

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**La qualità dalla parte del cittadino**

Corso tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 26-28 aprile 1999

A cura di  
Silvana Caciolli, Ranieri Guerra, Debora Guerrera  
*Segreteria per le Attività Culturali*

ISSN 0394-9311

**Serie Relazioni**

**00/1**

Istituto Superiore di Sanità

**La qualità dalla parte del cittadino. Corso tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26-28 aprile 1999.**

A cura di Silvana Caciolli, Ranieri Guerra, Debora Guerrera

2000, 53 p. Serie Relazioni 00/1

Questo Corso rappresenta il primo dei tre moduli avanzati, svolti nel 1999, all'interno di un progetto triennale di formazione per i Dirigenti degli Uffici Relazioni con il Pubblico nelle Aziende sanitarie. Un programma di qualità di un sistema sanitario ha lo scopo di garantire che ciascun paziente riceva l'insieme degli interventi diagnostici, terapeutici ed educativi più indicati ed al costo minore possibile per lo stesso risultato. Il cittadino-utente-cliente, ritorna ad essere sempre più al centro nell'organizzazione del "Sistema Sanità".

*Parole chiave:* Mission, Qualità della vita, URP, Vision

Istituto Superiore di Sanità

**Citizen-oriented quality. Course held at the Istituto Superiore di Sanità. Rome, April 26-28, 1999.**

Edited by Silvana Caciolli, Ranieri Guerra, Debora Guerrera

2000, 53 p. Serie Relazioni 00/1 (in Italian)

This Course is the first of a series of three advanced courses the Secretariat for Cultural Affairs of this Institute organized in the 1999, within a three-year programme for the training of the P.R. Offices' managers that operate in all Italian local health authorities. A quality programme for a health care system should guarantee that all patients can access the most suitable diagnostics, treatment and education opportunities at the lowest cost. The citizen-user-customer is increasingly becoming the health care system organization focus.

*Key words:* Life's quality, Mission, PRO, Vision

## INDICE

<b>Presentazione</b>	
S. Cacioli .....	p. 1
 <b>Introduzione al Corso</b>	
R. Guerra .....	p. 6
 <b>La qualità dalla parte del Cittadino</b>	
C. Passarani .....	p. 10
 <b>Il Processo di Visioning</b>	
G. Natalucci .....	p. 18
 <b>CASE-HISTORIES</b>	
 <b>Dalla Carta dei Servizi alla Carta degli Impegni</b>	
S. Cavallin .....	p. 24
 <b>Il miglioramento della qualità del servizio attraverso la semplificazione delle procedure: l'esperienza dell'ASS. N. 6 "Friuli Occidentale"</b>	
S. Corona .....	p. 41
 <b>Analisi e verifica della qualità in un presidio ospedaliero e di un distretto sanitario</b>	
M.A. Malvasi .....	p. 46
 <b>L'URP nel processo di comunicazione aziendale. Storia di una nascita</b>	
N. Marangelli .....	p. 50

## PRESENTAZIONE

Silvana Caciolli

*Segreteria Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

La legge 7 agosto 1990, l'art. 12 del D.L. n. 29/93 e poi la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994, concernenti l'istituzione nelle Amministrazioni Pubbliche degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico sono stati espressione di una crescente necessità di migliorare il rapporto tra la Pubblica Amministrazione ed il cittadino.

Nel 1998 la Segreteria per le Attività Culturali (SAC) dell'Istituto, sensibile a tale necessità, ha ritenuto di inserire nella programmazione dei corsi di formazione, perfezionamento e aggiornamento proposti annualmente agli operatori del SSN, il "Corso di formazione per Dirigenti degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) nelle Aziende Sanitarie".

In sede di valutazione finale i partecipanti hanno espresso un elevato apprezzamento dei contenuti, degli obiettivi e dei metodi del Corso, che ha costituito un importante momento di scambio di esperienze e di opinioni tra figure professionali, quali quella del Dirigente/Responsabile URP, che si trovano ad affrontare problematiche nuove soprattutto per quanto riguarda la comunicazione pubblica e la tutela dei cittadini.

Si è venuto a delineare, per il 1999, un percorso formativo così articolato:

- replica del "corso base" per soddisfare le numerose richieste pervenute all'ISS;
- tre moduli avanzati di formazione, ricerca e sviluppo;
- promozione e organizzazione di un convegno nazionale conclusivo.

Il progetto ha coinvolto i Dirigenti/Responsabili URP che avevano frequentato il corso base, edizione 1998 o 1999, in successivi passaggi formativi che nel loro insieme hanno dato luogo ad un progetto di formazione-intervento multicentrico, per la sperimentazione di modelli concordati ed avanzati miranti al raggiungimento di obiettivi di eccellenza nei servizi al cittadino nell'ottica del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ).

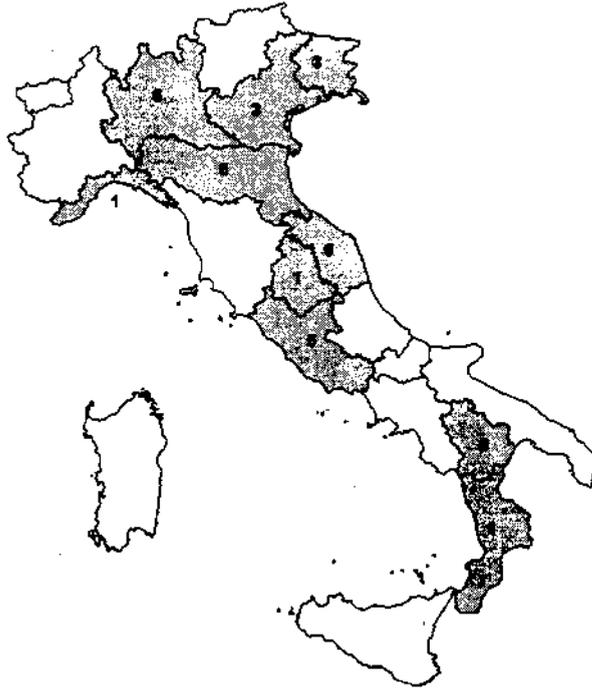
Il primo Corso avanzato "La Qualità dalla parte del cittadino", si è svolto dal 26 al 28 aprile 1999 e vi hanno partecipato 33 tra Dirigenti e Responsabili URP (13 Dirigenti, 20 Responsabili), con una distribuzione regionale come da Figura 1. Di questi, 22 provenivano dal "corso base" del 1998 e 11 dall'edizione del 1999.

In relazione all'Ente di appartenenza, 14 partecipanti provenivano da Aziende Ospedaliere (42%), 18 da Aziende USL (55%) ed uno dal Ministero della Sanità.

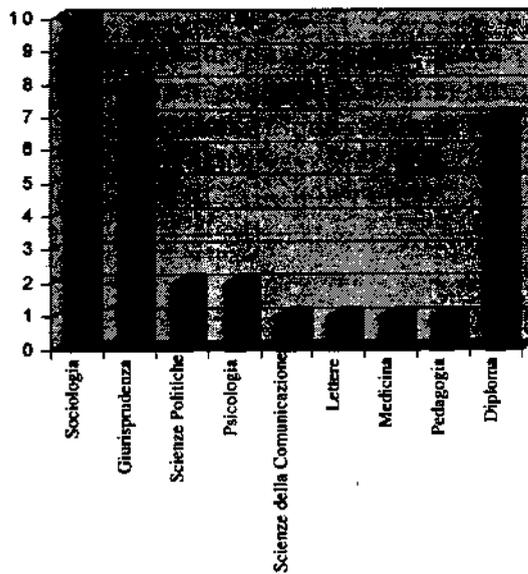
Per quanto riguarda il titolo di studio (Figura 2), si osserva una prevalenza di laureati in Sociologia e Giurisprudenza, ma è evidente una interdisciplinarietà dei partecipanti che rispecchia la diversità delle realtà presenti nel territorio nazionale.

Anche in questa occasione, al fine di acquisire elementi di valutazione utili per migliorare l'organizzazione e la didattica delle nostre iniziative, sono stati distribuiti questionari di valutazione finale, semistrutturati, da compilare in forma anonima.

Le domande a risposta chiusa riguardano le opinioni dei partecipanti sulla durata del corso, il metodo di lavoro, la concreta possibilità di applicare quanto appreso, la qualità del materiale didattico distribuito.



**Figura 1.** - *Distribuzione regionale dei partecipanti al Corso avanzato "La qualità dalla parte del cittadino"*



**Figura 2.** - *Distribuzione, per titolo di studio, dei partecipanti al corso avanzato "La qualità dalla parte del cittadino" svolto nell'anno 1999*

I partecipanti, inoltre, vengono invitati ad esprimersi in forma libera sugli aspetti del corso ritenuti positivi e quelli suscettibili di miglioramento.

Dall'analisi dei 30 questionari restituiti compilati (91%), risulta un'ampia validazione dell'attività didattica svolta (Allegati 1 e 1bis), in termini di gradimento degli argomenti trattati e del metodo utilizzato.

Tra gli aspetti considerati positivi, è stata particolarmente apprezzata la possibilità, data dalla stessa partecipazione al Corso, di dialogo e di confronto tra realtà spesso molto diverse fra loro. Molto apprezzati sono stati anche i momenti di partecipazione attiva dei discenti, attraverso il confronto, nella discussione, delle esperienze degli stessi ("case-histories").

Sono risultati, altresì, apprezzati gli argomenti trattati, i lavori di gruppo, il clima d'aula. Il metodo didattico utilizzato è stato di tipo interattivo, con lezioni introduttive seguite da lavori di gruppo che favoriscono lo scambio di esperienze e l'apprendimento di nuove conoscenze.

## Conclusioni

Il Corso "La qualità dalla parte del cittadino", rappresenta il primo dei tre moduli avanzati che costituiscono, insieme al corso base, un percorso formativo innovativo che si qualifica come progetto di formazione-intervento di tipo multicentrico.

E' da sottolineare che nel corso di questo primo modulo avanzato si è realizzata una costruttiva integrazione fra quei partecipanti dei due corsi base, realizzati rispettivamente nel 1998 e nel 1999, che hanno proseguito nel percorso formativo pianificato.

Ciò si è rivelato strategico per la costituzione di un gruppo fortemente motivato che si è proposto, così come specificamente espresso in un documento sottoscritto dai partecipanti, di "procedere nel percorso di formazione e di aggiornamento con spirito di collaborazione e confronto reciproco al fine di consolidare un costante dialogo per il futuro, finalizzato ad una crescita solidale e ad una affermazione comune ed armonizzata nel SSN".

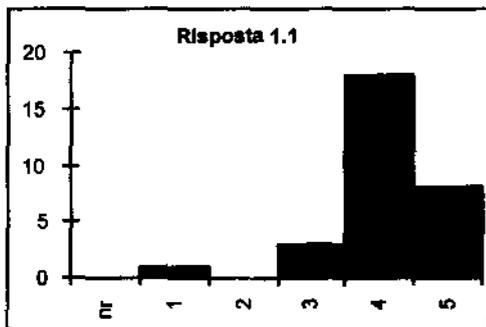
I successivi moduli inseriti all'interno del progetto erano: "La comunicazione in Sanità. Strategie e tecniche interne ed esterne, svolto dal 7 al 9 giugno 1999 all'Istituto Superiore di Sanità, ed il corso "Etica, qualità ed accreditamento nell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere" organizzato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera "Umberto I" di Ancona e svolto dal 6 all'8 settembre 1999 presso le sue strutture.

L'esigenza di svolgere una delle iniziative in programmazione in una sede diversa dall'ISS è stata rilevata dal gruppo che si è impegnato per realizzare un percorso itinerante che prevedesse lo svolgimento di uno o più moduli in un'azienda orientata ad obiettivi di eccellenza e di qualità.

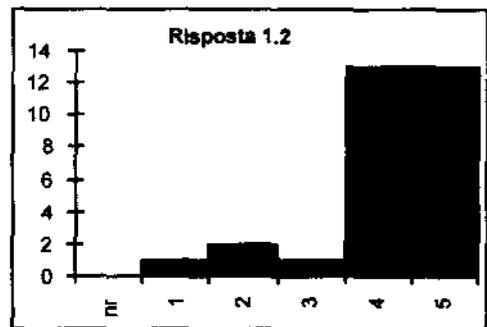
L'esperienza si è dimostrata positiva e foriera di successive e proficue proposte di collaborazione tra l'Istituto e Aziende sanitarie.

Il successo di queste iniziative, testimoniato anche dalle continue richieste di informazione e di partecipazione che pervengono a questa Segreteria, ci inducono a proseguire lungo questo percorso formativo con proposte di nuove iniziative didattiche anche alla luce dei bisogni di formazione emersi dall'analisi di un'indagine conoscitiva nel frattempo condotta da questa Segreteria tra i dirigenti degli URP delle Aziende Sanitarie del Territorio Nazionale.

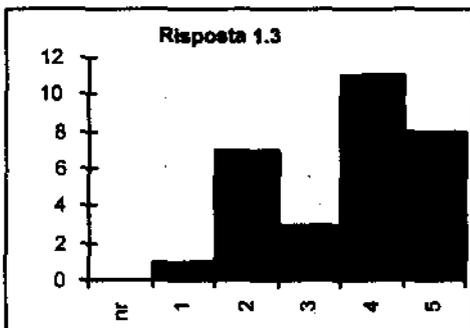
### Elaborazione dei questionari di valutazione finale del corso



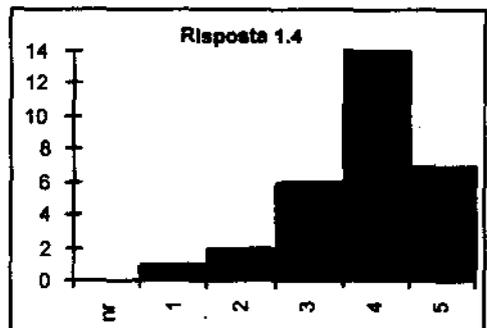
Trattazione appropriata alle mie conoscenze



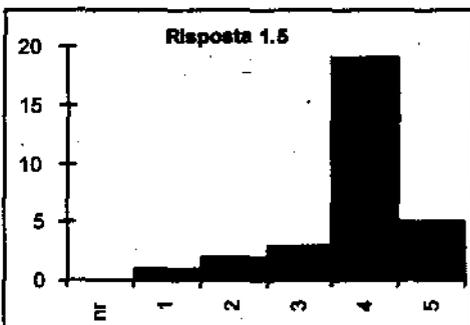
Gli obiettivi del corso erano chiari



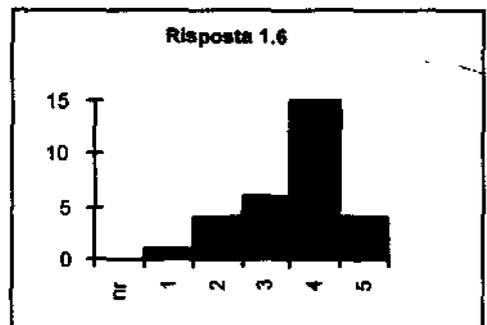
Il contenuto è coerente con gli obiettivi



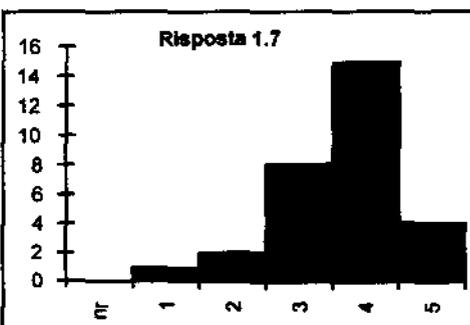
La metodologia didattica è efficace



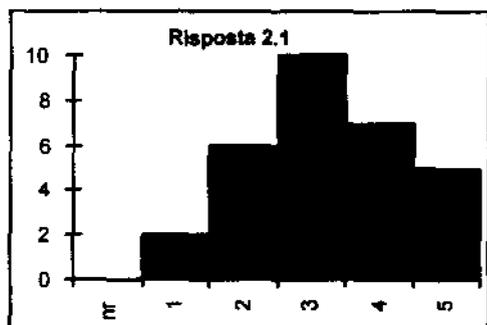
Ho appreso concetti nuovi



Ho acquisito nuove capacità

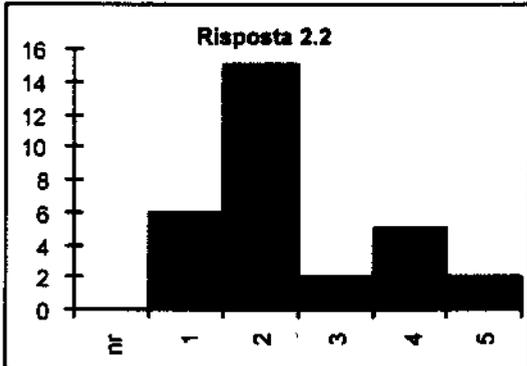


Applicazione nella mia realtà lavorativa

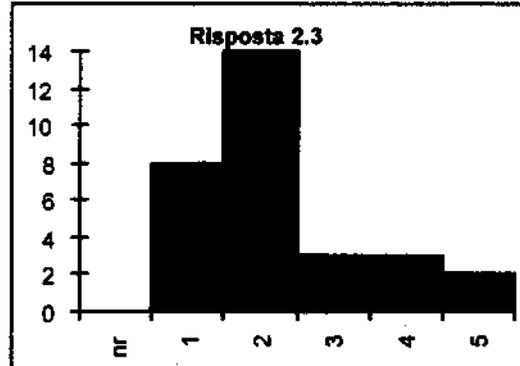


Corso troppo breve in relazione agli obiettivi

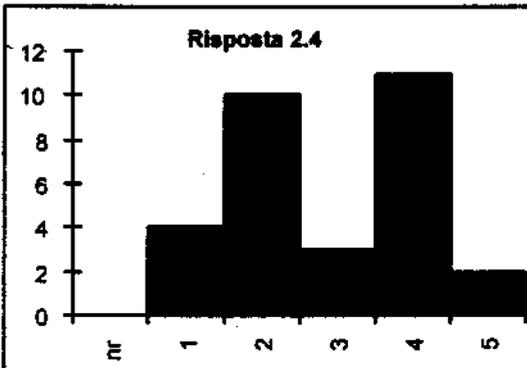
## Allegato 1 bis



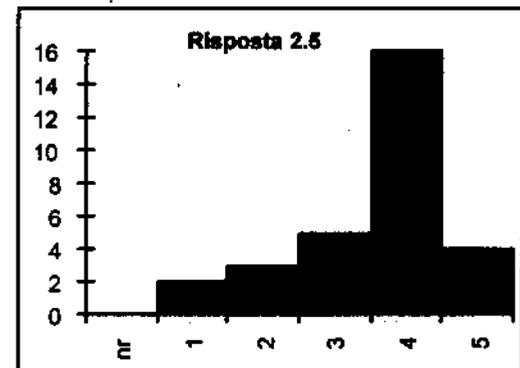
Il tempo dedicato alle lezioni è eccessivo



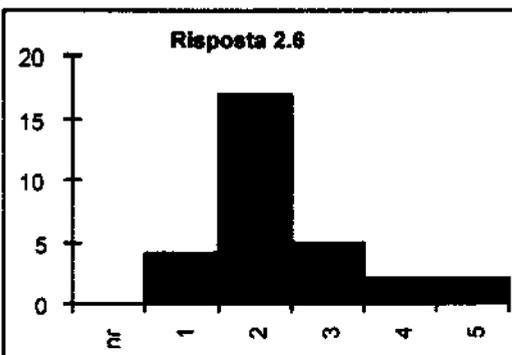
Tempo dedicato ai lavori di gruppo è eccessivo



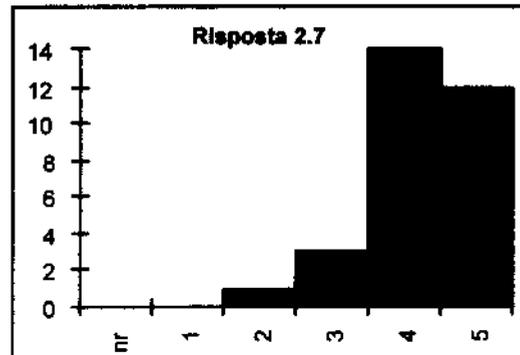
Documentazione distribuita insufficiente



Qualità della documentazione appropriata



N° Docenti/facilitatori insufficiente



Il corso è organizzato bene

### Legenda

Nr Nessuna risposta

1 Non sono affatto d'accordo

2 Non sono d'accordo

3 Opinione neutra

4 Sono d'accordo

5 Sono decisamente d'accordo

## INTRODUZIONE AL CORSO

Ranieri Guerra

*Segreteria Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma.*

Vorrei parlarvi di tre cose intimamente connesse che giustificano la nostra presenza qui oggi.

La prima riguarda l'articolato del Piano Sanitario Nazionale in merito alla partecipazione del cittadino alla gestione degli obiettivi di salute, alla necessità di promuovere l'interazione tra le Aziende Sanitarie e la propria popolazione potenzialmente utente, alla possibilità di risolvere le fughe del cittadino dal proprio ambito territoriale, dai servizi che dovrebbero fornire e garantire accesso qualificato ad una serie di prestazioni di qualità, tali da invogliare il cittadino a rimanere nel proprio ambito residenziale, senza ricorrere a costose e spesso inutili "trasferte della speranza".

Il secondo elemento di cui vi vorrei parlare riguarda le occasioni offerte dal quinto programma quadro della Comunità Europea. I bandi di concorso per almeno due delle aree identificate dal programma quadro, consistenti in azioni di ricerca applicata nella situazione di vita del cittadino, si intitolano "miglioramento della qualità della vita" e "società dell'informazione": per entrambi ci sono serie possibilità di finanziamento, generalmente molto elevato, da parte dell'Unione Europea per chiunque, soggetto pubblico o privato o consorziato, abbia capacità progettuale e quindi abbia la capacità di stendere una proposta formulata con linguaggio e metodologia accettabile, competitiva. E' una cosa che vale la pena di osservare con estrema attenzione. Ci sono risorse finanziarie importanti e, soprattutto, c'è la possibilità di qualificare la vostra presenza all'interno dell'azienda e di qualificare la vostra relazione con il cittadino e con le organizzazioni spontanee, formali e informali, che raggruppano le associazioni dei cittadini, dei consumatori e di altra categoria su cui si organizza la società civile, con cui formulare progetti congiunti che diano un senso alla collaborazione partecipativa, finora spesso solo teorica.

Il terzo ed ultimo elemento è rappresentato dal ruolo dell'ISS in queste attività.

Il nostro tentativo di rendere meno sporadiche, più organizzate e formali, le azioni rivolte al miglioramento della qualità percepita dal cittadino sono giustificate dal progetto di riforma che il Ministro Bindi sta portando avanti. Quindici giorni fa il primo testo è arrivato al Consiglio dei Ministri e, successivamente, passerà attraverso tutti i passaggi previsti dalla normativa della legge delega, per giungere il 21 giugno al compimento parlamentare di tutto il processo legislativo.

A riguardo della formazione, sono due gli elementi qualificanti presenti nel testo di riordino: il primo riguarda la formazione permanente; il secondo riguarda la formazione manageriale per i dirigenti di secondo livello.

Questo Istituto entra ampiamente in entrambi. Per quanto riguarda la formazione manageriale, quella che deve confermare in servizio i dirigenti di secondo livello assunti dalle varie Aziende con la procedura prevista dalla legge 502, l'Istituto è titolare della formazione dei Direttori Sanitari d'Azienda e di tutti i profili professionali che fanno parte

dell'area di Sanità Pubblica. Tutto ciò sarà organizzato a livello nazionale e quindi non sarà delegato alle regioni o alle singole Aziende. Viceversa, la formazione manageriale per i dirigenti di II livello clinici avverrà a livello regionale, così come a livello regionale ci sarà la formazione obbligatoria per i Direttori Generali. Ciascuna regione dovrà attrezzarsi per garantire che entro un anno dall'entrata in servizio dei Dirigenti, questi abbiano fruito della formazione obbligatoria, in modo tale da poter essere successivamente confermati in servizio. Erogheranno questa attività le strutture accreditate dalla commissione ministeriale che il Ministro avrà l'obbligo di comporre entro due mesi dalla entrata in vigore della legge di riforma.

Tutto ciò riprende, modifica ed aggiorna il decreto presidenziale 484/97, che, appunto, cercava di riordinare il quadro generale della formazione in Sanità. La parte che ci interessa di più, tuttavia, è quella relativa alla formazione permanente, che diventa obbligatoria per tutti i funzionari e tutti i dipendenti delle Aziende Sanitarie e del Servizio Sanitario Nazionale. E' una formazione permanente che, con qualche articolato in più, per quanto riguarda i medici, è comunque orizzontale, riguarda tutti. Ci sarà un monte orario obbligatorio che dovrà essere certificato. Non sarà, quindi, una formazione che ciascuno sceglierà di svolgere dove desidera, ma ci saranno dei punti accreditati di erogazione i quali certificheranno l'avvenuta formazione. Questi punti verranno accreditati dalla stessa Commissione Ministeriale citata. Noi stessi saremo soggetti ad accreditamento da parte di questa commissione.

L'accREDITAMENTO verrà confermato sulla base di elementi oggettivi, come la qualità professionale del singolo corso, della attività formativa che si va a proporre (che dovrà comprendere la presenza di docenze qualificate), del collegamento tra la docenza e il pubblico a cui la formazione si indirizza, della presenza di obiettivi formativi precisi, di un criterio di valutazione del processo, ma anche dell'impatto che questa formazione potrà avere, della presenza, infine, di uno schema di valutazione del processo di formazione da parte dei partecipanti. Sono tutte cose di cui abbiamo discusso in maniera abbastanza informale nelle occasioni in cui ci siamo incontrati, e che, peraltro, verranno recepite e dovranno essere formalizzate. In qualche misura, ciò porterà ad un irrigidimento dello schema formativo; il vantaggio, è che, però, la fruizione di questa formazione garantirà la qualificazione, e quindi il progresso curricolare, oggettivo, con il riconoscimento formale di quanto verrà svolto.

Quel che è certo è che il Sistema Sanitario viene riformato soprattutto in due o tre oggetti di lavoro che, per lo più, al pubblico generale sono sfuggiti o su cui il pubblico generale non ha competenza per giudicare. Cito per tutti questi punti, uno: la valutazione congiunta del Direttore Generale da parte dei sindaci e dell'amministrazione regionale.

Sapete benissimo che cosa voglia dire questo: dover negoziare da parte della direzione strategica dell'Azienda Sanitaria con un gruppo di persone elette e appartenenti a schieramenti politici, quindi, con bisogni, necessità e vincoli che non appartengono più esclusivamente ad una sfera professionale, ma hanno anche un'applicazione di natura politica nel senso più nobile del termine.

Il Direttore Generale, comunque, dovrà rendere conto anche alle associazioni dei cittadini, e questa è una cosa che si può vedere come positiva.

Vorrei dirvi un'altra cosa, anticipandola, in merito ai risultati preliminari che abbiamo avuto analizzando le risposte ai questionari che sono stati distribuiti nelle settimane passa-

te. C'è un punto in particolare, che vorrei presentarvi subito. Nell'ultima giornata, poi, ci dedicheremo all'illustrazione del significato delle vostre risposte e degli altri colleghi che hanno partecipato all'indagine. Si tratta di una persistente e costante, direi plebiscitaria, conferma della nostra ipotesi di lavoro, e cioè che gli Urp, nei confronti della valutazione della soddisfazione soggettiva del cittadino, hanno un atteggiamento prevalentemente passivo. In altre parole, vi limitate spesso ad una distribuzione di questionari che si spera che il cittadino, che ha delle cose da dire, possa e voglia utilizzare. Questo, capite bene, è un modo riduttivo di interpretare il vostro ruolo. Se questo deve essere, come può, uno strumento di indagine potente che garantisca all'Azienda Sanitaria la conferma o meno della rilevanza e della qualità dei servizi erogati, allora è indispensabile poterlo progettare per intercettare gli eventi critici nel percorso che il cittadino svolge all'interno delle strutture aziendali. Tutto ciò ha bisogno di una revisione radicale del come viene utilizzato il questionario di valutazione da parte degli utenti e dei consumatori. C'è quindi necessità di sviluppare e utilizzare una tecnica validata di indagine e di valutazione, promuovendo una ben diversa e molto più attiva presenza da parte degli URP, per conto dell'Azienda Sanitaria, nei confronti del cittadino. E' indispensabile produrre un campionamento preciso, che sia rappresentativo del rispondente, gestito tramite l'interrogazione attiva, quindi con interviste vere e proprie, piuttosto che con compilazioni autogestite da parte del cittadino. Queste sono cose che vedremo in ultima giornata nel dettaglio, ma ritengo che sia l'elemento più eclatante e più utilizzabile dal punto di vista di una riprogettazione, almeno parziale, del vostro compito e della vostra professionalità e, tutto sommato, della vostra collocazione strategica all'interno dell'Azienda Sanitaria stessa.

L'alternativa è che la direzione aziendale vi veda al meglio come personaggi di cui è doveroso avere la presenza, perchè la legge lo prescrive, ma su cui poche e confuse sono spesso le idee in merito alla vera collocazione e alla vera possibilità di utilizzazione. Su questo credo che valga la pena di dedicare attenzione specifica in modo tale che possiamo riorientare gli eventi formativi successivi, sia di quest'anno che del prossimo, quando saranno qualificanti e accreditanti con la nuova legislazione.

Ci tengo, infine, a dirvi che l'evento conclusivo di questo ciclo formativo, cioè la conferenza nazionale, per noi è fondamentale, proprio per uscire da un ambito autoreferenziale e per rendere visibile a chi ha capacità decisionali, di natura politica, tecnica e finanziaria, che cosa abbiamo cercato di fare insieme, che cosa stiamo cercando di realizzare e qual è la proposta di rilancio e di attribuzione funzionale che insieme stiamo cercando di discutere e di concordare.

Quindi, voi dovrete essere coloro che presentano le attività svolte e la proposta di revisione e rilancio ai nostri colleghi dei ministeri e delle direzioni strategiche di Azienda Sanitaria, di Agenzia regionale, Agenzia nazionale e di Direzione regionale di Sanità, che dovrebbero rappresentare un uditorio con capacità decisionale a cui comunicare non rivendicazioni di ruolo, ma presentazioni oggettive di quanto è stato fatto e quanto potrebbe svilupparsi. Avrete la possibilità di fare proposte concrete che sono supportate da un'evidenza nazionale. Per noi, e spero per voi, tutto ciò rappresenta un'occasione imperdibile. Quindi, vi pregherei di cominciare già a ragionare su che cosa può essere utilizzabile, può essere presentato, può essere discusso, in modo tale che il valore aggiunto dell'essere qui,

in un numero sufficientemente alto e rappresentativo di URP di Aziende, possa permettere di fornire uno standard, un'evidenza che richieda l'adozione di decisioni prese sulla base di quanto presentato da voi e da noi. Vi raccomando, pertanto, di tenere a mente questa possibilità fondamentale.

Dunque, buon lavoro e arrivederci all'ultima giornata per l'analisi critica delle risposte ai questionari. Grazie

## LA QUALITÀ DALLA PARTE DEL CITTADINO

Catia Passarani  
URP, ASL RM/A

Nel riflettere e argomentare sulla qualità, ma in particolare sulla qualità della vita si può dire che: è qualità della vita aumentare il livello di salute dei cittadini, oppure è qualità aumentare le speranze di vita dei cittadini.

Entrambe le versioni sono vere ed altre se ne potrebbero menzionare ma, ritengo, che per parlare di qualità della vita si possa esprimere molto più semplicemente con "STARE BENE" cioè vivere una situazione di benessere in generale e non solo rispetto alla "salute" e/o alla speranza di vita. Ma stare bene, non è così facile, soprattutto quando quello che facciamo, che desideriamo, deve confrontarsi con le risorse che impieghiamo e con la complessità in cui viviamo.

Se si applicasse la *Legge della reciprocità*, i cui contenuti sono talmente elementari ed essenziali da sembrarci, nelle complessità che siamo abituati a vivere quotidianamente, quasi banali e che dice: "fai (o non fare) agli altri quello che vorresti fosse (o non fosse) fatto a te", probabilmente, non dovremmo nemmeno parlare di qualità della vita poiché tutti desideriamo per noi stessi e di conseguenza per gli altri il meglio di quello che esiste. Se poi approfondiamo appena il contenuto della Legge della Reciprocità ci è subito chiaro che essa è parte di un valore cardine della vita umana: l'Etica.

R. M. Pirsing nel suo libro intitolato "Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta" dice ".....la qualità sappiamo cos'è, oppure non lo sappiamo. Questo è il contraddittorio. Alcune cose sono meglio di altre, cioè hanno più qualità".

Ma quando provi a dire in che cosa consiste la qualità, astraendo dalle cose che la possiedono, paff, le parole sfuggono.

Ma se nessuno sa cos'è, ai fini pratici non esiste per niente. Invece esiste eccome.

Su cos'altro sono basati i voti, se no? Perché mai la gente pagherebbe una fortuna per certe cose, e ne getterebbe altre nella spazzatura? Ovviamente alcune sono meglio di altre.

Ma in che cosa consiste il meglio?..."

Torniamo sempre all'interrogativo sul che cosa è la qualità.

La letteratura ci aiuta a dipanare le difficoltà proponendoci tre modalità per affrontare la qualità della vita: *l'approccio medico* dice che la salute è definita come assenza da malattie accertabili clinicamente ed il ruolo della medicina è di trattare e curare le malattie. In questo contesto lo stato di salute è generalmente misurato utilizzando un singolo indice (es. mortalità, morbilità); *l'approccio epidemiologico* guarda più che altro all'eziologia delle malattie nelle popolazioni, piuttosto che nei singoli individui. A differenza del modello medico, per cui sono centrali il trattamento e la cura delle malattie, in questo approccio è fondamentale la prevenzione delle malattie attraverso il miglioramento delle condizioni ambientali ed i cambiamenti nei comportamenti delle popolazioni di individui; *l'approccio sociologico* pone l'accento sull'importanza dei fattori socio economici

e ambientali nella determinazione dello stato di salute, per cui la definizione di salute non è soltanto l'assenza di malattia. Per esempio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e pone in risalto il fatto che la salute è funzione sia dell'aspettativa di vita che della qualità della vita. Quindi lo stato di salute può essere danneggiato anche in assenza di una malattia, così come può migliorare senza che necessariamente debba esserci una riduzione della morbilità.

Quest'ultimo approccio, che sicuramente è quello più completo e quindi più condivisibile, è anche quello che si allinea al programma di qualità dell'OMS.

Un programma di qualità di un sistema Sanitario ha lo scopo di garantire che ciascun paziente riceva l'insieme degli interventi diagnostici, terapeutici ed educativi più indicati ed al costo minore possibile per lo stesso risultato, con il rischio minore possibile e con la soddisfazione rispetto a: interventi ricevuti, contatti umani con il personale sanitario, esiti. Da ciò gli ambiti di qualità possibili si allargano: non più soltanto una maggiore speranza di vita o di riduzione della morbilità.

Il cittadino-utente-cliente, ritorna ad essere sempre più al centro nell'organizzazione del "Sistema Sanità".

L'URP incarna tale consapevolezza di necessaria innovazione rispetto al ruolo che gioca il cittadino nel "VILLAGGIO SANITA'".

Usciamo dall'ottica della qualità della vita incentrata sul medico-paziente e invece individuiamo negli ambiti di competenza dell'URP: informazione, accoglienza, tutela e partecipazione, elementi nuovi di qualità per il cittadino.

Offrire al cittadino non la possibilità ma la sicurezza di essere accolto con cordialità e disponibilità; ascoltato con attenzione e professionalità per arrivare alla soluzione (counselling); avere risposte ai quesiti, quindi semplificazione di percorsi e procedure; partecipare alla gestione della cosa pubblica con suggerimenti, segnalazioni e reclami; è sicuramente un processo di Miglioramento Continuo della Qualità della vita.

I cittadini, quando conoscono l'URP dicono: "...ma voi prima non c'eravate e noi non sapevamo come fare.....". E' questa una qualità che tutti, come cittadini, possiamo verificare direttamente.

## **Informazione**

Se si vuole costruire una informazione valida dal punto di vista della qualità dobbiamo tenere ben presente che per ognuno dei processi che avvengono nell'organizzazione sono ben identificati i crediti e i debiti informativi: quali informazioni, da quali fonti e con quali strumenti e quali informazioni a quali destinatari e con quali modalità.

E' fondamentale identificare il debito informativo dei percorsi di strutturazione dell'informazione che si vuole costruire, altrimenti si rischia di fare un percorso non completo, o quanto meno, non esaustivo rispetto all'informazione e fornire, quindi, informazioni spezzate.

Sempre per parlare di qualità, vediamo rispetto all'informazione, quali sono i criteri di qualità dell'informazione e quali quelli di qualità del dato.

Un dato è di qualità quando l'informazione è : *accreditata* e quindi a firma dal Dirigente; *tempestiva*, fornita ai cittadini in tempo utile; *puntuale e significativa* quando contiene informazioni utili; *accessibile* quando è chiara nel linguaggio.

La qualità nella distribuzione, allora diremo che è: *diversificata* quando ci sono più percorsi e più prodotti; *capillare* quando riusciamo a distribuirla su tutto il nostro territorio.

Qualità dell'informazione rispetto alla misurazione della stessa attraverso la costruzione di *indicatori*.

In molte inchieste fatte in Italia, emerge che l'utente non è sufficientemente informato, non solo sul percorso che riceve all'interno delle nostre strutture sanitarie, sia in situazione di ricovero che ambulatoriale, ma non si danno nemmeno informazioni sulla prognosi, non si danno informazioni sulla diagnosi, e questo comporta non solo una impossibilità di scelta dell'individuo ma soprattutto un aumento delle incertezze che riduce di molto, anzi azzerava la qualità della vita. In mancanza di una sufficiente informazione e consapevolezza viene a mancare la capacità di scelta e giudizio, inficiando ogni discorso sulla qualità della vita.

L'Art.14 della Legge 502/92, è in tal senso molto significativo sia a livello di Azienda che a livello di URP:

- Prevede la definizione di un sistema nazionale di *Indicatori* per la misurazione della qualità.
- Individua le procedure per verificare l'andamento dei servizi e fissare gli interventi per il miglioramento degli stessi.
- Pone l'obbligo di attivare un efficace sistema di *Informazione* sulle prestazioni erogate.
- Afferma il diritto al *Reclamo*.
- Obbliga le Aziende Sanitarie a rilevare e ad *Analizzare i Disservizi* individuando le figure responsabili.
- Assicura la *Consultazione* dei cittadini sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità

Non va inoltre dimenticato, e qui il privato ha molto da insegnare al pubblico, che il consumatore perfettamente informato è quello che ha certezze e quindi consapevolezza della scelta e che è in grado di determinare l'offerta attraverso la sua domanda. Purtroppo ancora oggi nella realtà del mondo sanitario è l'offerta ad indurre la domanda.

Infatti l'*aziendalizzazione* con cui si è inteso passare da un sistema autoreferenziale a un sistema che dovrebbe essere aperto, proiettato al "mercato", è stato soprattutto motivato dalla *pochezza di risorse*.

Avevamo un Sistema Sanitario in cui tutto era spendibile, tutto era pagabile, per cui non c'era nessun limite alle risorse che potevano essere impiegate.

Questa pochezza di risorse, in realtà ha rappresentato per il nostro Sistema Sanitario paradossalmente un'opportunità, perché siamo passati, o comunque è iniziato il processo, da un pagamento a copertura della spesa storica rivalutata, o ripiani a piè di lista, a un pagamento a prestazione.

Ma questo che sembra un paradosso ha funzionato, per il nostro sistema Sanitario, come uno stimolo, portando ad un'assunzione di comportamenti attivi da parte dei re-

sponsabili della Sanità, all'introduzione di tariffe a livello dei farmaci e delle prestazioni ospedaliere, a meccanismi budgetari. Finalmente abbiamo cominciato a parlare di budget ed a vedere, rispetto ai costi l'impiego delle risorse necessarie e via dicendo.

Possiamo dire che siamo arrivati a un "QUASI" MERCATO, perché il mercato puro in Sanità non è possibile, in quanto non possiamo arrivare ad un incrocio perfetto tra la domanda e l'offerta poiché la Sanità produce salute e non beni di consumo e soprattutto deve garantire l'assistenza per l'intera collettività, ma possiamo dire che con l'aziendalizzazione si è arrivati ad una separazione tra *produttore* e *assicuratore*.

*Produttore*, sono le Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali, che producono: DRG, prestazioni ambulatoriali, informazioni necessarie al migliore utilizzo dei servizi e prestazioni.

*Assicuratore*, è la Regione o l'Azienda Sanitaria, che assicurano livelli uniformi di assistenza.

I consumatori, presenti sul mercato sono quelli: *effettivi*, gli assistiti, che esprimono la domanda di cure; *potenziali* che sono quelli che esprimono domanda di informazione.

Tutto ciò è molto importante in un sistema in cui si parla di accreditamento. Se siamo in grado di informare su quello che stiamo facendo e producendo, copriremo una fascia di utenti potenziali, che potrebbero diventare i nostri utenti effettivi.

Per poter mettere sul mercato il prodotto giusto, quel prodotto che, "sarà acquistato", dobbiamo sapere che cosa chiede il nostro mercato, che cosa chiedono i nostri utenti, di che cosa hanno bisogno.

Per realizzare quanto sopra detto è necessario che ci sia una trasformazione nella gestione che ci faccia passare da una tradizionale *per compiti o per obiettivi* ad una gestione *per problemi, obiettivi, risultati*.

Oggi, dire incremento il numero di ore di pediatria, o incremento le apparecchiature per fare le ecografie e darselo come obiettivo, non ha più senso. Devo capire qual è il problema su cui devo andare a lavorare, che cosa gli utenti della mia Azienda chiedono, di che cosa hanno bisogno, obbiettivizzare quello che viene fuori e valutare i risultati.

E' fondamentale mettersi in quest'ottica, anche perché questo è lo spirito dell'aziendalizzazione.

Per poter far questo, abbiamo bisogno di lavorare in modo sistematico e con grande attenzione ai *dati* e alla *misurazione*.

Facciamo le nostre indagini, ma dobbiamo fare attenzione ad individuare ed analizzare i dati in maniera pianificata, non lasciata al caso o eseguita occasionalmente., altrimenti perdiamo di vista quello che sta succedendo.

Ma la cosa ancora più importante è poter misurare la nostra attività e questo è uno sforzo che viene chiesto a tutti i livelli aziendali e che pochi, ancora, riescono a fare.

Per cui, potersi presentare con la conoscenza del risultato della propria attività e poterlo dimostrare, è un momento di elevata qualità.

L'URP per mantenere, all'interno dell'Azienda, la sua posizione innovativa e con contenuti qualitativamente elevati, quali quelli presenti nella normativa che lo istituisce e ne regola le competenze, deve dimostrare di essere su questa strada di qualità e deve farlo molto di più di qualsiasi altro punto dell'Azienda proprio perché è agli albori e non ha le garanzie o coperture di chi è già solidamente strutturato.

Deve quindi muoversi su un livello di qualità più alto di quello che è la media aziendale, con l'obiettivo di costruire criteri per l'accreditamento.

Allora, importante è andare a costruire degli indicatori.

## Indicatori URP

Costruire un sistema di INDICATORI significa stabilire i criteri minimi in risorse in dotazioni, significa anche una contrattazione rispetto alle risorse fornite.

Se sto misurando posso dire se le risorse che ho sono giuste, sono adeguate o meno.

Ma l'unico modo per poter dire se, quello che sto facendo e le risorse che ho, sono adeguate, è misurare i risultati che vanno sempre dichiarati e resi pubblici.

Per esempio se uno degli obiettivi specifici dell'URP è informare i cittadini-utenti, dirò che ho raggiunto un risultato efficace se attraverso un'indagine e la costruzione di un indicatore, scopro che i cittadini sono informati sulle strutture e prestazioni della mia Azienda. E sarò tanto più efficace quanto più il valore si avvicina al 100%. Devo poter valutare se l'informazione che io sto facendo è efficace

Il lievitare dei reclami è un indicatore dell'efficacia dell'intervento URP, che sarà anche efficiente se proporzionato alle risorse impiegate.

E' essenziale partire dai risultati e allora la sfida di questo momento è di ricercare indicatori di risultato e non solo indicatori di processo. Questi sono utili ma quello su cui dobbiamo puntare sono gli indicatori di risultato.

Gli indicatori sono rapporti tra un numeratore ed un denominatore, quindi proporzioni o tassi, o semplicemente sono delle indicazioni di presenza o assenza di elementi significativi.

Alcune caratteristiche degli indicatori, da tenere presenti, sono: *pertinenti, facilmente comprensibili, tempestivi, riproducibili, accurati, completi e facilmente rilevabili*, cioè devono costare poco, perché le risorse di cui disponiamo non sono mai tante e perciò dobbiamo scegliere degli indicatori che possiamo verificare veramente.

Il sociologo Knight dice: "..... se non potete misurare, misurate comunque; per capire meglio i propri costrutti attraverso lo sforzo di sviluppare strumenti di rilevazione pertinenti, riproducibili e accurati; come segno di responsabilità professionale (fare tutto il possibile per documentare il proprio operato); come segno di umiltà (e non solo chi lavora con me può capire...."

L'ex Art. 14 della 502/ 92, sugli indicatori di personalizzazione ed umanizzazione, ne riporta alcuni specifici che riguardano le informazioni sui servizi ed indagini di soddisfazione.

Ne ho riportati alcuni tra quelli che più direttamente riguardano l'URP e sono:

- l'esistenza di un URP;
- le ore di apertura giornaliera dell'URP;
- la distribuzione di un opuscolo illustrativo;
- la percentuale di Unità Organizzative nelle quali è stata effettuata almeno un'inchiesta sulle opinioni degli utenti e dei familiari nel periodo di riferimento;
- numero medio di giorni per la consegna della cartella clinica;

- esistenza di procedure scritte sul consenso informato;
- esistenza di procedure scritte sulla protezione della riservatezza delle informazioni sanitarie.

Proporre un progetto per l'individuazione e realizzazione di indicatori URP significa sicuramente assicurare un elevato livello di qualità dell'attività dello stesso, soprattutto se mirato, come dicevamo sopra, alla misurazione dei risultati.

Come Dirigente dell'URP della ASL RM/A sto lavorando ad un progetto sugli indicatori l'URP che ho avviato nel 1997.

Il progetto impostato secondo la metodologia del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), e quindi con le caratteristiche di un progetto che sia articolato, concreto e realizzabile, ha previsto una batteria di indicatori piuttosto dettagliata.

Seguendo la spirale della progettazione e passando attraverso:

1. L'analisi della situazione, in cui è stato individuato
  - un *problema prioritario*:  
misurare l'attività dell'URP;
  - un *obiettivo generale*:  
orientare il funzionamento di un nuovo ufficio o unità organizzativa;  
misurare per verificare e ritrarre gli interventi in un'ottica di MCQ;  
rendere trasparente, trasferibile e riproducibile l'attività dell'URP;
2. l'*obiettivo specifico* è:  
costruire un sistema di indicatori;
3. la *pianificazione della valutazione dell'obiettivo specifico* attraverso:  
incontri con la Direzione Generale, con la Direzione Aziendale;  
la ricerca di collaborazioni;  
attivando la mobilità interna;
4. *pianificazione del percorso*:  
tempi di realizzazione del progetto;
5. *attuazione e valutazioni di processo*, durante il percorso sarà necessario:  
formare il personale;  
reperire spazi operativi;  
reperire attrezzature tecnologiche;  
costruire prodotti e strumenti operativi, (ad esempio i questionari);
6. *valutazione dei risultati*:  
mano a mano che si centrerà l'attenzione sulla costruzione di singoli indicatori sarà possibile valutare sia la realizzazione degli stessi sia l'applicabilità e/o la necessità di ripensarli;

7. *analisi della nuova situazione:*

il successo o l'insuccesso dell'indicatore sarà valutabile dopo almeno un anno dal suo uso. Gli indicatori individuati nel progetto sono così raggruppati:

*indicatori di struttura;*

*indicatori di performance: di processo;*

*indicatori di performance: esito/output;*

*indicatori di performance: esito/efficacia;*

*indicatori di performance: efficienza.*

## Lavoro di gruppo

Spiegato il contenuto degli indicatori sopra elencati ed individuati dal progetto URP ASL RM/A, discusso a titolo esemplificativo su alcuni di essi, avendo fatto riferimento alla normativa vigente attentamente esaminata anche nel corso iniziale del presente percorso formativo, l'aula, attraverso un lavoro di gruppo, ha prodotto una serie di indicatori

A seguito di discussione in plenaria, piuttosto turbolenta per le difficoltà insite nell'argomento trattato, gli indicatori emersi sono:

### *Indicatori di struttura (Risorse e organizzazione)*

- numero delle sedi URP aperte sulla popolazione residente (volume attività);
- numero delle sedi che hanno almeno 2 stanze sul numero totale delle sedi aperte;
- numero ore di apertura al pubblico sul numero delle ore indicate dalla normativa;
- numero di addetti sulla popolazione residente (volume attività);
- numero dei telefoni, linee interne ed esterne sulla popolazione residente (volume attività)
- fax (si/no)
- numero delle guide ospedaliere stampate (in day hospital al I ingresso) sulla popolazione ricoverata;
- modulistica per lamentele (si/no);
- archivi, sistema informativo (si/no);
- abbattimento barriere architettoniche sede URP (si/no);
- regolamento scritto URP (si/no);
- esistenza di segnaletica specifica per URP (si/no);
- esistenza di un sistema in rete tra gli URP (si/no).

### *Indicatori di performance: di processo*

- aggiornamento di banche dati per:
  - l'informazione di prestazioni, strutture, specialistica (si/no);
  - elenco organismi di volontariato (si/no);
  - classificazione dei reclami per tipologia (si/no);
- numero di protocolli con organismi di volontariato;
- aggiornamento corrente del regolamento scritto URP (si/no);
- totale ore di contatto con il pubblico degli addetti URP sul totale delle ore di presenza al mese degli addetti;

*Indicatori di performance: esito/output*

- numero contatti utenti (volume di attività) sul totale della popolazione;
- numero reclami scritti/anno (volume di attività) sul totale della popolazione;
- numero dei reclami del mese cui è stata data risposta (media) del mese sul totale dei reclami scritti.

*Indicatori di performance: esito/efficacia*

- numero dei reclami cui è seguito un processo di cambiamento sul totale dei reclami;
- aumento reclami nell'anno precedente su totale dei reclami dell'anno;
- numero dei problemi risolti direttamente dall'URP sul totale dei problemi segnalati.

*Indicatori di performance: efficienza*

- numero totale dei contatti sul costo totale degli operatori;
- numero totale dei contatti come centri di costo sul totale delle sedi.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Damascelli, N., *Comunicazione e Management*, Franco Angeli Ed., 1998.
2. Donabedian, A., *La qualità dell'Assistenza Sanitaria*, Firenze, NIS, 1990.
3. Froman, B., *Il Manuale della Qualità. Manuale di Autoapprendimento per Operatori Sanitari*, Ambrosiana Ed., 1995.
4. Kay Du Pont, M., *Cortesia in Ufficio. Come presentarsi, accogliere un ospite, partecipare ad un incontro, scrivere una lettera di ringraziamento, rispondere al telefono*, Franco Angeli Ed., 1995.
5. Pirsig, M., *Lila 72*, 1974.
6. Pirsig, M., *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta*, 1974.
7. V.R.Q., *Verifica e Revisione della Qualità. Manuale di Autoapprendimento per Operatori Sanitari*, Ambrosiana Ed., 1995.

## IL PROCESSO DI VISIONING

Giovanna Natalucci

*URP; Azienda Ospedaliera San Camillo, Roma*

*Più si cerca di cambiare, più non cambia nulla!* Non è infrequente cogliere in questa affermazione lo sconforto e lo scetticismo che pervade chi sembra aver perduto in anni di attività la speranza di cambiamento.

Il vissuto professionale che ne deriva è improntato ad atteggiamenti deresponsabilizzanti: disaffezione, distacco emotivo, scarsa motivazione che producono una serie di effetti e comportamenti che a cascata concorrono a costruire l'impalcatura del complesso dei pregiudizi sulla Pubblica Amministrazione (P.A.).

Sicuramente, fino a pochi anni fa, non era possibile infatti dare torto a quanti si rivolgevano ai servizi della P.A. con un atteggiamento prevenuto: tra l'arreso e l'ostile. Di fatto, aldilà di ogni ingiusta generalizzazione, il malfunzionamento e lo spreco delle risorse sono state realtà evidenti ed innegabili che, oltre ad aver generato una pericolosa perdita di credibilità nei confronti della P.A., hanno permesso che si diffondesse e radicasse una cultura amministrativa intorpidita, rassegnata, completamente demotivata, in cui potesse essere metabolizzato ed elaborato il concetto di "tempo elastico" che l'amministrazione poteva concedersi assumendo come giusto compromesso la logica che il problema posto a qualsiasi livello dal cittadino si trasformi in una "pratica" per l'amministrazione. La mortificazione del ruolo e del valore della persona in quanto tale e la conseguente minimizzazione dei suoi problemi ha fatto sì che si potesse instaurare e quindi giustificare la distanza tra Pubblica Amministrazione e cittadino, spostando gradualmente l'attenzione da una visione orientata al cliente a quella autoreferenziale propria dell'organizzazione, con le sue necessità, i suoi tempi, le sue rigidità. Il processo di cambiamento implica quindi una revisione della cultura e dell'etica professionale.

E' importante insistere sul concetto di "cultura", perché con essa si intende quell'insieme di assunti, di criteri, di significati, che gli attori dell'agire amministrativo imparano a dare alle loro azioni e dei quali si servono per dare una risposta ai problemi che incontrano nello svolgimento del loro lavoro.

L'URP è il luogo che assorbe e descrive le contraddizioni tra le esigenze del cittadino, in continua crescita, in continua evoluzione, e le rigidità dell'amministrazione. E' il luogo che più di altri può interpretare l'esigenza del cambiamento richiesta dalla società civile, attraverso lo sviluppo di una nuova consapevolezza che orienti l'azione in modo da renderla simile ad una vera propria "missione", finalizzata ad avviare il processo di riorganizzazione strategica dell'amministrazione.

Questa delicata partita si gioca principalmente sul terreno dei servizi, in tutte quelle situazioni in cui lo Stato erogatore attiva un contatto diretto con la cittadinanza, costruendo nuove occasioni d'incontro che possano convincere del cambiamento in atto e smantellare lentamente quel decennale bagaglio di pregiudizi e luoghi comuni.

E' fondamentale allora, non solo dare visibilità ai servizi che funzionano, valorizzando l'esistente, ma innescare un processo di responsabilizzazione e puntare con fiducia sull'automotivazione dei singoli individui. Affinché ciò si realizzi, principalmente per quanti sono preposti all'erogazione di un servizio pubblico, può esser d'aiuto svolgere alcune considerazioni che convincano della bontà di tali argomentazioni.

Innanzitutto occorre ricordare che dall'inizio degli anni 1990 si è registrata un'intensa attività legislativa nella direzione dell'ammodernamento, che ha dimostrato quanto il cambiamento organizzativo non solo vada perseguito, ma sia concretamente possibile e laddove sia perseguito con tenacia e convinzione, permetta di ottenere risultati soddisfacenti.

Pensiamo alla legge 142/90 sul riordino delle autonomie locali dove per la prima volta viene introdotto il diritto di informazione, alla legge 241/90 che sancisce il principio di trasparenza nell'attività amministrativa (in opposizione alla consuetudine del segreto d'ufficio) garantendo il diritto di accesso e di partecipazione al procedimento amministrativo (cosicché la P.A. non ha più solo poteri nei confronti del cittadino, ma anche doveri e obblighi, e quest'ultimo può esercitare i suoi diritti e manifestare i suoi interessi); ma pensiamo soprattutto al decreto legislativo 29/93 che istituisce gli URP, ed alla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11/10/94, sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP, definiti come "luogo d'incontro" tra amministrazione e cittadini. Queste, ed altre disposizioni ancora, sono l'esempio della volontà dello Stato di recuperare credibilità nel rapporto con la cittadinanza, ben sapendo però, che solo l'impegno di quanti quotidianamente gestiscono tale rapporto, può decretare il successo di tutta l'operazione.

Tutto ciò si rende necessario ed urgente anche perché il cittadino, nonché contribuente, ha sempre più la consapevolezza di voler abbandonare il ruolo di "suddito" nel rapporto con la P.A. che si manifesta tradizionalmente con atteggiamenti passivi di chi subisce e si accontenta di quanto riceve, a favore di un maggiore spazio di negoziazione. Giustamente pretende di ricoprire il ruolo di "utente" e, come tale, di incidere sulle prestazioni e sulle specifiche di qualità del servizio. Non dimentichiamo, infatti, che il servizio pubblico si configura come un contratto bilaterale che stabilisce, per l'utente diritti irrinunciabili, e per la P.A. doveri istituzionali.

Sappiamo, però, che incidere sulla qualità del prodotto realizzato dall'amministrazione è un processo lungo e certamente complesso, che richiama delle articolate argomentazioni di natura economica, tecnologica etc; ma proprio perché questo gap qualitativo, palesemente avvertito dai cittadini, non potrà essere colmato in breve tempo, il terreno sul quale si dovrà giocare la partita per recuperare il deficit di legittimazione che ha colpito la P.A., è quello della comunicazione.

Ciò deve essere ancora più chiaro per quanti sono chiamati a gestire giornalmente un'attività di relazione con il pubblico, attività che impone di dover prestare ascolto alle specifiche e particolari esigenze che provengono da una diversificata utenza, cercando di fornire un'indicazione utile alla soluzione di ogni problema.

Non bisogna assolutamente sottovalutare la centralità di questa componente, e quindi l'importanza di chi ci si dedica. Vale qui la pena ricordare le recenti iniziative istituzionali, ad esempio i "Cento Progetti al servizio del cittadino", volte a far emergere dal sommerso

tutte le iniziative esemplari realizzate dalle strutture pubbliche di contatto e che hanno evidenziato uno stretto legame tra comunicazione e miglioramento della qualità del servizio. A titolo esemplificativo: il miglioramento della modulistica, l'uso del telefono per le prenotazioni, la possibilità di fornire risposte personalizzate o di raccogliere reclami, gestendone i contenuti come opportunità "eccellente" per rimuovere le criticità sottostanti; la realizzazione di guide ed opuscoli, l'apertura di sportelli informativi per l'utenza, l'attivazione di postazioni informatiche come i video touch-screen; i questionari di soddisfazione.

Il processo di visioning può aiutare a comprendere quali percorsi seguire a livello individuale /motivazionale per aprirsi alle ragioni del cambiamento.

Parte dall'analisi delle resistenze che possono dipendere non solo dal divario tra le esigenze ed i tempi dell'Amministrazione pubblica e quelli del cittadino, ma anche dal timore dell'ignoto, dalla sfiducia, dalla fatica di cambiare dell'operatore.

La spinta individuale al cambiamento discende anche da una cultura rivolta alla persona e alla ricerca dei "Valori" intesi come strumenti - guida dell'agire professionale: l'onestà, l'impegno, l'etica, l'equità, la competenza, la responsabilità, la lealtà, l'empatia, la solidarietà, la collaborazione.

La spinta collettiva al cambiamento può scaturire dall'attrazione dei membri verso l'organizzazione: tanto più forte quanto più sono chiari, conosciuti e condivisi gli obiettivi dell'Azienda.

Le organizzazioni hanno bisogno di innovarsi, di modificarsi e di trasformarsi. Ciascuno deve acquisire capacità nuove e saper prendere decisioni, l'organizzazione deve stimolare tra gli addetti il senso di appartenenza nella consapevolezza di un percorso comune.

Il processo di Visioning può aiutare tutti coloro che vogliono sviluppare abilità di leadership e che devono poter guidare ed orientare il gruppo verso una meta comune. Visione, concetto anglosassone, sta ad indicare uno scopo, una visione ideale, un futuro desiderabile.

La formulazione di una "visione" del futuro rappresenta un riferimento di ciò che un'Azienda intende realizzare e di come intende evolvere. Può costituire una guida al livello della pianificazione strategica. La costruzione di tale percorso implica la chiarificazione dei *valori*, la definizione e puntualizzazione della *mission* intesa come scopo fondamentale, una sorta di ragion d'essere, il carburante che spinge a realizzare la visione; sostanzialmente rappresenta un supporto fondante della base ideologica di un'organizzazione. La "visione" aiuta a definire una prospettiva di sviluppo che una Direzione Aziendale intende darsi. L'ottimizzazione dei sistemi di comunicazione interna e la valorizzazione delle risorse umane costituiscono il perno dell'azione innovativa. Quanto più si riesce a far circolare e condividere la visione all'interno dell'Azienda tra i dipendenti e i collaboratori, tanto più le risorse umane riescono a mobilitarsi a sostegno dell'idea. Visione come rotta da tenere nella difficile navigazione intra ed extraaziendale laddove l'elemento portante è costituito dalla "Mission" intesa come lo scopo specifico.

Alla base del percorso per costruire il processo di Visioning e per definire la Mission, c'è la diffusione e la conoscenza dei valori.

La conoscenza e la condivisione dei valori favoriscono i processi di cambiamento, la tensione innovativa per cogliere i mutamenti e le trasformazioni dei bisogni sociali.

Dante, nella Vita Nova, parla di mirabile visione. Beatrice pur non essendo mai esistita ha rappresentato un simulacro, un'idea di bellezza, di perfezione, un'idea guida. Già nel '300 Dante è stato in grado di suggerirci questo spunto di riflessione, quanto mai attuale, traducibile nella domanda: "qual è la nostra idea guida? Secondo quale spirito, quale logica stiamo andando avanti?". Del giorno per giorno, oppure sostenuti da un ideale?

La Visione stimola il coraggio di affrontare gli ostacoli, le sfide per raggiungere l'obiettivo.

La Visione è un'intuizione che nasce da un'immagine, da un sogno, da un viaggio dal noto all'ignoto. L'idea di una grande impresa.

La forza di un'idea "comune" può essere dirompente e per questo può condurre al successo.

Gran parte dei conflitti aziendali è frutto di valori contrastanti. Così come la Visione può esercitare sulle persone una forte attrazione, una forte spinta ad agire, allo stesso modo la non condivisione dei valori, o la presenza di valori contrastanti può frenare l'azione. Per gestire il conflitto non è tanto importante giudicare se i valori sono giusti o sbagliati. E' importante capire che ci sono dei valori diversi. Forse poco tempo si dedica all'analisi di queste diversità che può provocare incomprensione o conflitto; talvolta la stessa mancanza di conoscenza dei valori apprezzati dagli altri può determinare stati di fraintendimento. Ora, conoscere i valori, dividerli e avere una comune Visione, aiuta sicuramente l'integrazione e i processi di cambiamento. La Visione ha bisogno di essere fortemente calata nella realtà, perché quanto più è calata nella realtà, tanto più è credibile e realistica. In un ospedale l'immagine desiderabile potrebbe essere quella che modula continuamente l'azione professionale con l'approccio empatico alla persona, alla Sua sofferenza alle Sue paure. Il riconoscimento dei valori sottostanti e l'adesione a quei valori, fa sì che lo stesso valore sia unico per il cittadino come per l'operatore: il rispetto della persona, la costruzione di seri percorsi diagnostico-terapeutici, l'attenzione ad evitare inutili sofferenze, o tensioni, l'accuratezza dello stile comunicativo chiaro e rassicurante, utile anche per favorire l'adesione convinta al piano curativo-assistenziale. La visione "credibile e realistica" conferisce all'organizzazione cui si riferisce, un'idea di unicità, di perfezione e di eccellenza. L'eccellenza non è un concetto semplice, né tanto meno misurabile, perché l'eccellenza implica automaticamente un concetto di miglioramento continuo, denota una condizione evolutiva di qualità globale che supera la logica degli interventi frammentati. Avere un'idea potente, forte, che incolla una persona ad un obiettivo, significa, avere un'autostrada davanti.

Anche la scala di Maslow che descrive la gerarchia dei bisogni dell'uomo, pone come caratterizzanti del cambiamento, quelli di tipo "alto: i bisogni cioè di appartenenza, di stima e di autorealizzazione. Se noi coniughiamo questi tre livelli alti della motivazione con una Visione potente, cioè supportata da valori elevati "nobili" soddisfiamo soprattutto quel livello ideale delle attese che ciascuno di noi ha. Non c'è nulla che risvegli ed orienti se non un atteggiamento che parte da dentro. Non a caso si parla di risveglio della motivazione.

E' tanto più forte una Visione sul posto di lavoro quanto più riesce a fondere i valori personali con i valori professionali. Dalla sovrapposizione fra valori personali e valori aziendali scaturisce maggiore efficienza, quanto più un valore è comune, tanto più è efficace. I valori sono, quindi, una guida e se condivisi possono anche sostituire le regole. Quanto più un valore è conosciuto e lo si eleva a valore aziendale, a valore comportamentale, a valore professionale, tanto più si ha una molla e una forza per creare l'adesione al processo di Visioning che in genere si origina da un'intuizione.

Visione è prospettiva, scenario, immagine del futuro potente. Il compito del leader deve essere quello di far convergere, integrare i valori individuali con quelli aziendali.

Lavorare ad un processo di Visioning significa impegnarsi in un percorso. Le fasi di creazione del Visioning sono:

- il chiarimento dei valori di riferimento, analizzando la situazione al momento. Il processo di Visioning è tanto più efficace quanto più si è toccato l'apice dell'insoddisfazione;
- la conoscenza della situazione presente all'interno e all'esterno del proprio specifico ambito professionale. Definire la Mission fondamentale, lo scopo per creare una Visione eccellente, desiderabile di quello che vorremmo essere tenendo conto che la Mission mitiga lo stress, perché lavorare in condizioni di incertezza, senza obiettivi o strategie chiare, senza riuscire a dare significato al nostro lavoro, è fonte di stress. La mission guida la strategia e dà il carattere all'organizzazione, descrive l'unicità, è la specificità di quella organizzazione;
- realizzare la Visione.

La chiarificazione dei valori, la ricerca della Mission, la costruzione del processo di Visioning, non sostituiscono i piani strategici, ma ne sono il presupposto.

*"Dare adito a nuove domande, a nuove possibilità, guardare i problemi vecchi da una nuova angolazione, richiede immaginazione creativa e segna il vero avanzamento nella scienza" (Einstein).*

La costruzione del processo di Visioning muove dalle domande: "cosa vorremmo essere, cosa vorremmo fare, come vorremmo sentirci? In quale sistema operiamo, chi sono i nostri clienti, quali relazioni sono importanti, quali sono le nostre capacità, cosa saremo se non cambieremo, e dove ci posizioniamo come organizzazione?"

La Visione è un'immagine potente di un percorso:

- è una bussola;
- un ampliamento di visuale;
- uno stimolo alla programmazione,
- è l'immagine del " futuro desiderato ";
- è una calamita che attira il gruppo verso una stessa direzione;
- ha le radici nella realtà e indica la strada verso il futuro;
- è un punto di forza per favorire una performance elevata.

Ancora Einstein dice *" credo nell'intuizione e nella ispirazione.... Talvolta sento di aver ragione senza saperne il motivo...l'immaginazione è più importante della conoscenza. Perché la conoscenza è limitata, mentre l'immaginazione abbraccia il mondo intero, stimolando il progresso, dando vita all'evoluzione "*.

Il processo di Visioning è un processo evolutivo, in continua crescita, sicuramente proponibile in una learning organization, in una organizzazione, cioè, dinamica, flessibile, comunque orientata al miglioramento continuo, ad utilizzare anche le criticità come opportunità per crescere.

L'approccio della qualità totale presuppone la mobilitazione e la formazione del personale. Richiede anche la capacità di costruire team operativi, squadre, gruppi di lavoro, che possano approfondire le criticità e avviare processi di cambiamento, agendo sulle tre dimensioni della qualità: tecnico-professionale, organizzativa e dei processi, percepita.

La Visione deve essere formulata in modo da poter permeare le diverse dimensioni della qualità e tutte le fasi del ciclo delle attività: strutturali, processuali e finali. L'URP va inteso come luogo di ascolto che interpreta le istanze sociali ex ante e raccoglie le valutazioni degli utenti ex post attraverso le indagini di customer satisfaction che consentono di raccogliere informazioni sia sulle aspettative dei clienti in funzione dei servizi disponibili, sia sulle percezioni provate nel corso delle prestazioni ricevute. Interpretando in forma integrata le risultanze delle due tipologie di ricerca è possibile cogliere le aree critiche su cui intervenire per attivare le azioni di miglioramento.

La mission dell'URP è tutta incentrata sulla capacità di organizzare il sistema di ascolto e di stimolare processi di cambiamento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Canitano, C., Natalucci, G., Pacchi, C., Parisi, R., Sviluppare le professioni; il territorio dell'ospedale: il rapporto tra tecnica e relazione a un punto di crisi nella professione infermieristica. In: Territori di salute. *Aldo Primerano Ed.*, 1995, Roma.
2. Moini, G., Mungo, T., Pacchi, C., Progettare l'organizzazione. In: Territori di salute. *Aldo Primerano Ed.*, 1995, Roma.
3. Scott Jaffe, T., Visione, valori, missione. *Franco Angeli Ed.*, 1995.

Case-History

## DALLA CARTA DEI SERVIZI ALLA CARTA DEGLI IMPEGNI

Sonia Cavallin

*Azienda USL Bologna*

Nel 1996, l'attuale Direttore generale della Azienda USL della città di Bologna, poco dopo il suo insediamento, ha individuato il team dirigenziale con il quale ha elaborato, in un gruppo di lavoro specifico, la politica dell'Azienda, dichiarandone visione (cosa vuole costruire) e la missione (perché l'azienda esiste), le linee strategiche. Era, quindi, necessario diffondere agli operatori, la sintesi dei concetti che erano stati faticosamente raggiunti ed anche agli utenti, clienti finali di tutti i processi aziendali. Lo strumento individuato è il documento principe della comunicazione, sponsorizzato da varie fonti, la Carta dei Servizi, per noi è stato lo strumento attraverso il quale manifestare quali sono le nostre intenzioni, com'è formata l'Azienda, che cosa vuole costruire, quali sono i valori fondanti, quale l'organizzazione, quali gli strumenti d'informazione e di comunicazione messi in atto, con quali garanzie si è assunto l'impegno a concretizzare questo patto con i cittadini rispetto ai servizi offerti.

Naturalmente, oggi, non vi presento l'intera carta anche se, come si può vedere, si tratta di un documento molto sintetico, ma solo gli elementi, a mio giudizio, salienti ed esplicativi della logica che sottende.

Sono sessanta pagine, e non è un documento a carattere esclusivamente informativo rispetto ai servizi descritti, ma piuttosto rappresenta l'impegno esplicito volto al raggiungimento dei risultati.

Datata dicembre del 1997 dichiara i principi basilari su cui si è costruita questa nostra gestione.

Già scorrendo l'indice della Carta dei servizi, vediamo che è presente, la missione, la visione, l'organizzazione, i servizi offerti, i percorsi assistenziali eccellenti, (percorsi individuati utilizzando indagini sui bisogni della popolazione di Bologna) quindi gli uffici che sono deputati a offrire informazioni e curare la comunicazione (Uffici di Relazione con il pubblico), le garanzie e, da ultimo, l'organo deputato a verificare il rispetto degli impegni e garanzie descritte. (Comitati Consultivi Misti).

Dall'allegato 1 possiamo verificare che i concetti espressi dai colleghi, che mi hanno preceduto in queste giornate, cioè missione, i valori assunti, sono già presenti in questa Carta dei Servizi.

La visione (allegato 2 e 2 bis) esprime cosa vogliamo costruire e quindi le regole con le quali predisponiamo il nostro percorso, i punti nodali per i quali lavoriamo, cioè *la centralità del cittadino, il coinvolgimento dell'operatore, l'efficienza e l'efficacia delle risorse con uno sguardo rivolto al futuro* adeguando la strategia ai cambiamenti imposti dall'ambiente circostante, sia sotto il profilo della domanda dettata da bisogni emergenti, rappresentati da nuovi modelli culturali della popolazione, fattori demografici, che dalle capacità e modalità di offerta cioè nuove tecnologie, risultati demografici investendo continuamente nel miglioramento.

Mi pare significativo, a questo punto, rappresentare il fatto che vengono sinteticamente descritte tutte le unità gestionali, per le quali vengono espresse missioni, cioè l'assunzione dei valori per i quali si trovano a lavorare con un'identificazione di determinati percorsi operativi. Anche l'Ufficio per le Relazione con il Pubblico, dichiara, nella sua presentazione, la propria missione: *"l'URP, favorisce il processo di comunicazione e di informazione tra Azienda e cittadini al fine di garantire agli stessi, facilità di accesso ai servizi erogati. Segue l'obiettivo della relazione utente azienda attraverso il processo la gestione del monitoraggio delle procedure per la gestione dei reclami, segnala l'ufficio qualità aziendale al direttore della gestione competente, i disservizi, le osservazioni, i suggerimenti espressi, al cliente interno ed esterno. Contribuisce a orientare le scelte aziendali, sugli aspetti amministrativi collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento, sugli aspetti organizzativi, logistici e sui percorsi degli utenti. Assicura l'accesso agli atti come da regolamento della legge 241 del 1990, ed in particolare descrive tutte le proprie aree di responsabilità"* (allegato 3).

Segue una puntuale descrizione dei vari uffici Uffici di Relazione con il Pubblico dell'Azienda, con una particolare attenzione allo sportello telefonico informativo.

Si tratta è un numero telefonico verde, quindi gratuito, al quale tutti i cittadini possono accedere, e dal quale vengono erogate informazioni su tutti i percorsi aziendali.

Dopo il Corso base al quale ho partecipato lo scorso anno organizzato dall'Istituto superiore di sanità, sulla base di similari esperienze da Voi descritte, ho attivato un numero telefonico di informazione, utilizzando la metodologia descritta da Vostri docenti e l'esperienza riportata.

Abbiamo organizzato anche noi un corso informativo e formativo al termine del quale gli operatori dedicati utilizzano la tecnica del counselling telefonico. Il Servizio è risultato molto gradito agli utenti.

Nell'ultima parte della carta sono descritte le modalità di verifica. Verifiche che vengono attuate dai Comitati Consultivi Misti, che sono organi a composizione mista, cioè volontari e professionisti aziendali.

La regione Emilia Romagna ha legiferato in materia, (L.R 19/94) prevedendo questi organi al fine di assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, dal punto di vista dei cittadini. La legge prevede che la composizione sia mista, volontari in maggioranza, ed operatori aziendali. I Comitati, nella nostra Carta, hanno presentato e descritto la missione e le loro aree di responsabilità.

La parte più interessante riguarda gli impegni e le garanzie presenti nella Carta.

Ne cito alcuni: L'Azienda si impegna a predisporre punti informativi e di accoglienza presso gli ospedali unificando le portinerie e gli URP, individuandone indicatori e successive modalità di verifica (allegato 4 e 4 bis).

L'Azienda s'impegna a consegnare copia della cartella clinica in quindici giorni, ad organizzare presso gli ospedali un unico punto per il ritiro dei referti".

Per questi e per gli altri impegni presenti, che non cito, abbiamo individuato un indicatore. Per alcuni indicatori sono già stati espressi anche gli standards.

Rispetto tutti gli impegni dichiarati, i Comitati hanno effettuato verifiche.

Questa Carta porta la data del dicembre 1997, quindi gli impegni sono relativi alle attività perseguite nel 1998. Il documento viene aggiornato, sul sito Internet, nel quale è stato inserito, per quello che riguarda i cambiamenti rispetto alle informazioni. L'azienda

si è impegnata a redigere la nuova Carta con cadenza triennale. Questo non significa, però, che gli impegni non vengano monitorati con modalità diverse, esse infatti possono essere mensili, trimestrali o semestrali, secondo gli impegni assunti.

Aggiornamenti e rispetto degli impegni rappresentano comunque una delle criticità presenti. Allo scopo di ricercare dei miglioramenti abbiamo ripercorso l'iter intrapreso nella costruzione di questa Carta e abbiamo appurato che tutta la gestione è nata da indicazioni e decisioni della direzione, spesso neppure conosciute e quindi poco condivise dagli operatori. Inoltre la Carta non è stata adeguatamente pubblicizzata, per cui risulta poco conosciuta.

A fronte di queste criticità abbiamo cercato di trovare delle soluzioni: si è colta l'occasione rappresentata dalla recente normativa relativa all'autovalutazione ed accreditamento (DPR14/01/97), questa prevede che tutte le Aziende pubbliche o private, debbano essere sottoposte ad autovalutazione ed accreditate per continuare ad operare sul mercato.

La regione Emilia Romagna ha promulgato, sul tema, due normative, nel '98 e nel marzo 1999. Il modello di accreditamento acquisito, individua varie situazioni da analizzare relativamente all'intera gestione aziendale (politica, strutture, procedure, attrezzature, formazione comunicazione ecc) esse devono possedere determinati requisiti per essere accreditate. Il modello assunto dalla azienda descrive in dieci capitoli tutte le tappe da raggiungere per essere appunto accreditati. Uno di questi capitoli riguarda la *comunicazione*.

Questa è stata l'opportunità su cui abbiamo concentrato la nostra attenzione, in quanto la nostra normativa al riguardo dichiara che *la comunicazione è lo strumento per la diffusione e la raccolta delle informazioni sia verso l'interno che verso l'esterno dell'organizzazione a partire dalla politica e dagli obiettivi sino alla motivazione ed al coinvolgimento degli operatori e dei cittadini*.

L'agenzia Sanitaria Regionale che agisce in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, ha fatto propria questa normativa, individuando possibili percorsi per assumere ed ottemperare gli impegni previsti nella normativa nazionale e regionale. Per quello che riguarda la comunicazione, presento le indicazioni concordate a livello aziendale (allegato 5, 6, 7 e 8).

Si richiede:

- *l'esistenza di strumenti informativi sintetici a disposizione dei cittadini sulle prestazioni erogate dalla struttura e le modalità di prenotazione e di accesso;*
- *l'esistenza su modalità di informazioni sui tempi, sulla prenotazione e sull'ingresso, ecc.;*
- *l'esistenza di sistematici momenti di coordinamento e di integrazione della struttura con le altre strutture sanitarie;*

E per quanto riguarda la comunicazione esterna:

- *l'Azienda ha predisposto una Carta dei servizi?*
- *le strutture hanno concorso nella predisposizione della Carta dei servizi?*
- *Questa è stata redatta con l'apporto delle associazioni rappresentative degli utenti?*
- *E' revisionata dopo opportuni intervalli?*
- *La Carta dei Servizi descrive i principi fondamentali dell'azienda? .*
- *Contiene le informazioni sulle strutture?*

*- Dichiarati obiettivi e standard per la qualità? Impegni, programmi, meccanismi di tutela e di verifica?*

Praticamente, questo documento è stato calato nel sistema della qualità aziendale, integrando, quindi, tutti quei principi che l'azienda aveva prima assunto e dichiarato come propri, avendo individuato i propri valori, la propria missione, visione, le proprie linee programmatiche, operando una integrazione molto innovativa.

A questo punto, tutta l'organizzazione aziendale sta lavorando per la predisposizione di questo documento che verrà, comunque, presentato come scheda di autovalutazione entro giugno '99.

*L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha colto questa occasione per proporsi come elemento facilitatore di questa iniziativa e quindi abbiamo lavorato con tutti i dipartimenti del Presidio ospedaliero, operando insieme direttamente sul campo.*

Questa attività dell'ufficio di relazione con il pubblico è stata svolta solo a livello ospedaliero, in quanto sul territorio si sta attuando una riorganizzazione dell'assetto che si concluderà entro il prossimo autunno, con probabili aggregazioni di distretti e, in questo contesto non appare logico lavorare sull'attività di comunicazione su funzioni territoriali in via di cambiamento.

Vorrei a questo punto descrivere sinteticamente il progetto sul tema intrapreso nel livello presidio ospedaliero.

Abbiamo predisposto una griglia nella quale sono indicate le modalità di redazione del nuovo documento che abbiamo intitolato *carta degli impegni* (allegato 9, 10 e 11).

In esso in vi sono varie sezioni che riguardano:

- la presentazione dell'équipe, con la dichiarazione di missione e la vocazione dell'unità operativa, l'assetto organizzativo e la loro modalità nell'espletazione dell'attività.
- la presentazione del catalogo dei prodotti. quindi, in coerenza ai prodotti offerti, devono essere individuate alcune significative caratteristiche, per le quali scegliere un indicatore, e per ogni indicatore il corrispondente standard.
- le verifiche, cioè il monitoraggio degli impegni dichiarati al fine di controllarne la congruenza.

Tali ultime analisi sono state ipotizzate di svolgerle in stretta collaborazione con gli organismi di volontariato rappresentati in AUSL nei Comitati Consultivi misti.

Dalla redazione di questo documento, si potrà ottenere uno strumento utile sia al processo di accreditamento, che all'informazione per i cittadini.

*La peculiarità è rappresentata dal fatto che questa relazione è stata costruita dagli operatori e dai professionisti che erogano le prestazioni descritte. Non vi sono impegni dettati da normative o dall'alta dirigenza, bensì prodotti individuati dagli operatori e quantomeno riconosciuti dagli stessi.*

La conclusione della prima parte del processo è prevista per giugno 99. Il nostro lavoro continuerà nell'autunno e consisterà nell'assemblaggio per pervenire alla redazione di un unico documento omogeneo e sintetico che rappresenterà *la II carta dei servizi del presidio ospedaliero dell'Azienda USL della città di Bologna.*

**La missione dell'Azienda USL Città di Bologna**  
*perché l'Azienda esiste*

L'Azienda USL Città di Bologna è una grande Azienda cui compete un ruolo rilevante nella tutela delle condizioni di vita e di benessere della popolazione, nella cura delle malattie e nel recupero della disabilità e del disagio sociale, attraverso servizi cui si rivolgono non solo i cittadini bolognesi, ma anche di altre realtà provinciali e regionali.

Ha un ruolo nazionale rilevante, per quanto da sempre rappresenta nel settore della ricerca scientifica e tecnica, per la dimostrata capacità di progettare e realizzare innovazioni nell'area dei servizi sociali e alla persona e quale Azienda del capoluogo di una Regione che ha fatto della propria rete dei servizi sanitari e sociali uno degli elementi forti e fondenti del proprio sviluppo civile ed economico.

L'Azienda ricerca costantemente la coerenza tra bisogno e offerta secondo principi di:

- equità: garantire pari opportunità, a parità di bisogno, di beneficiare dei servizi offerti;
- trasparenza;
- efficacia tecnica degli interventi;
- efficienza organizzativa

## **La Visione Aziendale** cosa vogliamo costruire

Il processo di trasformazione aziendale avviato nel 1994 è in corso e sta andando gradualmente a regime con l'introduzione delle nuove logiche di finanziamento e con la disponibilità di strumenti gestionali più evoluti in materia di contabilità, di controllo interno, di uso e sviluppo delle risorse umane, ecc..

Il processo è in corso, occorre consolidare il tratto già completato ed avanzare ulteriormente per realizzare compiutamente il nuovo assetto.

Ma a questo punto del percorso, il più rilevante vincolo all'affermazione dell'identità aziendale del sistema sanitario è costituito dalla cultura della organizzazione, tutta orientata ancora al rispetto di "regole" incompatibili con le esigenze di una qualificata azienda dei servizi.

Il vero salto del passaggio dalle precedenti strutture alle nuove aziende deve infatti trovare la propria ragione di essere in un "riorientamento" del sistema dalla logica del rispetto burocratico, delle regole e della deresponsabilizzazione a quella dei "risultati", della qualità delle risposte, della centralità dell'utente, oltre che del corretto ed efficiente impiego delle risorse. per realizzare questo passaggio occorre una "rottura" culturale e un superamento dei paradigmi che hanno sostenuto le nostre organizzazioni pubbliche, sostituendoli con valori nuovi ed aggiornati, capaci di interpretare sia la complessità della domanda e delle interrelazioni che della gestione interna, al fine di perseguire risultati corrispondenti a quelli attesi.

Il cambiamento della cultura sotteso alla trasformazione di una pubblica amministrazione in una Azienda pubblica di servizi rappresenta la sfida più rilevante dei prossimi anni, che può essere indotto anche dalla introduzione di adeguati e coerenti sistemi di gestione, ma che può sostenersi solo se si saprà indicare e costruire una chiara visione aziendale.

Questo è il compito più rilevante ed impegnativo della direzione e quindi già il primo documento sulle linee organizzative, con il quale si intende definire missione e responsabilità organizzativa di ogni struttura aziendale, si sforza di introdurre i valori sui quali si fonda la "visione aziendale":

### *1. la centralità dell'utente e la qualità dei servizi*

L'esigenza è tanto condivisibile da apparire persino banale. Lo è di meno se si considera che solo in tempi relativamente recenti si è acquisita questa consapevolezza e quale sforzo comporti affermare concretamente questo valore. La cultura del miglioramento continuo, della messa in discussione dei ruoli, dell'utente come guida dei processi e dell'auto-valutazione è qualcosa di molto lontano dalla realtà attuale, da costruire sapendo che richiede molto tempo, molto impegno e forse anche l'esigenza, soprattutto in fase iniziale, di misurarsi con resistenze di varia natura.

## 2. *L'efficienza e la razionalità dell'impiego delle risorse*

Troppe volte e per troppo tempo in sanità il tema del soddisfacimento del bisogno è stato ed è contrapposto a quello dell'efficienza, sulla base della valutazione dell'irrelevanza del dato economico rispetto al significato dei problemi sanitari o socio-assistenziali.

Questa valutazione sarebbe condivisibile se non fosse foriera di rischi sul piano manageriale in questo momento in cui, togliendo l'accento della rilevanza dell'aspetto economico, può portare ad usi non efficienti e adeguati delle risorse. L'affermazione "dell'efficienza" come valore aziendale, al pari di quello della centralità dell'utente, è invece la condizione per ottimizzare l'uso delle risorse e, quindi, per massimizzare i risultati che possiamo mettere a disposizione della collettività.

## 3. *Il coinvolgimento degli operatori*

Un'organizzazione complessa di servizi di tipo professionale non può prescindere in alcun modo dalla qualità delle risorse umane impiegate nel processo; la centralità delle risorse umane è ormai un dato riconosciuto da ogni organizzazione, e così deve essere anche per una azienda sanitaria.

Dobbiamo perciò creare le condizioni del massimo coinvolgimento nei processi aziendali attraverso logiche che, mentre mirano a responsabilizzare sui risultati, consentono la crescita, sia professionale che gestionale, della cultura.

## 4. *La creazione del futuro*

La velocità del cambiamento dell'ambiente circostante, sia sotto il profilo della domanda (bisogni nuovi, nuovi modelli culturali della popolazione, fattori demografici) che della capacità e modalità di offerta (nuove tecnologie, risultati della ricerca farmacologica, nuovi modelli organizzativi), impone l'esigenza di un adeguamento continuo dell'azienda al mutamento delle variabili di contesto. Però la vera sfida non è inseguire i mutamenti, ma anticiparli, e per fare questo occorre che l'azienda, mentre persegue i valori di cui ai tre punti precedenti, sappia definire costantemente la propria strategia, riflettendo sul futuro ed investendo continuamente nel miglioramento.

## **Ufficio Relazioni con il Pubblico URP**

*Le informazioni su servizi, percorsi e modalità di accesso sono fornite dagli Uffici Relazione con il Pubblico, che assolvono nei confronti dei cittadini, in modo continuativo, funzioni di:*

**Informazione      Accoglienza      Tutela      Partecipazione**

### **Nell'Azienda USL Città di Bologna l'Ufficio Relazioni con il Pubblico:**

favorisce il processo di comunicazione e di informazione tra Azienda e cittadini al fine di garantire agli stessi facilità di accesso ai servizi erogati

segue l'evolversi della relazione utenti azienda attraverso la gestione e il monitoraggio della procedura per la gestione dei reclami e segnala all'Ufficio Qualità Aziendale e al Direttore della Gestione competente, disservizi, osservazioni, suggerimenti espressi dal cliente interno ed esterno

contribuisce ad orientare le scelte aziendali collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento sugli aspetti organizzativi, logistici e sui percorsi degli utenti

assicura il diritto di accesso agli atti, come da regolamento aziendale, previsto dalla legge 241/90

#### *in particolare:*

- contribuisce a fornire gli elementi necessari per la realizzazione della rete URP informatizzata;
- partecipa alla costruzione della banca dati sull'offerta di servizi e percorsi di accesso alle prestazioni e provvede ai necessari aggiornamenti in tempo reale interfacciandosi con il CUP e con le Istituzioni di competenza;
- garantisce l'accesso allo sportello informativo;
- realizza la Guida ai Servizi dell'Azienda e collabora alla stesura della Carta dei Servizi;
- garantisce l'informazione e la collaborazione ai Comitati Consultivi Misti;
- monitorizza l'esistenza di protocolli relativi alle prestazioni e all'accesso;
- supporta il cliente interno ed esterno nel processo di comunicazione;
- gestisce la raccolta di segnalazioni, osservazioni, reclami, opposizioni degli utenti;
- garantisce il rispetto del regolamento applicativo del diritto di accesso.

## IMPEGNI

*quello che l'Azienda si impegna a garantire entro il 1997*

### Informazione

#### **L'Azienda si impegna:**

- a migliorare la disponibilità e la qualità delle informazioni presso: gli Uffici Relazione con il Pubblico, lo sportello informativo e gli sportelli polifunzionali mediante la messa in rete dei dati;
- a predisporre punti informativi e di accoglienza presso gli ospedali, unificando le portinerie e gli Uffici Relazione con il Pubblico;
- a predisporre gli opuscoli informativi degli ospedali Bellaria e Maggiore, contenenti tutte le informazioni utili per il ricovero ospedaliero. Gli opuscoli saranno consegnati a tutti i pazienti al momento del ricovero insieme ad una scheda specifica relativa al reparto di destinazione;
- a predisporre e diffondere la Guida ai Servizi dell'Azienda;
- a fornire ai medici di famiglia una informazione costante ed aggiornata sui servizi, le modalità di accesso, i tempi di attesa e i criteri di formulazione delle liste per il ricovero;
- a predisporre fogli informativi aggiornati, completi e comprensibili contenenti indicazioni sul Responsabile del procedimento, sui tempi massimi di risposta, sulla modulistica e sulla documentazione necessaria per le prestazioni erogate dal Dipartimento di Prevenzione.

### Personalizzazione e Umanizzazione

#### **L'Azienda si impegna:**

- a migliorare il rapporto con gli utenti, attraverso l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori addetti al pubblico;
- ad indicare in ogni certificato verbale e atto amministrativo rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione le modalità del ricorso: enti a cui rivolgersi, tempi e modi;
- a velocizzare le risposte telefoniche evitando all'utente ripetuti tentativi telefonici tra CUP - Uffici Relazione con il Pubblico - Sedi erogative delle prestazioni;
- a consegnare copia della cartella clinica entro 15 giorni dalla richiesta, anche a domicilio;
- ad effettuare, su richiesta degli utenti, la consegna dei referti a domicilio;
- ad organizzare, presso gli Ospedali, un unico punto per il ritiro dei referti con fasce orarie accessibili;
- a ridefinire i rapporti convenzionali, relativi alla rete integrata dei Servizi Socio-sanitari per le persone anziane, per garantire la tutela dei diritti degli utenti e la qualità degli interventi sanitari, la trasparenza delle voci di spesa che determinano la retta-

**Allegato 4 bis**

- a verificare l'impegno delle Case Protette e delle Residenze Assistenziali convenzionate, ad elaborare entro il 1997, la Carta dei Servizi specifica per ogni struttura;
- a migliorare, a favore dell'utente, i processi relativi alla rete integrata dei Servizi Socio-sanitari per le persone anziane, individuando modalità tese a sviluppare più adeguate relazioni comunicative e a migliorare i livelli di integrazione sia fra Medici di Famiglia e Unità di Valutazione Geriatrica, sia fra Ospedali e Unità di Valutazione Geriatrica;
- a omogeneizzare i criteri operativi e qualificare le attività infermieristiche domiciliari rivolte agli anziani, attraverso la definizione di criteri di accesso ai servizi e di protocollo operativi omogenei.

**Prenotazione e tempi di attesa****L'Azienda si impegna**

- ad individuare le prestazioni con liste d'attesa critiche ed a standardizzare un tempo massimo di attesa. Per le prestazioni alla cui erogazione concorrono altri Enti o Aziende, verranno organizzati appositi gruppi di lavoro per concordare standard massimi di attesa;
- a contenere i tempi di attesa per le visite di invalidità entro 45 giorni.

**Allegato 5**

- **PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI AUTOVALUTAZIONE ED ACCREDITAMENTO** promosso dalla Regione Emilia Romagna (attraverso il quale l'organizzazione comunica all'esterno i contenuti della propria pianificazione attraverso uno strumento principe che è la Carta dei Servizi con la quale esprime impegni ed attività)
- **MODELLO DI AUTOACCREDITAMENTO** (si prevedono consultazioni con le strutture rappresentative delle collettività come i Comitati Consultivi Misti, il Collegio dei Sindaci, le Associazioni di Volontariato, al fine di raccogliere e sondare i bisogni e le aspettative dei clienti)
- **INCONTRI CON IL COMITATO CONSULTIVO MISTO** nonché richiesta di una loro partecipazione attiva al progetto

Bologna 13 ottobre 1998

## Comunicazione

Informare i soggetti *esterni* interessati su:

- che servizi si intende offrire;
- che livello di servizio si intende garantire;
- come accedere ai servizi;
- come è possibile parlare con l'organizzazione.

Fornire agli utenti le informazioni necessarie nel corso di:

- prenotazione;
  - ingresso;
  - ricevimento della prestazione/servizio;
  - fasi successive.
- 
- Coinvolgere il personale nella definizione degli impegni assunti verso l'esterno;
  - Diffondere al personale gli obiettivi assunti e aggiornarlo sul loro conseguimento;
  - Raccogliere dal personale suggerimenti utili per il miglioramento del servizio.

La comunicazione è strumento per la diffusione e la raccolta di innumerevoli informazioni sia verso l'interno che verso l'esterno dell'organizzazione, a partire proprio dalla politica e dagli obiettivi sino alla motivazione e al coinvolgimento.

#### Comunicazione esterna

La comunicazione verso l'esterno serve a dare evidenza dell'organizzazione in questi termini:

- che cosa fa;
- come viene fatto;
- a chi sono rivolti i servizi;
- come fare per accedervi;
- quali impegni sono presi sul livello dei servizi  
e ad aprire un canale/i di informazione per raccogliere i segnali dei clienti (reclami, suggerimenti) e per governare il livello di attesa.

#### Comunicazione interna

Va fatta vs. coloro che operano nell'azienda stessa indicando: obiettivi generali e specifici, responsabilità, indicatori etc..

Serve a dare evidenza, proprio a chi opera nell'organizzazione, di questi aspetti:

- che cosa fa;
- come viene fatto;
- a chi sono rivolti i servizi;
- come fare per accedervi;
- quali impegni sono presi sul livello dei servizi;
- come ciascuno si colloca all'interno dell'organizzazione;  
e ad aprire un canale/i di informazione per raccogliere e gestire i suggerimenti provenienti dagli operatori.

Secondo il Modello di Accredimento proposto, l'organizzazione comunica all'esterno i contenuti della propria pianificazione attraverso uno strumento principe che è la Carta dei Servizi con la quale esprime impegni e attività.

Oltre a ciò, il modello prevede che vengano consultate quelle strutture rappresentative della collettività come i Comitati consultivi, il Collegio dei Sindaci, le associazioni di volontariato etc., proprio al fine di raccogliere e sondare bisogni ed aspettative dei clienti

## Allegato 8

Riferimenti	Dom.	Testo domanda	Interlocutore
Integrazione Ospedali		Vengono redatti i verbali degli incontri? i verbali sono accessibili a tutto il personale?  Esiste un documento scritto che regola il funzionamento dei Dipartimenti?	Dipartimento
<b>3. Comunicazione</b>			
Comunicazione Esterna			
3.1 La Direzione aziendale e la Carta dei Servizi	3.1.1	L'Azienda ha predisposto la Carta dei Servizi?	Dipartimento
	3.1.2	La struttura ha concorso nella predisposizione la Carta dei Servizi?	Dipartimento
	3.1.3	La Carta dei Servizi è stata redatta con l'apporto delle associazioni rappresentative degli utenti?	Dipartimento
	3.1.4	La Carta dei Servizi è revisionata ad opportuni intervalli (almeno ogni 3 anni)?	Dipartimento
	3.1.5	La Carta dei Servizi: - descrive l'Azienda sanitaria e i principi fondamentali? - contiene informazioni sulle strutture e i servizi forniti? <i>dichiara:</i> - obiettivi e standard per la qualità - impegni e programmi - meccanismi di tutela e verifica?	Dipartimento
	3.1.6	La Carta dei Servizi è diffusa a: Comitati Consultivi Misti Associazioni Istituzioni  Professionisti convenzionati?	Dipartimento
Norma aziendale Liste di prenotazione		Nella tua unità operativa/settore esiste un punto di informazione in cui è possibile avere informazioni sulle modalità di accesso alla lista?  L'URP della struttura nella quale operi è al corrente delle modalità di prenotazione della struttura?	

**GRIGLIA PER FACILITARE LA CREAZIONE DELLA  
CARTA DEGLI IMPEGNI DELLE U.O.**

Dipartimento di .....

Unità operativa di .....

Sede .....

Equipe

Primario  
Medici  
Caposala  
Segreteria

A Quali domande dobbiamo rispondere	Specifica	Risposte Tipo
<b>1. PRESENTAZIONE</b>		
Mission dell'U.O. (perchè l'U.O. esiste)  Chi siamo  Come Operiamo	Vocazione dell'U.O.  Modelli organizzativi (moduli e/o settori) altre figure professionali  Organizzazione del Reparto con orari accesso parenti, orari ricevimento medici, protocollo accoglienza, protocollo badanti, ecc.	L'U.O. svolge un'attività finalizzata al trattamento della patologia ..... acuta, in regime di ricovero o ambula- toriale, perseguendo la globalità dell'approccio assistenziale nel ri- spetto dell'unità della persona
<b>2. PRESENTAZIONE DEI PRODOTTI OFFERTI</b> <i>Breve descrizione dell'attività e del servizio offerto inserendo anche le diverse tipologie di patologie trattate</i>		
Cosa facciamo	1. Attività di ricovero  2. Attività ambulatoriale	Recuperare contenuto del Foglio Informativo fatto per Opuscolo
<b>3. IMPEGNI</b> Cosa garantiamo		
<b>4. VERIFICHE</b> Monitoraggio degli impegni dichiarati		

**COME DEFINIRE GLI IMPEGNI DICHIARATI****INDIVIDUAZIONE DI UN PRODOTTO DEL QUALE GARANTIAMO UN PREDETERMINATO STANDARD**

<b>Cosa si deve individuare</b>	<b>Devono esserci</b>	<b>Esempi</b>
<b>Prodotti</b>	<b>Elenco Prodotti</b>	Prestazioni, orari e modalità di accesso, orari e modalità di informazione al paziente/parente, modalità di dimissione, modalità di accettazione/accoglienza del paziente ecc.
<b>Per i diversi prodotti</b>	<b>Caratteristiche</b>	Tempestività (tempo di attesa, di erogazione), accessibilità, confort, riservatezza, efficacia nella comunicazione, cortesia, sollecitudine, ecc.
<b>Per ogni caratteristica</b>	<b>Indicatore/Indicatori</b>	Requisito misurabile (tempo, n. di volte, % ecc.)
<b>Per ogni Indicatore</b>	<b>Standard</b>	Ciò che l'U.O. garantisce al cittadino (misura dell'Indicatore)
<b>Per ogni Standard</b>	<b>Misurazione e Monitoraggio</b>	



**ESEMPIO DI COSTRUZIONE DI UNO STANDARD**  
(OVVERO INDIVIDUAZIONE DEL VALORE ATTESO PER OGNI INDICATORE)

Case-History

**IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO ATTRAVERSO LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE : L'ESPERIENZA DELL'ASS N. 6 "FRIULI OCCIDENTALE"**

Silvana Corona

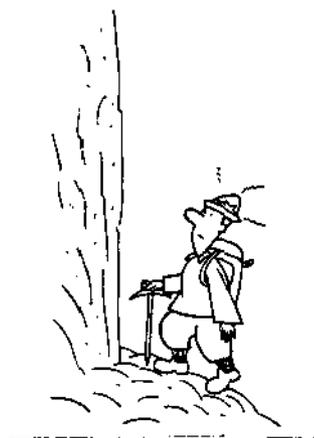
A.S.S. n. 6, "Friuli Occidentale"

Vi parlerò brevemente del processo di semplificazione che è stato avviato nella mia Azienda, che è un'Azienda Sanitaria con sede a Pordenone. Ha due Presidi Ospedalieri, cinque Distretti e quattro Dipartimenti. Ha un bacino d'utenza di 275.000 abitanti e comprende 51 Comuni.

Quali sono le ragioni per parlarvi di un processo di semplificazione delle procedure?

La semplificazione delle procedure è una dimensione della qualità del servizio, così come lo sono anche altri aspetti, quelli legati all'informazione, alle relazioni sociali ed umane, all'organizzazione delle strutture, agli aspetti legati al tempo. E' una dimensione della qualità del servizio che riguarda la qualità percepita dal cittadino, per cui ha senso che l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico inizi a promuovere anche processi finalizzati alla facilitazione degli accessi per il cittadino.

Qui vorrei un vostro commento. Cosa vi evoca questa immagine.



Forse, anche nelle vostre realtà, il cittadino si trova a dover affrontare, per certe prestazioni, un percorso molto difficile, potrebbe sentirsi come uno scalatore di fronte ad una difficile parete di roccia.

Facendo leva su questo aspetto di difficoltà che può incontrare il cittadino all'interno dell'organizzazione, abbiamo cercato di individuare alcune procedure per le quali la complessità era maggiore. Lo stimolo per iniziare questo processo ci è venuto dalla Agenzia Regionale della Sanità. Il coordinatore del gruppo è il Dott. Carlo Liva, che è anche la persona che coordina il programma Carta dei Servizi regionale. In sostanza, l'Agenzia

Regionale voleva fare in modo che in tutte le Aziende sanitarie del Friuli - Venezia Giulia, si mettesse in moto un processo di semplificazione delle procedure.

Il programma Carta dei Servizi regionale 1998 ci chiedeva di semplificare un congruo numero di procedure che dovevano essere abbastanza complesse per il cittadino. Ovviamente, il programma lasciava la possibilità di scelta a tutte le Aziende di individuare i percorsi da semplificare. Per questo processo è stata determinata una precisa tempistica: entro marzo dell'anno scorso dovevano essere individuate almeno dieci procedure in tutte le Aziende; entro giugno doveva essere elaborata l'analisi della vecchia e della nuova procedura, che sarebbe stata oggetto di semplificazione; a dicembre la semplificazione della procedure doveva diventare operativa.

Che cosa abbiamo fatto all'interno dell'Azienda?

La nostra attenzione si è focalizzata, come Azienda territoriale, su una struttura operativa in particolare: il Dipartimento di Prevenzione. E' una struttura in cui l'impatto tra organizzazione e utenza è molto forte, relativamente allo svolgimento della complessa attività certificativa/autorizzativa. Il processo ha coinvolto le procedure che appartengono ad alcuni servizi. Vediamoli: il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro ed il Servizio Veterinario.

Per quanto riguarda le procedure appartenenti al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, le procedure prese in considerazione hanno riguardato le seguenti tematiche: libretti d'idoneità sanitaria, i certificati medici per l'adozione nazionale e internazionale, certificati di idoneità alla guida, counselling del viaggiatore internazionale, certificati di vaccinazione, accesso al Servizio Sanitario Nazionale per i cittadini extracomunitari. Per quanto riguarda il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, è stata analizzata la procedura di trasmissione delle relazioni sanitarie previste dal Decreto L.vo 626/94. Per quanto riguarda, invece, il Servizio Veterinario, le procedure prese in considerazione sono state quelle relative al rinnovo delle autorizzazioni dei mezzi di trasporto di animali vivi e di prodotti di origine animale e la registrazione delle Aziende che richiedono l'introduzione in Italia di animali o merci dai Paesi della Comunità Economica Europea.

Vediamo più in dettaglio che cosa è stato fatto.

Sempre nell'ambito delle procedure semplificate appartenenti al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, per quanto riguarda il rilascio dei certificati medici per adozioni nazionali ed internazionali, è stato elaborato un protocollo congiunto tra Consultorio Familiare ed il Tribunale per i diritti dei minori per individuare, in maniera uniforme, gli accertamenti e le certificazioni previste e per uniformare l'attività in tutti i Distretti dell'Azienda. Per quanto riguarda il rilascio dei certificati di idoneità alla guida, si è cercato di attivare, in un Distretto dell'Azienda, un sistema di prenotazione per il rilascio del certificato stesso scorporando questa prestazione dal resto delle prestazioni erogate dall'ufficio sanitario.

Questo ufficio, forse anche nelle realtà territoriali delle altre Aziende, è preposto all'erogazione di una vasta e complessa gamma di prestazioni.

Per quanto riguarda il counselling del viaggiatore internazionale, le tappe del processo di semplificazione sono state: l'aggiornamento del personale, la definizione di un orario ambulatoriale per vaccinazioni e consulenza, l'informazione alle agenzie di viaggio.

Per quanto riguarda, invece, il rilascio dei certificati di vaccinazione, è stato completato il sistema di informatizzazione, che era abbastanza arretrato, soprattutto in alcuni Distret-

ti, e si è proceduto ad una definizione più puntuale degli orari, delle modalità e del luogo di consegna dei certificati stessi.

Per favorire l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale da parte dei cittadini extracomunitari, si è cercato, in primis, di introdurre un protocollo sulla documentazione necessaria per l'iscrizione al Servizio stesso. In particolare, si tratta di un protocollo che ha la finalità soprattutto di rendere omogenee le procedure svolte all'interno dei vari Distretti. Si è, poi, realizzato un opuscolo informativo scritto in quattro lingue, con l'indicazione di determinati elementi: la documentazione necessaria per iscriversi al Servizio Sanitario, le modalità per il rilascio o il rinnovo della patente, i luoghi per la tutela della maternità e dell'infanzia, le modalità per il rilascio del libretto sanitario e così via. Si è proceduto ad uniformare il modello di autocertificazione per quanto riguarda la residenza in tutte le realtà aziendali ed è ancora in fase progettuale, l'apertura di un servizio provinciale di accoglienza. Su questo punto, si pensava di aprire un ambulatorio di supporto per le patologie generali, specialistiche e psicosociali.

E' stato possibile rappresentare la semplificazione di alcune procedure attraverso dei diagrammi a flusso. Questa rappresentazione deriva da uno studio sviluppato dal Dipartimento di Scienze Economiche dell'Università di Udine. Questo diagramma di flusso rappresenta la semplificazione della procedura relativa al rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria. In sostanza, l'attuale procedura prevede un colloquio nel quale si fa un'approfondita anamnesi e si procede alla compilazione di un questionario molto dettagliato, attraverso il quale si cerca di individuare se ci sono degli elementi che fanno pensare alla necessità di accertamenti successivi per il rilascio del libretto. Se non emergono aspetti "patologici", c'è subito l'emissione del libretto; nel caso ci siano dei problemi, seguiranno degli accertamenti che possono consistere, ad esempio, in esami di laboratorio o visite mediche; se ci sono, poi, elementi per pensare che ci sia addirittura un focolaio epidemico, verrà attivata un'inchiesta epidemiologica. A questo punto, quali sono le variazioni apportate rispetto alla procedura precedente? Sono stati ridotti notevolmente il numero degli esami e delle visite fatte al paziente, c'è una maggiore soggettività nell'analisi e viene introdotto un nuovo strumento che è, appunto, quello del colloquio e del questionario.

Per la procedura di trasmissione delle relazioni sanitarie al Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, la novità è stata l'introduzione di un nuovo strumento, la posta elettronica, che può essere utilizzata per l'invio delle relazioni dei medici competenti direttamente al Servizio in argomento. Il percorso di queste relazioni attualmente è il seguente: arrivano all'Ufficio Protocollo dell'Azienda, vengono successivamente smistate al Dipartimento di Prevenzione, dove, a loro volta, vengono smistate e inviate al Servizio di destinazione. Con l'introduzione del servizio di posta elettronica, il medico competente ha la possibilità di comunicare direttamente con il servizio interessato. In ultima analisi, questa è un'altra possibilità che viene data al cittadino-utente, per semplificare il proprio percorso.

Per quanto riguarda le Aziende che richiedono l'introduzione in Italia di animali o merci dai Paesi della Comunità Europea, la procedura precedente prevedeva un doppio passaggio dell'utente, che doveva rivolgersi prima al Servizio Distrettuale Veterinario per chiedere il nulla osta, che veniva rilasciato soltanto dopo l'effettuazione di sopralluogo

presso il richiedente da parte del suddetto servizio. Se risultava idoneo, l'utente avrebbe dovuto ritirare il nulla osta presso il Servizio veterinario centrale, e poi, avrebbe dovuto recarsi per la registrazione all'UVAC, che è l'Ufficio Veterinario Adempimenti Comunitari, che nel Friuli Venezia Giulia, ha sede a Gorizia. La procedura attuale prevede l'introduzione del servizio di posta elettronica che consente di semplificare il percorso all'utente non dovendo più recarsi presso il Servizio Veterinario centrale nè all'UVAC di Gorizia.

Sempre nell'ambito del Servizio Veterinario, per il rinnovo delle autorizzazioni dei mezzi di trasporto di animali vivi e di prodotti di origine animale, ora non vi è più la necessità per l'utente di presentarsi al Servizio Veterinario centrale, in quanto tutto è stato delegato al Servizio Veterinario distrettuale. Qui, c'è un aspetto di semplificazione anche da un punto di vista organizzativo interno all'Azienda: il sopralluogo non viene più effettuato presso il domicilio dell'utente ma in un luogo ben determinato che viene definito concentramento. In particolare, l'Azienda a scadenza mensile, invia l'avviso di rinnovo all'utente, il quale si presenta, secondo le indicazioni ricevute, in un luogo e nello stesso luogo, se risulta possedere i requisiti necessari per il rinnovo dell'autorizzazione, ottiene in tempo reale il certificato di rinnovo. C'è una maggiore velocità nell'ottenere la prestazione e anche un passaggio in meno, in quanto non deve più fare l'istanza di rinnovo perché gli viene già notificata a casa.

A questo punto, possiamo fare una tabella conclusiva nella quale vengono riportate la tipologia delle variazioni apportate. Quelle maggiori sono state relative all'introduzione di nuovi strumenti e agli aspetti legati al decentramento, accentrimento delle strutture, per un totale complessivo di 20 variazioni sulle nove procedure che abbiamo preso in considerazione. La tipologia delle variazioni apportate sono consistite in questi items: introduzione di materiale informativo, variazione di orari, introduzione di personale dedicato, introduzione di nuovi strumenti, eliminazione di passaggi, eliminazione di documenti superflui, introduzione di una procedura alternativa, accentrimento/decentramento dell'erogazione del servizio, introduzione di una modulistica specifica.

Ovviamente si parla di un avvio di processo. L'Azienda, così come tutte le Aziende all'interno della Regione, devono sviluppare anche per il 1999, questo processo di semplificazione. Da parte nostra, come Azienda, si cercherà di prendere in considerazione procedure che appartengono anche ad altri ambiti, come quello ospedaliero, distrettuale o di altri dipartimenti.

Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero, un input che ci viene direttamente dalla Agenzia Regionale alla Sanità è di semplificare i percorsi cui gli utenti sono sottoposti nel momento del ricovero. Nel 1999, dobbiamo iniziare a prevedere la possibilità di un'accettazione sanitaria ed amministrativa in un'unica sede, e prevedere per i ricoveri programmati, un accesso direttamente in reparto. Un filone di attività, che sarà attivato nel '99 ed è già in atto, è la revisione della modulistica che viene utilizzata all'interno dell'Azienda.

Su questo fronte, per il momento, siamo in una fase di raccolta dei moduli e di individuazione di quelli che hanno la necessità di essere maggiormente semplificati.

Sarebbe interessante, ma non sappiamo se riusciamo entro l'anno, ad attivare, come Azienda, dei sistemi per verificare l'efficacia o la percezione di efficacia da parte del cittadino, uscendo così da una logica di autoreferenzialità.

Comunque è un processo che è stato avviato, che sarà sviluppato nel corso di quest'anno e di quelli che verranno e vorrei concludere con questa immagine che lascio a voi commentare.

Si tratta di un percorso ancora in salita, perché di strada ne dobbiamo ancora fare molta, però abbiamo cercato di fare un piccolo passo, nel senso di un miglioramento della qualità del servizio e, per essere in tema con il modulo, anche di un miglioramento della qualità della vita.

Case-History

## **ANALISI E VERIFICA DELLA QUALITÀ IN UN PRESIDIO OSPEDALIERO E DI UN DISTRETTO SANITARIO**

Maria Addolorata Malvasi

*Azienda sanitaria USL N. 5 - Metapontino - Regione Basilicata*

L'Azienda Sanitaria Locale n. 5 ha sede in Montalbano Jonico, provincia di Matera, comprende 17 Comuni con un bacino di utenza di 85.000 abitanti.

Si compone di una struttura centrale con servizi amministrativi di programmazione e di controllo, di 3 distretti sanitari di 2° livello, di 3 distretti sanitari di 1° livello, di 4 consultori familiari e di 3 presidi ospedalieri con 384 posti letto in totale.

La direzione generale dell'ASL n. 5, orientata al miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, ha applicato l'Analisi Partecipata della Qualità, un sistema di rilevazione della qualità dei servizi offerti dalle strutture sanitarie messo a punto dal Laboratorio di Scienze della Cittadinanza, Gruppo CERFE, istituto di ricerca con sede a Roma.

L'applicazione del metodo è stata preceduta dalla partecipazione di una dipendente dell'Azienda al corso di specializzazione sull'Analisi Partecipata della qualità.

Che cosa significa Analisi Partecipata della Qualità (APQ)?

*Analisi*: conoscenza, indagine, valutazione; *Partecipata*: coinvolgimento, concorso, partecipazione; *Qualità*: tecnica, interpersonale, confort.

Il *progetto* ha avuto la durata di 8 mesi e si è articolato in quattro fasi:

- 1 fase studio della fattibilità del progetto operativo nell'azienda;
- 2 fase addestramento dello staff di direzione dell'indagine;
- 3 fase interpretazione dei dati;
- 4 fase identificazione, a partire dai dati raccolti, delle informazioni utili alla definizione di un programma per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari dell'azienda:

Le strutture interessate al progetto sono state quelle dell'Ospedale e del Distretto sanitario di Policoro.

### **Descrizione delle attività**

#### *Costituzione dello staff*

Per la realizzazione del progetto è stato costituito uno staff tecnico di direzione dell'indagine con 11 operatori sanitari del presidio ospedaliero e del distretto (un sociologo direttore dei lavori, 5 medici ospedalieri, 1 dell'associazione AVIS, 3 del Tribunale per i Diritti del malato, 3 dell'associazione OIKOS e 2 della CROCE D'ORO) con funzione di coordinamento del lavoro sul campo, gestione della sala operativa, addestramento dei monitori e gestione banca-dati.

### *Organizzazione sala operativa*

La sala operativa ubicata presso la ex scuola infermieri professionali ha avuto la funzione di monitorare tutte le operazioni necessarie per la realizzazione del progetto.

### *Iniziative di sensibilizzazione*

Per tutti gli operatori del presidio ospedaliero e del distretto sono stati organizzati incontri informativi per offrire informazioni dettagliate sull'iniziativa, allo scopo di creare un ambiente favorevole per la realizzazione dell'indagine.

Soprattutto sono stati sensibilizzati e ben informati i primari dei reparti e i responsabili dei servizi, organizzando una network interna, per ridurre al minimo i problemi che potevano ostacolare l'avvio e la realizzazione del progetto.

### *People raising*

L'attività di people raising, operazione laboriosa e particolarmente articolata, è stata orientata al reclutamento dei volontari (cittadini ed operatori) disponibili ad essere addestrati e a lavorare per alcune ore per collaborare all'iniziativa e soprattutto al lavoro sul campo.

Per conseguire tale obiettivo sono stati distribuiti volantini e locandine e, per una maggiore pubblicizzazione sono state interessate le emittenti televisive e radiofoniche locali e i quotidiani.

E' stata organizzata una conferenza pubblica rivolta a tutti i cittadini, le associazioni di volontariato, le forze politiche e sindacali potenzialmente sensibili alla costruzione di una Sanità migliore.

Alla conferenza hanno partecipato 250 cittadini tra operatori aziendali, rappresentanti della cittadinanza attiva, delle forze politiche e sindacali.

A conclusione della conferenza è stata chiesta la disponibilità alla collaborazione, comunicate le date degli incontri di formazione, e raccolte le adesioni di 60 volontari (operatori-cittadini).

### *Addestramento dei volontari*

Per l'addestramento sono stati realizzati due incontri di formazione nel corso dei quali, dopo la presentazione del programma, sono stati illustrati gli strumenti tecnici e le regole per realizzare le interviste e per effettuare l'osservazione delle strutture sanitarie.

Il ruolo dei volontari è stato differente a seconda delle funzioni che hanno svolto: gruppi di monitori composti da operatori e cittadini per la compilazione delle griglie, intervistatori per la somministrazione di questionari ed osservatori che insieme ai monitori hanno collaborato alla compilazione delle griglie.

### *Lavoro sul campo*

Il lavoro sul campo ha avuto la durata di 1 mese, nel corso del quale sono stati somministrati 400 questionari sulla base del campione elaborato e sono state compilate 35 griglie di osservazione. I dati sono stati tabulati e successivamente elaborati.

Infine è stato redatto un rapporto che, partendo dai dati raccolti, valutazione analitica si è passati attraverso il sistema degli indici alla valutazione sintetica relativa alle tre aree della qualità (tecnica, interpersonale e comfort) secondo i parametri di riferimento oggettivi (comparazione allo standard, presenza di eventi sentinella-presenza di situazioni particolari di qualità) e di riferimento soggettivi (giudizi ed opinioni).

Per poter gestire i risultati dell'indagine, la direzione generale dell'azienda ha costituito un Osservatorio Permanente sulla qualità dei servizi sanitari con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (amministratori-operatori sanitari e cittadini).

Tale osservatorio ha la funzione di coadiuvare la Direzione generale dell'Azienda a realizzare gli obiettivi concreti di mutamento individuati, nonché le azioni positive da attuare nel quadro di quella che potrebbe essere definita la "strategia sinergica della qualità", vale a dire una strategia fondata sulla partecipazione attiva e permanente di cittadini-operatori ed amministratori. Va inoltre sottolineato che è stata condotta un'indagine regionale con l'applicazione del metodo APQ nelle 5 aziende sanitarie e nell'azienda ospedaliera S. Carlo, con la finalità di ottenere informazioni sulla qualità dei servizi sanitari della Basilicata, per poter individuare obiettivi di progressivo miglioramento e promuovere una politica culturale regionale sulla qualità.

### Complessi sanitari

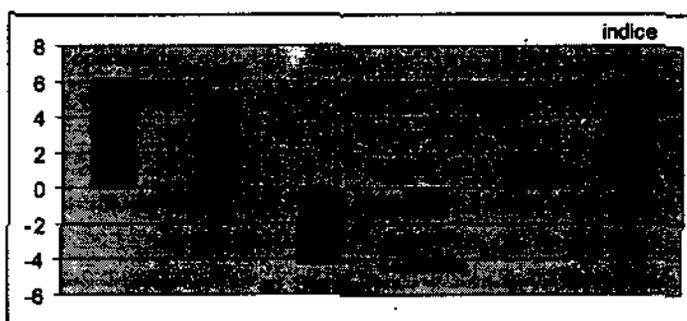
Gli indici presentati fino a questo momento sono stati aggregati per presidio sanitario. Il quadro che ne emerge è quello presentato nelle tabelle 1, 2 e 3.

**Tabella 1.** - La tabella rappresenta l'indice generale di soddisfazione degli operatori, degli utenti, l'indice di adeguatezza agli standard, degli eventi sentinella e situazioni particolari di qualità.

Ospedale di Policoro		Qualità tecnica	Dimensione Interpersonale	Confort	Totale
<b>Indici di soddisfazione (0,10)</b>					
<i>Divisioni di degenza</i>					
Operatori	50	6,9	6,4	5,3	6,2
Degenti	136	6,2	4,5	5,8	5,5
<i>Servizi ambulatoriali</i>					
Operatori	22	6,5	6,3	5,8	6,2
Utenti	121	5,0	5,6	5,0	5,2
Altri operatori	15	6,8	5,9	4,6	5,8
<i>Totali</i>					
Operatori	87	6,8	6,3	5,3	6,1
Utenti	257	5,7	5,0	5,4	5,4
Indici di adeguatezza agli standard (-10,0)		-3,4	-4,8	-4,6	-4,3
Indici relativi agli eventi sentinella (-10,0)		-1,2	-1,2	-2,5	-1,6
Situazioni particolari di qualità (0,10)		3,8	-	0,3	2,0
Indici generali (0,10)		6,6	6,3	5,3	6,1

**Tabella 2.** - La tabella rappresenta il totale dell'indice generale di soddisfazione degli operatori, degli utenti, l'indice di adeguatezza agli standard, degli eventi sentinella e situazioni particolari di qualità.

Indici generali di soddisfazione	Totale
Indici di soddisfazione degli operatori	6,1
Indici di soddisfazione degli utenti	5,4
Indici di adeguatezza agli standard	-4,3
Indici relativi agli eventi sentinella	-1,6
Situazioni particolari di qualità	2,0
Indice generale	6,1



**Figura 1.** - L'Istogramma è la rappresentazione grafica della Tabella n. 2

**Tabella 3.** - La tabella esplicita il grado di soddisfazione generale di operatori ed utenti e mette in risalto la presenza di eventi sentinella e di situazioni particolari di qualità

Distretto sanitario		Qualità tecnica	Dimensione Interpersonale	Comfort	Totale
<b>Indici di soddisfazione (0,10)</b>					
<i>Servizi ambulatoriali</i>					
Operatori	7	6,5	7,4	6,2	6,7
Utenti	49	4,8	5,5	3,8	4,7
<i>Totali</i>					
Operatori	7	6,5	7,4	6,2	6,7
Utenti	49	4,8	5,5	3,8	4,7
Indici di adeguatezza agli standard (-10,0)		-5,1	-5,6	-6,9	-5,8
Indici relativi agli eventi sentinella (-10,0)		-1,0	-1,0	-2,7	-1,6
Situazioni particolari di qualità (0,10)		0,0	-	0,0	0,0
Indici generali (0,10)		5,6	6,6	4,6	5,6

Case-History

## **L'URP NEL PROCESSO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE. STORIA DI UNA NASCITA**

Nicolangela Marangelli

ASL N. 1, Venosa

Associare l'esperienza che vivo all'interno della mia Azienda come responsabile URP a quella della maternità "è una esperienza estremamente significativa".

Il passaggio poi dall'idea "..... storia di una nascita" alla messa in opera del case-history, assume toni ancora più intensi se si considera che mi permette di riflettere, valutare e razionalizzare i percorsi di crescita che vivo con i miei colleghi, giornalmente, in un'opera di contestualizzazione continua.

L'uso della metafora mi è parso, pertanto, l'unico strumento immediato ed efficace per fornire un'immagine chiara dell'URP, dell'ASL n. 1 di Venosa.

Ha incoraggiato e sostenuto questa scelta anche la mia Direzione Generale che ringrazio ancora una volta.

### **La Gestazione**

Durante il periodo di gestazione ci siamo interrogati sul senso che per l'Azienda avesse la comunicazione.... ecco la nostra definizione:

"la comunicazione per noi è un processo organizzativo, emotivo che si conclude inevitabilmente in un processo relazionale, altrimenti sarebbe *muto*".

Tale processo è influenzato:

- dal contesto in cui si colloca la nostra azione professionale;
- dalle abilità della Direzione Strategica nel motivare le nostre azioni;
- dal favorire l'appartenenza e la fedeltà aziendale attraverso strategie finalizzate a valorizzare la comunicazione interna.

La motivazione è alla base della nostra operatività.

L'azienda, nel frattempo, come ogni coppia genitoriale si attezza:

- definisce la Carta dei Servizi;
- prepara gli operatori dei Punti URP con apposito corso di Formazione;
- studia la sua realtà avvalendosi della Collaborazione dell'Alfor-CGIL Roma;
- sintetizza tale esperienza in un rapporto "L'organizzazione della salute per la salute di cittadini";
- organizza la prima Conferenza dei Servizi;
- forma con apposito corso le Associazioni di Volontariato e Categoria;
- stipula il protocollo di intesa con le Associazioni di Volontariato e Categoria;
- costituisce la Commissione Mista Conciliativa.

## La Nascita

La nascita, che simpaticamente rappresento come una cicogna, arriva in casa USL N. 1 il 18.3.1997.



I primi vagiti del neonato URP mettono in crisi sia la coppia genitoriale che la famiglia più allargata tanto che l'Azienda velocemente:

- definisce il regolamento di organizzazione aziendale;
- sostiene le funzioni genitoriali organizzando lo Staff della Comunicazione Aziendale.

Il piccolo URP ha la possibilità di esprimere, così, al meglio le sue qualità e potenzialità perchè valorizza e cura con maggiore determinatezza la "Comunicazione interna e quella esterna".



Il neonato URP:

- impara a collaborare con le articolazioni interne dello Staff della Comunicazione, l'Ufficio Stampa e il servizio Umanizzazione e Personalizzazione dei servizi;
- supporta le attività della Direzione Strategica, dei diversi dipartimenti e delle unità operative aziendali.

SCOPRE, grazie alla definizione delle funzioni genitoriali, di poter comunicare attraverso:

- il colloquio;
- i disegni;

- i numeri;
- i colori.

**SPERIMENTA:**

- l'affettività;
- il coinvolgimento;
- la coesione;
- la collaborazione;
- il lavoro di gruppo.

**La sua famiglia contemporaneamente IMPARA:**

- ad ascoltarsi ed ascoltare;
- a tener fede agli impegni assunti;
- a programmare
- a verificare.

**La Crescita**

Intanto gli operatori dell'URP (sede centrale ASL N. 1) e le sue articolazioni territoriali (3 Punti URP ospedaliere e 2 Punti distrettuali "2° livello e 2 Punti URP distrettuali di 1° livello) rompono l'isolamento intrecciando rapporti di collaborazione con i servizi aziendali, programmando attività finalizzate all'ascolto sia dell'utenza interna che di quella esterna.

Decidono di proporsi all'esterno con una specifica depliantistica, pochissime parole ma molte, molte immagini, finalizzata a favorire una cultura del reclamo.

**Elaborano:**

- il questionario per la raccolta dei reclami e realizzano con la Direzione Generale un nuovo stile epistolare che depenna l'uso consolidato della forma impersonale!!!
- il diario di bordo per il monitoraggio delle attività giornaliere
- le schede riassuntive dei reclami-suggerimenti-proposte e ringraziamenti.

Sostenuti dall'èquipe dello Staff della Comunicazione, tra l'altro promuovono l'informazione anche attraverso il *Centro Consultazione Atti*: raccolta dei protocolli d'intesa, delibere, regolamenti e così via, favorendo la semplificazione delle procedure di accesso agli atti della Azienda.

Favorisce, altresì, la divulgazione del mensile aziendale "*Nuova Sanità*" e dei "*Quaderni Documentazione*" settimanali, curati dall'ufficio stampa aziendale.

..... Alcune riflessioni.

Sento che il piccolo URP è inserito in un contesto relazionale ed organizzativo significativo.

Dovrà come ogni cucciolo superare tutte quelle tappe fondamentali che lo porteranno dall'infanzia all'adolescenza ed infine alla maturità.

Spetta al mondo degli adulti amarlo .....COME?

Valorizzando le sue esperienze, sostenendo il suo cammino, rispettando le sue difficoltà.

In questo processo risulta importante il supporto formativo dell'Istituto Superiore di

Sanità e di tutti quanti voi ..... pensiamo, ad esempio, alla possibilità di un interscambio diretto di esperienze attraverso gemellaggi o protocolli di studio tra le diverse regioni .....sicuramente risulterà utile anche nella nostra crescita personale e professionale.

*Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità  
e Responsabile scientifico: Giuseppe Benagiano*

*Direttore responsabile: Vilma Alberani*

*Stampato dal Servizio per le attività editoriali  
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

*La riproduzione, totale o parziale, della Serie Relazioni  
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988*

*Roma, marzo 2000 (n. 1)*

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici  
pubblicati nella Serie Relazioni è dei singoli autori*