione è stato adottato un sistema di gestione dei reclami in misura differente ma generalmente elevata. Esso risulta istituito nel:

- 93,2 % di Aziende USL;
- 94,9 % di Aziende ospedaliere;
- 83,9 % di IRCCS;
- 100 % di Policlinici
- 85 % di Ospedali classificati;
- 75,9 % di Case di cura.

L'analisi per area geografica non evidenzia significative differenze tra le Strutture che hanno istituito un sistema di gestione dei reclami.

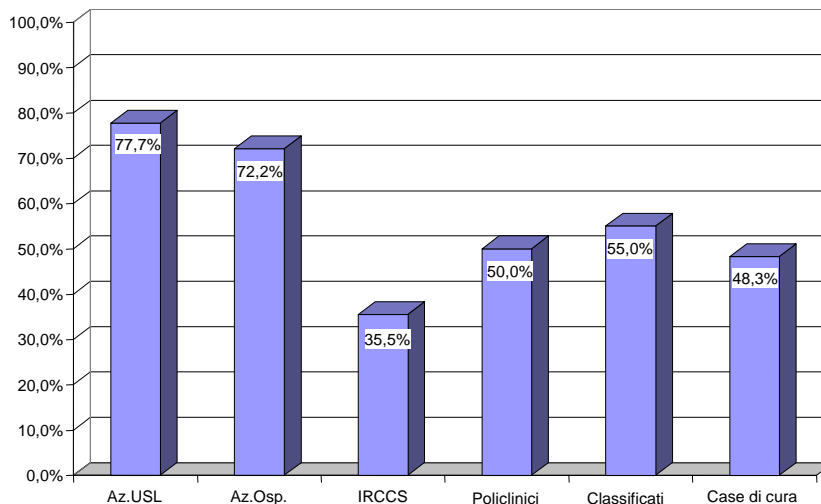
- Nord : 92,6 %;
- Centro: 91,8 %;
- Sud e isole: 88,4 %.

I sistemi di gestione dei reclami sono altamente diffusi in tutte le tipologie di Strutture

Quasi nulla la differenza tra Nord, Centro e Sud rispetto la presenza di un sistema di gestione dei reclami

Se è vero che la realizzazione dei sistemi per la gestione dei reclami è ampiamente diffusa, altrettanto non può dirsi per l'attività di informazione ai cittadini sulle possibilità di reclamare e sulle modalità per farlo (figura 34).

Figura 33 - Percentuale di Strutture sanitarie che ha pubblicizzato il diritto al reclamo differenziate per tipologia di Struttura



Non tutte le Strutture fanno sapere ai cittadini come "reclamare"

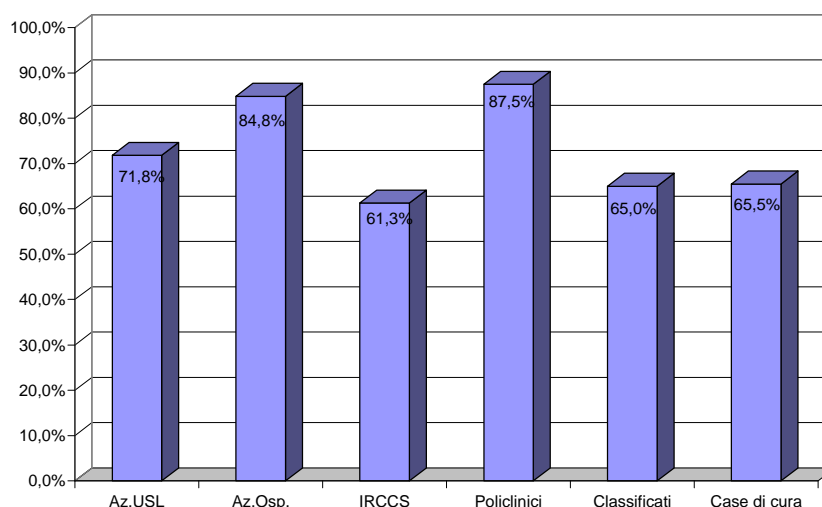
Circa $\frac{3}{4}$ delle Aziende USL ed ospedaliere hanno diffuso ai cittadini informazioni sulle modalità di accesso e di presentazione dei reclami; il dato si attesta su valori importanti ma inferiori a quelli rilevati per l'istituzione dei sistemi di gestione dei reclami. Nel caso delle Case di cura e degli IRCCS la percentuale si abbassa ulteriormente (v. figura 34).

Il 73,1% di Strutture ha messo in atto interventi di miglioramento della qualità a seguito dell'analisi dei reclami

L'analisi dei reclami ha messo in atto interventi di miglioramento della qualità dei servizi nel 73,1 % di Strutture.

Particolarmente reattivi alle segnalazioni di disservizio risultano essere i Policlinici (87,5%) e le Aziende ospedaliere (84,8%) come evidenziato nella figura seguente (figura 35).

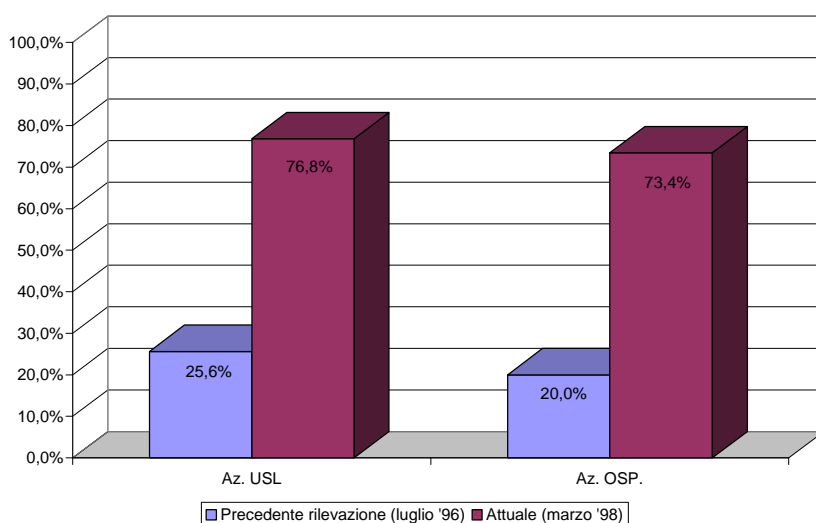
Figura 34 - Percentuale di Strutture che ha effettuato interventi di miglioramento a seguito di analisi dei reclami, differenziata per tipologia di Struttura



3.6 La realizzazione di indagini di soddisfazione

Le indagini di soddisfazione rappresentano, con i reclami e le Conferenze dei servizi, un sistema differenziato di verifica del rispetto degli impegni assunti dalle Strutture e, più in generale, del funzionamento dei servizi erogati così come viene percepito dai cittadini.

Le indagini finalizzate a misurare il grado di soddisfazione degli utenti sono aumentate, rispetto alla precedente valutazione, in modo straordinario. Nella precedente valutazione non più del 25 % di Aziende USL e ospedaliere aveva effettuato un'indagine di soddisfazione; a marzo 1998 il numero di Aziende che dichiara di averne effettuato almeno una sale, in modo del tutto impreveduto, a valori superiori al 70 % (figura 36).



Dal 25% a oltre il 70% l'incremento delle Strutture che ha effettuato indagini di soddisfazione rispetto alla precedente valutazione

Figura 35 - Percentuale di Strutture che ha effettuato indagini di soddisfazione: confronto con la precedente valutazione

Complessivamente, prendendo in considerazione tutte le Strutture, la percentuale di quelle che ha effettuato almeno una indagine di soddisfazione è pari al 75,5%.

La suddivisione geografica delle Strutture che dichiarano di aver effettuato almeno un'indagine di soddisfazione, non presenta significative differenze, confermando un dato costante nel processo di adozione della Carta dei servizi:

- Nord : 79,2 %;
- Centro: 76,7 %;
- Sud e isole: 67,9 %.

L'analisi per tipologia di Struttura evidenzia valori percentuali generalmente elevati. Nelle Strutture del Servizio sanitario si cominciano ad utilizzare in modo diffuso le indagini per misurare il grado di soddisfazione degli utenti.

La crescita delle indagini di soddisfazione si registra dal Nord al Sud d'Italia

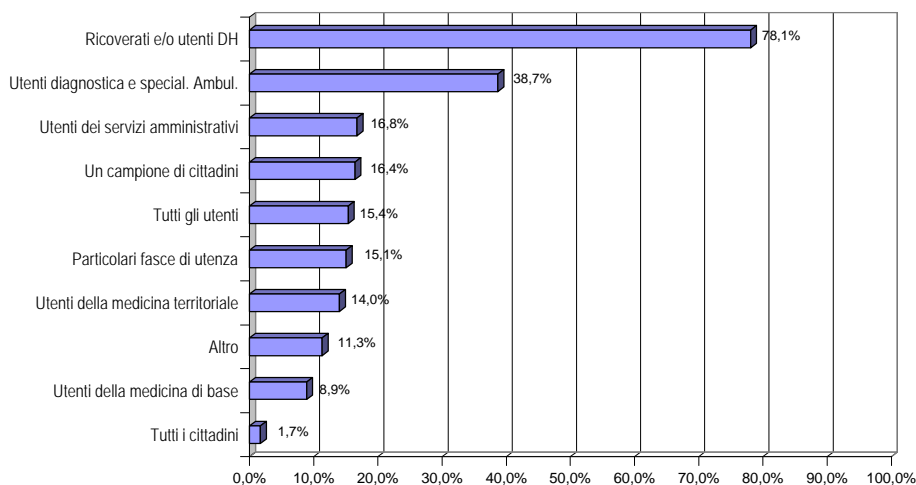
Tabella 12 – Percentuale di Strutture che ha effettuato indagini di soddisfazione differenziate per tipologia di Struttura

Aziende USL	Aziende ospedaliere	IRCCS	Policlinici	Classificati	Case di cura
76,8 %	73,4 %	67,7 %	75 %	75 %	79,3 %

La maggior parte delle indagini è effettuata nei presidi ospedalieri per valutare il grado di soddisfazione degli utenti ricoverati, ma numerose indagini vengono effettuate anche negli ambulatori specialistici.

I destinatari delle indagini di soddisfazione sono molto differenziati: si va da tutti i cittadini a particolari fasce d'utenza (figura 37).

Figura 36 – Percentuale di Strutture che ha effettuato indagini rispetto alle diverse classi di destinatario



Gli aspetti relazionali sono quelli più indagati

I temi maggiormente indagati dalle indagini di soddisfazione risultano essere, nell'ordine, i seguenti:

- Aspetti relazionali (72,1%)
- Aspetti alberghieri e il comfort (69,8%)
- Informazione (67,4%)
- Umanizzazione (63,8%)

Tra i primi quattro temi indagati con maggior frequenza dalle Strutture, due risultano tra quelli che causano il maggior numero di reclami degli utenti, gli aspetti relazionali e gli aspetti alberghieri e comfort. I tempi di attesa, che sono la più frequente causa di reclamo, sono stati indagati da circa la metà delle Strutture (51,2%), mentre gli aspetti burocratico-amministrativi, sono stati indagati dal 40,6% delle Strutture che ha effettuato almeno un'indagine di soddisfazione (figura 38).

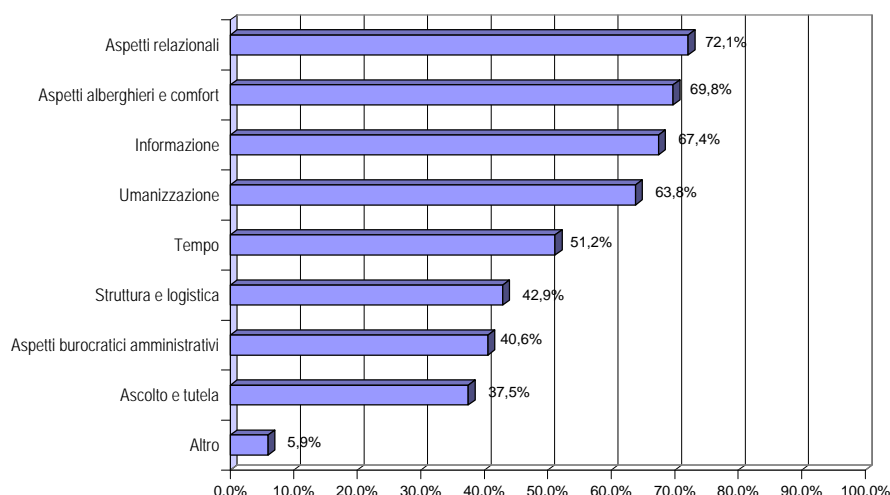


Figura 37 – Percentuale di Strutture che ha effettuato indagini sui temi specificati

I risultati delle indagini di soddisfazione sono state utilizzati per migliorare i servizi? Il primo aspetto analizzato riguarda la diffusione dei risultati: il 72,2% delle Strutture che ha dichiarato di aver effettuato almeno un'indagine di soddisfazione ha anche diffuso i risultati.

Il 72% delle Strutture ha diffuso i risultati delle indagini di soddisfazione

I destinatari risultano essere, in ordine di frequenza: l'alta dirigenza, il personale medico e gli infermieri e i capo sala. Seguono, nell'ordine, il personale a contatto con il pubblico, Enti e Associazioni e il personale amministrativo. I meno coinvolti dalla diffusione dei risultati risultano essere i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali (figura 39).

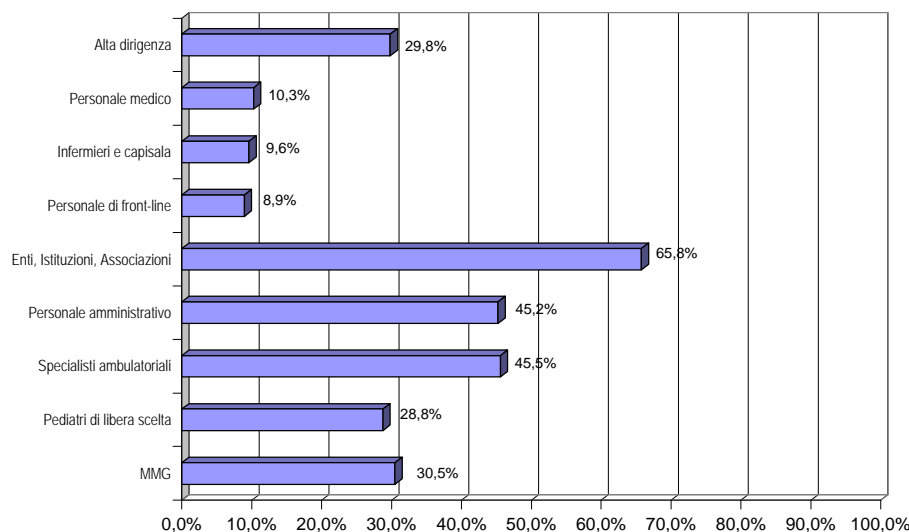


Figura 38 – Numero di Strutture che ha diffuso i risultati alle diverse categorie di destinatari

Gli strumenti più utilizzati dalle Strutture per diffondere i risultati delle indagini risultano essere: le relazioni o le pubblicazioni (dal 30,8% delle Strutture), i seminari e gli incontri mirati (dal 18,3% delle Strutture), i convegni (dal 15,2% delle Strutture), la Conferenza dei servizi (dal 14,7% delle Strutture), i sistemi informativi aziendali interni come periodici o bacheche (dal 10,3% delle Strutture) e infine Convegni (dal 8% delle Strutture).

Le relazioni e le pubblicazioni: gli strumenti più usati per diffondere i risultati

Il 50% circa di Strutture utilizza i risultati delle indagini per migliorare la qualità dei servizi

Infine, circa una Struttura su due dichiara di aver utilizzato le indagini di soddisfazione per realizzare interventi di miglioramento dei servizi e questo dato non varia in misura significativa in rapporto alla tipologia di Struttura.

Tabella 13 – Percentuale di Strutture che ha utilizzato le indagini per effettuare interventi di miglioramento differenziata per tipologia di Struttura

<i>Aziende USL</i>	<i>Aziende ospedaliere</i>	<i>IRCCS</i>	<i>Policlinici</i>	<i>Classificati</i>	<i>Case di cura</i>
45,9 %	51,9 %	48,4 %	62,5 %	50 %	62,1 %

La rilevazione prevedeva anche una domanda specifica sulle iniziative intraprese a seguito dell'analisi dei risultati delle indagini di soddisfazione. I dati pervenuti ci dicono che:

*Le tre iniziative più frequenti:
formazione, ridefinizione
procedure, interventi
strutturali*

- il 34,7 % delle Strutture sanitarie dichiarano di aver effettuato interventi formativi nei confronti del personale;
- il 31,3 % delle Strutture dichiara di aver ridefinito le procedure;
- il 26,1 % delle Strutture afferma di aver effettuato interventi strutturali e/o nuovi allestimenti dei presidi;
- il 24,6 % delle Strutture dichiara di aver coinvolto le Associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e di volontariato;
- il 22,7 % delle Strutture dichiara di aver istituito e/o avviato gruppi di lavoro su temi specifici;
- il 9,8 % delle Strutture afferma di aver modificato alcuni standard di prestazione;
- il 9,5 % delle Strutture dichiara di aver coinvolto i Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- l'8 % delle Strutture dichiara di aver coinvolto le Organizzazioni sindacali e di Categoria;
- il 2,8 % delle Strutture dichiara di aver coinvolto gli Ordini Professionali e i Collegi.

3.7 Le Conferenze dei servizi

La Conferenza dei servizi, “strumento per verificare l’andamento dei servizi”, va convocata almeno una volta all’anno (art.14, comma 4, del D. Lgs. 502/92), indipendentemente dall’adozione o meno della Carta dei servizi.

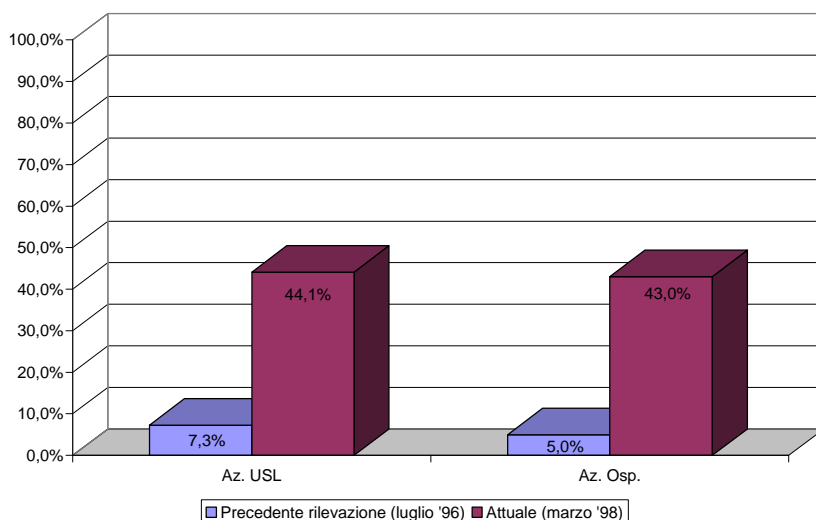
La Direttiva che ha introdotto la Carta nella Pubblica amministrazione, tuttavia, afferma che gli standard che il soggetto erogatore adotta devono essere “sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche” (titolo II, art. 1, comma 4 del DPCM 27 gennaio 1994).

La Conferenza è pertanto sede privilegiata di comunicazione e di discussione circa gli obiettivi che l’Azienda si impegna a perseguire e di verifica del loro raggiungimento ma è anche strumento complesso e difficile, questo si evidenzia dalla bassa percentuale di Strutture sanitarie che dichiara di aver realizzato almeno una Conferenza dei servizi nel periodo di riferimento dell’indagine: 36,4%.

Rispetto alle Strutture che dichiarano di non aver organizzato Conferenze dei servizi si evidenziano le seguenti motivazioni:

- il 46,3% di queste Strutture dichiara che la direzione ha avuto altre priorità;
- il 30,7% dichiara di aver avuto difficoltà di tipo organizzativo/logistico;
- il 25,9% dichiara di aver incontrato difficoltà legate alla “cultura” e all’organizzazione aziendale;
- il 18,6% evidenzia altre motivazioni tra le quali l’incertezza del contesto istituzionale e riorganizzazioni interne della Struttura, sottolineando di aver realizzato frequenti incontri con le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.

Rispetto ai dati della precedente valutazione si rileva, tuttavia, un notevole incremento nel numero di Aziende USL e ospedaliere che ha indetto una Conferenza con un aumento di più di 37 punti percentuali (figura 40).



La Conferenza dei servizi: uno strumento per verificare l’andamento dei servizi

Solo il 36,4% delle Strutture ha realizzato Conferenze dei servizi

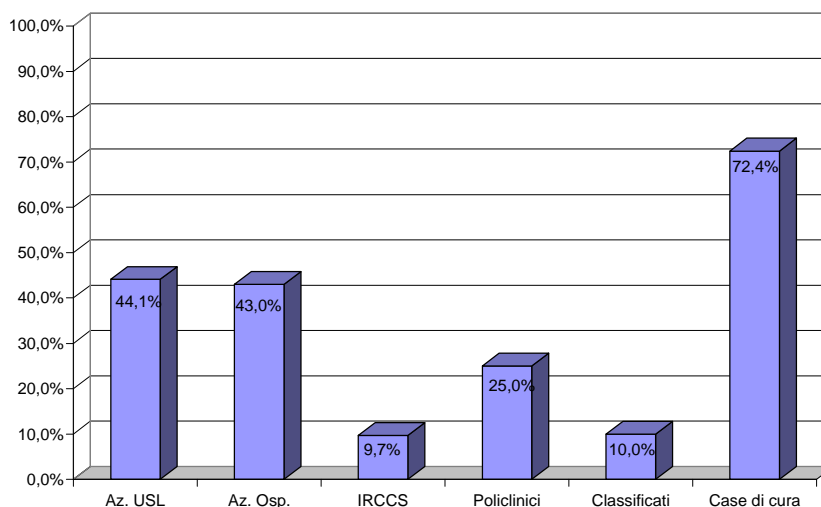
Il motivo principale della non realizzazione delle Conferenze: non le si ritiene prioritarie

Confortante la crescita delle Conferenze indette da Aziende USL ed ospedaliere: + 37% circa

Figura 39: Percentuale di Strutture che ha realizzato la Conferenza dei servizi nel periodo di riferimento: confronto con la precedente valutazione

Se si analizzano i dati per tipologia di Struttura si evidenziano notevoli differenze: (figura 41)

Figura 40 - Percentuale di Strutture che ha realizzato la Conferenza dei servizi nel periodo di riferimento: differenziazione per tipologia



Ogni Struttura sanitaria, tra quelle che hanno dichiarato di averlo fatto, ha organizzato in media due Conferenze dei servizi nel periodo considerato (agosto 1996-marzo 1998).

Difficoltà legate alla cultura e all'organizzazione aziendale per organizzare le Conferenze dei servizi

Per organizzare la Conferenza dei servizi le Strutture sanitarie devono fare i conti soprattutto con difficoltà legate alla cultura e all'organizzazione aziendale, come la resistenza al cambiamento e le difficoltà nel coinvolgere il personale: il 25,6 % delle Strutture (pari al 70,7 % delle Strutture che hanno dichiarato di avere realizzato almeno una Conferenza dei servizi) segnala questo aspetto tra quelli critici più importanti e il 10,6 % lo considera il più importante.

Seguono le difficoltà a coinvolgere il contesto esterno segnalate complessivamente dal 23 % delle Strutture sanitarie (pari al 63,5% delle Strutture che hanno dichiarato di avere realizzato almeno una Conferenza dei servizi) e dal 5,4 % come l'aspetto più importante.

Infine si evidenziano le difficoltà di tipo organizzativo e logistico che sono segnalate complessivamente dal 18,6 % delle Strutture sanitarie (pari al 51,4% delle Strutture che hanno dichiarato di avere realizzato almeno una Conferenza dei servizi) e dal 3,3 % come l'aspetto critico più importante.

I temi maggiormente trattati nelle Conferenze

I tre temi più frequentemente trattati nelle Conferenze dei servizi sono, nell'ordine, i seguenti:

- Aspetti generali di programmazione aziendale
- Standard ed impegni
- Informazione sui servizi.

La voce "Altro" comprende temi specifici affrontati nell'ambito delle Conferenze dei servizi, quali l'analisi dei reclami, le indagini di soddisfazione, i rapporti con le Associazioni di volontariato e tutela dei diritti dei cittadini. (Figura 42).

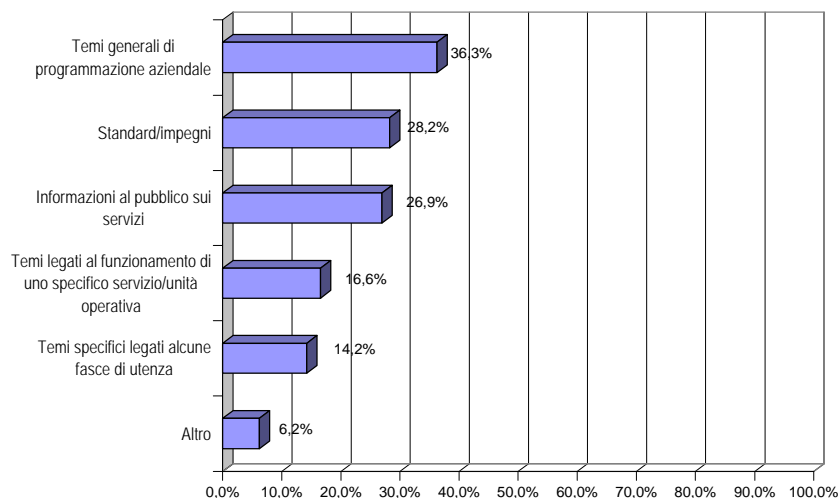


Figura 41 – Percentuale di Strutture che ha trattato nel corso delle conferenze dei servizi i temi indicati

Infine le Aziende dichiarano di aver raggiunto con la Conferenza dei servizi, nell'ordine, i seguenti obiettivi:

- Miglioramento dell'immagine aziendale
- Raccolta di pareri esterni

(per entrambi questi obiettivi il livello di raggiungimento è considerato dalle Strutture in una gamma che va da “discreto” a “buono”)

- Informazione ai cittadini sui servizi
- Comunicazione e verifica di standard ed impegni

(per questi obiettivi il livello di raggiungimento è considerato “discreto”).

L'obiettivo maggiormente raggiunto: il miglioramento dell'immagine aziendale

3.8 L'adozione degli standard di qualità

La Carta dei servizi ha introdotto, per la prima volta nella Pubblica amministrazione, il concetto di standard di qualità.

Gli standard: il livello di qualità del servizio garantito dalla Struttura sanitaria

Gli standard costituiscono un punto di riferimento sia per l'Azienda che per i cittadini. Rappresentano per l'Azienda la direzione, "la rotta" del miglioramento su cui tutta l'Azienda è impegnata. Rappresentano per i cittadini il livello atteso di qualità dei servizi su cui l'Azienda sanitaria si impegna per assicurarne il rispetto.

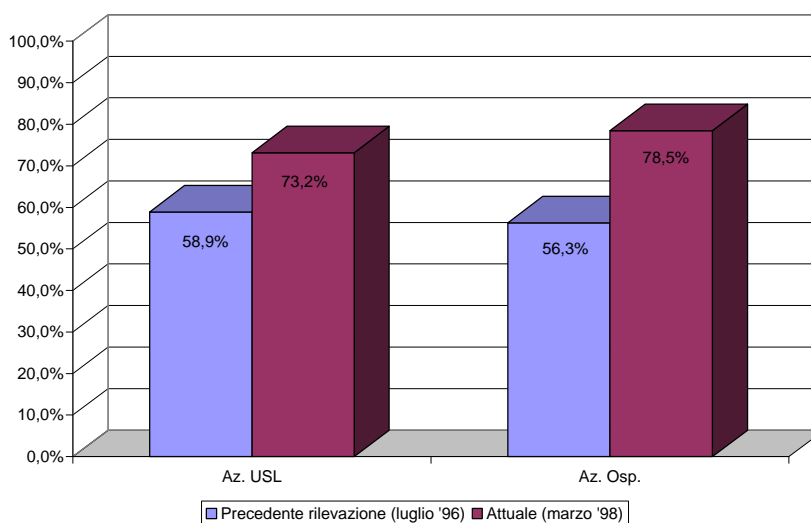
Gli standard costituiscono forse il punto di maggiore difficoltà concettuale e operativa della Carta dei servizi¹⁸.

I dati di questa sezione forniranno una prima analisi di massima della crescita quantitativa del fenomeno e delle cause che ne ostacolano lo sviluppo.

Tre quarti delle Aziende sanitarie dichiara di aver adottato standard

Circa tre quarti circa di Aziende USL (73,2%) e di quelle ospedaliere (78,5%) dichiarano di aver adottato standard di qualità ed anche per questo tema si registra un trend positivo rispetto ai dati della precedente valutazione (figura 43) con un aumento medio di 18 punti percentuali. Questo dato appare significativo e denota una diffusa capacità aziendale a misurarsi con i temi del miglioramento della qualità delle prestazioni.

Figura 42 - Percentuale di Aziende (USL e Ospedaliere) che ha adottato standard: confronto con la precedente valutazione



Il 72,4% delle Strutture sanitarie dichiara di aver adottato standard di qualità del servizio

Rispetto alla totalità delle Strutture sanitarie che sono state coinvolte per il presente Rapporto (Aziende USL, Aziende ospedaliere, IRCCS, Policlinici, Ospedali classificati e una parte delle Case di cura private accreditate), quasi i tre quarti (72,4%) hanno dichiarato di avere adottato

¹⁸ Nell'ambito della Carta dei servizi per illustrare metodi ed esperienze in tema di standard il Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità ha elaborato un apposito volume della collana "I Laboratori" ("Come definire e utilizzare gli standard di qualità" - ottobre '96).

degli standard di qualità e quasi i due terzi delle Strutture (60%) hanno dichiarato di aver adottato meccanismi e procedure per la loro verifica.

Le Strutture sanitarie che hanno partecipato per la prima volta al processo di valutazione della Carta dei servizi (IRCCS, Policlinici, Ospedali classificati e le 40 Case di cura private accreditate) si attestano generalmente sugli stessi valori delle Aziende USL ed ospedaliere salvo i casi degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli Ospedali classificati (figura 44).

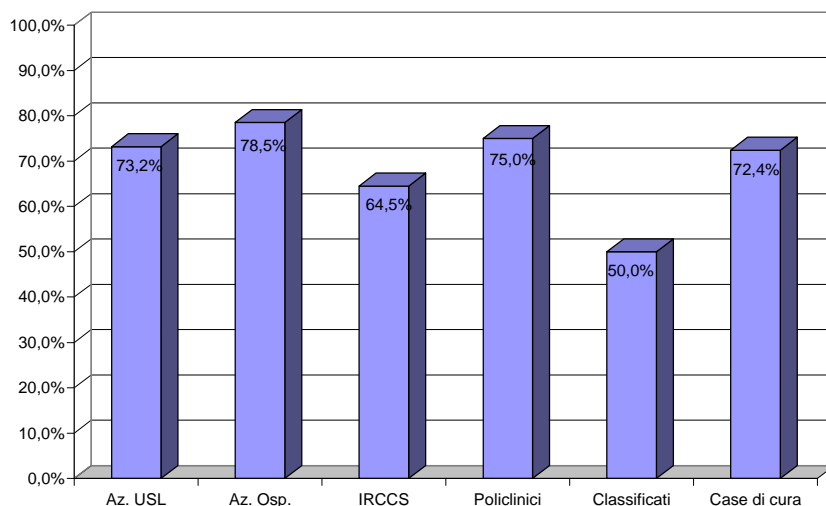


Figura 43 - Percentuale di Strutture che ha adottato standard differenziate per tipologia

La suddivisione delle Strutture sanitarie per area geografica conferma la presenza di una generalizzata attenzione al tema degli standard, senza significative differenze:

- Nord: il 74,3% delle Strutture
- Centro il 75,3% delle Strutture
- Sud e Isole, il 67% delle Strutture.

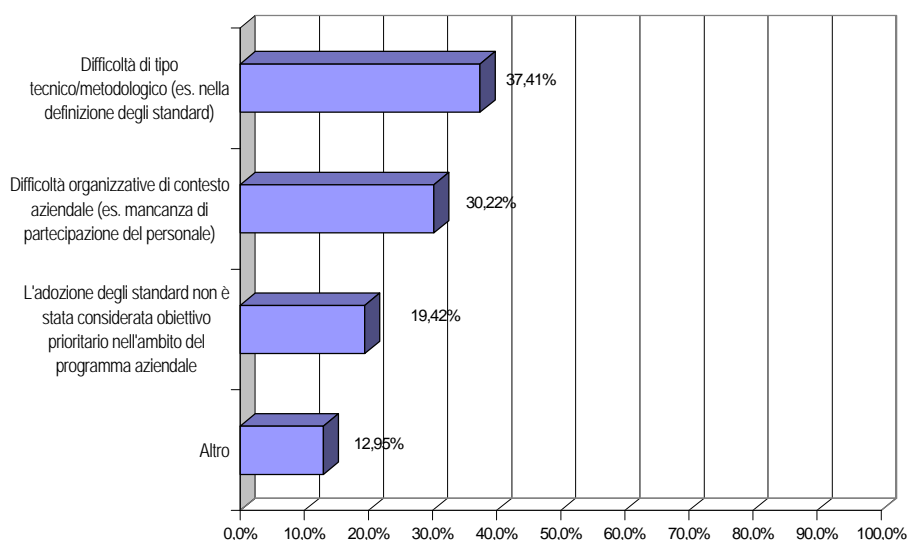
I principali ostacoli che hanno impedito al 30% circa delle Strutture coinvolte nell'indagine di adottare gli standard sono di tipo tecnico metodologico (37,4%) che risultano superiori anche a quelli, prevedibili, di tipo organizzativo (30,2%) (figura 47).

Il fatto che l'adozione degli standard non costituisca un obiettivo aziendale è considerato un impedimento solo dal 19,4% di Strutture. Infine alcune Aziende nella voce altro hanno segnalato difficoltà legate alle incertezze istituzionali e alla individuazione di precise responsabilità operative.

L'adozione degli standard: attenzione generalizzata dal Nord al Sud d'Italia

I principali ostacoli alla adozione degli standard sono di tipo metodologico

Figura 44 - Motivi che hanno impedito l'adozione degli standard: percentuale di Strutture



Appare interessante analizzare i temi sui quali le Strutture hanno definito gli standard. Nella tabella seguente si riportano i temi proposti alle Strutture con le schede di autovalutazione per classificare gli standard adottati.

Tabella 14 - I temi sui quali sono stati definiti gli standard

TEMA	ESEMPI
Aspetti relazionali	cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento, dell'abbigliamento, ecc.; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale).
Umanizzazione	rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti e equità, rispetto idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es. sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini, assistenza scolastica.
Informazioni	informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste d'attesa.
Tempo	tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione; tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto Soccorso; tempi di attesa presso gli studi dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.
Aspetti alberghieri e comfort	pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat, ecc.).
Strutture e logistica	dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle Strutture che erogano i servizi, ecc.
Aspetti burocratici amministrativi	procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc; trasparenza sull'iter delle pratiche
Tutela e ascolto	gestione dei reclami, rapporti con le Associazioni, indagini di soddisfazione degli utenti, indagini di opinione dei cittadini, ecc.

I quattro temi per i quali sono stati adottati standard di qualità del servizio dal numero maggiore di Strutture sono, in ordine di importanza, i seguenti: le informazioni, la tutela e l'ascolto, tempi di attesa e gli aspetti relazionali. Si può tuttavia osservare (figura 46) che l'indice di frequenza rispetto alla segnalazioni dei temi da parte delle Strutture coinvolte è per tutti i temi abbastanza elevato, con una punta più bassa relativamente all'adozione di standard in merito a problematiche relative all'aspetto logistico delle Strutture.

Gli standard sull'informazione sono i più diffusi

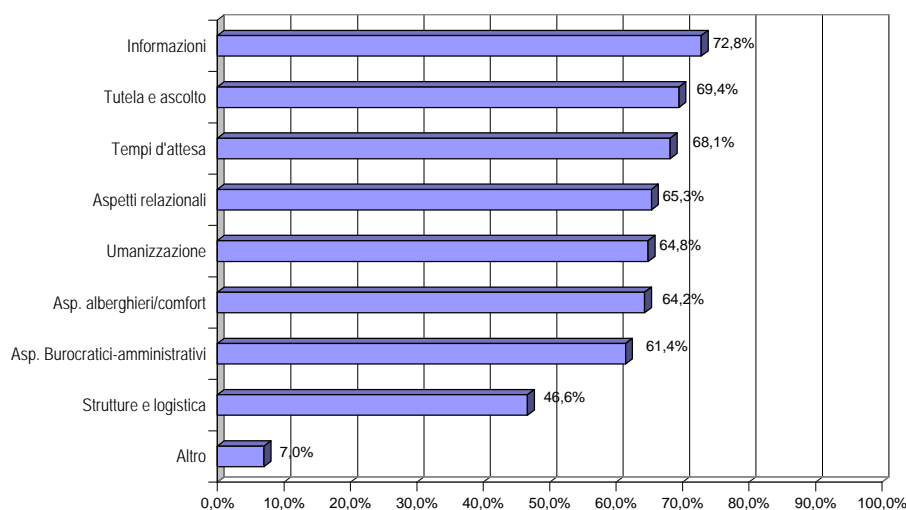


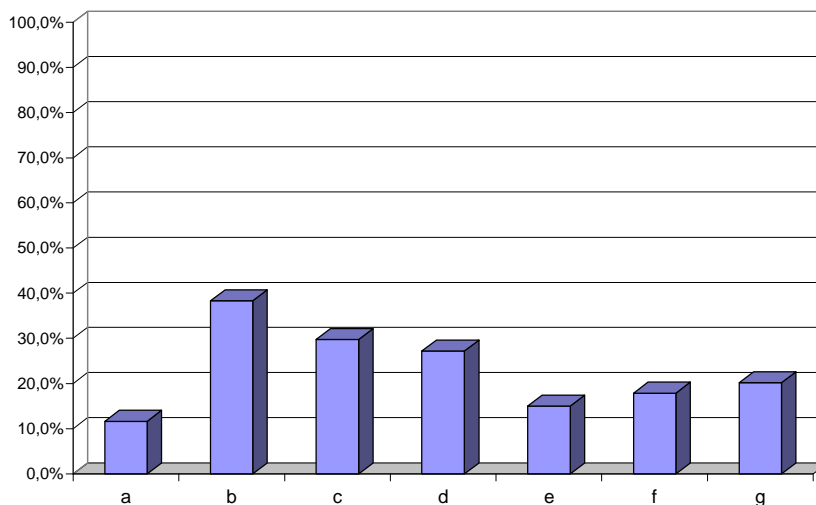
Figura 45 - Percentuale di Strutture che ha adottato le diverse tipologie di standard

La voce "Altro" è stata compilata dalle Strutture sanitarie soprattutto per gli standard che fanno riferimento ai temi della prevenzione e della educazione sanitaria, temi nell'ambito dei quali sono state avviate numerose iniziative aziendali di miglioramento della qualità delle prestazioni (v. cap.1).

Gli standard per loro natura devono essere periodicamente verificati e aggiornati¹⁹. Ci si limiterà, in questa sede, ad analizzare un solo aspetto della verifica, quello rappresentato dagli strumenti adottati per verificare gli standard e, a titolo esemplificativo, si riportano due grafici, il seguente (figura 47) analizza gli strumenti adottati dalle Strutture sanitarie per la verifica degli standard sui tempi di attesa che si è dimostrato uno dei temi critici della qualità dei servizi.

¹⁹ Il processo proposto con il volume de "I Laboratori" proponeva una metodologia per l'adozione degli standard che prevede 7 fasi: costituire un gruppo di lavoro sugli standard, individuare l'area di intervento e i punti di sofferenza per gli utenti, analizzare il processo e le cause di non qualità, adottare e condividere gli standard, comunicarli ai cittadini, misurare i risultati e verificare il rispetto degli standard.

Figura 46 – Percentuale di strutture che utilizzano gli strumenti specificati per la verifica degli standard sui tempi di attesa



Legenda

a	Osservazioni/suggerimenti emersi durante la Conferenza dei servizi
b	Analisi dei reclami/suggerimenti pervenuti
c	Indagine di soddisfazione rivolta agli utenti
d	Analisi di questionari distribuiti sistematicamente o periodicamente agli utenti all'interno delle Strutture sanitarie
e	Raccolta di pareri interni del personale dipendente o convenzionato
f	Raccolta di pareri esterni provenienti da Associazioni di tutela dei diritti e volontariato
g	Sistema informativo interno

L'analisi dei reclami è lo strumento principale di verifica degli standard sui tempi d'attesa

L'analisi dei reclami è lo strumento principale di verifica degli standard sui tempi d'attesa.

Per uno standard come quello sui tempi di attesa ci si aspetterebbe che lo strumento "Sistema informativo interno" sia molto più usato che non le segnalazioni, peraltro necessarie, degli utenti. Per rendere efficace il controllo sui tempi intercorsi tra la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni, infatti, è necessario definire esattamente da quali basi informative si possono rilevare i dati e la frequenza di rilevazione. In questo senso, ad esempio, di fondamentale importanza è l'utilizzo del CUP (Centro Unificato di Prenotazione) per rilevare la data di prenotazione e confrontarla con la data reale di effettuazione della prestazione e quindi con lo standard atteso.

E' chiaro che su questo fronte c'è ancora molto da fare sebbene si noti un notevole impegno delle Strutture sanitarie (più di 250 hanno dichiarato di aver adottato standard sui tempi di attesa) in quanto sono in grado sia di registrare i reclami degli utenti, sia di farsi parte attiva nell'ascolto dei cittadini attraverso l'effettuazione di indagini di soddisfazione e, quindi, nel prendere in considerazione l'opinione dell'utente.

Risulta forse ancora poco chiaro il significato stesso di "verifica" dello standard che implica, dopo aver definito in modo preciso "cosa e quando misurare", l'individuazione di tecniche e strumenti interni per la

misurazione e, quindi, il confronto con i tempi individuati dallo standard. La valutazione dell'opinione degli utenti attraverso indagini e reclami dovrebbe essere un'ulteriore verifica non già del raggiungimento dello standard ma della rispondenza di questo alle aspettative dei cittadini.

Sempre a titolo esemplificativo, di seguito si riporta il grafico che illustra l'utilizzo degli strumenti di verifica per gli standard adottati relativi agli aspetti burocratici – amministrativi, il secondo, in ordine di priorità, segnalato dai cittadini attraverso i reclami. Nella figura che segue, si nota che lo strumento di verifica maggiormente adottato (dal 36,01% delle Strutture sanitarie) è costituito dalle osservazioni e dai suggerimenti emersi durante la Conferenza dei servizi; segue la verifica attraverso l'analisi dei reclami e dei suggerimenti pervenuti presso la Struttura sanitaria (dal 24,9% delle Strutture).

Lo strumento di verifica meno utilizzato dalle Strutture sanitarie per gli standard sugli aspetti burocratici - amministrativi sembra essere il Sistema informativo interno (utilizzato dal 2,59% delle Strutture).

La Conferenza dei servizi è lo strumento principale di verifica degli standard burocratici- amministrativi

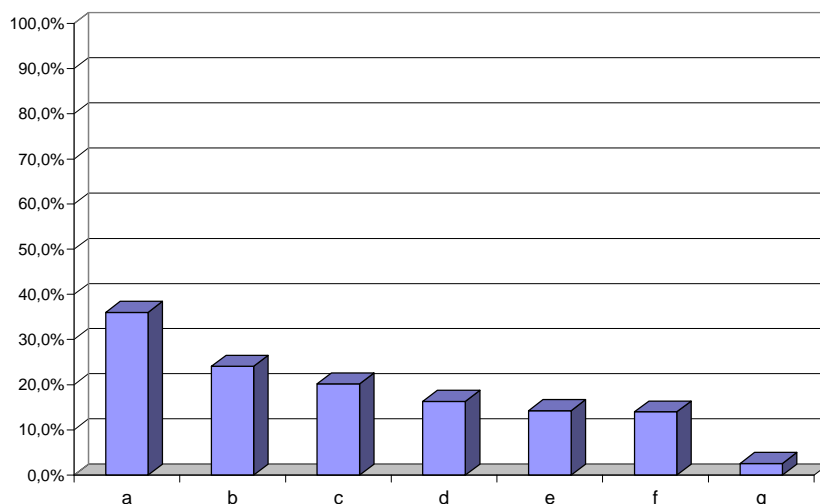


Figura 47 - Percentuale di Strutture che ha utilizzato gli strumenti indicati per la verifica degli standard sugli aspetti burocratici- amministrativi

Legenda

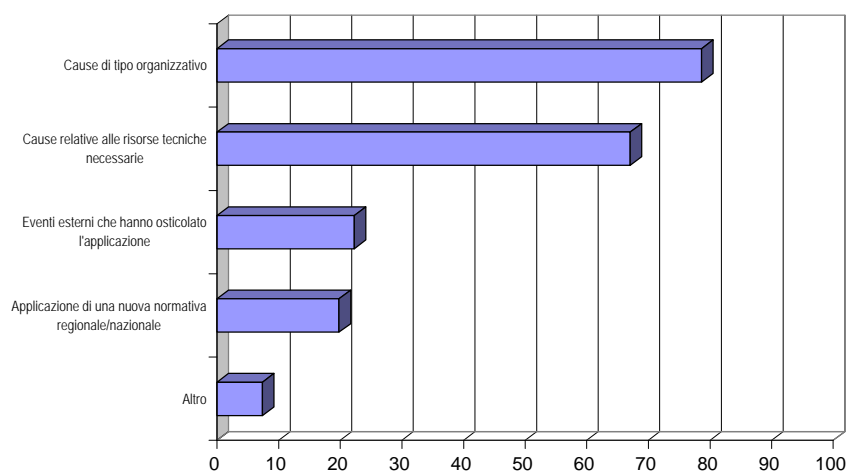
a	Osservazioni/suggerimenti emersi durante la Conferenza dei servizi
b	Analisi dei reclami/suggerimenti pervenuti
c	Indagine di soddisfazione rivolta agli utenti
d	Analisi di questionari distribuiti sistematicamente o periodicamente agli utenti all'interno delle Strutture sanitarie
e	Raccolta di pareri interni del personale dipendente o convenzionato
f	Raccolta di pareri esterni provenienti da Associazioni di tutela dei diritti e volontariato
g	Sistema informativo interno

Azioni di miglioramento della qualità dei servizi a seguito della verifica degli standard messe in atto dalla metà delle Strutture

Circa la metà delle Strutture sanitarie (54,9%) dichiara di aver intrapreso azioni di miglioramento della qualità dei servizi a seguito delle azioni di verifica degli standard.

Relativamente al mancato raggiungimento degli standard, l'indice relativo di rilevanza²⁰ delle cause che hanno determinato il non raggiungimento (figura 49) ci dice che al primo posto troviamo le "cause di tipo organizzativo" e subito dopo le "cause relative alle risorse tecniche necessarie"; seguono, notevolmente distanziate, cause derivanti dal verificarsi di eventi esterni e dall'applicazione di nuova normativa regionale/nazionale o di tipo contrattuale.

Figura 48 – Livello di importanza delle cause del mancato raggiungimento degli standard verificati



²⁰ L'indicatore è espresso in centesimi dove 100 indica la massima importanza (tutte le Strutture sanitarie hanno attribuito alla causa la massima importanza ovvero priorità 1) e 0 importanza nulla (neanche una Struttura sanitaria ha selezionato la causa tra le prime 4 in ordine di importanza)

0 importanza nulla (neanche una Struttura sanitaria ha selezionato la causa tra le prime 4 in ordine di importanza)

Analizzando, in particolare, le cause di non raggiungimento per le Aziende ospedaliere e per i Policlinici (figura 52) notiamo che le cause di tipo organizzativo che sono al primo posto per le Aziende ospedaliere sono, invece, all'ultimo per i Policlinici. E' altresì vero il viceversa: l'applicazione di nuova normativa regionale/nazionale e contrattuale è la principale causa del non raggiungimento degli standard per i Policlinici e la meno importante per le Aziende ospedaliere.

Il mancato raggiungimento degli standard è dovuto soprattutto a cause di tipo organizzativo

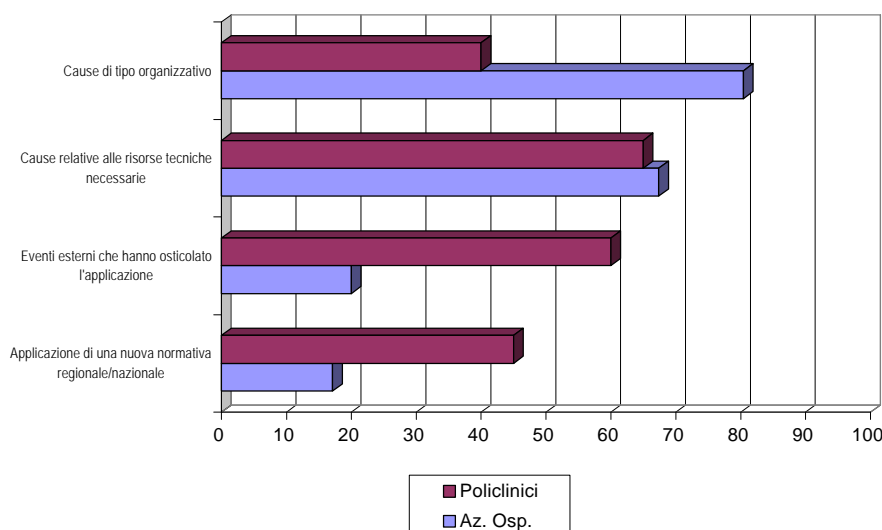


Figura 49 - Livello di importanza delle cause del mancato raggiungimento degli standard verificati per Az.Osp. e Policlinici

CONCLUSIONI

Come in tutti i processi che implicano l'introduzione di strumenti innovativi, anche per la Carta dei servizi si temeva un "calo di attenzione" dopo l'entusiasmo suscitato nel periodo immediatamente successivo all'emanazione delle direttive. A giudicare però dall'elevato livello di partecipazione alla valutazione l'interesse delle Aziende nei confronti di una corretta attuazione della Carta dei servizi appare ancora vivo: il 95% delle Aziende sanitarie pubbliche (territoriali e ospedaliere) ha infatti aderito all'iniziativa di valutazione, dedicando tempo e risorse a raccogliere informazioni, identificare casi di particolare interesse, analizzare i reclami e richiedere i pareri delle Associazioni. Anche se in misura minore rispetto alle Aziende sanitarie, è comunque significativa la proporzione delle Strutture accreditate che si sono mobilitate per aderire al processo di valutazione, confermando che la scelta del miglioramento del rapporto con i cittadini non è più prorogabile e non è dettata da soli obblighi di adempimento alle norme.

Per ciò che riguarda i risultati segnalati nell'ambito dell'iniziativa di valutazione, il quadro che emerge dall'analisi del processo di attuazione della Carta dei servizi nelle Strutture sanitarie pubbliche e accreditate del SSN è complessivamente positivo. I risultati osservati indicano che il SSN è una struttura "viva", che risponde, anche se in modo eterogeneo e discontinuo, agli stimoli dei cittadini. Gli "innovatori" ci sono e sono in crescita (il notevole numero di esperienze segnalate ne sono una prova), ma sono probabilmente ancora troppo pochi affinché l'utenza ne percepisca gli effetti in modo tangibile, anche a causa di un'insufficiente capacità di comunicare in modo efficace gli sforzi compiuti e gli impegni presi.

E' però necessario evidenziare che la valutazione ha dimostrato che continuano a permanere problemi e difficoltà per completare il processo di attuazione della Carta in tutte le Strutture del SSN. La valutazione dimostra infatti che i valori della qualità, della centralità del cittadino e della partecipazione, affermati dalla normativa con il D.Lgs. 502/92 (artt.10 e 14), con la Carta dei servizi e con il Programma qualità del PSN, non sono facili da attuare e da istituzionalizzare, in quanto implicano sia un cambiamento di cultura che l'acquisizione e la padronanza di tecniche di misurazione e comunicazione che non fanno parte del tradizionale patrimonio tecnico della

Pubblica amministrazione. In particolare, come è stato evidenziato nel terzo capitolo, le Strutture sanitarie non hanno esitazioni ad ammettere che la Carta dei servizi continua ad essere poco conosciuta dai cittadini e, salvo eccezioni, esistono serie difficoltà a definire e divulgare all'utenza standard di qualità obiettivi e verificabili.

Nelle pagine che seguono, si sviluppano alcune riflessioni sui risultati osservati e si avanzano alcune ipotesi di lavoro.

L'attenzione alla qualità nel SSN e il processo di istituzionalizzazione della Carta dei servizi

Alcuni elementi emersi dal processo di valutazione indicano chiaramente come il “sistema Carta dei servizi” sia sempre più presente ed istituzionalizzato all'interno del SSN, anche se poco comunicato e non sempre ben integrato con i principali processi di gestione aziendali. L'analisi dei dati relativi all'attuazione indica un costante aumento dell'attenzione delle Strutture sanitarie su tutti i principali elementi della Carta dei servizi, confermando che la sanità è probabilmente il settore più attivo di tutta la Pubblica amministrazione in quest'area. Questa adesione da parte del settore ha contribuito ad innescare un processo virtuoso, costituendo un'azione di stimolo diffuso e di sensibilizzazione sulla qualità dei servizi al cittadino nell'ambito del SSN.

La costante crescita del processo di istituzionalizzazione della Carta e, più in generale, la crescente attenzione delle Strutture sanitarie per migliorare il rapporto tra i servizi ed i cittadini è testimoniato dall'elevato numero di uffici istituiti a questo scopo, dotate di personale qualificato e di risorse fisiche e finanziarie finalizzate al suo adeguato funzionamento: gli Uffici relazioni con il pubblico (URP) sono infatti realtà ormai consolidate (presenti e strutturate nel 87% delle Strutture, 93% se si considerano solo Aziende USL e ospedaliere), mentre appare significativa la percentuale di Strutture che ha affidato ad un apposito “ufficio qualità” la regia complessiva di interventi di miglioramento e la realizzazione delle attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sul tema della qualità. E' inoltre da mettere in evidenza il dato che indica l'esistenza, in oltre il 90% delle Strutture, di un referente per la Carta dei servizi.

Una spiccata sensibilità nei confronti delle tematiche correlate alla Carta dei servizi è stata registrata a livello delle amministrazioni regionali: pur con impegni di risorse variabili, praticamente la totalità degli Assessorati della sanità o delle Agenzie sanitarie regionali dispone di un'équipe tecnica di supporto alle Strutture con competenze specifiche sui temi della Carta dei servizi. Grazie al supporto di queste équipe regionali, è stato possibile realizzare un'azione costante

e diffusa di sostegno nel processo di attuazione della Carta, che ha assicurato uno sviluppo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Va sottolineato che il Programma nazionale per l'attuazione della Carta dei servizi del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità ha fatto leva sulle équipes regionali per offrire supporto alle Strutture erogatrici attraverso la diffusione di documenti tecnici, la condivisione di esperienze di particolare interesse e la discussione di temi di particolare rilevanza. Si può affermare che la rete dei "referenti regionali della Carta dei servizi" possiede attualmente un ruolo determinante nel processo di attuazione della Carta.

Gli sforzi regionali ed aziendali per l'attuazione della Carta dei servizi hanno trovato un supporto nello "Sportello della Carta dei servizi", allestito in seno al Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità. Questa affermazione è testimoniata dai dati: oltre il 90% delle Strutture che hanno aderito alla valutazione dichiara di conoscere l'esistenza dello sportello, ed oltre la metà afferma di averlo consultato.

Appare dunque essenziale rafforzare ulteriormente il costruttivo rapporto di collaborazione tra il Ministero della sanità, le Regioni e le Strutture sanitarie, mantenendo gli attuali spazi di cooperazione e creando nuove opportunità di scambio, soprattutto per diffondere le esperienze più significative sviluppate a livello locale e per allestire sistemi di monitoraggio precisi e tempestivi che consentano di assicurare un processo di attuazione della Carta dei servizi completo ed omogeneo.

L'esigenza di valorizzare le esperienze di miglioramento della qualità

I servizi sanitari dimostrano un'elevata sensibilità ad attivarsi per migliorare il rapporto con il cittadino utente. Prova della vitalità delle Strutture sono le circa 800 esperienze di miglioramento della qualità dei servizi, presentate complessivamente da 208 Strutture sanitarie, relative a interventi rivolti all'utenza, generati "dal basso", che hanno prodotto risultati significativi su temi di alta rilevanza quali la riduzione dei tempi d'attesa, la corretta informazione al cittadino, la semplificazione delle procedure, la personalizzazione delle prestazioni, ed altri.

Sebbene l'immagine dei servizi sanitari pubblici presso l'opinione pubblica appaia oggi spesso negativa, la lettura delle esperienze delle Strutture sanitarie riportata nel primo capitolo mostra un'immagine diversa, nella quale l'immobilismo e la passività lasciano spazio a creatività e dinamismo e dove gli operatori si assumono in prima persona la responsabilità di fornire servizi sanitari con livelli di qualità adeguati alle esigenze dei cittadini.

Sebbene le esperienze segnalate dalle Strutture e confermate dalle Regioni non costituiscano necessariamente il quadro “normale” della sanità pubblica italiana, il volume dei casi presentati, la vastità dei temi toccati e la concretezza dei risultati raggiunti induce a pensare che non si tratta di “isole felici” in un sistema indifferente alle esigenze dei cittadini, ma lascia intravedere la ricchezza di una “massa critica” di operatori motivati e responsabili, capaci di rispondere alle esigenze di innovazione e di cambiamento dei servizi sanitari, che sta attraversando un momento di forte crescita misurabile sia in termini qualitativi che quantitativi.

Sottolineiamo ancora una volta che il volume dei casi presentati dalle Strutture sanitarie nell’ambito del processo di valutazione è stato sorprendente, con una partecipazione significativamente superiore ad altre iniziative di tipo premiale realizzate nello stesso periodo. Si tratta, ora, di non limitarsi alla semplice constatazione dell’esistenza di un “tesoro nascosto” nella sanità pubblica italiana, ma di valorizzare il patrimonio di esperienze compiute e coinvolgere gli uomini che le hanno sviluppate in un processo virtuoso di diffusione e contaminazione. A questo proposito, appare essenziale sviluppare approfondimenti, studi di casi, progetti finalizzati, per disporre di un “pacchetto” di casi esemplari sui temi di maggiore rilevanza locale e nazionale, che vengano opportunamente diffusi e trasferiti a realtà potenzialmente recettive. Allo stesso modo è necessario creare le opportunità che consentano a questa massa critica di innovatori, di vedere riconosciuti ed apprezzati i propri risultati e, in prospettiva, di contribuire direttamente o indirettamente alla loro riproduzione in altre sedi.

Un primo passo, alla portata delle risorse disponibili, è la condivisione di queste esperienze in una rete virtuale, centrata sulla tecnologia delle telecomunicazioni (Internet) che assicuri l’accesso ad una vasta porzione degli operatori e che offra loro la possibilità di interagire direttamente, formulando quesiti, presentando le proprie esperienze e rivolgendosi direttamente a coloro i quali hanno sviluppato gli interventi per valutare la loro possibile “esportazione”. L’avvio di questa linea di lavoro è la prossima pubblicazione sul sito Internet del Ministero della sanità dei casi riportati nel capitolo primo, corredati di nomi e recapiti dei rispettivi responsabili.

L’ascolto dell’utenza: uno strumento essenziale per migliorare il rapporto tra cittadini e servizi

Il processo di autovalutazione ha consentito di raccogliere dati relativi a circa 80.000 reclami (presentati nell’anno 1997 alle Strutture che hanno aderito alla valutazione) e a oltre 800 pareri espressi dalle Associazioni di volontariato e tutela dei diritti degli utenti sull’operato delle stesse Strutture in relazione al miglioramento alla qualità dei servizi erogati. In generale, entrambe le fonti coincidono nell’identificare tra i problemi più gravi i lunghi tempi d’attesa per l’effettuazione delle

prestazioni, l'eccessiva burocratizzazione del sistema e l'inadeguatezza e l'incompletezza delle informazioni fornite al pubblico.

Al di là delle considerazioni sulle cause che determinano l'insoddisfazione dei cittadini su questi aspetti, appare importante sottolineare come le Strutture del SSN abbiano attivato ed istituzionalizzato strumenti di ascolto dei cittadini. Infatti, oltre il 91% delle Strutture coinvolte nella valutazione possiede un sistema per la gestione dei reclami. La sua adozione è un fenomeno in continua crescita: rispetto alla precedente valutazione la percentuale di Aziende Usl ed Ospedaliere che ha adottato un sistema per la gestione dei reclami è aumentata di oltre 30 punti percentuali e l'analisi per area geografica non evidenzia differenze significative.

Se è vero che la realizzazione di sistemi per la gestione dei reclami è ampiamente diffusa, altrettanto non può dirsi per l'attività di informazione ai cittadini sulle possibilità di reclamare e sulle modalità per farlo. Infatti circa tre quarti di Aziende Usl ed Ospedaliere ha diffuso ai cittadini informazioni sulle modalità di accesso e di presentazione dei reclami. Il dato è significativo ma va migliorato.

L'analisi dei reclami ha, infine, dato luogo a interventi di miglioramento della qualità dei servizi nel 73,1% di Strutture: le più reattive alle segnalazioni degli utenti risultano essere i Policlinici e le Aziende Ospedaliere.

Le azioni di ascolto non si limitano alla raccolta dei reclami. Infatti, più del 75% delle Strutture ha effettuato almeno un'indagine di soddisfazione nel periodo di riferimento, mentre il 36% ha realizzato almeno una Conferenza dei Servizi, indicando una spiccata sensibilità a misurarsi con l'opinione dell'utenza e a condividere con essa le principali scelte strategiche.

Si assiste a uno sforzo notevole delle Strutture verso il miglioramento della qualità dei servizi caratterizzato da una crescente capacità di ascolto, di apertura alla partecipazione sia dei cittadini/utenti che delle Associazioni e di miglioramento del servizio.

La Carta dei servizi: un oggetto sconosciuto al cittadino?

Uno dei punti critici che emerge dall'analisi dello stato di attuazione della Carta dei servizi è senza dubbio la constatazione di un'insufficiente conoscenza della Carta da parte dei cittadini. Questo fenomeno era emerso in modo significativo anche nella valutazione precedente, relativa al periodo gennaio 1995 - luglio 1996. In quell'occasione, la scarsa conoscenza della Carta da parte dei cittadini era stata attribuita essenzialmente ad un'autoreferenzialità del processo di attuazione. Oggi, quest'ultimo ostacolo appare, almeno in parte, superato, vista la crescente capacità da parte

delle Aziende di ascoltare i cittadini e di interloquire in modo costruttivo da parte dei loro rappresentanti. Il permanere della scarsa conoscenza della Carta è quindi un fenomeno particolarmente preoccupante, visto che gli sforzi di miglioramento dei servizi possono essere vanificati da un'insufficiente capacità di comunicare.

Sono evidenti i rischi di fallimento presenti in un approccio all'attuazione della Carta dei servizi che si limiti al puro e semplice adempimento delle normative. In molte Strutture, dove sono stati compiuti sforzi, anche importanti, di elaborazione della Carta, ci si è spesso fermati alla produzione di un documento interno aziendale poco conosciuto dai cittadini. Altre Strutture, pur non avendo formalmente adottato la Carta, hanno attivato un insieme di iniziative efficaci e indubbiamente apprezzate dai cittadini (guide ai servizi, Conferenze dei servizi, rapporti costruttivi con le Associazioni, ecc.) ma che non sono percepite come Carta dei servizi. In altre Strutture, infine, si sono prodotte iniziative di miglioramento ed è stata elaborata la Carta dei servizi ma il documento elaborato si è rilevato di difficile diffusione esterna.

Si rileva, in tutti i casi, una oggettiva difficoltà a comunicare all'esterno dell'Azienda i miglioramenti attuati e la Carta dei servizi così come proposta dalle Linee di guida.

Sebbene la diffusione degli URP nelle Strutture sanitarie sia elevata, va detto che si tratta per lo più di uffici di recente formazione, spesso con risorse insufficienti. Un altro fattore che può essere chiamato in causa oltre al permanere di elementi di autoreferenzialità è probabilmente costituito dal modello di Carta dei servizi proposto dalle Linee di guida. La Carta che ne risulta appare un documento scarsamente utilizzabile per una comunicazione efficace e diffusa.

Questa considerazione, assieme al nuovo ruolo assegnato alla Carta dei servizi dal Programma qualità del PSN consigliano di rivedere lo schema proposto di Carta dei servizi per rendere più efficace l'attività di comunicazione.

Le difficoltà a definire e dichiarare gli standard di qualità della Carta dei servizi

Di tutti i temi della Carta dei servizi esplorati dall'iniziativa di valutazione l'applicazione degli standard appare l'aspetto più controverso e complesso .

Gli standard costituiscono, in effetti, lo strumento più innovativo ed utile per un reale miglioramento dei servizi: sono essenzialmente un punto di riferimento per orientare l'azione e servono sia ai cittadini che agli operatori. I primi trovano negli standard una guida ai livelli di qualità dei servizi, necessaria per verificare il patto costituito dalla Carta dei servizi e per orientarsi

nella scelta della Struttura a cui rivolgersi. Per gli operatori gli standard costituiscono un elemento di rafforzamento dell'identità aziendale. In questo senso, gli standard sono obiettivi dichiarati dall'Azienda sanitaria, e costituiscono forme di garanzia all'utente sul tema del servizio.

Nonostante ciò dai dati riportati emerge che il 72% delle Strutture ha dichiarato di avere adottato degli standard di qualità e solo il 60% ha dichiarato di aver adottato meccanismi e procedure per la loro verifica.

Lo sviluppo del processo di adozione degli standard implica la necessità di riferirsi ad un sistema condiviso di indicatori e il Piano sanitario nazionale con il Programma nazionale della qualità fornisce un primo importante riferimento a questa esigenza. Il Programma ha infatti posto l'obiettivo di “rivedere ed estendere il sistema di indicatori, già previsto dal terzo comma dell'art.10 e dell'art.14 del D. Lgs. 502/1992 e definito dal D.M. 15 ottobre 1996, anche allo scopo di valutare gli effetti prodotti dal sistema di remunerazione a prestazione, nel settore dell'assistenza ospedaliera così come in quello ambulatoriale”.

La futura definizione delle specifiche tecniche degli indicatori di qualità dal punto di vista dei cittadini, sanciti dall'art. 14 del D.Lgs. 502/92, dovrà segnare un passo significativo in questa direzione.

