

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuita al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È *coordinatrice di OASI*.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**



www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

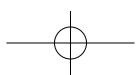
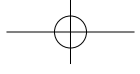
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



14 La Carta dei Servizi in sanità: lo stato dell'arte a quindici anni dalla sua introduzione

di Emilio Tanzi e Chiara Panetta¹

14.1 Introduzione

Nel corso degli ultimi vent'anni il tema della qualità nei servizi sanitari è diventato un argomento di primario interesse per gli operatori e gli studiosi del settore (Donabedian, 1990; Vecchiato, 1997; Ranci Ortigosa, 2000; Elefanti et al., 2001). Alla base di questa crescente attenzione si possono individuare una serie di fenomeni, tra cui:

- ▶ il processo di riforma del settore dal punto di vista dell'offerta – avviato con il D.Lgs 502/1992 e portato avanti con il D.lgs 527/1993 e il D.lgs 229/1999 – che ha introdotto logiche economico-aziendali riconoscendo autonomia e responsabilità imprenditoriale alle Aziende USL e alle Aziende Ospedaliere e un nuovo assetto concorrenziale del settore, aprendo il mercato ai soggetti privati accreditati (profit e non profit) ed attribuendo agli individui la possibilità di scegliere liberamente il proprio luogo di cura;
- ▶ l'ampia diversificazione dei bisogni – legata ai cambiamenti demografici e sociali caratterizzanti le società occidentali – e l'aumento delle esigenze espresse dagli utenti, che accettano sempre meno il ruolo di fruitori passivi del servizio e manifestano una crescente capacità critica di giudizio nei confronti di quei produttori scarsamente interessati a soddisfarne le specifiche richieste;
- ▶ la necessità da parte del sistema pubblico di recuperare un rapporto di fiducia con i propri cittadini, che proprio negli anni '90 è entrato in crisi a seguito dei fenomeni di corruzione e gestioni inefficienti ed inefficaci. È in quest'ottica che da allora furono emanati provvedimenti per favorire la partecipazione ed il libero accesso ai procedimenti amministrativi (L. 142/1990), l'istitu-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un progetto di ricerca unitario, i §§. 1.1 e 1.2 sono da attribuirsi a Emilio Tanzi, mentre i restanti paragrafi sono il risultato del lavoro congiunto dei due autori.

zione degli uffici relazioni con il pubblico – URP (DPCM 11/10/1994), la trasparenza e la semplificazione amministrativa (L. 127/1997), la disciplina delle attività di informazione e comunicazione nelle pubbliche amministrazioni (L. 150/2000), etc.

È all'interno di questo nuovo contesto ambientale ed istituzionale che nel 1994 il legislatore introduce l'uso della Carta dei Servizi (di seguito CdS) per i servizi pubblici² quale strumento per gestire le relazioni con gli utenti, in un'ottica di trasparenza e *accountability*. Secondo il dettato normativo, la CdS rappresenta la promessa che l'azienda erogatrice fa ai destinatari del proprio servizio; attraverso questo patto, l'azienda si impegna formalmente a fornire determinati livelli di servizio, attribuisce agli utenti il potere di controllo sul proprio operato e indica chiaramente a quali mezzi di garanzia poter fare ricorso a tutela dei propri diritti (Ruffini, 1999). Peraltro, la Carta può connotarsi non solo come forma d'impegno verso gli utenti/clienti, ma anche come occasione di miglioramento organizzativo-gestionale, richiedendo alle aziende di dotarsi di efficaci meccanismi di misurazione del servizio, di verifica e controllo degli obiettivi conseguiti e di comunicazione bidirezionale (Bortolotti e Maino, 2003; Tanzi, 2003). Ma affinché la CdS possa svolgere al meglio queste sue funzioni ed essere uno strumento in grado di orientare l'organizzazione all'ascolto del cliente e verso livelli di performance migliori, è necessario che i suoi contenuti siano completi e che le logiche sottostanti la sua elaborazione siano in grado di garantire:

- ▶ la partecipazione dei soggetti interni ed esterni coinvolti nel processo di erogazione del servizio;
- ▶ la coerenza con alcuni meccanismi operativi aziendali (il sistema informativo, il controllo di gestione, il sistema di valutazione delle risorse umane, etc.);
- ▶ l'adeguata promozione e diffusione del documento tra gli utenti attuali e potenziali;
- ▶ il continuo confronto con le valutazioni degli utenti, con cui alimentare il processo di miglioramento continuo.

Al riguardo è interessante ricordare come uno studio pubblicato dal Ministero delle Attività Produttive (2003) e limitato ad alcuni settori (energia e gas, trasporti, poste e telecomunicazioni, risorse idriche) abbia – invece – evidenziato alcune lacune nell'adozione dello strumento, tra cui:

² Prendendo spunto dall'esperienza britannica delle *Citizen's Charter*, le carte dei servizi pubblici sono state introdotte in Italia grazie a una serie di provvedimenti legislativi tra cui il DPCM 27 gennaio 1994 «Principi sull'erogazione di servizi pubblici», a cui ha fatto seguito il DPCM 19 maggio 1995 «Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari» e le correlate Linee Guida n.2/1995 «Attuazione della carta dei servizi nel SSN».

- ▶ l'ottica di mero adempimento normativo con cui era stata creata;
- ▶ l'eccessiva focalizzazione sulla dimensione «comunicazione e marketing» e lo scarso collegamento con gli altri meccanismi operativi aziendali;
- ▶ la totale mancanza di indicatori e standard di qualità, che dovrebbero rappresentare l'elemento centrale del patto tra l'azienda e gli utenti;
- ▶ la riduzione al minimo delle forme di tutela riconosciute.

Poste queste premesse e considerando gli aspetti che contraddistinguono i servizi sanitari – caratterizzati da un'elevata asimmetria informativa tra soggetto erogatore e utente/cliente e quindi dalla necessità di garantire più che mai un rapporto trasparente tra le controparti – si è avvertita l'esigenza di proporre un momento di riflessione su questo particolare strumento gestionale a quindici anni esatti dalla sua introduzione, considerando il ruolo che lo stesso può svolgere nei processi di responsabilizzazione e miglioramento dei servizi a livello aziendale.

14.2 Obiettivi e metodo del progetto di ricerca

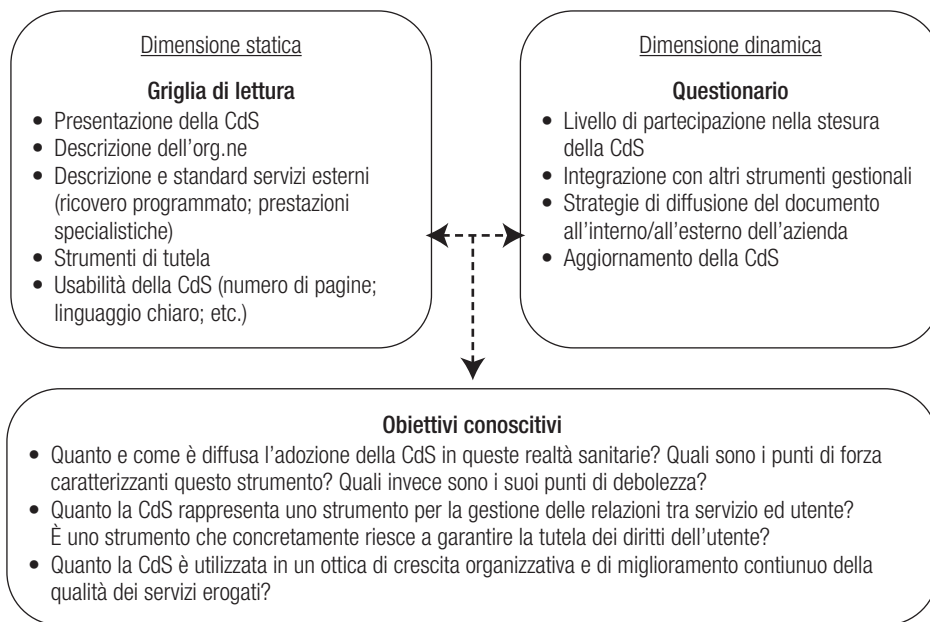
Il progetto di ricerca si è dato come oggetto d'indagine le modalità d'uso dello strumento CdS da parte delle 95 Aziende Ospedaliere – AO e dei 42 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – IRCCS. I quesiti di fondo a cui si è cercato di dare una risposta sono stati essenzialmente i seguenti tre (Figura 14.1):

- ▶ Quanto e come è diffusa l'adozione della CdS in queste realtà sanitarie? Quali sono i punti di forza caratterizzanti questo strumento? Quali invece sono i suoi punti di debolezza?
- ▶ Quanto la CdS rappresenta uno strumento per la gestione delle relazioni tra servizio ed utente? È uno strumento che riesce a garantire una concreta tutela dei diritti dell'utente?
- ▶ Quanto la CdS è utilizzata in un'ottica di crescita organizzativa e di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati?

Dal punto di vista metodologico, l'attività di ricerca è stata svolta adottando una duplice lettura delle CdS: una lettura statica, in quanto documento, e una lettura dinamica, in quanto risultato di un processo.

In quanto documento, la lettura delle CdS è avvenuta attraverso la tecnica dell'analisi del contenuto. Questa tecnica consiste nella scomposizione di un documento in elementi costitutivi più semplici e nella classificazione di tali elementi in un sistema di categorie utile ai fini conoscitivi della ricerca. Nel fare questa analisi è stata utilizzata una scheda di rilevazione simile ad un questiona-

Figura 14.1 **Struttura logica dell'attività di ricerca: strumenti d'indagine, variabili osservate ed obiettivi conoscitivi**



rio a risposte multiple, attraverso cui «intervistare» il testo. La *check list* utilizzata si è articolata nel seguente modo (Ferrario et al., 2002; Tanzi, 2003):

- ▶ presentazione della carta (finalità del documento; descrizione dei principi di erogazione dei servizi; indicazione dei diritti e/o doveri dell'utente);
- ▶ presentazione dell'azienda (struttura organizzativa; articolazione logistica dei servizi);
- ▶ descrizione e standard dei servizi a rilevanza esterna, nel nostro caso limitatamente al ricovero programmato e alle prestazioni specialistiche;
- ▶ predisposizione di strumenti di ascolto e tutela dell'utente (procedure di reclamo; associazioni di tutela; questionario di rilevazione della soddisfazione; etc.);
- ▶ usabilità del documento da parte di un ampio pubblico: chiarezza dei contenuti; numero di pagine che la compongono; data di pubblicazione.

La compilazione di questa scheda è avvenuta in modo individuale da parte dei due ricercatori. Successivamente, vi è stato un confronto delle classificazioni svolte per verificarne le convergenze di analisi. I punti di non allineamento sono stati pari a circa il 5% degli item complessivi, poi categorizzati da un terzo ricercatore non coinvolto direttamente nello studio.

Per quanto riguarda invece la lettura dinamica delle CdS, è stato elaborato un questionario a risposte multiple con cui sono stati affrontati i seguenti temi (Tanzi, 2003; Corposanto e Passerini, 2004):

- ▶ il livello di partecipazione (interno ed esterno) nelle fasi di stesura della CdS;
- ▶ il livello d'integrazione dei contenuti della CdS con altri strumenti o meccanismi operativi;
- ▶ le strategie di comunicazione adottate al fine di diffondere la conoscenza del documento all'interno e all'esterno dell'azienda;
- ▶ la definizione dei tempi e delle modalità di revisione del documento.

Operativamente è stata creata una *mailing-list* degli URP di tutte le 137 aziende dell'universo, preventivamente contattati telefonicamente per verificare la correttezza dell'indirizzo di posta e per anticipare l'oggetto dell'indagine. È stato scelto di utilizzare l'URP quale punto di contatto in quanto questo ufficio è presente in tutte le aziende che erogano servizi pubblici ed il suo utilizzo ci ha permesso di uniformare il processo, evitando che le nostre richieste si disperdessero all'interno della struttura organizzativa. Infatti, una volta comunicato l'obiettivo della ricerca ed inviato il questionario, era compito dell'URP indirizzare la nostra richiesta al referente competente rispetto al tema d'indagine (responsabile qualità; responsabile comunicazione; responsabile *marketing*; l'URP stesso; etc.).

L'invio del questionario e la richiesta della CdS sono stati effettuati nel periodo aprile-maggio 2010, ottenendo i seguenti risultati in termini di copertura della popolazione di riferimento:

- ▶ 38 CdS, pari al 28% del totale universo;
- ▶ 41 questionari, pari al 30% del totale universo³.

14.3 Risultati: una lettura statica delle CdS

Di seguito, si presentano le evidenze sui contenuti delle CdS, articolate in base alle sezioni della *check list* utilizzata per l'analisi (cfr. *supra*)⁴:

³ La differenza tra il numero dei documenti ed il numero dei questionari raccolti è data dal fatto che alcune aziende hanno risposto alla *survey*, ma non hanno inviato la CdS e non è stato possibile recuperare le stesse dai siti internet aziendali.

⁴ La parte riguardante l'usabilità della CdS – variabile inclusa nella c.d. «dimensione statica»– viene trattata nel paragrafo 1.4.3.

- ▶ Presentazione del documento e dell'azienda;
- ▶ Descrizione dei servizi e definizione degli standard che l'azienda si prefigge di raggiungere e mantenere;
- ▶ Predisposizione degli strumenti di ascolto e tutela degli utenti.

14.3.1 Presentazione del documento e dell'azienda

La prima sezione del documento ha natura prettamente informativa ed è composta dai seguenti punti:

- ▶ Obiettivi e finalità che hanno portato all'adozione della CdS, inquadrando la stessa all'interno delle più ampie politiche qualitative perseguite. Qui si descrive la funzione di tutela che la CdS esercita nei confronti dell'utente, soprattutto nel momento in cui le prestazioni ottenute non siano conformi agli standard definiti dall'azienda.
- ▶ Principi e linee guida fatti propri nell'erogazione del servizio, definiti dal DPCM del 27 gennaio 1994 (ossia uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, etc.), ma anche non inclusi nel DPCM (come per esempio la trasparenza, la valorizzazione delle risorse umane, la tutela ambientale, etc.) al fine di completare il quadro dei valori istituzionali di riferimento.
- ▶ La struttura aziendale, descritta secondo una duplice ottica: una descrizione logistica e infrastrutturale, al fine di favorire un migliore accesso ed utilizzo dei servizi; una descrizione dell'assetto organizzativo, al fine di conoscere meglio la ripartizione dei compiti e delle responsabilità aziendali.

Rispetto al primo punto, le informazioni raccolte evidenziano come nel settore sanitario si dia già per scontata la conoscenza di questo strumento da parte degli utenti. Infatti, solo il 50% dei documenti analizzati richiama in modo chiaro e dettagliato cosa sia la CdS. D'altro canto, questo rischio di non chiarezza viene in parte compensato dalla maggiore attenzione prestata nell'evidenziare la funzione di tutela della Carta, riportata in modo esplicito dal 71% dei documenti analizzati.

Analizzando in modo incrociato questi due elementi, si rileva come le CdS complete – quindi con una chiara presentazione del documento ed un esplicito richiamo agli strumenti di garanzia – siano pari al 50%, mentre il 26% dei rispondenti non presenta nessuno dei due contenuti, depotenziando notevolmente la propria efficacia informativa e di tutela.

Per quanto concerne il richiamo ai principi di riferimento nell'erogazione dei servizi, la nostra analisi ha evidenziato dei trend differenti ed interessanti:

- ▶ il 61% del campione non si limita solo ad enunciare i principi a cui si ispira, ma ne approfondisce la declinazione in base alle specificità organizzative e del servizio erogato;
- ▶ il 26% delle CdS analizzate fa riferimento ai soli principi definiti dalla normativa vigente, mentre il restante 13% non presenta alcuna indicazione.

Inoltre, è rilevante l'interesse che le aziende hanno posto nell'indicare i diritti e i doveri degli utenti nei confronti dell'azienda e dei suoi professionisti (medici; infermieri; operatori; personale amministrativo): il 63% delle CdS presenta un'esplicita indicazione di tali diritti/doveri, mentre l'8% ne indica soltanto i diritti.

In merito alla descrizione della struttura aziendale, il 74% delle CdS presenta una descrizione dettagliata della logistica aziendale, percentuale che sale all'82% per quanto riguarda la descrizione della struttura organizzativa, mentre scende al 68% in merito all'indicazione dei referenti/responsabili dei servizi.

14.3.2 Descrizione dei servizi e definizione degli standard

La seconda parte della CdS ne costituisce il vero e proprio nucleo. Per ogni servizio devono essere definiti i fattori, gli indicatori e gli standard di qualità che l'azienda si impegna a rispettare. I fattori e gli indicatori a cui abbiamo fatto riferimento nello svolgimento dell'analisi si rifanno a quelli proposti dalle linee guida ministeriali del '95 e ai relativi alberi della qualità, elaborati per i servizi di ricovero ospedaliero ordinario e per i servizi in regime di prestazione specialistica. Ripercorrendo le diverse fasi attraverso cui si concretizza l'erogazione del servizio (per il ricovero ordinario queste fasi sono: prenotazione; accesso al servizio; degenza – aspetti sanitari; degenza – aspetti alberghieri; degenza – aspetti relazionali; dimissioni) sono stati individuati quei fattori che possono costituire oggetto del patto tra azienda ed utente, tra cui (Lo Schiavo, 1999; Regione Toscana, 2009):

- ▶ le caratteristiche fisico-strutturali degli spazi;
- ▶ il reperimento di informazioni chiare e complete;
- ▶ la personalizzazione, umanizzazione e gestione delle relazioni;
- ▶ la definizione delle policy aziendali;
- ▶ la semplicità e chiarezza delle procedure;
- ▶ il tempo, in termini di puntualità e regolarità;

Partendo da questo schema concettuale – che ci ha portato ad individuare 20 e 12 indicatori di qualità, rispettivamente per il ricovero ordinario e le prestazioni specialistiche – abbiamo riscontrato tre distinte situazioni:

- ▶ mancata indicazione di standard;
- ▶ definizione di standard generici;
- ▶ definizione di standard ben quantificati.

Le informazioni raccolte rispetto ai ricoveri ordinari hanno evidenziato una situazione positiva, in quanto mediamente il 60% dei parametri da noi monitorati è presente in modo chiaro e ben quantificato, il 12% è presente anche se in modo generico e solo il 28% delle CdS non prevede alcuno standard rispetto a tali variabili (Tabella 14.1). I fattori su cui si concentrano le maggiori carenze – in termini di impegni assunti, non necessariamente in termini di azioni intraprese – sono:

Tabella 14.1 **Fattori di qualità e tipi di standard – Ricovero ospedaliero ordinario**

		Standard quantificato	Standard generico	No Standard
Caratteristiche fisico-strutturali	Confort della stanza	64%	14%	22%
	Pulizia dei locali individuali e comuni	49%	16%	35%
Informazioni	Definizione medico responsabile di reparto	49%	19%	32%
	Informazioni pre-ricovero	87%	8%	5%
	Consenso informato	62%	24%	14%
	Esplicitazione regole di definizione lista d'attesa	35%	22%	43%
	Strumenti di riconoscimento del personale	41%	5%	54%
Personalizzazione, umanizzazione e relazioni	Servizi agli utenti e/o famigliari non profit di sostegno	81%	8%	11%
	Presenza servizi commerciali di supporto	81%	5%	14%
	Interventi a favore dell'utenza straniera	59%	3%	38%
	Uso di cure palliative e terapia del dolore	30%	22%	48%
Policy aziendali	Interventi a favore dei minori ricoverati	30%	3%	67%
	Policy aziendali per il rispetto della privacy	92%	5%	3%
Procedure	Policy di formazione del personale	19%	3%	78%
	Regole di accesso per i familiari	89%	11%	0%
	Procedure alla richiesta del ricovero	92%	8%	0%
Tempi	Procedure di rilascio della cartella clinica	97%	0%	3%
	Tempi e regolarità visite mediche	41%	32%	27%
	Tempi di attesa del ricovero	27%	24%	49%
	Orari e modalità di distribuzione dei pasti	83%	3%	14%
MEDIA		60%	12%	28%

- ▶ la definizione dei tempi d'attesa. Presumibilmente, questa variabile del servizio rappresenta ancora un aspetto gestionale non totalmente governato da parte delle aziende, che quindi non si sentono in grado di assumersi degli impegni specifici in merito; gli standard quantificati sono solo il 27%, mentre non vi sono impegni nel 49% dei casi. Anche la percentuale degli standard generici risulta essere piuttosto significativa (24%);
- ▶ gli strumenti di riconoscimento del personale e le politiche di formazione. Dall'analisi dei documenti a nostra disposizione, si evidenziano delle lacune in merito a queste variabili, nonostante la strategicità del fattore produttivo. Infatti, rispetto alla prima variabile le CdS senza alcun tipo d'impegno sono il 54%, mentre rispetto agli interventi di formazione l'assenza di standard sale al 78%. Molto probabilmente le aziende ritengono che questi aspetti non siano interessanti per i propri utenti o li considerano elementi del servizio già conosciuti;
- ▶ le strategie di personalizzazione e diversificazione dei servizi. In tale ambito – nonostante un interessante investimento sul tema dell'utenza straniera (presente nel 59% delle CdS) – si rileva l'assenza di temi basilari per garantire la qualità delle prestazioni ospedaliere, quali la gestione del ricovero dei bambini in reparti diversi dalla pediatria (assenza di standard pari al 67%) e gli impegni aziendali in merito alla riduzione del dolore e all'uso delle cure palliative (assenza di standard pari al 48%).

Anche per quanto riguarda gli standard definiti per le prestazioni specialistiche, la situazione appare positiva, con una buona presenza di standard quantificati (in media pari al 53%) o generici (in media pari al 15%). I punti su cui si evidenziano, invece, le maggiori lacune sono (Tabella 14.2):

- ▶ la gestione dei tempi di prenotazione ed accesso al servizio. Gli standard quantificati per i tempi di prenotazione sono pari al 30%, mentre sono del 22% per i tempi di accesso. Nonostante l'importanza che la variabile «tempo» riveste nelle prestazioni specialistiche, le aziende tendono a non prendersi impegni quantificabili non essendo in grado di governare completamente tale dimensione. Discorso speculare può essere fatto, invece, per la gestione dei tempi di produzione dei referti, rispetto ai quali le aziende si sono date degli impegni più precisi;
- ▶ la cura e l'aspetto dei locali. Questa variabile – entro cui si collocano temi quali il comfort e la pulizia delle sale d'attesa, spogliatori ed ambulatori – sembra non rientrare tra le priorità delle aziende, forse per la natura non residenziale del servizio.

Tabella 14.2 **Fattori di qualità e tipi di standard – Prestazioni specialistiche**

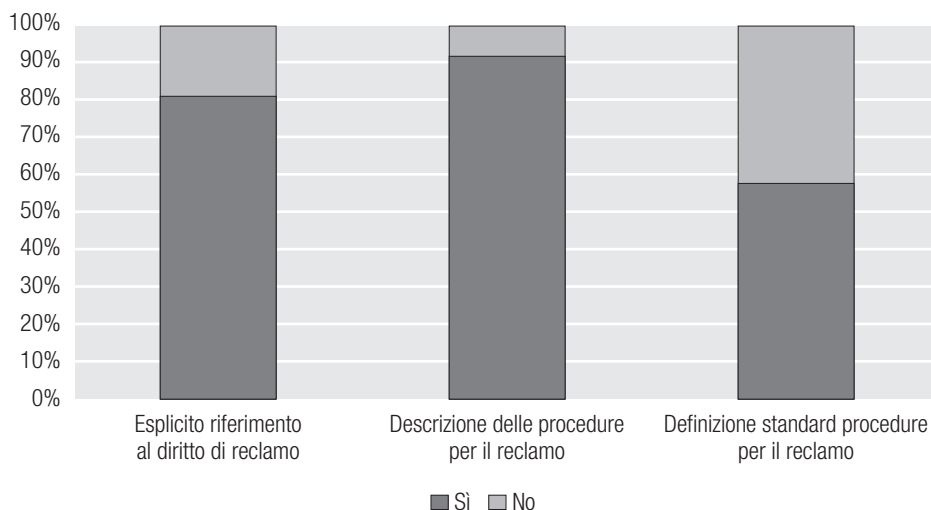
		Standard quantificato	Standard generico	No Standard
Caratteristiche fisico-strutturali	Comfort e pulizia degli spogliatoi e ambulatori	32%	3%	65%
	Comfort e pulizia dei locali di attesa	19%	14%	67%
Informazioni	Modalità di informazione rispetto ai trattamenti	44%	32%	24%
	Informazioni chiare per la realizzazione di esami invasivi	35%	27%	38%
Personalizzazione, umanizzazione e relazioni	Servizi di accoglienza	27%	41%	32%
Procedure	Procedure per la prenotazione	92%	8%	0%
	Procedure per il pagamento ticket	89%	8%	3%
	Procedure per ritiro referti/esiti	92%	3%	5%
	Procedure per il rimborso ticket	70%	0%	30%
Tempi	Tempi di ritiro referti ed esiti	83%	3%	14%
	Tempi di attesa per l'accesso al servizio	22%	22%	56%
	Tempi di attesa per la prenotazione della prestazione	30%	22%	48%
MEDIA		53%	15%	32%

14.3.3 Strumenti e meccanismi di ascolto e tutela degli utenti

La terza e ultima parte della CdS è quella che definisce le regole che governano le relazioni tra azienda ed utente. Rispetto a questa dimensione gli strumenti che possono essere messi in campo sono essenzialmente tre:

- ▶ **Procedure di reclamo.** Affinché il diritto al reclamo sia sostanziale e non solo formale, sarà necessario garantire un accesso facile e una rapida gestione del reclamo nel momento in cui il servizio reso risulti qualitativamente inferiore rispetto a quello promesso. Il 92% del campione analizzato descrive in modo chiaro le procedure che l'utente deve seguire per comunicare la propria lamentela, l'82% delle CdS fa esplicito riferimento al diritto di reclamo⁵ e so-

⁵ La distinzione tra «procedure di reclamo» e «riferimento al diritto di reclamo» può apparire una puntualizzazione eccessiva, ma – data la posizione di debolezza che l'utente ha nei confronti della struttura sanitaria, in quanto non conoscitore della materia e comunque in una condizione di bisogno e/o sofferenza – non lo è. Infatti, la definizione seppur chiara di una procedura di reclamo, senza un'altrettanto chiara definizione del diritto di reclamo (ossia l'esplicitazione di quando l'utente ha riconosciuta la possibilità di far valere le proprie ragioni), rischia di rendere meno efficace lo strumento di tutela, in quanto non crea un'adeguata consapevolezza dei propri diritti.

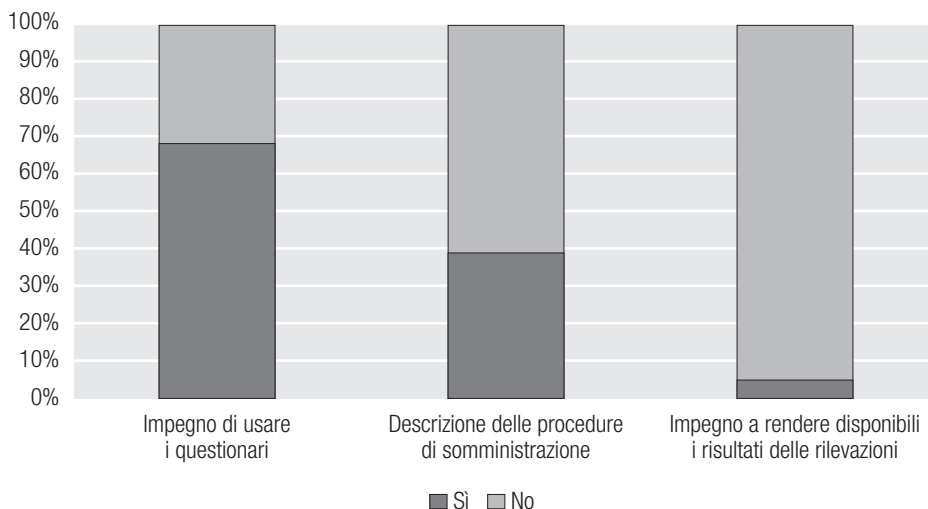
Figura 14.2 **Procedure di reclamo**

lamente il 58% (percentuale decisamente inferiore rispetto alle precedenti) fornisce in modo chiaro gli standard legati alle procedure (per esempio: indicazione del responsabile della procedura; tempi medi di risposta; etc.) (Figura 14.2).

- ▶ Meccanismi di valutazione della qualità dei servizi resi, attraverso la somministrazione dei questionari di gradimento. Al fine di garantire una maggiore trasparenza rispetto all'operato dell'azienda, lo stesso DPCM del '94 ha previsto la periodica rilevazione dei giudizi espressi dagli utenti e la diffusione di tali risultati, attraverso adeguati strumenti di comunicazione (sito internet; bilancio sociale; pubblicazioni aziendali; etc.)⁶. Se per quanto riguarda l'azione dei questionari, i risultati della ricerca evidenziano una certa diffusione dello strumento (68% dei casi analizzati), dalle CdS analizzate non è possibile avere chiare e trasparenti informazioni riguardanti le modalità di somministrazione degli stessi (indicate solo dal 39% delle carte). In percentuale ancora minore (solo nel 5% delle aziende rispondenti) è sottolineato l'impegno che le aziende si sono prese nel rendere disponibili i risultati derivanti da tali rilevazioni (Figura 14.3).
- ▶ Organizzazioni e associazioni che svolgono una funzione di assistenza agli utenti in caso di bisogno, come – per esempio – il Tribunale per i Diritti del

⁶ I soggetti erogatori, al fine di acquisire periodicamente la valutazione degli utenti sulla qualità del servizio reso, predispongono apposite schede e ne curano l'invio agli utenti e/o effettuano – a campione – interviste con gli utenti, anche immediatamente dopo l'erogazione di un singolo servizio. I risultati delle verifiche effettuate sono pubblicati in un'apposita sezione della relazione che deve essere pubblicata entro e non oltre il 31 marzo di ciascun anno, contenente una sintesi dei risultati conseguiti nel precedente esercizio.

Figura 14.3 **Impegni dell'azienda rispetto alla misurazione della customer satisfaction**



Malato (TDM). Le CdS che indicano la presenza di tali organizzazioni è pari all'89%, presentando quindi un buon risultato in termini di tutela dei propri pazienti.

14.4 Risultati: una lettura dinamica delle CdS

Affinché la CdS possa svolgere al meglio le funzioni che le sono proprie, dovrà essere redatta in modo partecipativo, essere collegata ai meccanismi operativi aziendali, essere adeguatamente pubblicizzata e soggetta a periodiche revisioni ed aggiornamenti. Tutti questi aspetti, legati al processo di costruzione del documento, sono stati indagati attraverso la *survey*.

14.4.1 Partecipazione nella costruzione della CdS

La partecipazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo d'erogazione dei servizi (garantita attraverso un approccio *bottom-up*) è essenziale in quanto:

- ▶ consente di individuare con maggiore precisione i fattori critici che impattano sulla qualità del servizio e le possibili aree di miglioramento su cui agire in modo prioritario;

- ▶ consente di definire degli standard coerenti con le effettive condizioni produttive aziendali (realistici), ma al contempo, in grado di innescare la logica del miglioramento continuo (sfidanti);
- ▶ consente di svolgere una funzione di auto-analisi organizzativa, rinforzando l'identità aziendale (mission e vision) ed il senso di appartenenza.

La scala utilizzata per analizzare il grado di partecipazione che l'azienda ha adottato nella stesura della CdS fa riferimento a tre livelli:

- ▶ nessun tipo di coinvolgimento;
- ▶ coinvolgimento di natura informativa e/o consultiva;
- ▶ coinvolgimento nelle fasi di definizione dei contenuti: partecipazione alla stesura del documento.

La situazione che emerge dai dati raccolti è positiva (Figura 14.4), in quanto il 59% circa dei responsabili dei servizi e il 40% del personale sanitario e amministrativo sono di fatto coinvolti attivamente nella stesura dei contenuti della CdS e le situazioni in cui non è previsto alcun tipo di coinvolgimento sono limitate tra il 5-7% per le figure professionali amministrative e sanitarie. Analizzando in modo incrociato questi dati la situazione è confermata, in quanto il 24% circa dei casi analizzati prevede il più alto livello di partecipazione (ossia la costruzione del documento con la contemporanea presenza dei responsabili di servizio, personale sanitario e personale amministrativo), mentre solo il 2% il livello di coinvolgimento più basso.

Figura 14.4 **Soggetti interni coinvolti nel processo di stesura della CdS**

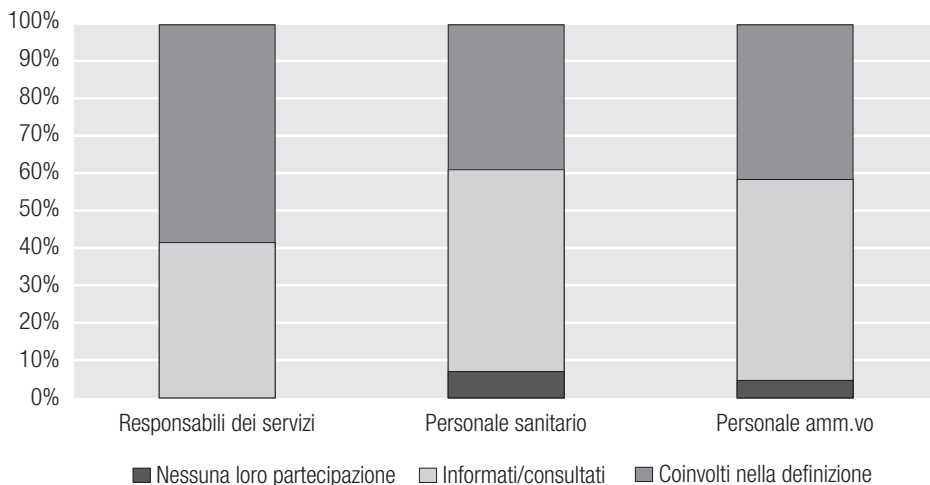
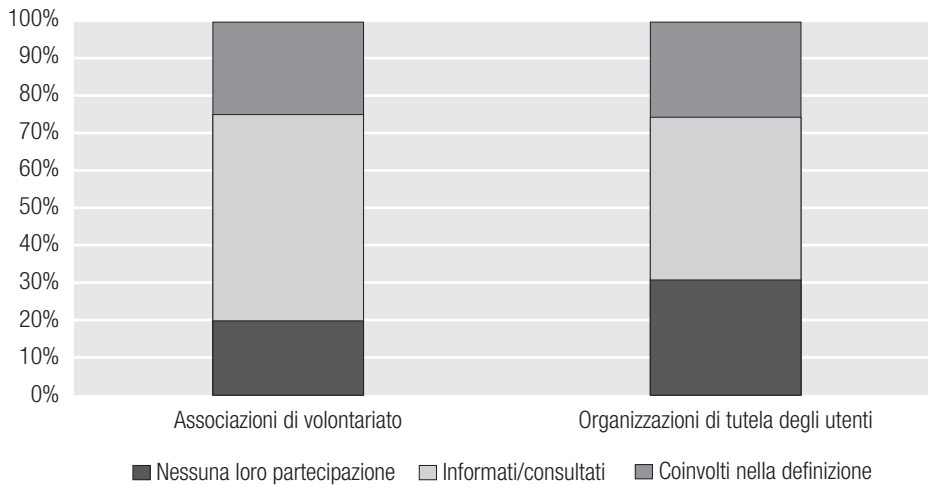


Figura 14.5 **Soggetti esterni coinvolti nel processo di stesura della CdS**

Lo stesso giudizio positivo non può essere, invece, espresso commentando i dati riguardanti i soggetti esterni l'azienda. Infatti, proprio perché la funzione principale della CdS è quella di tutelare e comunicare con i soggetti terzi, questi dovrebbero essere partecipi – mediante le proprie organizzazioni di rappresentanza – alla stesura del documento. Il 20% e il 31% delle aziende rispondenti non prevedono, invece, alcun tipo di coinvolgimento rispettivamente delle associazioni di volontariato o delle organizzazioni di tutela degli utenti (Figura 14.5).

È interessante rilevare come queste scarse performance non siano necessariamente legate alla presenza o meno del Terzo Settore all'interno dell'azienda. Infatti, ben il 91% delle aziende che non prevedono alcun coinvolgimento delle organizzazioni di tutela nella stesura della CdS, hanno presso la propria sede un'organizzazione di questo genere. In altri termini, sembra profilarsi più un problema di tipo culturale, piuttosto che una mancata occasione di collaborazione e tutto ciò rischia di rendere la CdS uno strumento di comunicazione unidirezionale, piuttosto che uno strumento di comunicazione per l'*empowerment* del paziente/utente (Del Vecchio e Rappini, 2009).

14.4.2 Collegamento con altri strumenti aziendali

L'integrazione tra i contenuti della Carta ed alcuni strumenti aziendali – in particolar modo del controllo di gestione (piano strategico, sistema di budget e bilancio sociale) e del sistema di gestione delle risorse umane (sistema premiante, sistema formativo) – è un aspetto fondamentale da presidiare affinché la CdS

Tabella 14.3 **Collegamento con altri strumenti gestionali**

	Piano Strategico	Sistema di budget	Sistema premiante	Bilancio Sociale
Strumento non utilizzato	5%	3%	3%	26%
Strumento utilizzato che presenta:				
• nessun collegamento con la CdS	39%	62%	71%	75%
• nei collegamenti con la CdS	61%	38%	29%	25%

possa sfruttare al meglio le proprie potenzialità anche come strumento di comunicazione interna, favorendo la coerenza organizzativa ed il coordinamento del personale.

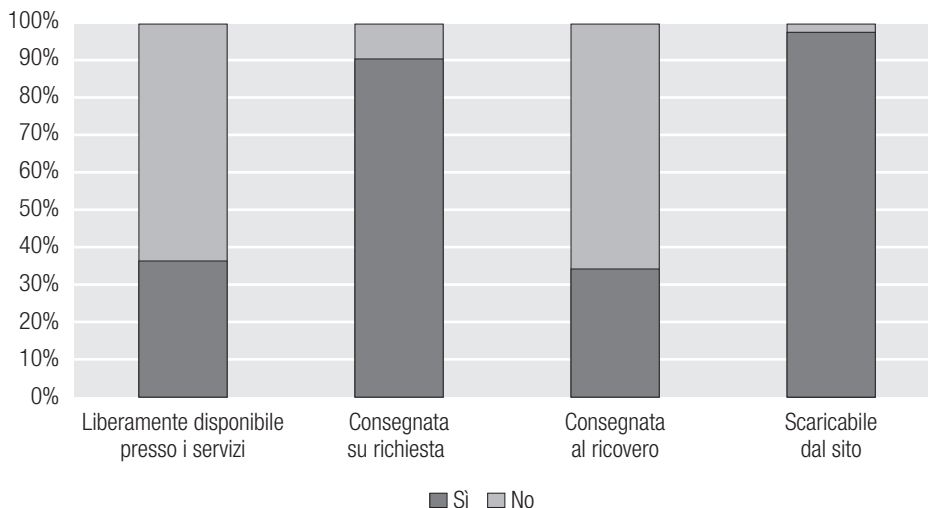
I punti di maggiore contatto tra CdS e meccanismi operativi si hanno con il piano strategico pluriennale. Infatti, ove adottato, il 61% dei casi analizzati presenta un'elevata concordanza tra quanto espresso nella CdS (principi di riferimento; obiettivi qualitativi perseguiti, etc.) e la *mission/vision* aziendale contenuta nel documento programmatico. Meno robusti rispetto a quelli appena citati sono, invece, i collegamenti tra gli obiettivi di budget e gli standard definiti nella CdS, tanto che solo il 38% delle aziende che prevedono un sistema di budget hanno predisposto un coordinamento tra questi due strumenti. Anche il sistema di valutazione del personale e il correlato sistema premiante sono debolmente interfacciati con gli standard di servizio (29% dei casi) ed ancora più debole è il collegamento con il bilancio sociale, presente solo nel 25% dei casi (Tabella 14.3).

Inoltre, i dati raccolti evidenziano uno scarso utilizzo della CdS nella gestione delle risorse umane: solo nel 20% dei casi analizzati la CdS è consegnata ed illustrata ai neoassunti, mentre si aggira intorno al 27% la percentuale dei casi in cui la CdS diviene oggetto dei corsi di formazione ed aggiornamento del personale.

14.4.3 Promozione, usabilità e aggiornamento

La promozione e la diffusione della CdS sono essenziali affinché sia conosciuta e utilizzata da tutti gli utenti effettivi e potenziali. Per questo motivo, particolare attenzione dovrà essere dedicata alla scelta del canale attraverso cui rendere disponibile il documento e alla definizione dei suoi contenuti, in termini di chiarezza del linguaggio, usabilità del documento ed aggiornamento.

Rispetto alle strategie di diffusione (Figura 14.6), i dati raccolti evidenziano delle potenziali criticità nelle scelte fatte, in quanto vi è un forte sbilanciamento verso modalità di distribuzione che prevedono una pre-conoscenza del documento. Infatti, si è potuto constatare che per il 90% dei casi la CdS è consegnata a seguito di un'esplicita richiesta del paziente e nel 98% dei casi può essere sca-

Figura 14.6 **Modalità di diffusione della CdS verso l'esterno**

ricata dal sito internet aziendale. Gli stessi dati ci dicono che il 37% delle aziende ha scelto di rendere liberamente disponibile la CdS presso i propri servizi e che solo nel 34% dei casi il documento è consegnato contestualmente al momento del ricovero e/o accesso alla prestazione. Appare chiaro che tali scelte rischiano di non tutelare in modo universalistico gli utenti, creando di fatto una discriminazione proprio nei confronti delle persone più deboli, in quanto meno informate (come poter richiedere la CdS, se non ne conosco l'esistenza e/o la funzione?) o penalizzate dal *digital divide*.

Infine, i contenuti sono stati analizzati in base a tre dimensioni:

- ▶ la chiarezza del linguaggio. La CdS – essendo destinata a persone che non necessariamente sono esperte di questioni sanitarie – deve essere redatta in maniera semplice e discorsiva, utilizzando un linguaggio da tutti comprensibile. L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato una certa attenzione rispetto a questo aspetto, in quanto solamente il 3% del campione propone un linguaggio specialistico, il 21% un linguaggio comune, anche se la stesura del documento non è sempre discorsiva, mentre il 76% delle CdS analizzate utilizza un linguaggio semplice – ma per questo non banalizzante – ed una struttura discorsiva e di immediata comprensione;
- ▶ l'usabilità, misurata considerando il numero delle pagine del documento. Il numero medio di pagine delle CdS raccolte è piuttosto elevato, in quanto pari a 77. Al riguardo si consideri che il 29% delle CdS superano la dimensione delle 80 pagine. La presenza di una CdS troppo corposa rappresenta – senza dubbio – un forte limite, rendendo quindi necessario il ricorso a solu-

zioni tecniche e grafiche in grado di garantire un equilibrio tra l'esigenza di esaustività e l'esigenza d'uso del documento;

- ▶ l'aggiornamento. Per quanto riguarda l'indicazione dell'anno di pubblicazione – aspetto di cruciale importanza, poiché la sua mancata indicazione può creare dei problemi all'utente che vuole verificare il rispetto degli standard – la documentazione raccolta risulta piuttosto carente, in quanto quasi il 53% delle CdS analizzate non fornisce alcuna informazione rispetto a tale variabile. Guardando alle CdS in cui è indicata la data di pubblicazione, si osserva come il 68% di queste faccia riferimento al biennio 2009-2010 (alto aggiornamento), il 16% al biennio 2007-2008 (medio aggiornamento) e il restante 16% al biennio 2005-2006 (scarso aggiornamento).

14.5 Conclusioni ed indicazioni per il futuro

Ritornando alle tre domande di ricerca e ricordando che le informazioni raccolte si riferiscono a una composita realtà settoriale – comprendente esperienze eccellenti, come esperienze meno virtuose – lo stato di attuazione delle CdS in ambito sanitario può essere così schematizzato (Tabella 14.4).

Tabella 14.4 **Quadro di sintesi dei risultati della ricerca: punti di forza e di debolezza delle CdS in ambito sanitario**

	Strumento di empowerment e tutela del paziente	Strumento gestionale interno per il miglioramento dei servizi
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Richiamo alla funzione di tutela • Richiamo ai principi di riferimento e ai diritti/doveri dell'utente • Descrizione dell'azienda • Percentuale degli standard quantificati • Presentazione delle procedure di reclamo e degli organismi di tutela • Chiarezza del linguaggio e aggiornamento dei contenuti 	<ul style="list-style-type: none"> • Richiamo ai principi di riferimento e ai diritti/doveri dell'utente • Descrizione dell'azienda • Coinvolgimento del personale interno della stesura del documento
Punti di Debolezza	<ul style="list-style-type: none"> • Presentazione dello strumento • Impegni presi rispetto ad alcuni aspetti del servizio • Descrizione delle regole d'uso dei questionari di customer satisfaction e restituzione dei dati raccolti • Coinvolgimento dei rappresentanti degli utenti nella stesura del documento • Strategie di promozione e diffusione • Numero di pagine ed indicazione dell'anno di pubblicazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Collegamento della CdS con altri strumenti gestionali • Diffusione e conoscenza della CdS tra i lavoratori aziendali

Queste informazioni evidenziano, in modo piuttosto chiaro, come lo sviluppo dello strumento della CdS nel corso di questi anni abbia prodotto dei risultati interessanti. I segnali di questo risultato sono molteplici e tra questi rivestono particolare importanza:

- ▶ lo sforzo che molte aziende hanno fatto nell'assumersi degli impegni quantificabili – e quindi verificabili – nei confronti degli utenti e la predisposizione di adeguati e chiari strumenti di tutela, come le procedure di reclamo e la presenza all'interno dell'azienda di organizzazioni terze;
- ▶ l'utilizzo di un linguaggio in grado di rendere la CdS uno strumento utilizzabile dalla maggiore parte degli utenti, senza quindi cadere nel rischio di auto-referenzialità o in una malcelata volontà di non ricercare il dialogo con i propri pazienti;
- ▶ il coinvolgimento delle professionalità presenti in azienda nella definizione dei contenuti della CdS, premessa indispensabile affinché i contenuti dei documenti siano condivisi a livello organizzativo e quindi diventino un punto di riferimento per chi quotidianamente partecipa alla produzione del servizio.

Dati questi aspetti positivi è necessario evidenziare anche quegli aspetti di debolezza che rappresentano delle priorità su cui agire, affinché i traguardi sinora raggiunti non siano vanificati:

- ▶ al fine di rafforzare le potenzialità della CdS quale strumento di dialogo ed empowerment è necessario migliorarne i criteri di distribuzione e diffusione tra gli utenti, effettivi e potenziali. Al riguardo sarà necessario pensare delle efficaci soluzioni per rendere lo strumento più agevole rispetto al numero di pagine che lo compongono – magari ipotizzando una struttura a fascicoli, composta da due parti, una comune per tutta l'azienda (introduzione e forme di tutela) ed una parte specifica per ogni unità organizzativa – e sperimentare forme di promozione più incisive. Al riguardo si segnalano alcune iniziative, come l'elaborazione di opuscoli, poster e manifesti in cui si presenta una sintesi dei punti più salienti della CdS, promuovendone nel contempo la conoscenza al vasto pubblico. Sulla stessa linea, alcune aziende hanno deciso di diffondere queste informazioni anche all'esterno, attraverso la collaborazione delle farmacie comunali e dei MMG;
- ▶ strettamente collegato al punto precedente, vi è la questione riguardante il diretto coinvolgimento dei rappresentanti degli utenti nella stesura del documento. Siamo consapevoli che questo tipo di scelta possa rappresentare per molte aziende un investimento rilevante – sia in termini professionali (in quanto vi sono specifiche tecniche in grado di facilitare i percorsi inclusivi, rispetto alla quali non è possibile improvvisare), sia in termini culturali – il cui risultato può tradursi in un *empowerment* consapevole dei pazienti, ossia

- il passaggio da un'ottica puramente rivendicativa ad una più ponderata valutazione del servizio ricevuto;
- infine, con l'obiettivo di rafforzare il ruolo della CdS quale strumento di gestione interno all'azienda, sarà necessario potenziarne la conoscenza tra tutti i lavoratori ed i livelli organizzativi, attraverso house organ⁷, corsi di formazione e collegando alcuni degli standard contenuti nel documento agli obiettivi di budget e ai parametri del sistema valutativo/premiante applicato. Infatti, in assenza di tali collegamenti, vi è il rischio che lo strumento sia utilizzato solo in un'ottica di comunicazione esterna, non sviluppando appieno le sue potenzialità in termini di apprendimento e miglioramento organizzativo.

Bibliografia

- Bortolotti A. e Maino G. (2003), *La carta dei servizi. Manuale pratico*, Carocci-Faber, Roma.
- Corposanto C. e Passerini A. (2004), *La costruzione partecipata della Carta dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento*, Franco Angeli, Milano.
- Del Vecchio M. e Rappini V. (2009), «La comunicazione aziendale in sanità», Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Elefanti M., Brusoni M. e Mallarini E. (2001), *La qualità nella Sanità*, Egea, Milano.
- Faccioli F. (2000), *Comunicazione pubblica e cultura del servizio. Modelli, attori, percorsi*, Carocci Editore, Roma.
- Ferrario P., Bianchi M. e Quaia L. (2002), *La qualità nei servizi socio-sanitari. Processi di costruzione della carta dei servizi in una RSA*, Carocci-Faber, Roma.
- Grandi R. (2007), *La comunicazione pubblica. Teorie, casi, profili normativi*, Carocci, Roma.
- Lo Schiavo L. (1999), «Le misure di qualità e la customer satisfaction», Azzone G. e Dente B. (a cura di), *Valutare per governare*, Etas Libri, Milano.
- Mancini P. (2002), *Manuale di comunicazione pubblica*, Editori Laterza, Bari.
- Ministero delle Attività Produttive (2003), *Dalla carta dei servizi alla carta della*

⁷ *L'house organ* è una pubblicazione aziendale realizzata per aggiornare il personale interno circa le attività e gli obiettivi a medio termine da raggiungere. Normalmente, esce con cadenza bimestrale. *L'house organ* ha due funzioni principali: a) stimolare la partecipazione e il coinvolgimento dei dipendenti rispetto all'organizzazione, tenendoli aggiornati circa le attività che si stanno realizzando; b) favorire la circolazione delle informazioni.

qualità. Proposte per migliorare la tutela del consumatore-utente attraverso le carte dei servizi, Roma.

Musumeci P. (2003), *Comunicazione pubblica efficace. Metodi e strategie*, Guerini e Associati, Milano.

Ranci Ortigosa E. (2000), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, Franco-Angeli, Milano.

Regione Toscana (2009), *Osservatorio regionale Carta dei servizi pubblici sanitari-2008*.

Ruffini R. (1999), *La Carta dei Servizi. Valutazione e miglioramento della qualità nella pubblica amministrazione*, Guerini Associati, Milano.

Tanzi E. (2003), «La qualità e il miglioramento del servizio nelle aziende non profit», in Bandini F. (a cura di), *Manuale di economia delle aziende non profit*, CEDAM, Padova.

Vecchiato T. (1997), *La valutazione della qualità nei servizi*, Fondazione Zancan, Padova.