

QUADERNI

DELLA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

7 laboratori 2



**COME COMUNICARE
LA CARTA DEI SERVIZI
E I SUOI CONTENUTI**

Dipartimento della Programmazione



Ministero della Sanità

Con questo secondo volume della collana “I laboratori”, dedicato al tema della comunicazione della Carta dei servizi, si consolida il risultato della linea di collaborazione avviata con le Aziende sanitarie e le Regioni attraverso i gruppi di lavoro sui temi critici della Carta dei servizi. Il primo volume è stato dedicato al tema degli standard di qualità ed ha riscosso un notevole interesse. Un terzo volume sarà pubblicato a breve sul tema del coinvolgimento del personale e della comunicazione interna.

I riscontri fin qui rilevati confermano la validità dell’approccio scelto, in coerenza anche con le più recenti indicazioni della Carta di Lubiana, di “apprendere dall’esperienza”.

Presentando questo volume, mi auguro che esso possa contribuire allo sviluppo della qualità nel Servizio sanitario nazionale.

Nicola Falcitelli

Dipartimento della Programmazione

SOMMARIO

<u>Presentazione</u>	pag. 2
<u>Scopo del documento, composizione del gruppo di lavoro, guida alla lettura</u>	“ 7
<u>La comunicazione in sanità: elementi di base</u>	“ 10
<u>Comunicare la Carta dei servizi: il processo</u>	“ 24
<u>Strumenti ed esperienze</u>	“ 46
<u>Conclusioni</u>	“ 102
<u>Appendici</u>	“ 108
<u>Indice</u>	“ 120

Presentazione

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, “Principi sull'erogazione dei servizi pubblici”, individua i principi cui devono uniformarsi le amministrazioni che erogano i servizi pubblici, e i relativi strumenti : adozione di standard, semplificazione delle procedure, informazioni agli utenti, rapporti con gli utenti, dovere di valutazione della qualità dei servizi, reclami e rimborsi.

Complessivamente, l'insieme di questi strumenti disegna un vero e proprio sistema, che possiamo chiamare il “sistema-Carta”, cioè un sistema di garanzia di qualità del servizio che è attuato con la partecipazione dei cittadini e sotto il controllo dei cittadini.

Un sistema di garanzie di questo tipo, che ha per oggetto le dimensioni della qualità del servizio percepite dall'utente ⁽¹⁾ e si fonda sul ruolo attivo dell'utente stesso, implica la ricerca di un rapporto nuovo, non autoritario e non asimmetrico, tra l'istituzione e il cittadino. Rapporto nuovo che non nasce né può funzionare senza una efficace azione di comunicazione, intesa come quella funzione complessa che consente all'apparato di gestione del servizio di “uscire dal fortino” e di allacciare un dialogo con l'utente per stringere con quest'ultimo un patto sulla qualità dei servizi. La comunicazione è quindi la funzione attraverso la quale l'istituzione immette nel proprio circuito di progettazione e di gestione delle attività la voce del cittadino, quale portatore di esigenze e valutatore della qualità del servizio ricevuto; informa il cittadino sui servizi che offre ed assume impegni solenni sul rispetto dei livelli di qualità che è in grado di garantire. La comunicazione è il veicolo attraverso il quale il cittadino partecipa alla progettazione e al controllo del servizio. La comunicazione è la fonte di una risorsa aggiuntiva che viene immessa tra gli input dei processi produttivi.

⁽¹⁾ Ricordiamo l'“albero della qualità” disegnato dal DPCM del 19 maggio 1995 e riportato a pag. 28 del presente volume.

L'attenzione al dialogo con gli utenti dei servizi nasce dal fatto che la pubblica amministrazione, e non solo in Italia, soffre di un fenomeno patologico chiamato "autoreferenzialità", del quale vuole liberarsi: essa è sostanzialmente indifferente alle esigenze degli utenti, non dialoga con chi utilizza i propri servizi.

Si tratta di un fenomeno che danneggia la base fiduciaria delle relazioni tra il cittadino e le istituzioni e che induce tensioni e costi pesantissimi a carico della collettività.

La Carta come patto (e la comunicazione come suo strumento essenziale) vuole essere la risposta alla cultura dell'indifferenza ai bisogni, anche informativi, degli utenti: cultura che ancora troppo diffusamente caratterizza il modo di essere dei pubblici servizi. La Carta si inserisce, sotto questo profilo, in un contesto normativo e istituzionale che già da qualche anno sta mettendo in luce la necessità che la pubblica amministrazione riporti i cittadini realmente al centro del funzionamento dei servizi.

Tra i riferimenti nazionali, il rovesciamento della prospettiva autoreferenziale è stato introdotto nel SSN con l'art.14 del D. Lgs. 502/92, il quale legittima ed immette pertanto nell'impianto dell'ordinamento sanitario del nostro Paese il principio fortemente innovativo per il quale le strutture e le prestazioni sanitarie (cioè l'"offerta") devono costantemente adeguarsi alle esigenze dei cittadini utenti (cioè la "domanda"). E' da notare che in questo contesto normativo le "esigenze" non sono da confondere con i canoni tecnici della prestazione sanitaria, richiamando al contrario l'insieme dei desideri, delle aspettative, dei bisogni che l'utente, in quanto tale, ha nei confronti del servizio. Si tratta proprio dei profili soggettivi, riferiti agli aspetti di relazione e di fruizione della prestazione, che costituiscono il terreno su cui opera la strategia della Carta dei servizi.

Lo spirito dell'art.14 è stato ribadito dal Piano sanitario nazionale 1994-1996, che afferma:

- “Negli anni recenti in Italia l’organizzazione dei servizi si è fondamentalmente basata sulle scelte operate da chi governava l’offerta, ritenendo di essere in grado di interpretare autonomamente la domanda. In questo scenario si è assistito ad un inseguimento irrazionale tra offerta e domanda, determinato da spinte non controllate che alla fine hanno provocato un aumento dei costi complessivi del sistema sanitario”⁽²⁾.
- “La legittima preoccupazione di contenere i costi che dovrà riguardare soprattutto gli sprechi e le irrazionalità, non potendo il sistema sanitario beneficiare di significative riduzioni di costi associate al progresso tecnologico, che notoriamente tende piuttosto a farli crescere, pur essendo un problema nuovo e potenzialmente capace di trasformare la pratica della medicina, non costituisce ancora il *cambiamento di paradigma* di cui i sistemi sanitari moderni hanno bisogno. La grande innovazione è data piuttosto dalla partecipazione del paziente al processo decisionale”⁽³⁾.

Un’ulteriore, importante, dimensione del dialogo tra SSN e cittadini è costituita dall’attività di educazione sanitaria:

- “La responsabilizzazione dei cittadini nei confronti dei benefici e dei costi che i sistemi sanitari comportano richiede che la diffusione delle conoscenze relative alla promozione di stili di vita sani, alla efficacia dei trattamenti sanitari ed all’adeguato consumo di risorse, sia realizzata attraverso un processo sistematico e permanente di educazione alla salute”⁽⁴⁾.

Anche a livello internazionale il rovesciamento del rapporto tra offerta e domanda nel campo dei servizi sanitari ha trovato importanti e solenni riconoscimenti. La Carta di Lubiana, sottoscritta il 18 giugno 1996 da tutti i Ministri della sanità dei paesi europei, afferma tra i principi fondamentali sui quali devono poggiare i sistemi sanitari quello di “essere centrati sulle persone”: “le riforme sanitarie devono *garantire che l’opinione e le scelte dei cittadini possano esercitare un’influenza decisiva sul modo in cui i servizi sanitari sono strutturati e su come funzionano. I cittadini devono anche condividere la responsabilità per la propria salute*”.

⁽²⁾ PSN 94-96, punto 2.B.: Individuazione dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie.

⁽³⁾ PSN 94-96, 2.A.: Gli obiettivi.

⁽⁴⁾ PSN 94-96, 1.: La programmazione sanitaria.

Il dialogo istituzione-cittadino, cioè il patto sulla qualità dei servizi è il punto di forza di questa nuova frontiera del Servizio sanitario. La comunicazione è il veicolo e lo strumento di gestione del dialogo. La Carta di Lubiana ce lo ricorda con indicazioni molto puntuali, che riecheggiano temi noti a chi ha partecipato al dibattito sulla genesi dell'articolo 14 e sulla gestione della strategia della Carta dei servizi sanitari:

- La voce e le scelte dei cittadini dovrebbero contribuire tanto alla definizione dei servizi sanitari, quanto alle decisioni adottate ad altri livelli dei processi decisionali economici, gestionali e professionali.
- La voce dei cittadini dovrebbe essere sentita su argomenti quali il contenuto dell'assistenza sanitaria, la contrattazione, la qualità dei servizi nell'interazione paziente/erogatore, la gestione delle liste d'attesa ed il seguito dato ai reclami.
- L'esercizio della scelta e di altri diritti dei pazienti richiede la disponibilità di mezzi di educazione ed informazione ampi, accurati e puntuali. Ciò comporta l'accessibilità ad informazioni verificate pubblicamente sulla performance dei servizi sanitari.

Questo volume che, come tutti i volumi de "I Laboratori", contiene istruzioni per l'uso corredate di esempi e casi da verificare e sperimentare, si occupa della comunicazione della Carta e dei suoi contenuti, partendo dall'idea che la Carta è un "patto con i cittadini", e che come patto esiste solo se è comunicato e condiviso dai cittadini.

Come gli altri volumi dei "Laboratori" è basato sulle esperienze delle aziende che hanno partecipato ai gruppi di lavoro promossi dal Ministero. Non si tratta quindi di indirizzi normativi o prescrittivi ma di riflessioni sistematizzate che nascono dall'analisi e dal confronto delle esperienze di alcune aziende sanitarie.

Questo volume propone a tutte le aziende sanitarie un metodo ed alcune esperienze che

possono costituire un punto di riferimento per affrontare le principali questioni relative alla comunicazione della Carta dei servizi: si tratta di ausili metodologici da sottoporre a sperimentazione e verifica nell'ambito della programmazione aziendale delle attività di comunicazione della Carta.

Ringrazio infine gli esperti del progetto finalizzato "Semplificazione del linguaggio amministrativo" del Dipartimento della funzione pubblica per il loro contributo alla revisione del linguaggio utilizzato in questo documento; il presente volume tiene conto dei loro suggerimenti per rendere il testo più facilmente leggibile e comprensibile.

Giorgio Verdecchia

Roma, gennaio 1997

Scopo del documento

Il Ministero della sanità, per favorire il trasferimento di esperienze attuative della Carta dei servizi, ha costituito tre gruppi di lavoro formati da Aziende sanitarie, Regioni e Agenzie regionali.

Il presente documento raccoglie i risultati del gruppo di lavoro “Come coinvolgere i cittadini sulla Carta dei servizi” costituito il 29 febbraio 1966 con l’obiettivo di permettere un confronto di esperienze e di fornire elaborazioni di esperienze, strumenti tecnici e metodologie per comunicare la Carta dei servizi nelle aziende sanitarie.

I risultati del gruppo di lavoro qui presentati, basati sulla esperienza delle aziende, si configurano come materiali di lavoro indirizzati prevalentemente a tutti coloro che nelle aziende sanitarie stanno lavorando ai processi di attuazione della Carta dei servizi.

Inoltre essi possono costituire una base metodologica per tutti coloro che devono programmare le attività di comunicazione della Carta. Infine, dato il carattere orientativo dei materiali proposti, questi possono costituire una buona base per tutte le aziende, per verificare e sperimentare la metodologia e le esperienze proposte.

I materiali presentati non costituiscono, ovviamente, degli atti di indirizzo del Ministero della sanità, né sostituiscono le fonti normative sulla Carta dei servizi: possono costituire un utile punto di riferimento per avviare il processo di comunicazione aziendale della Carta.

Composizione del gruppo di lavoro

Azienda USL Roma C	Maria Degli Esposti (coordinatrice) Francesco Prost
Azienda USL 8 di Arezzo	Pierluigi Amorini Barbara Cardinali
ASL Caserta 2 di Aversa (CE)	Lidia Tesei
Azienda Ospedaliera di Cosenza	Ruggero Sante Casella
Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 “Friuli Occidentale” di Pordenone	Silvana Corona Gian Luigi Luxardi
Azienda USSL 32 di Garbagnate (MI)	Enrico Dotti Pietro Farneti
Azienda USL 1 Imperiese di Bussana di Sanremo (IM)	Gianluigi Piatti
Azienda USL Lecce 1	Sonia Giauxa
Azienda USL 2 di Lucca	Lucia Corrieri Puliti
Policlinico Federico II di Napoli	Aldo Cherillo Pasquale Ottaiano
Azienda USL di Reggio Emilia	Giulio Bertoni Giovanni Sottocornola
Azienda ULSS 6 di Vicenza	Gianfranco Berno

Al Gruppo di lavoro hanno collaborato Licia Da Re e Valeria Di Palma, del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità, e, con il ruolo di consulenti, Filippo Bucarelli, Massimo Moraldi e Marina Vannozzi del Gruppo Finsiel, Sabrina Salvatore del Progetto finalizzato “Semplificazione del linguaggio amministrativo” del Dipartimento della funzione pubblica.

La versione finale del testo è stata curata da Licia Da Re (Ministero della sanità) e Luca Lo Schiavo (Gruppo Finsiel); si ringrazia per la collaborazione Monica Prati (M.B.A. Scuola di Management dell’Università LUISS).

Si ringraziano, inoltre, tutte le Aziende che hanno collaborato alla realizzazione di questo documento anche attraverso il contributo di operatori di cui non è possibile citare il nome.

Guida alla lettura del documento

Il presente documento, frutto del lavoro di tutti i componenti del gruppo, è articolato secondo lo schema seguente.

Nel primo capitolo sono indicati gli elementi di base della comunicazione (obiettivi, emittente, destinatario, canale, messaggio, ascolto), in relazione delle caratteristiche del settore sanità e della Carta dei servizi sanitari.

Nel secondo capitolo viene proposta una metodologia per gestire il processo di comunicazione della Carta dei servizi. La metodologia mette in evidenza cinque passi per arrivare a un programma aziendale di comunicazione differenziato in base ai destinatari e ai contenuti del ‘sistema-Carta’.

Nel terzo capitolo sono raccolte le schede sulle esperienze messe a disposizione dai partecipanti al Gruppo di lavoro. Le schede sono organizzate in relazione ai passi suggeriti dalla metodologia indicata al cap.2.

Infine, nel cap. 4 sono contenute le conclusioni di sintesi e i suggerimenti del Gruppo di lavoro alle Aziende, alle Regioni e al Ministero della sanità per sviluppare ulteriormente, ai diversi livelli istituzionali, la comunicazione della Carta dei servizi.

Nelle appendici sono raccolti alcuni materiali utili: la Carta di Lubiana, una scheda tecnica sul linguaggio messa a punto da esperti del Dipartimento della funzione pubblica, e l’indirizzario dei punti di posta elettronica del Sistema Informativo Sanitario utilizzabili per scambi di esperienze tra aziende sanitarie.

1. LA COMUNICAZIONE IN SANITÀ': ELEMENTI DI BASE

La Carta dei servizi è un patto *formalizzato* fra l'azienda sanitaria e i cittadini. I contenuti del patto sono le informazioni ai cittadini sui servizi forniti, gli standard di qualità offerti e le modalità di tutela e di partecipazione dei cittadini. Questo patto non è solo utile per i cittadini ma anche per le stesse aziende sanitarie, che si trovano a disporre di nuovi stimoli e riferimenti per migliorare i propri servizi e il proprio funzionamento a partire dalle esigenze dell'utenza. Da questo punto di vista la Carta costituisce uno strumento organizzativo attraverso il quale i cittadini possono dialogare con l'azienda.

Ma tutto ciò può funzionare solo se le aziende si impegnano e sono in grado di aprire un canale di reale comunicazione con le diverse fasce di utenti. La Carta dei servizi non vive se ai cittadini non è consentito di utilizzarla, ed essi non possono utilizzarla se non la conoscono, se non la comprendono, se non possono comunicare facilmente all'azienda le loro osservazioni e le loro esigenze.

***Il patto non esiste se non è effettivamente comunicato ai cittadini
e se non è da questi accettato e condiviso***

*La comunicazione costituisce quindi una componente irrinunciabile della Carta dei servizi. Ma che cosa vuol dire, comunicare con i cittadini? Il termine comunicazione è oggi fra i più impiegati, ma forse è opportuno soffermarsi a riflettere sul significato reale di questa espressione. Anche la radice etimologica (lat. *communicare* = rendere partecipi, da *communis*, ciò che è di proprietà comune, della comunità) ci indica che "comunicazione" non è semplicemente "far sapere", ma è qualcosa di più: comunicare vuol dire *stabilire una relazione* tra due diversi soggetti per *mettere in comune* qualcosa. Nel caso della Carta dei servizi, l'interesse comune che lega i due soggetti è il patto sui servizi, sui livelli di qualità e sui meccanismi di verifica e tutela. Il patto è uno strumento*

bilaterale che implica l'incontro di due volontà su un oggetto comune. Comunicare, nel sistema della Carta è anche saper ascoltare.

Questo documento assume quindi come ipotesi di base la seguente definizione di comunicazione:

***Comunicare la Carta dei servizi vuol dire stabilire un dialogo tra l'Azienda sanitaria e i cittadini utenti, per mettere in comune gli elementi del patto
Comunicare è anche ascoltare.***

Nel seguito di questo documento questa ipotesi di lavoro viene sviluppata in tre direzioni:

1. *Gli elementi della comunicazione:* Per comunicare correttamente, bisogna tenere conto di tutti gli elementi-chiave che concorrono alla comunicazione: gli obiettivi, i soggetti coinvolti (emittente e ricevente), il canale e gli strumenti, il messaggio, l'ascolto. Questi elementi sono sviluppati nei paragrafi successivi di questo capitolo;
2. *Il processo di comunicazione:* Per applicare la metodologia generale della comunicazione allo specifico tema della Carta dei servizi, il gruppo di lavoro ha elaborato uno schema di processo in cinque passi, che viene illustrato nel capitolo successivo
3. *Gli strumenti della comunicazione:* le modalità concrete di fare comunicazione sono moltissime, e vanno scelte in funzione degli obiettivi, dei destinatari, del messaggio. Una volta chiariti tutti gli aspetti metodologici, è possibile comprendere i vantaggi e gli svantaggi dei diversi strumenti di comunicazione, a cui fanno riferimento le esperienze raccolte nell'ultimo capitolo.

1.1. Gli elementi base della comunicazione

Sarebbe fuori luogo, in questo lavoro, ripercorrere i principi e i metodi della comunicazione. Quello che è utile ai fini del presente lavoro è invece disporre di una griglia metodologica nella quale inquadrare i diversi aspetti della comunicazione, in modo da poterli utilizzare tenendo conto delle caratteristiche specifiche del settore sanitario.

In base alla letteratura sulla comunicazione ¹, si possono considerare i seguenti elementi di base di ogni atto comunicativo:

- gli obiettivi: ovvero, la finalità dell'azione comunicativa. La comunicazione, infatti, non è mera applicazione di tecniche e strumenti; essa è un processo che inizia con la definizione degli obiettivi che si vogliono perseguire. Si tratta di una fase particolarmente importante che ha il fine di definire obiettivi di comunicazione coerenti con gli obiettivi dell'azienda e significativi per gli utenti.

La definizione degli obiettivi di comunicazione orienta tutti gli ulteriori aspetti del processo: la selezione dei destinatari, la scelta dei canali di comunicazione, la definizione del messaggio e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di comunicazione.

- l'emittente (o " fonte"), e il ricevente (o "destinatario"): sono i due soggetti che comunicano. Ognuno dei due soggetti ha delle caratteristiche che devono essere tenute presenti. Una comunicazione non autoreferenziale deve partire dall'analisi delle caratteristiche sociali, economiche e psicologiche del destinatario;
- i canali: sono i mezzi di cui l'emittente si avvale per mandare il messaggio al destinatario. Ogni canale si caratterizza per il tipo di destinatario a cui è diretto e per il tipo di messaggio che veicola (p. es. il messaggio destinato ai giornali deve essere più argomentato di quello destinato alla televisione).

¹ E' impossibile citare la sterminata letteratura sull'argomento; si veda per esempio:
Marshall Mc Luhan - Gli strumenti del comunicare - Il Saggiatore, Milano 1967 (ed. or. 1964)
Gregorio Arena (a cura di) - La comunicazione di interesse generale - Il Mulino, Bologna 1995

E' importante valutare se i destinatari della comunicazione sono raggiunti dal mezzo scelto, se gli attribuiscono valore e se il messaggio è tecnicamente compatibile con il mezzo.

- il messaggio: è l'oggetto della comunicazione, sotto il profilo sia del contenuto (cosa comunicare) che della forma (aspetti linguistici, grafici, etc.). Il messaggio, che deve essere coerente con gli obiettivi, va calibrato tenendo conto delle caratteristiche dei destinatari, del canale utilizzato e delle modalità di fruizione da parte dei destinatari;
- l'ascolto: dal momento che la comunicazione è un dialogo a due vie, va prevista una fase di ascolto dei destinatari del messaggio. Essa è utile per verificare sia il grado di comprensione e di condivisione del messaggio sia il grado di soddisfazione delle prestazioni e dei servizi offerti.

Ciascuno dei paragrafi che seguono sviluppa un aspetto fondamentale della comunicazione, suggerendo come passare dalle considerazioni metodologiche generali a concrete azioni di comunicazione nel campo della sanità e con particolare riferimento alla Carta dei servizi.

E' bene ricordare che l'efficacia della comunicazione non dipende dalla ottimizzazione di un singolo elemento, ma dalla *coerenza complessiva* di tutti gli elementi del processo di comunicazione.

1.2. Gli obiettivi della comunicazione

La definizione degli obiettivi è una fase del processo di comunicazione spesso sottovalutata. In generale, c'è il rischio che la Carta dei servizi e i suoi contenuti vengano comunicati agli utenti "perché così dice la normativa", e non per una specifica utilità sia dell'azienda sanitaria che del cittadino. Ogni azione di comunicazione, invece, andrebbe definita in relazione ad obiettivi aziendali. Per chiarire la questione degli obiettivi si può fare un esempio.

Il primo esempio è relativo al momento in cui l'azienda adotta, per la prima volta, la Carta dei servizi. In questo caso, l'azienda sanitaria in genere ha l'obiettivo di far conoscere la propria Carta - i suoi principi, gli impegni in essa contenuti, i progetti avviati per rispettare gli impegni, etc - al suo "pubblico istituzionale": la regione, le istituzioni pubbliche operanti sul territorio, i soggetti convenzionati o accreditati, le altre aziende sanitarie vicine, etc. Si tratta, in questo primo esempio, di un obiettivo particolare di diffusione della Carta dei servizi, diverso evidentemente da quello di comunicare la Carta ai cittadini. Per far conoscere la Carta dei servizi al prefetto, ai sindaci, ai sindacati o alle strutture private bisogna adottare modalità di invio e di verifica completamente diverse da quelle da adottare quando si vuole far conoscere la Carta ai cittadini o agli utenti

Un secondo esempio è quello della comunicazione della Carta ai medici di medicina generale. Il messaggio ad essi diretto sarà diverso a seconda che si voglia raggiungere l'obiettivo di far loro conoscere la Carta o quello di farla conoscere, attraverso i medici di medicina generale, ai cittadini. Nel primo caso i medici sono dei "destinatari", e quindi la comunicazione orientata a loro avrà successo, per esempio, fornendo loro un manuale utile per orientare le scelte di utilizzo delle prestazioni (es. orari, tempi di attesa, etc.). Nel secondo caso, i medici di medicina generale fungono da "canali di comunicazione" verso i cittadini, e quindi la comunicazione della Carta potrà avvalersi di strumenti più agili, come depliant mirati per fasce di utenti (es. anziani, giovani, donne, lavoratori, etc.). Questi esempi sul coinvolgimento dei medici di medicina generale sono ripresi nel corso del documento, dato che i medici di base e gli specialisti ambulatoriali giocano un ruolo determinante nell'attuazione della Carta dei servizi. Riuscire ad assicurare la loro partecipazione e il loro contributo per un effettivo impiego della Carta da parte dei cittadini è una condizione essenziale, ma può essere raggiunta solo dando alla comunicazione una funzione di servizio utile per entrambe le parti.

In generale, deve essere dedicata particolare attenzione al raccordo tra il programma di attuazione della Carta dei servizi e la strategia aziendale (obiettivi, piani, programmi), affinché la Carta dei servizi non risulti l'espressione di un singolo servizio, ma di tutta l'Azienda.

1.3. I destinatari della comunicazione

Quando si parla di destinatari dell'informazione dei servizi sanitari è necessario ricordare che i cittadini contattano i servizi sanitari quando si trovano in una situazione particolarmente delicata: quando sono ammalati. Quindi la relazione tra la domanda (espressione del bisogno) e l'offerta (prestazione sanitaria) assume nel servizio sanitario un valore del tutto particolare, essendo il cittadino in una situazione in cui necessita di attenzione e di aiuto: le prestazioni e la comunicazione devono dunque partire da questo dato.

Questa situazione rende particolarmente delicata e importante la qualità dell'informazione.

Da quanto prima esposto appare evidente che la comunicazione dei contenuti della Carta dei Servizi deve essere fatta tenendo conto dei bisogni dei destinatari e del contesto in cui ricevono la comunicazione: queste sono le variabili da cui partire per operare una *segmentazione* dei destinatari della comunicazione. Tale segmentazione può essere fatta su diversi livelli, ed è funzione degli obiettivi di comunicazione. Dei destinatari è necessario conoscere: quale rapporto intrattengono con il SSN, quali sono i punti di sofferenza di questo rapporto, quali sono le loro aspettative di comunicazione, quali sono i canali di comunicazione più efficaci per raggiungerli, etc.

La segmentazione può essere fatta tenendo conto di due aspetti:

- *natura dei destinatari*: a questo primo livello di analisi possono essere definite grandi fasce di destinatari, come i cittadini, gli utenti, le associazioni, le istituzioni, i dipendenti, ecc. (vd tabella 1);
- *modalità di utenza*: questo secondo livello si applica solo agli utilizzatori effettivi dei servizi, e permette di classificarli in relazione al modo in cui fruiscono del servizio e quindi del loro "bisogno informativo" (per es. pazienti ricoverati, in attesa di accertamenti diagnostici, cronici etc. - vd tabella 2);

In funzione delle tipologie di utenti cambieranno sia il fabbisogno informativo a cui rispondere sia le modalità sia il momento della comunicazione, come illustrato dalle tabelle seguenti.

Tabella 1 - Classificazione dei destinatari in base alla loro tipologia

DESTINATARI	INFORMAZIONI RILEVANTI	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE
Cittadini (in genere)	Informazioni sui punti di accesso e di informazione, prenotazione e pagamento ticket, sugli standard di qualità e sulle modalità di reclamo	Avviene attraverso la Carta dei servizi come "patto" generale con i cittadini
Utenti/clienti	Informazioni particolarmente mirate in funzione del bisogno informativo (vd tabella successiva), possibilmente aggiuntive rispetto a quelle dovute	Avviene all'atto dell'accesso o dell'accoglienza; richiede una distribuzione mirata per contenuti e per strumenti
Associazioni di utenti	Informazioni mirate in funzione della finalità dell'associazione	Avviene attraverso relazioni, protocolli, conferenza dei servizi
Istituzioni pubbliche	Informazioni dettagliate e particolareggiate, anche con l'uso di termini tecnici	Avviene in occasione di rapporti istituzionali o attraverso eventi ad hoc
Dipendenti	Informazioni sui programmi, sulla struttura e sull'organizzazione	Avviene attraverso modalità di comunicazione interna (newsletter, conferenze di organizzazione, etc)

Tabella 2 - Classificazione degli utenti in relazione alle "modalità di utenza"

UTENTI / CLIENTI	BISOGNI INFORMATIVI	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE
Paziente ricoverato	Accoglienza, consenso informato, indagini per comfort ospedaliero, registro ricoveri	Avviene dentro la struttura
Paziente in attesa di accertamenti diagnostici	Centri di prenotazione, ambulatori e presidi, modalità di fruizione e costi delle prestazioni, tempi di attesa per visite ed accertamenti	Avviene dentro gli studi dei medici di famiglia, nelle farmacie, nei presidi
Paziente cronico	Affezione alla struttura, trasporti, periodicità, diete, vita comunitaria in ospedale	Avviene dentro la struttura e attraverso le Associazioni che rappresentano le patologie
Cittadini ai quali è rivolta la prevenzione	Motivo e ricadute della prevenzione, presentazione dei progetti, modi, tempi, orari, scadenze	Avviene nei punti di informazione collettiva, nei distretti sanitari, nelle farmacie, nelle scuole, nelle sedi circoscrizionali, mediante manifesti
Cittadini coinvolti a causa di adempimenti legati all'attività lavorativa	Leggi, scadenze, tempi, luoghi, orari, normative di riferimento, documenti da presentare, iter burocratico da seguire, possibili sanzioni	Avviene nelle sedi delle Associazioni di categoria e nelle sedi amministrative territoriali

1.4. I canali di comunicazione

La natura sempre più diversificata e articolata dei contenuti da comunicare fa sì che le possibilità di esprimerli e di divulgarli siano molto ampie, anche in funzione della ricchezza dei mezzi di comunicazione oggi a disposizione. E' particolarmente importante utilizzare canali di comunicazione usuali per il destinatario. Un'altra dimensione importante per la scelta dei canali è il costo. Una possibile misura del costo dei canali di comunicazione è data dal "costo/contatto utile": si tratta del rapporto tra il costo richiesto per veicolare il messaggio attraverso un dato mezzo e il numero di persone "utili" contattate dal mezzo stesso (non tutte le persone contattate dal mezzo sono quelle che si intendono contattare con una data comunicazione). Questa misura unitaria consente di comparare economicamente i vari mezzi o canali a disposizione.

La scelta del canale di comunicazione idoneo assume grande rilevanza per raggiungere con la Carta le diverse tipologie di utenti e le loro organizzazioni. Si deve inoltre tenere conto che la formulazione del messaggio deve essere adeguata al canale scelto: il messaggio per un manifesto sarà argomentato meno di quello per un opuscolo e la scelta dei caratteri e della forma avrà una importanza particolare se si sceglie di comunicare con un manifesto. Il messaggio va dunque elaborato a partire dal destinatario ma va modulato a seconda del canale di comunicazione scelto.

La seguente tabella riporta una tipologia di canali di comunicazione, con le corrispondenti caratteristiche che possono orientare la scelta.

Tabella 3 - Caratteristiche dei principali canali di comunicazione

CANALE DI COMUNICAZIONE	CARATTERISTICHE
Comunicazione personale diretta	Modalità con le quali si privilegia il rapporto interpersonale e che si presta alla soluzione di problemi complessi.
Comunicazione telefonica	Modalità privilegiata per le informazioni semplici e per la soluzione di problemi semplici.
Comunicazione scritta	Modalità necessaria alla comunicazione su reclami, utile per comunicare con gli addetti ai lavori (medico di famiglia, farmacista), e per campagne mirate a particolari fasce di cittadini (vaccinazioni, appuntamenti periodici, screening, scadenze di documentazione). Comprende una vastissima molteplicità di strumenti, a cui è dedicato il cap. 4.
Comunicazione radiotelevisiva	Modalità necessaria per raggiungere un pubblico vasto con messaggi semplici. L'utilizzo di questi mezzi richiede una buona conoscenza dei destinatari nelle diverse fasce orarie e dei diversi mezzi (radio, televisione, televideo, ecc.). Dati i costi è un tipo di comunicazione che va pianificata con grande attenzione.

Come emerge dalla tabella, i canali di comunicazione possono essere di vario tipo. E' utile distinguere tra la comunicazione personale e la comunicazione mediata da un mezzo. In quest'ultimo caso la fonte è costretta ad usare un mezzo per comunicare: può utilizzare innumerevoli strumenti (dal depliant alla lettera personalizzata, dal manifesto

murale al videotel) che accentuano il carattere non personale di questo tipo di comunicazione.

Alla presentazione dei diversi strumenti, attraverso esperienze applicative, è dedicato il cap. 4.

Considerare la comunicazione diretta tra il personale dell'azienda e l'utenza come un canale di comunicazione non è un fatto scontato. In genere si tende a considerare comunicazione solo ciò che viene detto o scritto. Invece, la relazione con il personale è contemporaneamente una componente della qualità del servizio e una modalità importante di comunicazione. Questo vuol dire che si comunica anche attraverso il servizio, nelle attività quotidiane, e che una particolare attenzione dovrebbe essere dedicata allo sviluppo delle capacità relazionali del personale a continuo contatto con l'utenza, come gli sportellisti, gli infermieri, i centralinisti, etc.

Particolarmente importante è la comunicazione dei medici di medicina generale, dei medici specialisti, dei farmacisti, ecc. Si tratta di una modalità di comunicazione importante che raggiunge con competenza ed alta specializzazione un'utenza vasta e interessata ai servizi.

Un utile apporto può provenire dall'esterno, ovvero da:

- associazioni di volontariato, socialmente molto motivate nell'approccio verso problematiche fortemente connotate socialmente;
- altri enti aventi scopo di lucro (come banche, assicurazioni, etc.), con ragione sociale totalmente estranea all'area sociosanitaria, ma comunque motivate a sponsorizzare iniziative di comunicazione.

1.5 Il messaggio

Come si è detto, l'obiettivo della comunicazione è quello di rendere utilizzabili e leggibili da parte dei cittadini le notizie e i dati contenuti nella Carta dei Servizi, in modo tale da rendere vero e attivo il patto con l'utenza.

Il messaggio deve essere formulato tenendo conto delle caratteristiche culturali del destinatario: parlare con un anziano richiede modalità comunicative diverse rispetto a quelle utilizzabili con persone giovani.

Per garantire l'efficacia della comunicazione della Carta e la sua fruibilità reale presso i cittadini è necessario, oltre che segmentare i destinatari secondo il loro bisogno di informazione, anche elaborare messaggi differenziati. Lo stesso messaggio può essere elaborato in modo diversificato in rapporto ai destinatari. La Carta può assumere la forma di un manuale per gli operatori dello sportello o per i medici, la forma di un manifesto per gli utenti di un servizio, la forma di "istruzioni per l'uso" per gli anziani, ecc. E' necessario evitare che diventi uno strumento inutilizzabile per eccesso di complessità, per volume di notizie e per difficoltà di maneggevolezza e di orientamento.

A questo scopo si possono analizzare i bisogni comunicativi utilizzando il criterio della necessità delle informazioni nel momento in cui si manifesta il rapporto fra il cittadino e l'Azienda; in questo modo, il messaggio sarà formulato dal semplice al complesso. (vedi tabella seguente).

Tabella 4 - Punto di contatto con l'utenza e caratteristiche del messaggio

PUNTO DI CONTATTO CON L'UTENZA	CARATTERISTICHE DEL MESSAGGIO
Punti di accesso iniziale (Punti amministrativi, medico di famiglia, pronto soccorso)	Messaggio essenziale, con indicazione dell'organizzazione dell'Azienda, dei numeri di telefono, degli indirizzi, dei diritti e degli impegni fondamentali.
Punti di fruizione delle prestazioni (Ambulatori, consultori, servizi di salute mentale, uffici del dipartimento di prevenzione, accettazione ospedaliera)	Messaggio fortemente definito e specifico, con indicazione delle modalità di accesso alle prestazioni, dei costi, dei tempi di attesa, degli standard, delle regole e degli impegni.
Punti di degenza e casi di cronicità	Messaggio altamente definito, in cui l'informazione e la comunicazione dell'impegno aziendale siano legate alle necessità concrete di chi fruisce del servizio.

Per arrivare al destinatario il messaggio deve essere efficace, cioè in grado di essere decodificato, compreso ed assimilato dal ricevente. Quindi è importante non solo scegliere e selezionare correttamente i contenuti da trasmettere, ma anche organizzarli in modo adeguato, semplice e facilmente memorizzabile. In altre parole è importante definire correttamente il messaggio in funzione delle caratteristiche del destinatario medio. In questa *formulazione del messaggio orientata all'utente* deve essere tenuto conto sia del formato del messaggio (durata, estensione, sequenze), sia dei caratteri di scrittura, sia del giusto dosaggio di immagini parole e numeri, sia degli eventuali colori impiegati, ecc.

A tal scopo proponiamo in allegato la scheda tecnica, “Il linguaggio”, predisposta dalla dott.ssa Sabrina Salvatore. Essa riassume i suggerimenti principali della *Guida alla redazione dei documenti amministrativi* e della *Guida all'impaginazione dei documenti amministrativi* contenuti nel *Codice di stile* (1997) risultato del progetto “Semplificazione del linguaggio amministrativo” del Dipartimento della Funzione Pubblica.

1.6 L'ascolto

L'informazione di ritorno e più in generale l'ascolto, è importante perché permette a chi comunica di verificare *se il messaggio è stato recepito e quale è stata la sua efficacia*. La verifica dell'efficacia della comunicazione non è una prassi abituale: spesso le amministrazioni pubbliche si limitano all'informazione a una sola via, e non si preoccupano di raccogliere e analizzare attraverso un'attenzione all'ascolto per verificare se il messaggio è stato compreso o se il messaggio è in sintonia con le esigenze di informazione degli utenti.

L'ascolto assume un'importanza ancora più rilevante nel caso della comunicazione della Carta dei servizi, proprio per la sua natura di patto condiviso da entrambi i contraenti. Il

patto quindi diventa effettivo se i cittadini ne conoscono i contenuti e contribuiscono a definirli (informazione, verifica degli standard ma anche indagini di soddisfazione, conferenza dei servizi, etc.).

Questo tema viene ripreso più diffusamente nei capitoli successivi. La tabella seguente contiene alcune prime indicazioni utili alla scelta dello strumento di ascolto più adeguato alle diverse circostanze.

Tabella 5 - Modalità di ascolto delle esigenze degli utenti

MODALITÀ' DI ASCOLTO	ESEMPLIFICAZIONE	SCOPO DELLA SCELTA
Ricerche	Sondaggi da svolgere avendo predisposto un'opportuna modulistica (questionari) per via diretta o telefonica	Rilevare in maniera schematica dati elementari da poter elaborare per misurare la consistenza o l'esistenza di un fenomeno sulla base di ipotesi definite in partenza
Incontri organizzati con gli Utenti / Clienti	Incontri ad hoc, convegni, assemblee, manifestazioni, pubbliche presentazioni	Aprire un confronto, mettendo a frutto la reciprocità che nasce dal rapporto di partecipazione diretta
Occasioni di contatto non finalizzate con gli Utenti / Clienti	Osservazioni rivolte in maniera estemporanea e non preorganizzata al personale sanitario in servizio presso l'Azienda e soprattutto raccolte in modo organizzato	Cogliere l'opportunità, data dal rapporto che si crea con l'erogazione della prestazione sanitaria, di ascoltare contenuti che riguardano aspetti strutturali, organizzativi, di comfort, ecc.
Osservazione partecipata	Cliente incognito	Constatare, simulando l'esperienza dell'utente, la prassi operativa nell'erogazione delle prestazioni e l'efficacia del modello organizzativo
Reclami	Espressioni di disagi od insoddisfazioni che richiedono una risposta	Disporre di un segnale importante nei punti di sofferenza più frequentemente rilevati dagli utenti
Rassegna stampa	Analisi dei segnali della pubblica opinione sulla buona e mala sanità	Rilevare i punti di disagio che danno luogo a un maggior deterioramento dell'immagine (difficilmente contestabili con casi positivi)

1.7 Errori da evitare e suggerimenti: una sintesi

Nell'ultima tabella di questo capitolo sono sintetizzate le considerazioni finora svolte sugli elementi di base della comunicazione.

Tabella 6 - Sintesi

ELEMENTI	ERRORI DA EVITARE	SUGGERIMENTI
OBIETTIVI	Considerare la pubblicizzazione della Carta dei servizi solo come un obbligo di legge a cui ottemperare (logica dell'adempimento formale)	Considerare la pubblicizzazione della Carta dei servizi come il modo con cui il patto viene conosciuto e condiviso (logica del "patto tra l'Azienda sanitaria e l'utenza)
EMITTENTE	Assumere la struttura dell'Azienda sanitaria (servizi, organigramma, etc.) come riferimento centrale della comunicazione (logica "orientata all'interno)	Non partire dalle caratteristiche interne ma dalle esigenze dei destinatari (logica orientata all'utente)
RICEVENTE	Considerare i cittadini come un'unità indifferenziata culturalmente (logica della comunicazione di massa)	Segmentare i diversi interlocutori della comunicazione sulla Carta (logica della comunicazione personalizzata)
CANALE	Considerare comunicazione solo ciò che avviene formalmente per iscritto (logica formale)	Tenere presente che la comunicazione avviene in numerosi punti, attraverso diversi soggetti intermedi e tramite una molteplicità di strumenti (logica sostanziale)
MESSAGGIO	Formulare i messaggi in base alla cultura e al lessico interni all'Azienda sanitaria (comunicazione per gli addetti ai lavori)	Adattare il messaggio alle esigenze, alla capacità di comprensione e al tempo a disposizione dei destinatari e al tipo di mezzo scelto per comunicare (comunicazione a misura del destinatario)
ASCOLTO	Informazione a una sola via (logica autoreferenziale)	Ascoltare per verificare la soddisfazione degli utenti rispetto alle prestazioni e ai servizi offerti. Ascoltare per definire i bisogni di informazione e per verificare la comprensione del messaggio.

CAP. 2 - COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI: IL PROCESSO

2.1. La metodologia proposta

Gli elementi trattati nel capitolo precedente (gli obiettivi, gli interlocutori, i canali, i messaggi, l'ascolto) costituiscono gli "ingredienti" della comunicazione. Questi ingredienti possono essere combinati in diversi modi, e ogni modo risulterà più adatto a certe circostanze o inadatto a altre condizioni.

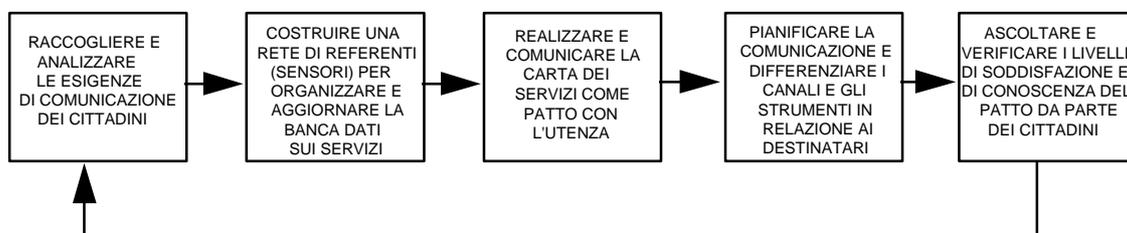
Ovviamente, non esiste una ricetta preconstituita. Ogni situazione va letta e affrontata con attenzione agli aspetti specifici, alle caratteristiche dei destinatari e del canale. Caso per caso, deve essere individuato lo strumento adatto e deve essere modellato il messaggio in relazione agli interlocutori e al contesto.

Come combinare, allora, gli ingredienti della comunicazione? Come trovare, volta per volta e caso per caso, la ricetta giusta? A queste domande il gruppo di lavoro ha cercato di dare una risposta sul piano metodologico, a partire dalle esperienze rese disponibili dal confronto tra i partecipanti.

In questo capitolo viene proposto un metodo in cinque passi per affrontare le varie fasi del processo di comunicazione della Carta dei servizi. Si tratta di una metodologia ancora in fase sperimentale, che potrà essere raffinata o migliorata sulla base delle applicazioni concrete che il gruppo di lavoro si auspica possano nascere e svilupparsi nei prossimi mesi.

La metodologia permette di collocare le numerose esperienze di comunicazione che sono state analizzate nel corso del lavoro di questo gruppo, e che sono raccolte nel capitolo successivo, classificate in base agli strumenti impiegati.

La metodologia sperimentale proposta dal gruppo di lavoro si articola in cinque passi:



1. Raccogliere e analizzare le esigenze di comunicazione dei cittadini

"Uscire dal fortino" è lo slogan che ha guidato il lavoro di questo gruppo. La Carta dei servizi è finora rimasta all'interno delle mura aziendali: spesso non è conosciuta dai dipendenti dell'azienda, né dai cittadini. Dunque in quanto patto non esiste, perché un patto esiste solo se è comunicato e condiviso con gli utenti. Spesso le aziende hanno cercato attraverso la Carta di uscire dal fortino, di raggiungere gli utenti ma con un messaggio spesso difficile da leggere, che il cittadino non trova utile perché gli arriva quando non gli serve, o non gli arriva quando gli serve.

Per tradurre in comportamenti aziendali lo slogan uscire dal fortino bisogna compiere un piccolo rovesciamento, quello di mettersi nei panni del destinatario del servizio anziché in quelli usuali del fornitore di un servizio sanitario: iniziare non dall'analisi dell'azienda e delle sue strutture ma dall'analisi delle esigenze dei cittadini.

L'analisi delle esigenze - prima fase della metodologia - e la verifica del livello di conoscenza - ultima fase - usano gli stessi strumenti e sono intimamente legate, come dimostra la freccia che chiude il cerchio nella figura.

In questa prima fase, raccogliere e analizzare le esigenze di comunicazione dei cittadini significa utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per capire quali sono le carenze di

informazioni che provocano i maggiori disagi alle diverse categorie di utenti. Perché è importante capire quali sono le maggiori criticità in tema di comunicazione? Per alcuni importanti motivi:

- in primo luogo, non è possibile affrontare tutto subito: una azienda Usl e un'azienda ospedaliera sono realtà estremamente complesse, in cui cercare di risolvere tutti i problemi di comunicazione e di qualità del servizio in un solo colpo è un'impresa praticamente impossibile. Partire dalle priorità più critiche significa quindi assumere un atteggiamento sperimentale (ma non elusivo dei problemi), e poter mettere a punto un metodo da applicare successivamente su larga scala;
- in secondo luogo, trovare le carenze di informazione più rilevanti significa nella maggior parte dei casi trovare anche i punti di sofferenza della qualità del servizio, e quindi orientare la definizione degli standard di qualità e dei relativi processi di miglioramento verso le aree più importanti per l'utenza. E' dimostrato che la comunicazione ha - soprattutto in sanità - un effetto di prevenzione importante dei comportamenti inadeguati e delle aspettative eccessive da parte degli utenti
- infine, un ascolto condotto senza pregiudiziali professionali o tecniche porta a scoprire aree di criticità non percepite dall'azienda ma che assumono grande importanza per gli utenti; ciò può stimolare miglioramenti, talvolta di facile attuazione, che risultano molto apprezzati dagli utenti ma che non sarebbero resi possibili senza un'attitudine all'ascolto.

La definizione del patto tra le aziende e i cittadini deve dunque potersi basare su una funzione di raccolta e analisi delle esigenze in grado di qualificare i bisogni espressi e inespresi dei cittadini allo scopo di indirizzare e organizzare la risposta dell'azienda verso i temi e nei modi di maggiore interesse per l'utenza.

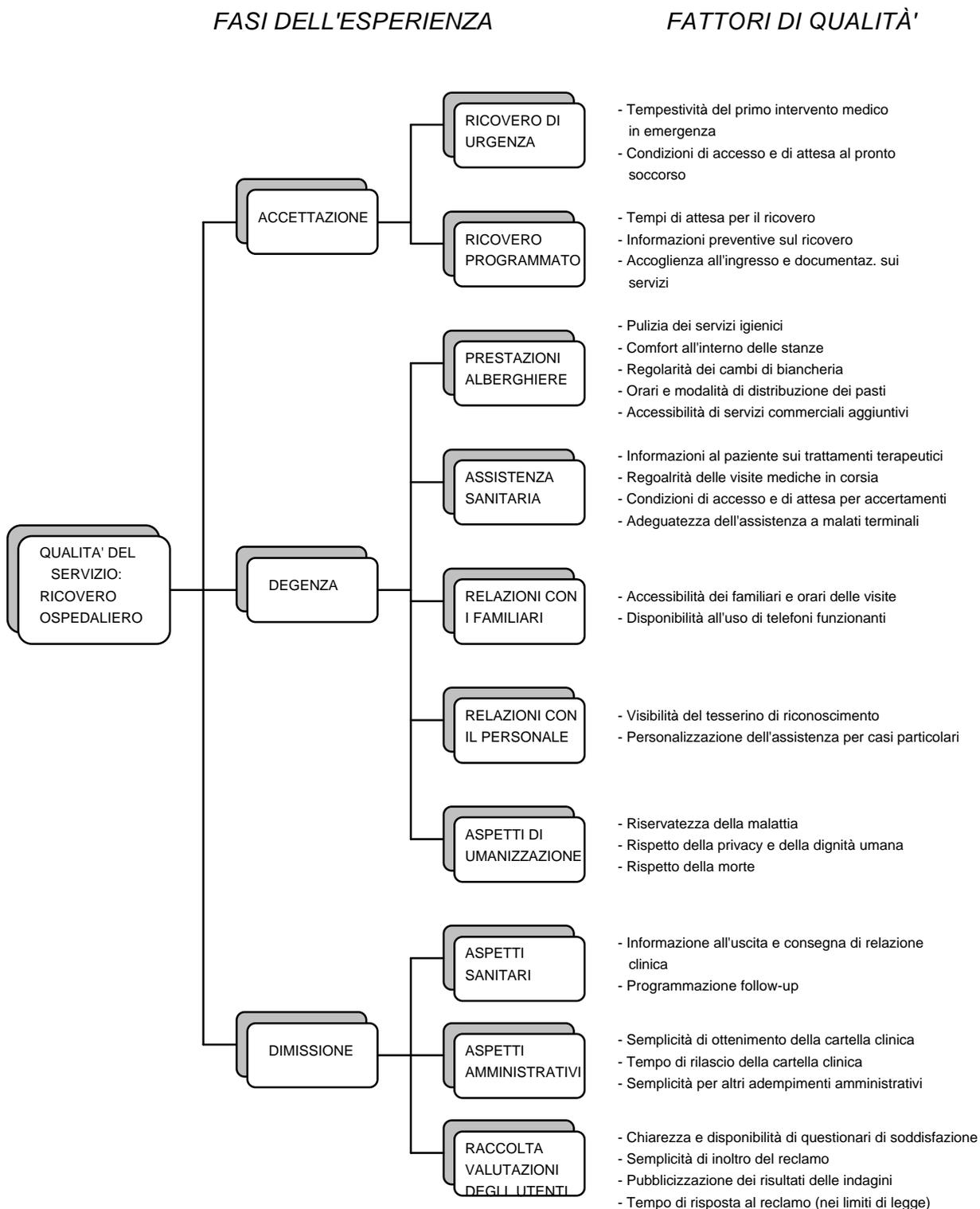
¹ Per es., una recente indagine comparativa della regione Friuli ha messo in evidenza che tra le persone che si rivolgono al Pronto soccorso, quelle a cui è stato comunicato il loro tempo di attesa previsto in funzione della gravità del loro caso tendono a giudicare soddisfacenti tempi anche più lunghi rispetto alle persone a cui non è stata nessuna informazione. E' un'ulteriore prova che esiste una stretta correlazione, a livello di percezione dell'utente, tra l'informazione e le aspettative degli utenti.

Si tratta di un aspetto ancora nuovo nelle aziende sanitarie ma di fondamentale importanza soprattutto per quelle aziende che partono da zero, cioè che non hanno dimestichezza con la qualità, la comunicazione pubblica, etc.

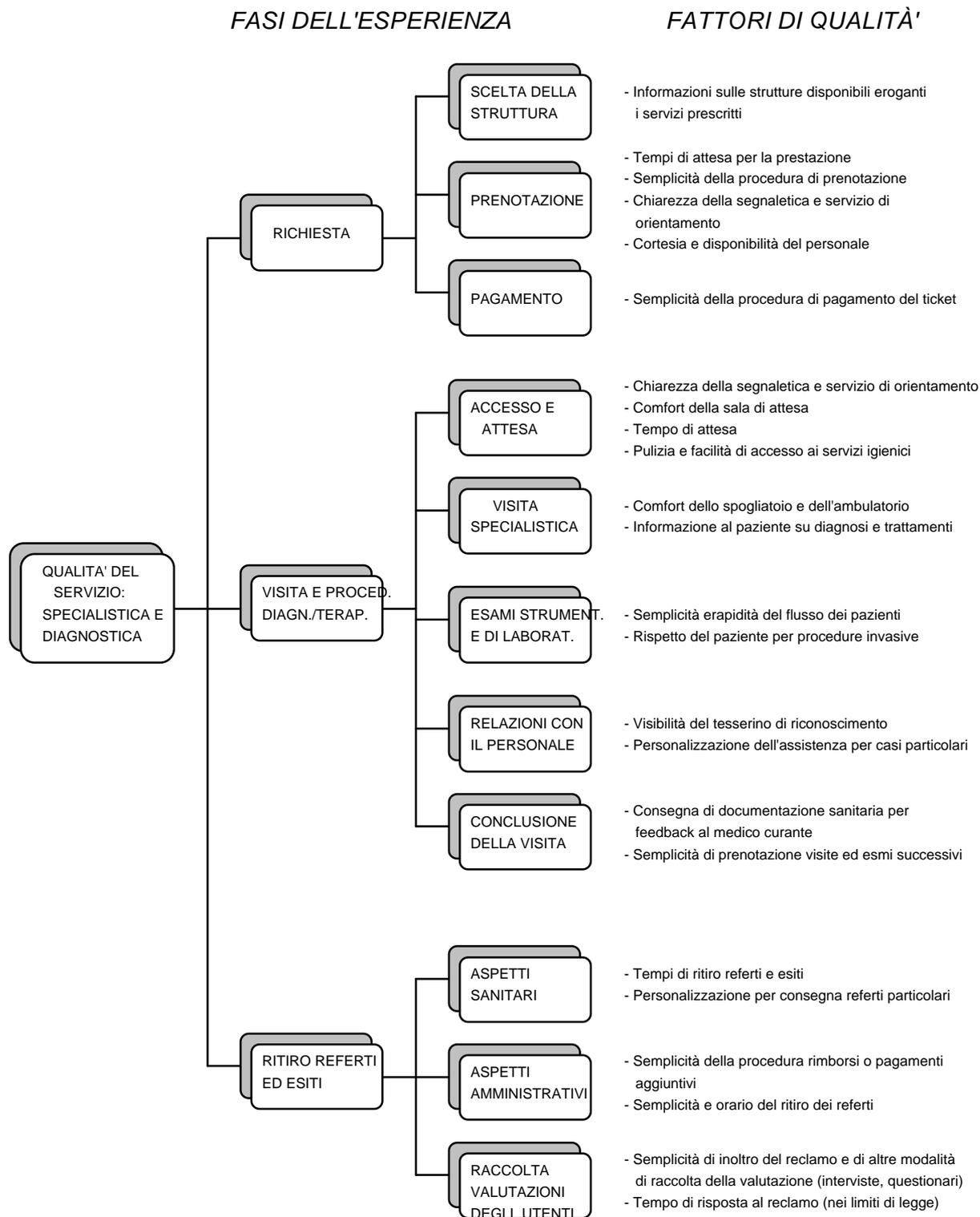
Quali strumenti utilizzare per raccogliere e analizzare le esigenze di comunicazione degli utenti? Pur non disponendo ancora di esperienze consolidate, sembra di poter affermare che ci sono tre aspetti importanti:

1. elaborare una mappa delle esigenze di comunicazione degli utenti: un metodo utile per costruirla è quello di "mettersi nei panni dell'utente" e rifare tutto il percorso che gli utenti devono seguire per utilizzare i vari servizi (esempi di percorsi: prenotazione-pagamentoticket-visita-referto, oppure accettazione-ricovero-accoglienza-degenza-dimissione). Questo metodo è già stato proposto attraverso i c.d. "alberi della qualità" (DPCM 17 maggio 1995, "Carta dei servizi sanitari pubblici"; vd figure 2, 3 e 4), che individuano *i fattori della qualità di alcuni percorsi tipici*. Per ogni fase dell'esperienza è possibile individuare i maggiori punti di sofferenza degli utenti e le più importanti esigenze di comunicazione. Questo metodo può essere esteso all'analisi di altri percorsi mirati a specifiche fasce di utenti (es. portatori di handicap, madri, ecc.).

ALBERO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO : RICOVERO OSPEDALIERO



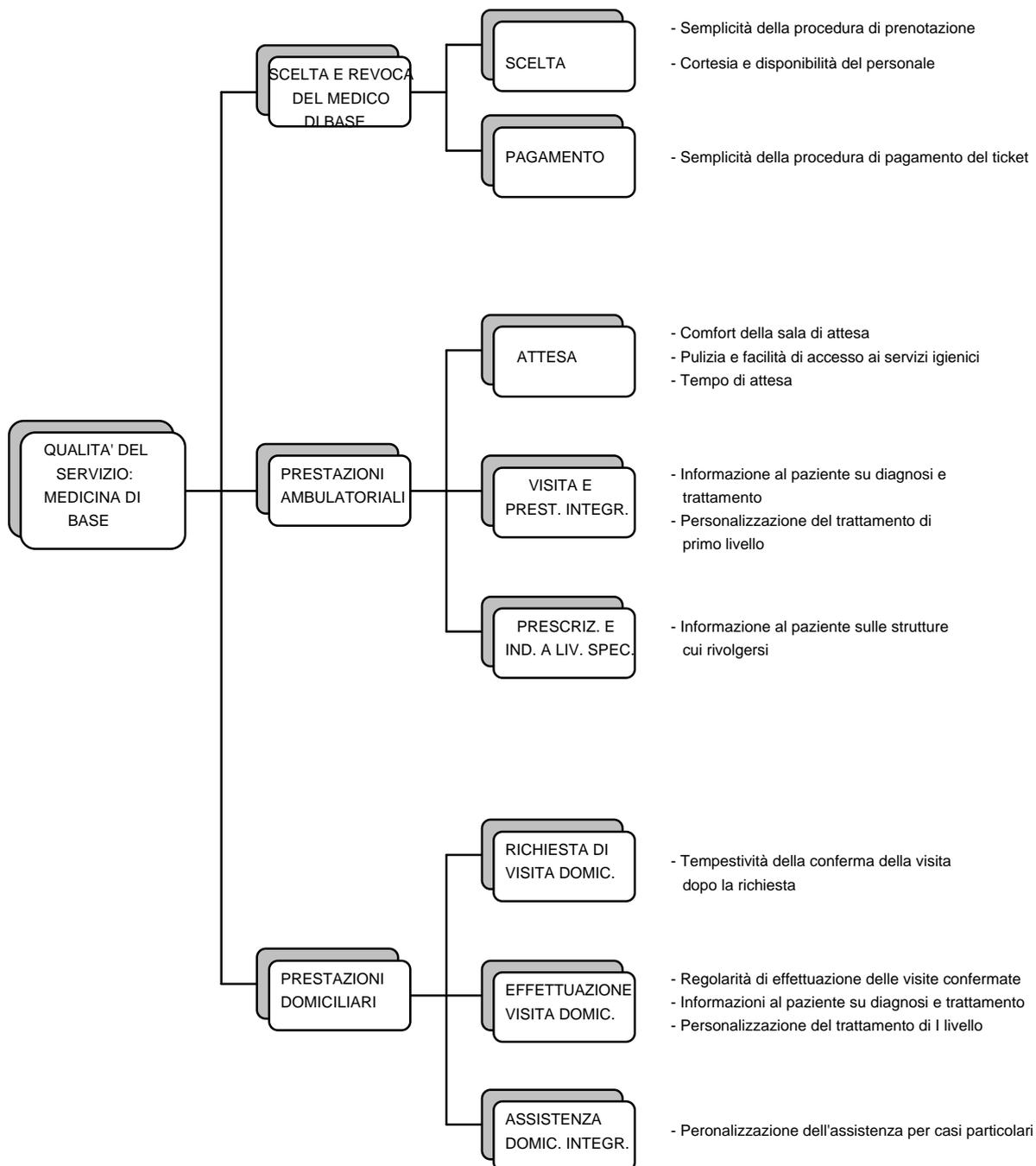
ALBERO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO: SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA



ALBERO DELLA QUALITÀ' DEL SERVIZIO : MEDICINA DI BASE

FASI DELL'ESPERIENZA

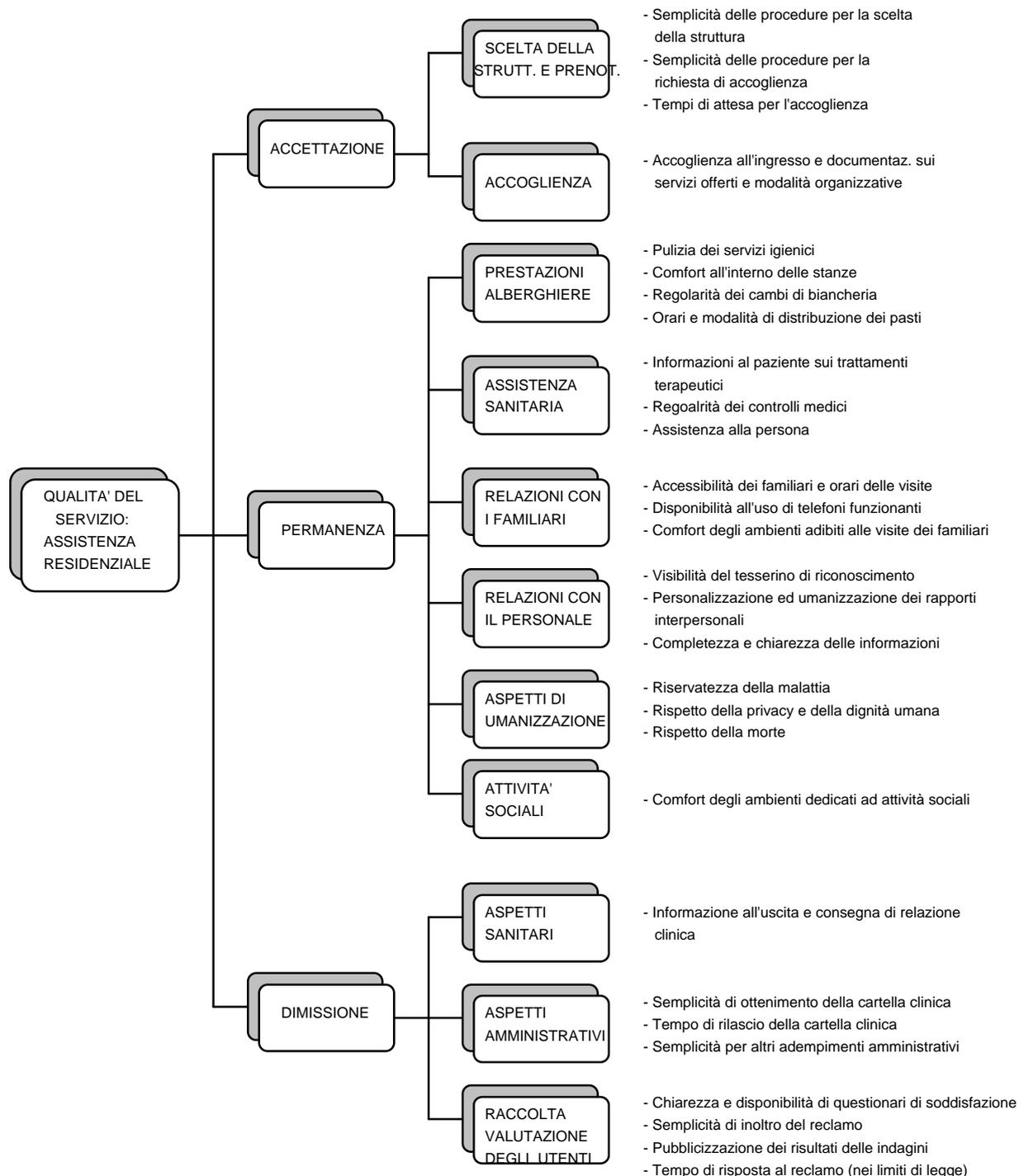
FATTORI DI QUALITÀ'



ALBERO DELLA QUALITÀ' DEL SERVIZIO : ASSISTENZA RESIDENZIALE

FASI DELL'ESPERIENZA

FATTORI DI QUALITÀ'



2. analizzare, con lo stesso metodo, i segnali che provengono dai reclami, o dai questionari di soddisfazione dei pazienti, o dalla rassegna stampa; questi e altri strumenti di ascolto sono oggetto di specifiche schede di esperienza nel capitolo successivo. Nell'elaborazione di questi segnali risulta particolarmente importante saper distinguere tra le criticità legate solo alle comunicazioni e quelle che richiedono interventi aziendali. Per es., se una quota significativa di reclami si concentra sul sistema di prenotazione delle visite specialistiche, è probabile che si debba intervenire non solo in termini di comunicazione (delle procedure, degli orari, dei ticket, etc.), ma anche di riorganizzazione degli aspetti amministrativi; in questo caso l'intervento dovrà quindi essere non solo accuratamente pianificato ma soprattutto dovrà essere assunto dalla direzione dell'azienda come obiettivo.
3. infine, una base fondamentale della capacità delle Aziende di raccogliere e analizzare le esigenze dei cittadini risiede nel coinvolgimento del personale. Il personale è infatti in grado, se opportunamente coinvolto, di sollecitare a raccogliere le osservazioni dei cittadini e di trasferirle poi a tutta l'azienda. Quanto più e meglio si recepiscono le istanze e le necessità del personale, tanto meglio si riesce prima ad individuare e poi a migliorare l'ascolto delle esigenze dei cittadini utenti rispetto ai servizi offerti dall'azienda; per es., lo sviluppo di un'area comune tra il personale addetto all'assistenza ed il personale amministrativo migliora le relazioni e gli interscambi all'interno di un servizio e amplia la capacità di ascolto verso l'esterno.

2. *Costruire una rete di referenti (sensori) per organizzare e aggiornare la banca dati sui servizi*

Per mettere a punto la Carta dei servizi, è necessario organizzare, controllare e aggiornare in continuo tutte le informazioni rilevanti, riguardanti il rapporto fra Azienda e cittadini. Le strutture, le risorse professionali e logistiche, le modalità di erogazione delle prestazioni costituiscono infatti un patrimonio informativo che tutta l'Azienda

sanitaria possiede, ma che è necessario organizzare con il coinvolgimento di tutti i servizi.

L'organizzazione delle informazioni non può esaurirsi centralmente nel solo ufficio Urp. E' necessario sviluppare una rete di sensori o referenti, presenti presso ogni Servizio o Unità operativa in cui viene erogata la prestazione e da cui proviene l'informazione da trasmettere. I referenti dovrebbero essere professionalmente formati e preparati, e responsabilizzati sul continuo aggiornamento delle informazioni e più in generale, sull'intero processo di comunicazione messo in evidenza dalla metodologia proposta.

Il referente deve infatti verificare la significatività, la correttezza, e l'aggiornamento delle informazioni del proprio servizio.

Le informazioni provenienti dai referenti o sensori devono essere raccolte in un punto unico dell'Azienda e organizzate in una banca dati, ossia un vero e proprio "magazzino delle informazioni", ordinato secondo criteri tali da garantire:

- l'aggiornamento semplice e continuo delle informazioni da gestire e diffondere;
- l'affidabilità delle informazioni contenute.

La banca dati *non è ancora* la Carta dei servizi, ma ne costituisce un presupposto indispensabile perché le informazioni in essa contenute siano affidabili e perché il bisogno informativo stimolato dalla pubblicazione della Carta trovi in azienda una risposta adeguata e omogenea.

La possibilità di comunicare passa attraverso le informazioni contenute nella banca dati che devono essere aggiornate secondo procedure programmate. Questo implica l'esistenza nelle aziende di una *funzione redazionale che nella generalità dei casi è svolta dall'Urp.*

I compiti principali di tale funzione sono: la raccolta delle informazioni, l'organizzazione secondo precisi e certi criteri di aggregazione, l'archiviazione e l'elaborazione, l'aggiornamento tempestivo. In questo modo, le informazioni aziendali diventano un

vero e proprio patrimonio informativo (la banca dati), che può essere gestito dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che quindi deve assicurare globalmente la pianificazione della comunicazione della Carta dei servizi.

È indispensabile che le informazioni raccolte nella banca dati abbiano i seguenti requisiti:

- *oggettività* del contenuto, in quanto frutto di una rilevazione di fatti e non di un'interpretazione di opinioni;
- *omogeneità* dei criteri di rilevazione, con evidenza dei casi limite;
- *affidabilità* dei criteri di rilevazione;
- *facile aggiornabilità* a fronte di cambiamenti e modifiche legislative;
- *semplicità* di esposizione.

Le attività della *funzione redazionale* vanno oltre la gestione della banca dati, e possono essere così riassunte:

- individuazione delle fonti e dei referenti/responsabili dei contenuti informativi;
- formalizzazione del rapporto con le fonti;
- realizzazione schede di profilo delle fonti (interne ed esterne);
- realizzazione schede di rilevazione servizi/prodotti/atti e relativa modulistica;
- normalizzazione/standardizzazione delle schede-notizie;
- monitoraggio dei flussi informativi;
- coordinamento con il front-office;
- integrazione e connessione con altre banche-dati.

Man mano, la costruzione della banca dati dà luogo ad un vero e proprio sistema informativo. Per garantire il corretto funzionamento del sistema informativo (non necessariamente informatizzato, anche se la complessità delle strutture e la molteplicità dei servizi rende l'informatizzazione uno strumento sempre più insostituibile) occorrono alcuni prerequisiti: una profonda conoscenza dell'apparato organizzativo, dell'insieme

dei servizi offerti e degli uffici preposti con la dislocazione delle risorse delegate all'erogazione, nonché delle loro modalità di interazione.

Affinché il sistema informativo dia informazioni utili all'azienda e al cittadino utente, è utile tenere presenti i seguenti principi:

- presenza di regole certe;
- autorevolezza e identità professionale;
- presenza di una funzione di marketing interno;
- comunicazione interna integrata e ben organizzata;
- adeguata formazione alla comunicazione;
- riconoscimento della funzione di comunicazione;
- alleanza con il cittadino;
- produzione di documentazione sull'ascolto;
- applicazione di strumenti di misurazione del gradimento.

Le esperienze più avanzate, inoltre, indicano la possibilità di procedere a integrazioni tra banche dati di diverse amministrazioni, nella logica polifunzionale indicata dall'art. 11 del D. Lgs. 29/93.

3. Realizzare e comunicare la Carta dei servizi come patto con l'utenza

Le informazioni raccolte nella banca dati non dovranno essere interamente riportate dalla Carta dei servizi. Quest'ultima, infatti, pur basandosi ed essendo assolutamente coerente con queste informazioni, costituisce un documento distinto dalle schede informative che costituiscono la banca-dati.

In quanto patto con l'utenza, la Carta conterrà solo le informazioni essenziali e effettivamente utili ai cittadini utenti, espresse inoltre secondo modalità comprensibili e verificabili. Queste informazioni riguarderanno, com'è noto, un insieme equilibrato di informazioni relative alla missione aziendale, alle principali modalità di fruizione dei

servizi, agli standard e impegni più significativi e alle forme e procedure di tutela e partecipazione dei cittadini. Il patto sarà sottoscritto da tutta l'azienda e in primo luogo dal Direttore generale.

E' bene non dimenticare che un eccesso di informazione impedisce talvolta la comunicazione invece di facilitarla. Molte informazioni che risultano importanti per le aziende e utili per fornire informazioni di dettaglio agli utenti e per la creazione della banca dati, non sono necessariamente utili per comunicare la Carta dei servizi. Infatti non è pensabile che i cittadini e gli enti esterni all'azienda possano realmente orientarsi se consegniamo loro documenti troppo voluminosi e dettagliati. Alcuni suggerimenti per differenziare la comunicazione in funzione dei destinatari sono contenuti nel paragrafo seguente.

La Carta-patto deve essere ovviamente a disposizione degli utenti, e può essere oggetto di iniziative di pubblicizzazione ad ampio spettro, ma richiede soprattutto di essere conosciuta dagli *interlocutori istituzionali dell'Azienda*. Questi interlocutori, o alcuni di questi, potrebbero essere anche interessati ad avere informazioni più specifiche relativamente all'Azienda o possono essere interessati a collegarsi con la banca dati della Carta dei servizi. Tra gli interlocutori istituzionali, è indispensabile che la Carta-patto sia comunicata a:

- le associazioni di volontariato e tutela dei diritti;
- la Regione;
- i medici di medicina generale e i medici specialisti ambulatoriali;
- i sindaci dei Comuni;
- le principali istituzioni pubbliche interessate: il Dipartimento funzione pubblica, il Ministero della sanità, il Commissario regionale di governo e altre istituzioni locali.

Con ciascuno di questi interlocutori istituzionali, la Carta può costituire una ottima occasione per l'avvio di forme di collaborazione reciproca. Per esempio con i medici di

medicina generale, la Carta può trasformarsi in un manuale utile ai medici per orientare gli utenti all'interno delle strutture del SSN.

Inoltre è difficilmente sottovalutabile l'importanza che la Carta-patto sia comunicata a tutto il personale dell'azienda attraverso azioni di sensibilizzazione, coinvolgimento, formazione e raccolta di suggerimenti. Sembra anche opportuno, a questo scopo, valutare la possibilità di mettere le competenze di comunicazione dell'Urp al servizio della comunicazione interna della Carta. Per esempio, può risultare molto utile la preparazione di “*vademecum per gli operatori*” (specifici per professionalità) con indicazione di comportamenti attesi in rapporto ai contenuti della Carta dei servizi. La costruzione di tali vademecum dovrebbe essere basata su un processo di coinvolgimento degli operatori (es. riunioni a piccoli gruppi) sulle soluzioni da proporre in relazione ai punti di sofferenza riscontrati, di ascolto delle loro esigenze e di costruzione condivisa dei vademecum. Questi aspetti saranno trattati nel prossimo volume della collana “I Laboratori”, dedicato al coinvolgimento del personale e alla comunicazione interna, che conterrà i risultati del Gruppo di lavoro “Come coinvolgere il personale sulla Carta dei servizi”, istituito presso il Ministero della sanità.

4. Pianificare la comunicazione e differenziare i canali e gli strumenti in relazione ai destinatari

La Carta dei servizi è pubblica e deve essere facilmente disponibile a chiunque voglia consultarla. Tuttavia la comunicazione dei suoi contenuti non può essere limitata a tale disponibilità. Se si vuole che tali contenuti arrivino realmente a ciascuno degli utenti è necessario attivare iniziative e modalità di comunicazione più ampie e mirate a diverse categorie di destinatari e di interlocutori delle aziende sanitarie.

Questo vuol dire passare dalla comunicazione istituzionale a un sistema pianificato di comunicazioni, differenziate in funzione dei diversi tipi di destinatari. I singoli progetti di comunicazione dei contenuti della Carta dei servizi pubblici sanitari dovrebbero far parte

di un “Programma aziendale di comunicazione della Carta”. I contenuti di tale programma di comunicazione devono rispondere agli obiettivi aziendali di realizzazione dell’intero sistema-Carta, cioè devono comprendere la comunicazione su: gli standard di qualità, la semplificazione delle procedure, l’informazione e i rapporti con gli utenti, i meccanismi di tutela e reclamo e le modalità di partecipazione e verifica della qualità dei servizi. Tra questi aspetti vanno messi in evidenza quelli progressivamente assunti dall’azienda, nell’ambito di un programma di lavoro sulla Carta dei servizi.

Come già richiamato nel primo capitolo, ogni tipo di destinatario richiede un'accurata scelta dello strumento e del canale. Nel capitolo successivo sono presentate numerose esperienze che illustrano la scelta di canali e strumenti differenziati in relazione ai destinatari.

In questa fase del processo di comunicazione deve essere posta attenzione non solo alla scelta dei canali e degli strumenti in funzione del tipo di destinatario, ma soprattutto alla definizione dei contenuti del messaggio. In altre parole, per far vivere la Carta non bisogna soltanto mettere a punto degli opuscoli completi e chiari, ma bisogna soprattutto trovare le cose giuste da dire al momento giusto, e verificare che l’utente abbia compreso i contenuti del messaggio.

Per esempio, non sembra sia stata dedicata sufficiente attenzione allo strumento dei tabelloni e dei manifesti murali per la comunicazione degli standard di qualità. Infatti, questi strumenti di comunicazione murale colpiscono l'attenzione di chi arriva sul luogo dove deve ricevere la prestazione, perché intervengono in un momento in cui l’utente è attento alle informazioni che gli arrivano riguardanti le prestazioni che sta per ricevere. E’ quindi uno dei momenti più indicati per stabilire un rapporto comunicativo su un tema così importante come gli standard di qualità.

5. Ascoltare e verificare i livelli di soddisfazione e di conoscenza del patto da parte dei cittadini

Le realtà aziendali in cui il processo di rinnovamento legato alla Carta dei servizi ha avuto maggiore accelerazione si distinguono per aver avviato il processo di verifica dei risultati raggiunti. Questo è avvenuto in vari modi, come l'organizzazione delle Conferenze dei servizi, la raccolta e l'analisi dei reclami e la misurazione del grado di soddisfazione degli utenti e del loro livello di conoscenza del patto.

Questi specifici aspetti dell'attività delle aziende, legati alla pianificazione del rapporto con i cittadini, sono, allo stato attuale, oggetto di riflessione e di qualche sperimentazione ma sono troppo complessi per poter essere trattati esaurientemente in questo volume.

E' tuttavia possibile fornire alcune indicazioni di base. In generale possiamo dire che la verifica dovrebbe riguardare:

- l'effettiva circolazione delle informazioni;
- il livello di attuazione dei servizi promessi;
- il grado di soddisfazione dell'utenza;
- i meccanismi per la pubblica tutela e l'effettiva possibilità di partecipazione da parte dei cittadini.

Per raccogliere elementi su questi aspetti le aziende hanno a disposizione una gamma molto vasta di metodi e strumenti di ascolto. La scelta del modo e dello strumento più opportuno dipende da una molteplicità di fattori: la tipologia degli utenti, il tempo a disposizione, le risorse, l'oggetto dell'ascolto, l'urgenza, gli obiettivi, il costo, etc. Nel seguito presentiamo due strumenti tipici per l'ascolto e la verifica della soddisfazione e dei livelli di conoscenza da parte dei cittadini: i questionari per la rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti e l'analisi dei reclami.

2.2. L'uso dei questionari nelle indagini di soddisfazione

I metodi più noti per verificare il grado di soddisfazione del cittadino utente sono costituiti dalle ricerche, basate su interviste dirette e questionari che possono essere somministrati da personale specializzato o, direttamente, da personale aziendale. Le ricerche possono essere utili per diversi scopi: valutare l'immagine dell'azienda presso i cittadini, individuare esigenze più importanti in relazione ai singoli servizi, monitorare il grado di soddisfazione su specifici aspetti del servizio.

Prima di progettare una ricerca è indispensabile avere ben chiaro quale di questi scopi (o eventualmente di altri) si intende perseguire perché le modalità e gli strumenti di rilevazione possono essere molto diversi. Ad esempio la scelta di un questionario con risposte chiuse presuppone l'esistenza a monte di un'ipotesi molto ben definita, altrimenti i dati raccolti rischieranno di essere poco utilizzabili e richiederanno ulteriori costosi approfondimenti. Nel caso in cui invece non si disponga ancora di una ipotesi sufficientemente avanzata e l'esigenza sia quella di avere orientamenti all'utenza è preferibile utilizzare uno strumento più aperto come il colloquio approfondito. Un'ulteriore precauzione che è necessario avere quando si avvia una ricerca consiste nel prevedere quanto più chiaramente possibile come si intendono utilizzare le informazioni raccolte. Troppo spesso accade che i risultati delle ricerche finiscono in un cassetto, magari dopo essere stati pubblicizzati in occasioni convegnistiche. Ciò non aiuta il miglioramento dei servizi, né la diffusione e l'utilizzo della Carta dei servizi. Per essere utile, una ricerca deve sempre comportare una azione di risposta da parte dell'azienda. Prefigurata in anticipo consente di finalizzare meglio le domande da porre e aiuta anche ad avere una maggiore disponibilità da parte di chi è chiamato a rispondere.

Per questi motivi è indispensabile che l'ipotesi di ricerca sia condivisa, prima ancora della sua realizzazione, con chi in azienda ha la responsabilità di fornire una risposta in termini di miglioramento e che non resti invece circoscritta nell'ambito della conoscenza dei fenomeni.

Per quanto riguarda gli aspetti di metodo si suggerisce di valutare con attenzione sia il momento e le modalità di somministrazione delle interviste e dei questionari, sia la composizione del campione da intervistare. A seconda degli scopi della ricerca e delle situazioni, sarà opportuno ad esempio somministrare dei questionari al momento della prestazione o dopo alcuni mesi, comporre un campione ampio e statisticamente rappresentativo, prevedere o meno la possibilità di rispondere in modo riservato, etc. In tutti i casi, le domande devono essere facilmente comprensibili da parte di chi deve rispondere, i questionari non devono essere troppo lunghi e complessi, poiché finiscono per scoraggiare gli utenti e spesso risultano troppo ridondanti per un effettivo impiego da parte dell'azienda. Una ricerca che non pianifichi accuratamente questi aspetti può produrre facilmente dati inaffidabili.

2.3 L'individuazione di un percorso per la gestione dei reclami

La gestione dei reclami costituisce un tema complesso. In questa sede si può constatare la presenza di regolamenti molto diversi fra loro non solo da regione a regione, ma anche da azienda ad azienda seppure in realtà geograficamente molto vicine fra loro.

Lo sforzo da compiere consiste, in questa fase, nell'individuare le condizioni minime per garantire la risposta a chi ha reclamato e per individuare percorsi per la soluzione del problema che ha dato origine al reclamo.

In generale il reclamo può essere definito come:

***L'espressione di un disagio o di una insoddisfazione
che aspetta una risposta dall'organizzazione***

Questa definizione comprende i tre elementi fondamentali del reclamo:

- in primo luogo, *l'utente patisce il disagio*, ovvero ha esperienza di un servizio o di una prestazione che gli genera una profonda insoddisfazione; la prestazione può talvolta non risultare oggettivamente scadente ma è percepita dall'utente al di sotto delle sue aspettative. Il disagio ha quindi una componente percettiva che varia con le caratteristiche socioculturali dei diversi tipi di utenti e una componente oggettiva che dipende dalla qualità della prestazione e del servizio offerto;
- in secondo luogo, *il disagio è espresso*: non è solo subito o soffocato, ma intenzionalmente comunicato dall'utente all'organizzazione. L'insoddisfazione quindi non rimane un fatto privato, ristretto solo nella cerchia familiare o sociale, ma viene portato all'attenzione dell'organizzazione che fornisce il servizio;
- in terzo luogo, *chi reclama aspetta una risposta dall'organizzazione* (una risposta che può essere a vari livelli) perché *il reclamo esprime fundamentalmente fiducia nell'istituzione*, nella sua capacità di tenerne conto e di correggersi. E' per questo che il reclamo è una risorsa positiva a disposizione dell'azienda, anche se a volte, per la assenza di abitudine al dialogo con l'istituzione, il reclamo è espresso in maniera vivace (per esempio con espressioni agitate o alterate).

Per questi motivi, il reclamo deve essere visto come una risorsa positiva, come un segnale che può risultare utile all'azienda per servire meglio l'utente e per migliorare i processi aziendali. Il reclamo ha una grande forza di innovazione: impone di rispondere all'utente che ha reclamato (sia che il reclamo sia sollevato dal singolo che da una associazione), e serve, attraverso l'analisi e la classificazione, per individuare i punti di sofferenza degli utenti e per innescare azioni correttive adeguate a rimuovere errori e incongruenze che si riscontrano nei servizi.

Per gestire correttamente un reclamo bisogna leggerlo, interpretarlo, classificarlo e quindi organizzare la risposta e/o recepire le indicazioni in esso contenute. La risposta deve essere elaborata in collaborazione con i servizi, evitando ogni atteggiamento conflittuale e improprio. Solo così si costruisce progressivamente un codice culturale che

consente di utilizzare il reclamo come risorsa aziendale positiva e di superare atteggiamenti di difesa che portano a vivere il reclamo come minaccia o punizione.

Nelle tabelle seguenti vengono illustrati i diversi criteri di classificazione dei reclami e l'impatto possibile dei reclami sul funzionamento dell'organizzazione aziendale.

Tabella 7 - Criteri di classificazione dei reclami

CRITERI	TIPI DI RECLAMI
Criterio di presentazione	<ul style="list-style-type: none"> • <i>scritti</i> (attraverso una lettera-esposto o di suggerimento) • <i>orali</i> (attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico o il personale che eroga le prestazioni) • <i>telefonici</i>
Criterio del numero (o dell'impatto)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>individuali</i> (relativi al caso specifico di un singolo cittadino) • <i>individuali con interesse collettivo</i> (relativi a problemi più vasti e riconducibili a categorie di cittadini o a tutti gli assistiti, anche se evidenziati dalla segnalazione di un singolo cittadino) • <i>collettivi</i> (proposti in gruppo, relativi a problemi che riguardano più persone o che possono permettere la trasformazione di procedure e di assetti organizzativi).
Criteri di contenuto	<p>Sotto questo profilo, i reclami vanno divisi in due grandi gruppi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>reclamo di natura tecnico-professionale</i> (relativi ad argomenti di natura sanitaria, alla modalità scientifica e tecnica con la quale sono state erogate le prestazioni, di solito accompagnati da accenni ad altre strutture che confermano o differiscono sulla diagnosi o il trattamento): questo tipo di reclamo è di competenza esclusiva della Direzione sanitaria • <i>reclami sulle componenti della qualità del servizio</i> (relativi alle informazioni fornite sulle prestazioni e sui servizi, alle modalità organizzative dell'Azienda, all'organizzazione nell'erogazione delle prestazioni, ai tempi di attesa, alle file, alle modalità di pagamento, agli iter burocratici complessi, al comportamento del personale nella fase di accoglienza, al rapporto con il personale sanitario ed amministrativo, al cattivo stato delle strutture, alla mancanza di igiene, alla qualità del cibo, alle disfunzioni logistiche, agli aspetti vari legati al comfort): • questo tipo di reclami può essere classificato utilizzando, anche con le opportune integrazioni, "l'albero della qualità" (vedi da pag. 28 a pag. 31).

Tabella 8 - Requisiti organizzativi di un sistema di gestione dei reclami orientato agli utenti

CARATTERISTICHE DAL PUNTO DI VISTA DEGLI UTENTI	REQUISITI ORGANIZZATIVI
Facile accessibilità e adeguata pubblicizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Esistenza di un sistema di responsabilità nello svolgimento del servizio; • conoscenza degli standard interni di erogazione di servizi e di prestazioni; • presenza di punti di riferimento (nomi, indirizzi, numeri di telefono, fax, etc.). • tempificazione adeguata per l'esame, l'intervento risolutivo e la comunicazione; • possibilità di accertarsi dell'avvenuta soddisfazione del disservizio riscontrato.
Semplicità nella comprensione e nell'impiego	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione di una strategia di comunicazione personale ed attraverso mass-media; • rimozione delle barriere derivanti da paure e insofferenze verso i reclami; • agevolazione dell'approccio verso particolari categorie (stranieri, analfabeti, etc.); • chiarezza nella comunicazione delle risposte.
Rapidità di azione per la risoluzione dei problemi	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di personale competente nelle procedure interne di smistamento; • ricettività ed efficienza delle risorse di "front-line"; • formazione e addestramento del personale addetto alla gestione dei reclami; • snellezza e semplicità dei passi delle procedure interne per la risoluzione; • disponibilità a fornire scuse e risarcimenti e a svolgere riconciliazioni.
Presenza di una adeguata struttura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione e risposta ove nasce il reclamo, gestione e controllo centralizzati; • sostegno da parte del "management" aziendale; • contatti con associazioni esterne di cittadini o di enti; • adozione di procedure idonee per la verifica ed il monitoraggio sulle azioni svolte; • tempestiva revisione dei punti meno forti dell'organizzazione; • presenza di autorevoli difensori civici autorizzati a dirimere controversie non risolte.
Riservatezza e correttezza nei riguardi dei soggetti interessati dalle fasi di indagine	<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza delle procedure in ogni passo che le compone; • impiego di personale esterno che garantisca equanimità ed imparzialità; • segretezza sulle persone con le quali interloquire e sulle azioni da intraprendere; • inutilità della ricerca a tutti i costi del colpevole del disservizio.
Efficienza ed efficacia nella ricerca e nell'attuazione di soluzioni migliorative	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione dei reclami maggiormente significativi ai fini del miglioramento; • analisi lessicale e sostanziale approfondita del disagio espresso o inespresso; • messa in rete delle esperienze dimostratesi più utili e più significative.

Non va tuttavia dimenticato che la manifestazione del reclamo rappresenta spesso per i cittadini utenti un'azione difficile. La "sudditanza psicologica" che molti di loro avvertono nei confronti delle strutture sanitarie, l'incomprensione delle procedure di reclamo, la sfiducia, l'asimmetria informativa, ecc., rendono spesso difficile l'atto del reclamo. Gestire il reclamo significa dunque curare l'ascolto di chi reclama (procedure semplificate al massimo, luoghi riservati, atteggiamenti adeguati e non difensivi, ecc.) e curare le modalità di risposta (comunicazioni semplici con indicazione di cosa si sta facendo per risolvere il problema e indicazioni di eventuali rimborsi, ecc.).

Se correttamente gestito il reclamo è una risorsa positiva per l'azienda. Infatti è possibile utilizzare i suggerimenti provenienti dai reclami per modificare le situazioni che creano disagio. A questo scopo è necessario individuare un metodo per poter gestire in modo adeguato i reclami e, più in generale, creare i presupposti per sviluppare una vera e propria cultura del reclamo. Il gruppo di lavoro ritiene che questo tema debba essere oggetto di un ulteriore gruppo di lavoro e di approfondimento.

CAP. 3 - STRUMENTI ED ESPERIENZE

In base alle segnalazioni che pervengono allo “Sportello per la Carta dei servizi” del Ministero della sanità e ai risultati dell’analisi - tuttora in corso - delle relazioni di autovalutazione aziendale sul processo di attuazione della Carta, si può constatare che ci si trova attualmente in una fase caratterizzata da una rilevante attività di comunicazione che ha prodotto molte esperienze significative, ma *non si è ancora in presenza di un “modello” sperimentato e condiviso di comunicazione del “sistema-Carta” da proporre a tutte le Aziende*

Per esempio rispetto al problema di comunicare la Carta nella sua veste di patto con l’utenza (cioè il passo terzo della metodologia sperimentale proposta), le Carte riflettono spesso l’impostazione indotta dalle Linee di guida n.2/95: la sezione relativa al censimento delle strutture e dei servizi offerti risulta troppo squilibrata (anche in termini di pagine) rispetto alle altre sezioni. Questo fa sì che alcune Carte risultino troppo difficili da leggere per l’utente, ma anche troppo onerose per l’Azienda (in termini di riproduzione e aggiornamento); in generale poi risulta poco visibile la dimensione complessiva e sistemica del patto (insieme *equilibrato* di informazioni essenziali, standard di qualità, meccanismi di reclamo e tutela).

Le schede proposte in questa sezione illustrano le esperienze dei membri che hanno partecipato al Gruppo di lavoro. Preso a riferimento il processo di comunicazione della Carta proposto nella seconda sezione, le esperienze si collocano nelle fasi di “Costruire e mantenere aggiornata la banca-dati sui servizi”, “Pianificare la comunicazione e differenziare i canali e gli strumenti in relazione ai destinatari” e “Ascoltare e verificare i livelli di soddisfazione e di conoscenza del patto da parte dei cittadini”.

Le schede sono state perciò suddivise in tre gruppi: la gestione della banca dati, le esperienze e gli strumenti di comunicazione, le esperienze e gli strumenti di ascolto.

Le schede sono state realizzate dalle stesse Aziende sanitarie che hanno messo a disposizione e reso leggibile la propria esperienza.

Le attività di comunicazione sono presentate in modo da offrire l'opportunità di riflettere sui punti forti e deboli delle soluzioni individuate, non intendono quindi porsi come modello ma come occasione di apprendimento dall'esperienza.

3.1. Gestione della “banca dati”

L'Azienda Usl 6 di Vicenza presenta la propria esperienza di costruzione della banca-dati sui servizi, costruita con il contributo di una rete di referenti (o sensori) a livello dei distretti. Quest'esperienza mette in luce in particolare la necessità per l'Urp di dotarsi di canali interni di raccordo con i servizi e le unità operative, attraverso cui alimentare continuamente e aggiornare le informazioni residenti sulla banca-dati.

Le Aziende Usl n. 8 di Arezzo, n. 1 di Lecce e di Reggio Emilia illustrano invece un'esperienza di integrazione tra banche-dati, anche di amministrazioni diverse, realizzata nell'ambito di un progetto finalizzato del Dipartimento della funzione pubblica.

Il progetto ha realizzato sportelli polifunzionali, collocati presso Urp o sedi costituite ad hoc, in grado di collegare le informazioni di diverse amministrazioni (Azienda usl, Prefettura, Ufficio del lavoro, sedInps, etc.).

L'esperienza appare particolarmente interessante perché pone il problema del collegamento tra le banche dati d'interesse per il cittadino. Questa esperienza è significativa perché costituisce un punto di riferimento avanzato (anche se, per questo motivo, non immediatamente trasferibile) dell'evoluzione delle banche dati delle amministrazioni pubbliche.

SCHEDA 1

CREAZIONE DI UNA RETE DI REFERENTI PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI

U.L.SS n. 6 di Vicenza

Quale problema si voleva affrontare e qual è stata la soluzione adottata?

Affinché la Carta dei servizi possa essere comunicata, è necessario raccogliere, archiviare ed aggiornare le informazioni raccolte nell'ambito dei rapporti stabiliti con i cittadini. La soluzione adottata è quella di una banca dati gestita dall'Ufficio relazioni con il pubblico e dalla creazione di una rete di "sensori" o referenti presenti in ogni ambito dell'azienda (in particolare nei sei Distretti socio sanitari di base) da cui la banca dati trae le sue informazioni.

La soluzione ipotizzata si completerà, nel '97, con lo Sportello polifunzionale presso il Comune di Vicenza che vedrà la partecipazione di vari Enti. La banca dati dell'URP sarà chiamata ad interagire con altre banche dati e con banche dati di altre realtà.

Come è stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

I principali fatti o le più importanti informazioni richieste e di acquisite nell'arco della giornata sono registrate in un diario a forma di foglio elettronico.

A cadenza periodica (mensile) dalla banca dati è tratto e rielaborato un rapporto destinato alla Direzione generale per offrire uno spaccato dei punti critici dell'azienda.

L'URP, in sede di "analisi della domanda" mette a punto e definisce particolari protocolli e percorsi per agevolare e facilitare l'accesso ai servizi dell'azienda da parte dei cittadini.

(La figura riportata in calce alla presente scheda mostra una schematizzazione del processo in oggetto)

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

La realtà in cui è stata svolta l'esperienza è quella di una rete enorme di distretti, "compattata" per previsioni legislative, che ha dovuto fare i conti con tale evoluzione.

Molti dipendenti si sono assunti, per realizzare questo progetto, compiti aggiuntivi oltre a quelli che già svolgevano. Tale aspetto non ha rappresentato, però, un ostacolo, poiché esso è stato superato dalla generosa disponibilità di detti impiegati. Si è, così, potuto superare un problema altrimenti insormontabile.

Ciò ha rappresentato, allo stesso tempo, anche un punto forte dell'esperienza in quanto la collaborazione è diventata più spinta, tra centro e periferia della struttura dell'azienda.

Quali risultati sono stati ottenuti?

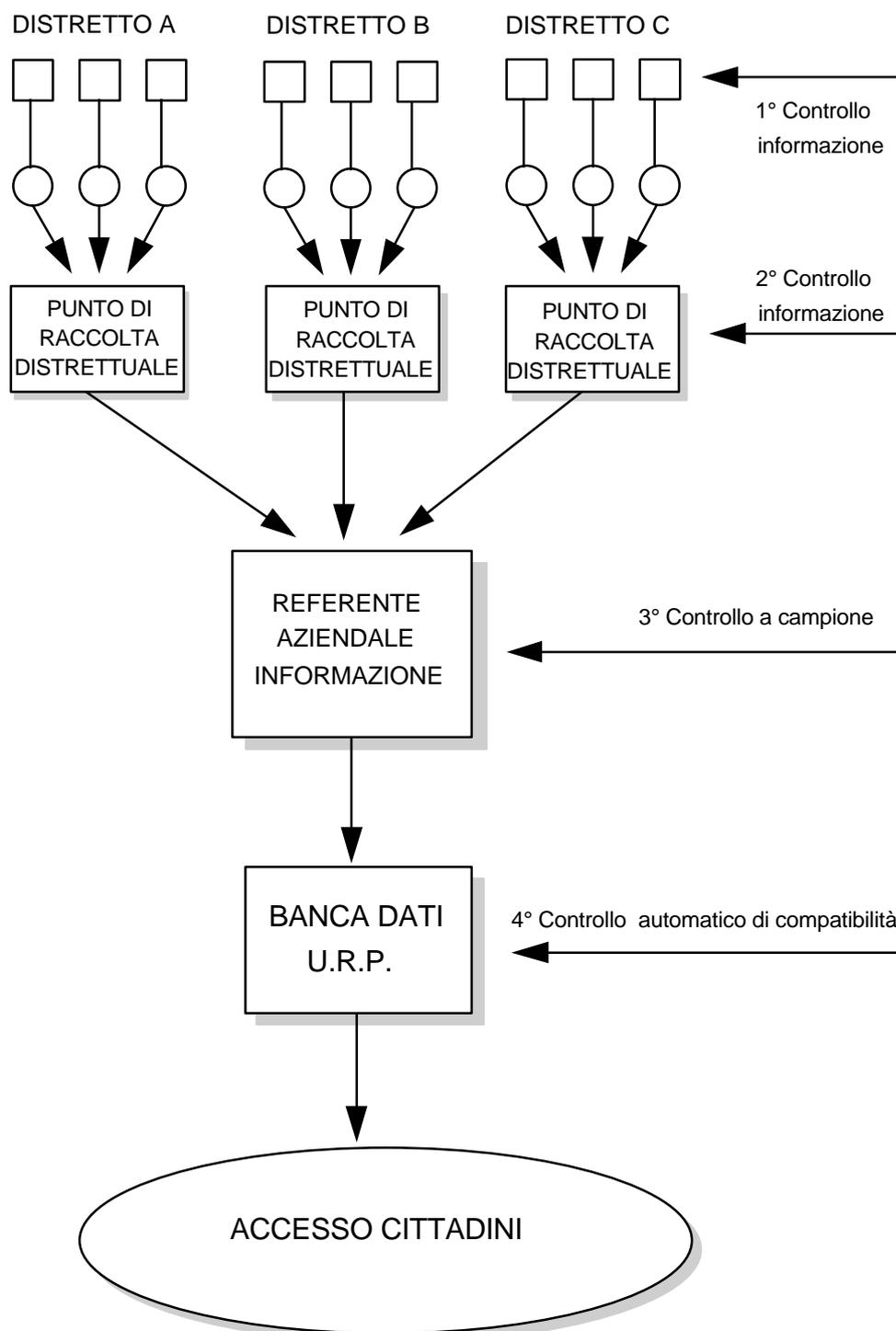
*Avendo a disposizione informazioni sulle singole esigenze dei cittadini e sui servizi offerti dalla propria organizzazione, si raggiunge il risultato di una Carta parcellizzata con descrizioni relative a percorsi differenziati da seguire per fruire di determinate prestazioni (dettagli della Carta dei servizi "Usa e getta" a disposizione dei cittadini - elaborazioni di veri e propri "Quaderni della Carta dei servizi" finalizzati a specifiche prestazioni).
Esperienze:*

- *Quaderno n.1 - Analisi eseguibili presso l'Unità operativa di Microbiologia e Virologia;*
- *Quaderno n.2 - Punti di prelievo, Servizio di Medicina di Laboratorio Analisi Chimico Cliniche.*

Quali suggerimenti si possono dare?

A chi volesse sperimentare l'esperienza è consigliato impiantare un forte programma di formazione del personale. Sono necessari, inoltre, contatti frequenti (in forma di riunioni o altro) tra persone che raccolgono le informazioni e responsabili URP per attuare un coordinamento periodico e per risolvere eventuali problemi. Utili si sono rivelate anche visite del Responsabile URP al personale a contatto coi cittadini.

ARTICOLAZIONE DELLA RETE DI SENSORI



SCHEDA 2

INTEGRAZIONE DI BANCHE DATI PER L'INFORMAZIONE AI CITTADINI

Azienda U.S.L. 8 di Arezzo

Azienda U.S.L. Lecce 1

Azienda U.S.L. di Reggio Emilia

Quale problema si voleva affrontare e qual è stata la soluzione adottata?

Il miglioramento dei rapporti esistenti fra pubblica amministrazione e cittadino richiede una maggiore capacità di ascolto delle esigenze del cittadino utente da parte della pubblica amministrazione. Per fare questo è necessario creare un dialogo fra i due ed una reciproca disponibilità a recepire i suggerimenti.

È importante che il cittadino / utente conosca i servizi e gli operatori a cui rivolgersi per poter soddisfare le sue scelte e le sue esigenze nel modo che ritiene più opportune.

Così è indispensabile avviare un processo che abbia l'obiettivo di "comunicare" con i cittadini piuttosto che fornire informazioni, cioè in grado di:

- migliorare i rapporti con i cittadini / utenti;*
- facilitare l'accesso ai servizi,*
- favorire confronti, verifiche e collaborazioni;*
- favorire la crescita interna di una cultura dell'accoglienza.*

Gli obiettivi di cui sopra sono perseguibili nel momento in cui la pubblica amministrazione riesce ad:

- attivare strumenti di informazione e di riferimento certi per i cittadini;*
- attivare strumenti che favoriscano il confronto e la partecipazione;*
- individuare strumenti e modalità operative in grado di assicurare continuità a quanto iniziato.*

L'obiettivo di migliorare i rapporti tra pubblica amministrazione e cittadino può essere perseguito singolarmente da ogni Ente ma allo stesso fine possono essere sperimentate anche forme di collaborazione comuni tra più amministrazioni.

Condizione affinché questa seconda ipotesi possa avverarsi è l'individuazione di strumenti operativi e percorsi comuni tra i vari Enti, in ambito locale.

Le esigenze sopra riportate hanno portato ad elaborare un progetto i cui contenuti e, di conseguenza, gli ambiti di intervento specifici fanno riferimento all'informazione di primo livello sulle strutture, sulle prestazioni e le condizioni d'accesso, all'unificazione

di adempimenti e di procedure per facilitare il cittadino.

Ne sono derivate due ipotesi di intervento per la realizzazione di:

- punti informativi unificati presso singole amministrazioni capaci di scambiarsi informazioni;
- unificazione di procedimenti e realizzazione di interfacce uniche fra le diverse amministrazioni.

Come é stata sviluppata la soluzione?

Il progetto é stato sviluppato in due fasi:

primo intervento: punti informativi e loro caratteristiche tecnico-funzionali

Collocazione:

- presso sedi di singole amministrazioni, come attività di “front-office” degli Uffici relazioni con il pubblico
- presso sedi costituite “ad hoc” e gestite congiuntamente da diverse amministrazioni.

Configurazione

- disponibilità reticolare, in ciascun “punto informativo”, di notizie sul numero più ampio possibile di amministrazioni e servizi pubblici presenti nel contesto territoriale.

Tipologia dell’informazione

- veicolata da operatori, anche per via telematica e telefonica
- di “primo livello” con notizie articolate in schede contenenti:
 - l’ufficio competente
 - il responsabile
 - gli orari
 - i numeri telefonici

• la normativa

• . . .

Tipologia del servizio

- presidiato, piuttosto che “self-service”
- attrezzato per la rilevazione e l’elaborazione del feedback come elemento strategico dell’offerta di prodotti/servizi e degli standard di qualità.

Tecnologie e strumenti

- banche dati informatizzate
- terminali in rete
- programmi di “information retrieval”
- redazioni centralizzate per la normalizzazione e il controllo dei dati informativi.

Enti promotori dei punti informativi

- comuni capoluogo
- comitati provinciali delle pubbliche amministrazioni
- comitati metropolitani.

Strutture di coordinamento

- comitati “ad hoc”
- comitati provinciali allargati
- comitati metropolitani
- conferenze dei servizi.

Metodologie

- confronto, discussione, definizione di intese, verifica dei risultati, cooperazione organizzativa e informativa.

Azioni

- fornitura da parte delle singole amministrazioni coinvolte delle informazioni di competenza
- formazione del personale
- partecipazione e collaborazione per l’apertura di eventuali sedi “interistituzionali”.

Passi organizzativi

- individuazione dei responsabili delle informazioni
- formazione di un nucleo di rilevazione e codifica delle informazioni
- definizione delle procedure di aggiornamento
- messa a punto di un sistema di incremento e controllo del patrimonio informativo
- attivazione di una rete di canali interattivi con gli Uffici fornitori e fonti di notizie per condividere attivamente il progetto.

Obiettivo sostanziale:
messa a punto di modelli di intervento efficaci, pertinenti, validati sia nei confronti dei cittadini che sotto il profilo dell'impatto organizzativo interno.

Obiettivi operativi:

- potenziamento delle esperienze in corso nelle quattro amministrazioni "tutor" (Bologna, Pistoia, Arezzo e Reggio Emilia)
- creazione di punti informativi afferenti ad altre quattro amministrazioni (sanità, interni, lavoro e previdenza sociale, istruzione), anche presso sedi interistituzionali costituite "ad hoc"
- erogazione in ogni punto informativo della rete di dati su tutte le principali amministrazioni presenti sul territorio di riferimento
- sviluppo di analoghe reti di punti informativi a Catania, Lecce, Campobasso e Perugia. Attivazione a Roma di venti punti informativi

ampiamente interistituzionali (statali, comunali e provinciali).

Secondo intervento:
unificazione di procedimenti

Finalità generali

- razionalizzazione e riorganizzazione degli "iter" burocratici a causa dei quali il cittadino, per un medesimo motivo, entra in rapporto con più amministrazioni per certificazioni, domande, atti, pagamenti, ecc.

Tipologia del servizio

- indicazione di una amministrazione "capofila" - cui devono afferire tutte le operazioni svolte da altre amministrazioni che intervengono, a titolo diverso, nelle stesse procedure - quale interlocutore unico del cittadino.

Azioni

- analisi dei percorsi amministrativi
- riduzione / semplificazione degli adempimenti
- sperimentazione di nuove procedure meno labirintiche e più funzionali.

Modalità di interazione con il cittadino e con le altre amministrazioni

- invio a casa di certificazione e modulistica dei quali siano noti scopo e finalità
- comunicazione e/o acquisizione dei dati e/o documenti sui cittadini, evitando inutili e defatiganti mediazioni dei cittadini stessi con le diverse amministrazioni
- accertamenti diretti su documentazione già in possesso dell'amministrazione, apposizione diretta di note su documentazione rilasciata o richiesta da altre amministrazioni.

Obiettivo sostanziale:
messa a punto di modelli di intervento efficaci, pertinenti, validati sia nei rapporti con i cittadini che sotto il profilo dell'impatto organizzativo interno.

Obiettivi operativi

- *istituzione negli ambiti territoriali prescelti di una nuova procedura organizzativa unificante una molteplicità di adempimenti attualmente disseminati e frammentati su diverse amministrazioni, in modo da realizzare una sola interfaccia all'interno del sistema interessato alla sperimentazione*
- *rilevazione e quantificazione degli interventi di informatizzazione e di telematica necessari, emergenti dall'analisi di situazioni complesse.*

Criteri di selezione delle situazioni oggetto delle semplificazioni:

- *frequenza dei procedimenti*
- *ampiezza dell'intesa potenziale*
- *numero delle amministrazioni coinvolte*
- *difficoltà dei percorsi*
- *...*

Servizi oggetto di sperimentazione:

- *nascita, residenza, rilascio / rinnovo patente, attività commerciali*
- *ingresso nel mondo del lavoro, ecc.*

Quali sono stati i punti di forza e quali quelli deboli?

Risulta evidente il punto dei forza del progetto che si sostanzia nell'operare,

della pubblica amministrazione, in ambito locale, nell'ottica di un rapporto coordinato verso il cittadino. La pubblica amministrazione comunica fra sé, assume decisioni comuni e si presenta come un'unica entità.

Aspetto, inoltre, da non sottovalutare, è che i punti informazione ed ascolto sono "punti di riferimento certi" e ben individuabili.

La banca dati è uno strumento operativo che da certezze al personale e qualifica l'informazione.

Va senz'altro a favore del progetto il fatto che esso sia esportabile in altre città.

Un punto debole si riscontra nell'esigenza di aggiornamento in tempo reale della banca dati; è, inoltre, difficile mantenere un coordinamento permanente tra i vari Enti.

Quali risultati sono stati ottenuti?

I punti informazione ed ascolto, in cui si è sostanziata la prima fase del progetto, sono di fatto divenuti un punto di riferimento per i cittadini, che li utilizzano in modo esteso.

Per le procedure individuate durante la seconda fase, è stato possibile determinare⁴ una riduzione degli adempimenti richiesti ai cittadini, attraverso:

- *individuazione di Enti capofila a cui rivolgersi per tutt'ol'iter;*
- *modifica del modello organizzativo, con particolare riferimento alla fase di accesso alle prestazioni.*

3.2. Strumenti ed esperienze di comunicazione

Le esperienze raccolte mettono in evidenza l'utilizzo di alcuni strumenti di comunicazione:

- gli opuscoli
- gli eventi (convegni, conferenze, mostre etc.)
- le nuove tecnologie e altri mezzi

Si tratta evidentemente di una rassegna non esaustiva degli strumenti di comunicazione (vd tabella 9), dovuta al numero limitato dei partecipanti al gruppo e all'impossibilità di estendere l'indagine ad esperienze al di fuori del Gruppo di lavoro per i tempi limitati a disposizione.

Quella presentata nel seguito è quindi una base iniziale di esperienze utile per avviare il confronto, e per arricchire continuamente, attraverso l'azione dello Sportello, il patrimonio di esperienze da mettere in rete.

Tabella 9 - Principali strumenti di comunicazione e loro caratteristiche

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE	CARATTERISTICHE
Depliant	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento agile, poco costoso, di facile consultazione, ma anche di facile smarrimento e a volte poco considerato dal destinatario, buono per gli eventi, le manifestazioni, per gli orari degli ambulatori, per le regole degli ospedali.
Libro/opuscolo	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento di medio costo, di difficile distribuzione, poco maneggevole, buono per la consultazione presso le strutture e per la consultazione da parte degli operatori, che per la comunicazione massiccia al cittadino, che corre il rischio di non trovare proprio l'informazione che cerca.
Manifesti	<ul style="list-style-type: none"> • Costo moderato, esiguità del messaggio che possono contenere, buoni per veicolare e pubblicizzare messaggi più complessi e luoghi dove ottenerli, buoni per le campagne di sensibilizzazione e di educazione.
Radio	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento storicamente radicato nel territorio, anche attraverso le emittenti locali. Comunicazione calda, con costi molto contenuti. Buono per la divulgazione di programmi di educazione alla salute e per rubriche riguardanti il colloquio con i cittadini.
Rubriche su quotidiani	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento gratuito o a rimborso, buono per avviare una corrispondenza sui temi sanitari e sulle leggi o per diffondere informazioni con stile giornalistico, pubblicizzare nuovi servizi, campagne di prevenzione e di educazione alla salute; ampia diffusività del messaggio soprattutto se si tratta di giornali locali, spesso anche molto interessati a tale collaborazione. (segue nella pagina successiva)
Televideo	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento di difficile consultazione da parte delle persone anziane, di elevati costi di aggiornamento e di canone, ma con buona immediatezza nel messaggio e con modalità di autoricerca che vedono il destinatario come parte del processo informativo.
Convegni	<ul style="list-style-type: none"> • Strumenti molto impegnativi e costosi, di alta utilità per definire convergenze con le associazioni e con gruppi di cittadini, ottimi per pubblicizzare e confrontare i nuovi progetti e le iniziative aziendali specifiche per il territorio; da valutare la presenza e la interlocutorietà con le amministrazioni locali.
Eventi, fiere	<ul style="list-style-type: none"> • Strumenti buoni per la partecipazione di molti cittadini che hanno pochi rapporti con le strutture sanitarie, veicoli appropriati per la prevenzione e per pubblicizzare gli interventi a favore dell'ambiente, della popolazione scolastica e di alcune patologie specifiche.

Gli opuscoli

L'Azienda Usl n. 1 Imperiese e l'Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli hanno scelto di comunicare aspetti particolari dell'offerta dei servizi attraverso la predisposizione di opuscoli che hanno anche la funzione di condividere e supportare un'azione aziendale di miglioramento del servizio.

Nel primo caso l'Azienda Usl di Imperia illustra l'offerta dei servizi degli ospedali e affronta contestualmente il problema dell'uniformità delle modalità di accesso.

Nell'Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli, l'opuscolo è stato utilizzato per informare e contemporaneamente migliorare una specifica prestazione, il servizio pasti.

Infine, l'Azienda Usl di Imperia ha inteso offrire, attraverso la predisposizione dell'opuscolo, un vero e proprio servizio di informazione rivolto a un segmento particolarmente importante per quell'Azienda, cioè i turisti della riviera.

Complessivamente, queste tre esperienze illustrano come focalizzare la comunicazione su fasce di destinatari specifici e importanti (basta pensare ai turisti in Liguria), modellando il messaggio e il canale sulle esigenze dei destinatari. Le stesse esperienze sono interessanti perchè la comunicazione non è avulsa dalla strategia aziendale, ma è un momento di sviluppo degli obiettivi aziendali di miglioramento.

SCHEDA 3

UN DEPLIANT DI INFORMAZIONI E CONSIGLI SUL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO PASTI

Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata ?

Il problema di fondo che si è inteso affrontare in questo caso è stato quello della carenza di informazioni ai degenti del Policlinico circa il servizio pasti (orari di consegna, qualità e quantità del vitto).

Il Policlinico di Napoli è un ospedale articolato su un'ampia superficie con 18 padiglioni di degenza e con una capacità ricettiva di oltre 2000 posti letto. I pasti per gli adulti vengono preparati in una cucina centralizzata che deve servire reparti anche molto distanti dal luogo di preparazione del vitto. Altro problema è il notevolissimo numero di degenti ospitati in questo ospedale Policlinico che è tra i più grandi nosocomi del Mezzogiorno. Un vitto che di regola vieneinvaschettato verso le ore 11.00 può essere servito al malato anche verso le 14.30. Da questa situazione nascono le inevitabili difficoltà legate sia alla conservazione della qualità del vitto che alla puntualità degli orari di consegna. Per quanto riguarda la soluzione adottata, é stato allestito e distribuito un depliant informativo rivolto ai pazienti degenti contenente informazioni sui controlli effettuati,

l'allestimento del vitto, gli orari di distribuzione, i consigli per un'ottimale consumazione del vitto e le diete disponibili. Inoltre a ciascun responsabile sanitario ed al caposala di reparto la Direzione sanitaria ha provveduto a fornire un opuscolo dettagliato contenente lo schema settimanale delle diete, il cui testo sarà anche inserito nel libretto di accoglienza previsto dalla Carta dei servizi sanitari. La soluzione adottata ha contribuito a migliorare l'offerta alberghiera.

Qual era la condizione iniziale?

Negli ultimi anni i reclami sulla qualità del vitto hanno preso il primo posto fra tutti gli altri. Si é, quindi, cercato d'intervenire su tale aspetto. Il clima instauratosi é subito apparso favorevole.

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

La presenza nel Policlinico di una disciplina universitaria di scienze dell'alimentazione attiva anche nel campo assistenziale con un servizio

speciale di dietetica e dietoterapia ha favorito la realizzazione del lavoro. Oltre ovviamente al servizio di dietetica sono state coinvolte strutture front-line come il settore accoglienza ed il settore pubblica tutela pazienti della direzione sanitaria.

Quali sono state le fasi del lavoro? Si sono osservate particolari attenzioni?

Le principali fasi sono state:

- a) incontro con specialisti in scienze dell'alimentazione;*
- b) allestimento del testo da divulgare;*
- c) impaginazione e scelta delle illustrazioni;*
- d) stampa del pieghevole.*

Una particolare attenzione è stata posta dai settori di Accoglienza e di tutela pazienti della Direzione sanitaria nel curare il migliore coinvolgimento del personale di assistenza diretta (medici, caposala, infermieri).

Il Centro stampa del Policlinico ha prodotto direttamente gli stampati rendendo trascurabile il relativo costo.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

Inizialmente le difficoltà sono state di ordine economico, in quanto erano previste spese di impaginazione, di grafica e di stampa di molte migliaia di pieghevoli da inserire in cartella clinica all'atto del ricovero.

Relativamente ai costi di impaginazione e grafica del pieghevole l'azienda ha fornito ai settori accoglienza e tutela gli strumenti adatti (programma di impaginazione per personal computer), mentre si è ovviato al problema della

stampa dei numerosi pieghevoli da distribuire a ciascun degente con la soluzione dell'affissione in corsia di un esemplare del pieghevole fatto ingrandire a manifesto, plastificandolo per prolungarne la resistenza.

Quali risultati sono stati ottenuti?

Il risultato ottenuto è stato quello di una più puntuale e più corretta informazione agli ammalati ed agli operatori circa il servizio pasti serviti dal Policlinico.

La verifica è avvenuta attraverso indagini dirette, rivolte sia ai degenti che al personale di assistenza diretta dei reparti.

Si è avuta subito una diminuzione dei reclami.

Quali suggerimenti si possono dare?

Chi deve affrontare lo stesso argomento in un ospedale di grandi dimensioni come il Policlinico, deve innanzitutto verificare la reale volontà della dirigenza ospedaliera a voler migliorare questi tipi di servizi all'utenza.

Altro suggerimento è quello di avvalersi della consulenza di validi esperti di dietetica e di dietoterapia.

Infine è indispensabile un pieno coinvolgimento del personale di assistenza diretta.

SCHEDA 4

COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI AI TURISTI CON UN OPUSCOLO INFORMATIVO

Azienda U.S.L. 1 Imperiese

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

La provincia di Imperia è caratterizzata da un forte movimento turistico, sia italiano sia straniero, che riguarda non solo la stagione estiva ma, soprattutto in alcune località della costa (Diano Marina, Sanremo, Bordighera etc.), l'intero anno.

Nella provincia sono presenti tre Presidi ospedalieri dotati di efficienti servizi di Pronto soccorso, ma penalizzati nelle condizioni di accesso a causa della presenza di una sola arteria di collegamento (oltre all'autostrada che comunque è situata a mezza costa) che è la statale "Aurelia", molto trafficata in particolare nel periodo estivo. È, pertanto, necessario mettere in grado i turisti di conoscere i servizi sanitari del territorio soprattutto per quanto concerne l'emergenza.

Da questa realtà è emersa la necessità di predisporre un opuscolo informativo agile e di facile consultazione che contenga le principali notizie riguardo ai servizi sanitari della Usl; in altre parole, una guida rapida scritta non solo in italiano ma anche nelle lingue meglio caratterizzanti il flusso turistico estero più presente nel ponente ligure. La soluzione è stata quella di adottare un pieghevole di tre pagine (tre pieghe

parallele cm. 10/21 fronte/retro)

contenente le seguenti informazioni:

- *numeri telefonici per l'emergenza: Pronto soccorso (e loro ubicazione) - Guardia medica*
- *numeri telefonici e sedi per ricevere ulteriori informazioni per l'assistenza al turista (uffici Medicina di base)*
- *modalità di accesso per il turista italiano alle strutture ed alle prestazioni sanitarie (visite occasionali - ambulatori turistici ecc.)*
- *condizioni e modalità per accedere ai servizi sanitari per il turista straniero (in lingua italiana)*
- *traduzione delle principali norme che regolano l'assistenza sanitaria allo straniero appartenente ai paesi CEE (mod. E111 - carnet della salute) nelle seguenti lingue:*
- *inglese - francese - tedesco - spagnolo.*

Si prevede di inserire nell'opuscolo spazi pubblicitari riservati ad operatori del settore turistico.

E' stata adottata questa soluzione perché l'opuscolo rappresenta sicuramente lo strumento di informazione più sintetico e più rapido e di facile consultazione.

La sua diffusione può avvenire in molti modi:

- presso gli uffici e gli sportelli dell'Azienda di promozione turistica (APT) molto presenti sulla costa
- presso gli alberghi e gli altri luoghi ricettivi (residence - villaggi - camping etc.)
- presso gli stabilimenti balneari
- presso i locali di ritrovo più frequentati dai turisti.

Inoltre, un opuscolo pieghevole di modeste dimensioni può essere portato agevolmente sia in tasca che nella borsa da passeggio o da mare; in più, può essere sempre tenuto a disposizione nell'automobile.

È evidente infine che un documento cartaceo si presta più facilmente a rispondere alle esigenze di multilinguismo proprie dell'utenza a cui è diretto.

Qual era la condizione iniziale?

Già nel 1992 la exUsl n° 2 Sanremese aveva diffuso un opuscolo per turisti, che aveva peraltro riscosso un lusinghiero successo proprio per la semplicità di consultazione; in quell'occasione il depliant era solo in italiano e recava, oltre ai numeri dell'emergenza, gli orari degli ambulatori per i turisti e le principali norme per accedere ai servizi. Le associazioni di categoria e l'Azienda di promozione turistica hanno recentemente sollecitato laUsl a riproporre l'iniziativa.

La costituzione dell'Ufficio relazioni pubbliche e marketing sanitario con le funzioni, tra l'altro, di coordinamento delle attività di comunicazione pubblica

ha di fatto facilitato la progettazione e la realizzazione dell'iniziativa.

Come è stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

La soluzione prescelta ha richiesto un lavoro preparatorio abbastanza complesso, così articolato:

- sintesi delle principali norme in vigore per l'accesso alle prestazioni sanitarie ai non residenti ed agli stranieri (utilizzata anche per le schede della Guida ai servizi della Usl);
- traduzione nelle lingue individuate delle principali norme e delle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie per i turisti stranieri;
- contatti con l'Azienda di promozione turistica per valutare il tipo di iniziativa, la presentazione grafica, l'opportunità di sponsorizzazioni, le modalità di diffusione dell'opuscolo;
- redazione grafica dell'opuscolo e stampa.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

Tra le maggiori difficoltà, la realizzazione di una sintesi chiara e completa delle numerose norme in materia (carnet delle salute, ecc.). Un'altra difficoltà è stata riscontrata nella corretta traduzione nelle lingue individuate (a cura dell'APT). Critica è stata la possibilità di raggiungere realmente l'utenza a cui è indirizzata anche in considerazione dell'alto numero di seconde case utilizzate dai turisti soprattutto italiani.

Quali risultati sono stati ottenuti?

Innanzitutto quello di fornire consigli per un uso del Pronto soccorso solo nei casi di estrema urgenza, in modo tale da non affollare, in particolare nei mesi estivi, questa fondamentale struttura di "emergenza". L'esperienza maturata nella precedente iniziativa (1992) è di buon auspicio per il risultato che ci si prefigge. Solo a consuntivo della prossima stagione estiva sarà possibile fare una riflessione sul raggiungimento dell'obiettivo. La richiesta da parte dell'APT di ripubblicare l'opuscolo è segno comunque del bisogno informativo presente in questa fascia di cittadini, italiani e stranieri.

Quali i punti forti individuati e quali i punti deboli?

Tra i punti forti il basso costo della stampa dell'opuscolo; a maggior ragione se sono stati individuati degli sponsor (non è necessario richiedere grosse cifre per gli spazi pubblicitari). Tra i punti deboli, invece, a causa dello strumento cartaceo, la difficoltà di far fronte alla necessità di mantenere aggiornate le informazioni soprattutto per quello che concerne gli orari di apertura degli uffici e l'ubicazione di alcuni servizi. Si consiglia pertanto di stampare un numero di copie non troppo elevato e che copra quantomeno la stagione estiva.

Quali suggerimenti si possono dare?

E' importante verificare la presenza di una effettiva e significativa domanda informativa di cittadini non residenti e la possibilità di raggiungerli con una buona diffusione del materiale. È molto utile, nella realizzazione delle traduzioni delle informazioni, selezionare quelle principali e predisporre comunque una rete di punti informativi (gli uffici della Medicina di base) in grado di rispondere in maniera esaustiva ai quesiti eventualmente provenienti dai turisti stranieri. In questo senso sarebbe giusto prevedere dei corsi di lingue per gli operatori a più probabile contatto con questo tipo di utenza.

SCHEDA 5

UN OPUSCOLO PER COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI AI RICOVERATI OSPEDALIERI

Azienda U.S.L. 1 Imperiese

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Il problema era quello di fornire al paziente ricoverato un numero di informazioni, ridotto all'essenziale, sul funzionamento dell'ospedale, sui servizi presenti, sulle modalità di accesso, sull'organizzazione della vita in reparto, sui nomi dei medici e dei responsabili.

È stato scelto di realizzare un opuscolo per ogni presidio ospedaliero (ve ne sono 4 nella nostra azienda sanitaria) molto snello e di facile consultazione. Sono state pertanto evitate tutte quelle parti descrittive non utili allo scopo. Inoltre, si è deciso di inserire una "scheda di segnalazione" per raccogliere le valutazioni dei ricoverati sui servizi a loro erogati nel corso della degenza.

Le soluzioni adottate e i relativi vantaggi da esse apportate sono, quindi, state le seguenti:

- *opuscolo di sole quattro pagine affinché sia uno strumento di facile consultazione, con l'ausilio anche di icone ed elementi grafici.*
- *Scheda di reparto staccata dall'opuscolo che consente un più facile aggiornamento dei dati del personale addetto. Infatti eventuali modifiche comportano il rifacimento solo delle singole schede e non dell'intero opuscolo.*

- *possibilità, per tutti i ricoverati, di esprimere opinioni sul funzionamento del reparto (segnalazioni, suggerimenti o reclami) senza dover richiedere gli appositi stampati. Per quanto riguarda le indagini sul grado di soddisfazione per il ricovero, si ritiene più utile fare indagini a campione e non routinarie.*

Qual era la condizione iniziale?

Era già stato realizzato nel 1992 un opuscolo informativo presso l'Ospedale di Sanremo con un buona riuscita complessiva ed un giudizio positivo da parte dei ricoverati.

In quella occasione erano stati raccolti anche oltre un migliaio di questionari i cui risultati erano stati poi resi pubblici.

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

Per la redazione degli opuscoli sono state coinvolte direttamente le direzioni sanitarie e amministrative dei presidi ospedalieri che hanno fornito, sulla base di una traccia predisposta dall'ufficio relazioni pubbliche, le informazioni sui servizi e le modalità di accesso.

La parte grafica è stata studiata dall'ufficio relazioni pubbliche che ha proposto più soluzioni (a libro o pieghevole) per poi indire la gara d'appalto.

Per contenere al massimo i costi è stata richiesta la sponsorizzazione dell'opuscolo da parte del tesoriere dell'Ente.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

Le principali difficoltà sono state riscontrate nel cercare, per quanto possibile, di omogeneizzare alcune modalità di accesso e di garantire servizi analoghi in tutti i presidi ospedalieri.

Tali difficoltà sono state facilmente superate mettendo in contatto tra di loro le direzioni sanitarie e amministrative degli ospedali.

Si presume che un punto critico sarà rappresentato dalla diffusione a tutti i ricoverati dell'opuscolo.

Poiché era stata sperimentata precedentemente la soluzione di distribuzione da parte del personale di Pronto Soccorso senza molto successo, si prevede di distribuire il nuovo opuscolo al momento dell'assegnazione del letto nel reparto di degenza.

Quali risultati sono stati ottenuti?

L'opuscolo è attualmente in fase di stampa e pertanto non è possibile valutare i risultati dell'impatto con i cittadini ricoverati.

È già possibile però affermare che la raccolta dei dati necessari ha permesso

di confrontare i servizi offerti nei diversi presidi ospedalieri e le varie modalità di accesso ed ha pertanto consentito, ove possibile, di omogeneizzarle.

Quali suggerimenti si possono dare?

Si consiglia di partire da una ricognizione puntuale della realtà ospedaliera limitando all'essenziale le informazioni da dare ai ricoverati.

La forma grafica è importante ma non richiede, secondo la nostra valutazione, opuscoli con carta patinata o comunque di prezzo elevato.

È consigliabile infine accettare o ricercare sponsorizzazioni compatibili con l'attività sanitaria dell'azienda.

Gli eventi (convegni, conferenze, mostre, ecc.)

Le prime tre schede che seguono illustrano altrettante esperienze di comunicazione dei contenuti della Carta dei servizi ai dirigenti dell'Azienda, agli interlocutori istituzionali e alle associazioni di volontariato: tutte e tre le aziende hanno scelto di comunicare attraverso l'organizzazione di un "evento".

A Roma, è stata organizzata una giornata di lavoro aperta sul tema dell'umanizzazione; a Napoli è stato organizzato un convegno promosso da un'associazione di volontariato mentre a Lecce la conferenza pubblica è stata organizzata da una società di servizi.

L'esperienza di Roma ci dice che eventi di questo tipo risultano faticosi da organizzare (in particolare per il censimento delle organizzazioni di volontariato, che è spesso difficoltoso), ma possono portare risultati di grande partecipazione e di entusiasmo.

L'esperienza di Napoli pone l'accento sulla necessità di gestire, quando si organizzano questo tipo di manifestazioni, anche gli atteggiamenti "di difesa" del personale.

L'esperienza di Lecce illustra la scelta di comunicare la Carta attraverso un convegno organizzato da una società di servizi.

Le tre Aziende ritengono di aver realizzato, con le manifestazioni organizzate, un buon livello di partecipazione di operatori, degli interlocutori istituzionali e delle associazioni di volontariato.

La quarta scheda presenta una modalità originale di comunicazione di aspetti poco conosciuti dal grande pubblico del servizio veterinario. Il servizio è stato presentato in una mostra dedicata agli animali domestici. Sono state contattate settemila persone e si è riscontrato interesse ai temi del controllo ambientale e della tutela della salute degli animali. Il messaggio veicolato ha contribuito a modificare l'immagine del medico veterinario come "colui che cura solo gli animali domestici", dando conto della complessità del servizio.

Il suggerimento proveniente da questa esperienza è quello di utilizzare mostre settoriali per comunicare servizi specialistici che altrimenti non hanno occasione di essere

conosciuti nella loro complessità. L'Azienda suggerisce di censire gli enti che organizzano grosse manifestazioni e analizzare la tipologia di persone coinvolte per valutare la possibilità di parteciparvi.

SCHEDA 6

UNA GIORNATA DI LAVORO PER COMUNICARE CON LE ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI SUL TEMA DELL'UMANIZZAZIONE

Azienda U.S.L. Roma C

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Si é evidenziata la necessità di scambiare notizie su esperienze e realtà aziendali con le associazioni dei cittadini, unita al bisogno di comunicare collettivamente con i responsabili dei problemi sanitari, con gli interlocutori di associazioni che da anni conoscono molto bene - anche per esperienza diretta - particolari patologie, per recepirne l'esperienza ed avviare un cammino comune volto alla decisionalità e verso l'esecuzione di interventi mirati.

La soluzione adottata é stata quella di inserire una giornata sul tema dell'UMANIZZAZIONE nel quadro degli incontri previsti nella Conferenza di organizzazione e produzione per le varie aree dell'azienda (salute mentale, riabilitazione, etc.).

Questa soluzione ha costituito un'occasione di confronto aperto fra le organizzazioni e gli enti interessati su considerazioni così schematizzabili:

- *ogni intervento / prestazione sanitaria passa attraverso il rapporto fra due persone o tra un gruppo di persone e un singolo; il rapporto e la comunicazione*
- *interpersonali sono al centro dell'intervento sanitario;*
- *una buona organizzazione aziendale deve permettere e garantire la felicità dei suoi membri: in caso contrario l'organizzazione è deviante;*
- *è necessario il rispetto di ciascuno all'interno dell'organizzazione, dato che la dignità è il principale requisito da applicare se si vuole perseguire l'umanizzazione;*
- *analisi dello "status" del paziente;*
- *corrispondenza delle proposte sanitarie con un alto grado di civiltà, in riferimento all'accessibilità, alle attese, ai bisogni inevasi, agli spazi riservati all'accoglienza;*
- *abbattimento delle barriere dovute a parametri di età, di censo, di razza e di patologia;*
- *garanzia nell'equità delle cure;*
- *cure strettamente necessarie, evitando l'accanimento terapeutico e agevolando il consenso informato;*
- *presenza di un comitato etico.*

Qual era la condizione iniziale?

Il confronto costante, quotidiano da parte della Direzione generale con le Associazioni che sollevavano problemi inerenti a particolari patologie ha contribuito di per sé a creare un clima favorevole all'iniziativa.

Come è stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

Si è costituito un piccolo gruppo, composto da due operatori dello staff per le relazioni pubbliche e un primario del Dipartimento di Geriatria, nel quale sono stati decisi alcuni temi da privilegiare.

Su questi temi sono stati inviati dei fax di invito a partecipare a tutte le Associazioni del territorio vicine agli ospedali che fanno capo all'azienda. Una volta concordate le relazioni da portare nella manifestazione, si è predisposto un programma della giornata e si è stampato in trecento copie un depliant illustrativo. Gli operatori dell'azienda sono stati informati mediante l'affissione in bacheca di appositi avvisi.

Il costo è stato molto contenuto perché l'aula dove si è tenuta la giornata è nell'azienda stessa e la gestione di fax e "depliants" è stata fatta in proprio.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

La carenza di spazio sia fisico (la capienza della sala conferenze si limita a non più di 240 persone) che temporale (la giornata di incontro si

svolgeva fra le 9 e le 18) ha fatto sì che questo appuntamento si svolgesse con periodicità annuale, con possibilità di colmare le difficoltà di comunicazione con incontri sui temi specifici con le Associazioni di volta in volta interessate all'argomento.

A queste Associazioni è stato altresì dato uno spazio specifico all'interno degli Ospedali dell'azienda, nell'ambito dei reparti che trattano pazienti rappresentati dalle Associazioni stesse.

Quali risultati sono stati ottenuti?

Alla giornata sono intervenute quaranta Associazioni di cittadini, che hanno dato la loro adesione all'iniziativa e formulato proposte.

Queste proposte sono state raccolte e sono diventate oggetto di lavoro costante della Direzione generale e dello staff per le relazioni con il pubblico.

Una nutrita serie di provvedimenti è stata adottata insieme alle Associazioni degli utenti, come la Casa Famiglia per i pazienti psichiatrici, l'Unità spinale aperta, il Dipartimento per la salute dell'anziano, il Centro Dialisi territoriale.

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

Tra i punti forti la grande partecipazione ed entusiasmo dei cittadini per le scelte aziendali; la pubblicizzazione ed il rafforzamento dell'URP e la base per la realizzazione della Carta dei servizi che ancora non era stata firmata dal Ministero della sanità.

Un punto debole é stato rappresentato dalla faticosa organizzazione e dal difficoltoso censimento di tutte le Associazioni per consentire uno spazio e una partecipazione a tutti, senza nessuna esclusione, all'iniziativa.

Quali suggerimenti si possono dare?

Partendo da zero, l'organizzazione di una conferenza sul tema dell'umanizzazione rappresenta una sfida alle resistenze interne all'azienda e una richiesta di collaborazione con le forze esterne al fine di vincere queste resistenze.

SCHEDA 7

COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI ATTRAVERSO UN CONVEGNO

Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli

Quale problema si voleva affrontare e quale è stata la soluzione adottata ?

Precedentemente si riteneva che i disagi degli utenti fossero riconducibili all'assenza di strumenti legali di tutela. L'esperienza recente ha dimostrato che i suddetti strumenti esistono, mentre permane la mancanza di informazione a coloro che da tali strumenti devono essere tutelati, ovvero i degenti ed i familiari e/o utenti in qualunque forma. La soluzione è consistita nell'organizzazione di un convegno a carattere divulgativo, che ha anche avuto come presupposto la sensibilità di un gruppo di lavoro particolarmente motivato alla promozione del pieno esercizio dei diritti da parte del cittadino.

E' stata adottata questa soluzione perchè si ritiene che l'entità di questo problema sia direttamente proporzionale alla vastità del bacino di utenza di un'azienda sanitaria.

Qual era la condizione iniziale?

Si è instaurato subito un clima favorevole in quanto il paziente non è più considerato dagli operatori sanitari e dal management delle strutture assistenziali come un "soggetto che produce problemi" quanto piuttosto "un amico" per mantenere in vita

l'Ospedale, il reparto, il proprio posto di lavoro.

Come è stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

E' stato organizzato un convegno che ha coinvolto:

- a) le istituzioni;*
- b) le associazioni di volontariato;*
- c) i media;*
- d) gli operatori assistenziali.*

L'iniziativa dell'organizzazione di un convegno a carattere divulgativo ha avuto come presupposto la sensibilità di un gruppo di lavoro particolarmente motivato alla promozione del pieno esercizio dei diritti da parte del cittadino. L'iniziativa è stata promossa dall'associazione "Città '94" che per scelta statutaria ha tra gli obiettivi appunto la diffusione di questi principi nell'ambito della comunità cittadina. Particolare attenzione è stata posta nel coinvolgimento di esperti del settore nella organizzazione. Quindi, il gruppo di "Città '94" ha ritenuto opportuno coinvolgere nella preparazione del convegno anche due componenti del gruppo di lavoro tematico sulla divulgazione della Carta dei servizi, formalizzato dal Dipartimento della programmazione sanitaria del

Ministero della sanità, onde fruire della specifica competenza acquisita presso il suddetto Dipartimento.

Quali sono state le fasi del lavoro? Si sono osservate particolari attenzioni?

a) Il gruppo promotore di "Città '94" ha individuato il tema in oggetto come il più attuale fra quelli specifici della ampia problematica sanitaria.

b) Il gruppo ha sensibilizzato al problema la direzione aziendale della principale azienda sanitaria della Regione, la direzione sanitaria del due Policlinici universitari, l'assessore alla sanità del Comune e quello della Regione, il responsabile presso la Regione della Carta dei servizi, il volontariato (AVO), la rappresentanza di operatori sanitari non medici (IPASVI) e la stampa.

c) Si è individuata una sede in ambito ospedaliero.

L'Associazione ha voluto rivolgere una particolare attenzione al contatto con la Stampa scritta e video nella consapevolezza della importanza strategica dei "media" per la migliore divulgazione dei risultati da conseguire.

Quali sono stati i tempi e i costi del lavoro?

Il tempo richiesto per l'organizzazione del convegno è consistito in circa tre mesi con incontri a cadenza settimanale nell'ambito del gruppo organizzativo promotore.

I costi da inserire nel budget sono consistiti essenzialmente in:

a) sala a costo zero perché offerta dalla Asl

b) materiale pubblicazione: 2.000 inviti e 200 locandine per circa 1,5 milioni

c) servizio di assistenza di sala contenuto per la disponibilità di 8 operatori ospedalieri volontari.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

Tra le maggiori difficoltà è stata individuata l'epidermica ostilità da parte dei responsabili gestionali delle aziende, timorosi di controlli provenienti dall'esterno e che potessero a loro volta promuovere ulteriori controlli da parte di pazienti all'interno delle strutture.

I punti critici sono stati superati rendendo più consapevoli gli interlocutori sul fatto che la Carta dei servizi più che uno strumento di "controllo" deve essere inteso come mezzo di promozione e pubblicizzazione dell'attività svolta dall'azienda.

Quali risultati sono stati ottenuti?

Il risultato ottenuto è stato quello di:

a) coinvolgere il vertice della organizzazione assistenziale sanitaria in genere;

b) di rendere consapevoli dell'utilità della Carta i partecipanti a qualunque titolo intervenuti al convegno;

c) motivare ancor più le organizzazioni dei cittadini e di volontariato a svolgere attività in ambito ospedaliero.

Il cospicuo numero dei partecipanti ha rappresentato una verifica del positivo raggiungimento del risultato che si voleva ottenere.

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

Punti forti riscontrati:

- a) consapevolezza dell'esistenza della Carta;*
- b) divulgazione a macchia d'olio (dai partecipanti ai conoscenti dei partecipanti);*
- c) una fattiva collaborazione tra tutte le componenti che hanno partecipato al convegno.*

Punto debole: lo scarso interesse dei media che si sono dimostrati ancora una volta interessati maggiormente a fatti di malasanità e malamedicina piuttosto che a dare la più ampia diffusione degli strumenti di tutela dell'utente / paziente già esistenti.

Quali suggerimenti si possono dare?

E' importante attuare un più incisivo e diretto coinvolgimento dei giornalisti più rappresentativi sul piano cittadino sin dalla prima fase dell'organizzazione di analoghi convegni.

SCHEDA 8

UNA CONFERENZA PUBBLICA PER PRESENTARE LA CARTA DEI SERVIZI

Azienda U.S.L. Lecce 1

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

L'intenzione era quella di far conoscere gli obiettivi e i contenuti della Carta dei servizi, nel quadro della manifestazione di presentazione del bilancio.

La soluzione adottata é stata l'organizzazione di una pubblica conferenza nella quale presentare obiettivi e contenuti ai rappresentanti delle associazioni sindacali, delle Associazioni di volontariato e tutela dei cittadini, e delle istituzioni pubbliche; ai dirigenti delle varie unità operative; ai rappresentanti dei Medici di base, ospedalieri e specialisti ambulatoriali, oltre che ad autorità del mondo politico e sociale.

Questa soluzione ha costituito un'occasione di confronto aperto fra l'azienda, le organizzazioni del territorio e gli enti interessati alla diffusione della Carta.

Inizialmente c'era un clima di attesa derivante dall'importanza dell'introduzione della Carta dei servizi.

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

Si è istituito il gruppo di lavoro che ha provveduto alla stesura della "Carta dei servizi".

Si è ritenuto necessario, per evitare che la presentazione del documento e la sua realizzazione si realizzassero in tempi diversi, di affidare ad un'unica società editrice e/o di servizi il compito di:

- *procedere alla stampa delle copie necessarie*
- *organizzare la manifestazione di presentazione*
- *distribuire la "Carta".*

Per la presentazione, si è provveduto a:

- *reperire ed affittare una sala per 200 / 250 persone in un albergo cittadino*
- *realizzare ed allestire un fondale a colori per la sala montato su strutture autoportanti, un totem bifacciale da posizionare all'esterno dell'albergo*
- *fornire di idoneo impianto audio con mixer professionale e registratore, di un impianto di TV a circuito chiuso con maxischermi, di microfoni senza filo per eventuali interventi dal posto, di impianto di luci professionali per l'illuminazione della sala e per consentire le riprese televisive. di una struttura adatta alla comunicazione visiva*

- *videoregistrare la manifestazione*
- *fornire tecnici e personale di assistenza.*

La distribuzione, di primo livello, della “Carta” è avvenuta nel corso della manifestazione ai presenti; successivamente la “Carta” è stata assicurata ed effettuata a:

- *farmacie presenti nel territorio dell’azienda*
- *strutture dell’azienda stessa*
- *medici di base*
- *comuni, sindaci del comprensorio*
- *provincia e giunta provinciale*
- *presidente della giunta, capi gruppo e presidente del consiglio, consiglieri regionali*
- *conferenza dei sindaci*
- *revisori dei conti*

- *organizzazioni sindacali, di volontariato e di tutela.*

Quali risultati sono stati ottenuti?

La “Carta dei servizi” ha riscosso numerosi consensi, sia nel corso della manifestazione di presentazione che successivamente; ha avuto risalto anche sugli organi di stampa, nonché delle TV locali che hanno diffuso servizi specialistici sulla manifestazione.

Quali suggerimenti si possono dare?

A chi volesse riprodurre l’esperienza come sopra descritta, suggeriamo di discutere la versione definitiva della Carta in incontri con rappresentanti delle Associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini prima di stamparla.

SCHEDA 9

COMUNICARE LA RILEVANZA SOCIALE DEL SERVIZIO VETERINARIO

Azienda U.S.L. Roma C

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Il problema affrontato era quello di far conoscere ai cittadini la realtà del Servizio Veterinario.

Come soluzione si é pensato di utilizzare la mostra dedicata agli animali domestici (ZOO CASA) tenutasi presso la Fiera di Roma, servendosi, in particolare, dei cicli di conferenze organizzati per valorizzare la manifestazione.

In cambio delle conferenze, la Usl ha ottenuto lo spazio di uno stand nel quale presentare e pubblicizzare il lavoro dei veterinari pubblici, pressoché sconosciuto al grande pubblico.

Questa soluzione veicola con grande immediatezza il messaggio secondo il quale il Servizio Veterinario ha una grossa rilevanza sociale in vari campi, sociale ed economico, sanitario e culturale, in ambito nazionale e territoriale.

Qual era la condizione iniziale?

La situazione di partenza del progetto era caratterizzata dal fatto che il grande pubblico ignorava l'importanza delle attività degli operatori del Servizio Veterinario, limitandosi ai consueti schemi che fanno sì che il

medico veterinario curi solo gli animali domestici.

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

Sono stati coinvolti i veterinari e gli ispettori del Servizio. Si è fatta una prima riunione per affidare compiti:

- *realizzazione dei “depliant” da distribuire in Fiera per i visitatori, soprattutto bambini e giovani;*
- *preparazione di un video di 10 minuti ripetuto con la ripresa degli interventi dei veterinari e degli ispettori nel territorio in materia di:*
 - *profilassi delle malattie dei bovini e degli ovini;*
 - *profilassi delle malattie dei suini;*
 - *igiene del latte;*
 - *anagrafe canina;*
 - *mercato ittico;*
 - *mercato della carne;*
 - *controllo degli alimenti;*
 - *controllo delle colonie feline.*
- *individuazione di turni di presenza di 12 ore per i quattro giorni della mostra.*

Il costo del video è stato sostenuto dagli operatori che lo hanno realizzato, mentre i “depliant” sono stati realizzati dalla Usl..

Quali risultati sono stati ottenuti?

Sono state contattate circa settemila persone.

E' aumentato, nei mesi seguenti, il numero delle telefonate di cittadini che richiedevano spiegazioni e interventi; sono inoltre pervenute richieste, da parte di scuole, per tenere agli studenti lezioni su temi specifici con intento di formazione e prevenzione.

Il veicolo è ottimo se il messaggio che vogliamo trasmettere non è così angoscioso da allontanare il cittadino; inoltre il suo impatto è grande perché viene recepito all'interno di un momento piacevole e, comunque, si è pagato il biglietto e, dunque, il visitatore vuole vedere tutto e manifesta interesse per gli argomenti trattati.

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

E' senz'altro un punto forte del progetto realizzato il grande pubblico e l'interesse da parte dei bambini per i temi del controllo ambientale e della salute degli animali.

Un punto debole è stato constatato nel fatto che la mostra sia stata contrastata dalle associazioni animaliste perché c'erano alcuni punti vendita degli animali e per la presenza di animali esotici fuori del loro ambiente naturale.

Quali suggerimenti si possono dare?

- E' utile informarsi presso gli enti che organizzano grosse manifestazioni nel proprio territorio e cercare di*

capire la tipologia di persone raggiungibili partecipando alle singole manifestazioni; è importante capire, inoltre, cosa può servire alle persone che visitano la mostra sul tema della sanità.

Nuove tecnologie e altri mezzi

L'Azienda U.S.S.L. n. 32 di Garbagnate (MI) ha scelto di pubblicare la Carta dei servizi su Teletext (televideo su televisioni locali private).

Quest'esperienza ha consentito di confrontarsi con i problemi legati all'utilizzo di nuove tecnologie per diffondere alcuni contenuti della Carta dei servizi.

L'Azienda ritiene che le maggiori difficoltà incontrate siano legate ai costi e alla scelta del mezzo: gli utenti non sono sufficientemente abituati ad usarlo o sono sprovvisti di televisori con scheda televideo. Per questo l'Azienda sta verificando l'utilizzo del televideo e sta studiando modi per favorire l'incremento di tale utilizzo.

L'Azienda suggerisce, se si intende utilizzare questi mezzi di comunicazione, il cui vantaggio sta nell'immediato aggiornamento e nella tempestività di comunicazione, di valutare la dimensione economica di tali strumenti (in termini di costo/contatto utile), analizzando preliminarmente la tipologia degli utilizzatori del televideo (quante persone, di che età, di che condizione sociale, come sono distribuite sul territorio, ecc.) e inoltre suggerisce di non usare questo mezzo per i soli obiettivi legati alla comunicazione della Carta dei servizi, ma anche per azioni informative più generali.

L'Azienda Usl Roma C, a seguito della riorganizzazione aziendale legata agli accorpamenti delle Usl di Roma, ha scelto di comunicare la nuova configurazione dell'Azienda utilizzando l'elenco telefonico.

L'iniziativa si è rivelata efficace soprattutto per le informazioni semplici. L'Urp, essendo l'unico servizio che compare sull'elenco in modo rilevante, ha finito col rispondere ai casi di tutta la città. Questa esperienza suggerisce quindi la necessità di integrare la comunicazione di tutte le strutture sanitarie presenti nelle città metropolitane, quando si utilizzano canali destinati a tutti i cittadini come gli elenchi telefonici.

L'Azienda suggerisce inoltre di creare un clima favorevole alla trasparenza quando si effettuano operazioni di comunicazione che coinvolgono il personale.

SCHEMA 10

COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI ATTRAVERSO IL TELEVIDEO

Azienda U.S.S.L. 32 di Garbagnate (MI)

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Interpretando la Carta dei servizi abbiamo scelto come parola chiave per la sua comunicazione l'innovazione. Abbiamo perciò scelto di pubblicare la Carta dei servizi su teletext. Il teletext è in sostanza il televideo: in tutta Europa si chiama teletext, ma solo in Italia la RAI per differenziarsi ha personalizzato il servizio chiamandolo televideo. Quindi per televideo s'intende quello RAI, per teletext lo stesso servizio ma su emittenti private. Il servizio consiste nell'apertura di pagine dedicate alle quali si possono aggiungere delle sottopagine fino ad un massimo di 9. Alle pagine dedicate si accede direttamente usando i tasti del telecomando. Si possono avere informazioni scritte o numeriche, non immagini, né disegni o grafici. Il nostro servizio prevede 40 prime pagine più relative sottopagine per un totale di 400 pagine d'informazione. Attualmente sono occupate dalla Carta 35 prime pagine con circa 4 sottopagine a pagina dedicata. E' stata adottata questa soluzione perché, essendo oggi l'informazione soprattutto televisiva, essa si esplica attraverso messaggi brevi, semplici, preferibilmente con immagini, e trova

maggiore abitudine ad accogliere questo tipo di canale informativo.

Qual era la condizione iniziale?

In tal senso non esistevano esperienze di riferimento. In passato nella Ussl sono state pubblicate delle guide sugli ospedali ed alcuni libretti sui servizi territoriali. Ci sono stati problemi di diffusione, di chiarezza e di aggiornamento. Il televideo supera questi problemi.

Immagine del teletext

1. *Dati Eurisko 93 circa la soddisfazione del pubblico relativi al nazionale Rai e validi per teletext regionali.*
 - *continua disponibilità non legata ad orari fissi;*
 - *la possibilità di recuperare le notizie "perse" alla radio o alla TV, o addirittura di averle in anticipo;*
 - *la vasta offerta di informazioni per interessi specifici e servizi che possono migliorare la qualità della vita dei cittadini.*

Analisi quantitativa

Dati Eurisko 93/1 dal 1984 (anno inizio trasmissione): trend in continua crescita.

- oltre 14 milioni di apparecchi televisivi dotati di scheda teletext;
- stima di circa 21,5 milioni di potenziali lettori, il 46,1% della popolazione di età superiore ai 14 anni;
- lettori effettivi stimati in circa 10 milioni di individui.

Nord ovest zona Ussl 32.

- La popolazione rappresenta il 26,3% del totale della popolazione italiana.

I possessori di televisori dotati di teletext rappresentano il 26,0%, e gli utilizzatori il 27,5%.

Si evidenzia quindi che l'utilizzo è maggiore del possesso. Le stime di lettura prevedono incrementi di utilizzo per le caratteristiche uniche ed innovative del mezzo.

Analisi qualitativa

Dati Eurisko 93/1: la lettura del teletext è leggermente più "maschile" (54,7% uomini - 45,3% donne) con una consultazione pluriquotidiana del mezzo per gli uomini, settimanale per le donne.

- L'utilizzo del teletext presenta una forte concentrazione nella fascia della popolazione attiva (dai 25 ai 45 anni), nonché nel segmento dei giovani (dai 14 ai 24 anni). In due segmenti d'età il teletext è consultato con fedeltà e ottima frequenza.

- Tutti i livelli d'istruzione (dalla scuola media inferiore in su) sono fortemente interessati all'utilizzo, seppure diversificato, del mezzo.

- La lettura si concentra in classi di reddito alto, medio-alto e medio con una buona tenuta anche nella classe medio-bassa.

- l'incrocio dei livelli alti di titoli di studio e classe di reddito testimoniano un uso anche professionale del mezzo.

L'analisi degli stili di vita dimostra che in particolare i giovani, "i delfini" con maggiore potere d'acquisto e gli arrivati, lo stile superiore, in assoluto quello con maggiore disponibilità economico-finanziaria, sono i maggiori fruitori di teletext, che rappresenta un appuntamento pressoché quotidiano.

In generale lo stile maschile è di utilizzo del mezzo come quotidiano; quello femminile come un "magazine" di diversa periodicità e con argomenti diversificati, confermando così le capacità del teletext di poter soddisfare gusti, esigenze e culture differenti.

Oggi inoltre è ormai diffuso accedere attraverso il telefono, la televisione, il computer a molti servizi e con alcuni comunicare in modo attivo (Internet); acquistiamo senza contante, potenzialmente dalle nostre case ci possiamo mettere in comunicazione in tempo reale con altre culture, con altre persone, avere consulenze professionali, accedere ai conti correnti personali (home banking) e queste abitudini stanno diventando parte integrante della vita quotidiana.

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

L'attivazione del servizio è stata comunicata ai cittadini attraverso la distribuzione di 10.000 volantini, 300 manifesti e 5.000 locandine distribuite a più riprese.

I volantini sono comparsi una volta sola all'interno dei quotidiani: da un lato, un messaggio pubblicitario (USSL 32? PER SAPERNE DI PIÙ 100 PAGINE D'INFORMAZIONE SUI SERVIZI SANITARI l'immagine di un televisore e GUARDA IL TELEVIDEO DI TELENNOVA PER INFORMAZIONI, TEL. 99029940); dall'altro, una guida sintetica sull'utilizzo del mezzo: come accedervi, come consultarlo e un forte richiamo alla Carta dei servizi. Al numero segnalato abbiamo aperto quattro linee urbane dedicate di messaggio vocale per guidare l'utente all'utilizzo del televideo in merito alla Carta dei servizi.

Quindi in seguito l'installazione di totem informativi Infopoint collegati via etere da posizionare in punti strategici del territorio ed all'interno dei presidi ospedalieri, di semplice consultazione ed accessibili a tutti.

Sono stati coinvolti l'URP ed i primari nella verifica del servizio da mandare in onda anche dal punto di vista grafico. I comuni hanno collaborato nella distribuzione delle comunicazioni stampate, le radio, i giornali, le televisioni locali e nazionali attraverso la conferenza stampa che ha inaugurato il servizio.

Quali sono state le fasi del lavoro? Si sono osservate particolari attenzioni?

Le fasi sono state:

- A) verifica della diffusione del teletext*
- B) scelta dell'emittente*
- C) inserimento del testo su teletext ed elaborazione del messaggio dal punto di vista dell'immagine*

- D) elaborazione dell'indice per argomenti e non per pagine*
- E) preparazione di pubblicità cartacea da distribuire sul territorio*
- F) organizzazione della conferenza stampa*
- G) ricerca sponsors.*

Attenzione particolare è stata posta nella scelta dell'emittente locale. Il teletext è diverso da emittente ad emittente, pur simile nel servizio, ha delle linee produttive differenti. Abbiamo quindi scelto un'emittente che avesse un ottimo segnale e dati di "share" soddisfacenti. Da questa analisi sono state evidenziate due emittenti con le stesse caratteristiche. A questo punto l'analisi del loro teletext evidenziava che una aveva un taglio molto commerciale ed un'altra di servizio, ospitando alcuni comuni lombardi, quali Milano, Bergamo; sapevamo, inoltre, che sarebbe stato utilizzato anche dalla Guardia di finanza regionale per fornire tutte le informazioni circa gli URP del fisco. Quindi la visibilità sarebbe aumentata notevolmente favorendo implicitamente anche le nostre informazioni. Altra particolare attenzione è stata posta alla normativa sulla pubblicità sanitaria. Dopo diverse ricerche, sia il Garante per la pubblicità che la Regione Lombardia non hanno posto vincoli riguardo al servizio, anche perché le leggi vigenti prendono in considerazione soprattutto la pubblicità attraverso targhe ed in caso di eccezione delegano il parere alla Regione di competenza. Oltre a ciò, la stessa Carta dei servizi può essere un ottimo "cavallo di Troia" per farsi indirettamente pubblicità.

Attenzione speciale è stata dedicata ai problemi di costo del servizio, ottenendo dalla ditta proprietaria del teletext delle condizioni economiche straordinarie, facendo leva sul fatto di essere i primi in Lombardia a realizzare un tale progetto e quindi di rappresentare un possibile esempio per altre strutture sanitarie pubbliche e private.

Quali sono stati i costi?

Il costo annuale del servizio è di L. 80.000.000 + IVA in onda 24 ore su 24, comprensivo di aggiornamenti anche quotidiani inseriti dalla Ditta titolare del teletext, e qualora l'Ussl desiderasse inserire direttamente i dati viene offerto gratuitamente un software specifico ed un mini-corso di aggiornamento.

Il costo per pagina dedicata sarebbe di L. 1.000.000 al mese e di L.500.000 per sottopagine + L.50.000 per aggiornamento pagina + costi produzione di L.100.000 per pagina con sconti del 20% se contratti semestrali o del 30% se annuali.

Il servizio non è stato pagato dall'azienda, bensì sponsorizzato.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

Le maggiori difficoltà incontrate sono legate alla novità del mezzo, sia perché gli utenti non sono sufficientemente abituati ad usarlo, sia perché alcuni sono sprovvisti di televisori con scheda televideo. Va da sé che tale servizio in relazione alla Carta non può essere

esaustivo ma necessita almeno di colonnine informative sul territorio per dare la possibilità a tutti di accedere alle informazioni.

Il costo è un altro handicap del servizio; sebbene nato con scopi commerciali, trova favore presso aziende private interessate a legare il proprio prodotto ad un'informazione di sicura utilità per il cittadino. Essendo però uno strumento nuovo, c'è bisogno ancora di tempo perché il marketing delle aziende se ne possa compiutamente avvalere.

Quali risultati sono stati ottenuti? Sono state fatte verifiche?

Tempestiva comunicazione ai cittadini della Carta dei servizi deliberata ad ottobre e resa pubblica a dicembre. Il televideo si è dimostrato anche spazio d'incontro per i cittadini; in particolare, le associazioni di volontariato hanno a disposizione delle pagine dedicate autogestite sulle quali mettere le informazioni che desiderano, dando in questo modo un forte segnale di partecipazione alla diffusione della Carta dei servizi.

Anche il personale ha la facoltà di accedere e modificare liberamente in tempo reale le proprie informazioni. E' sicuramente una comunicazione nuova per sottolineare la novità culturale della Carta dei servizi.

Da segnalare la gratuità del servizio per gli utenti.

Stiamo verificando l'utilizzo del servizio attraverso la raccolta delle telefonate che arrivano all'URP. Nei mesi da gennaio a marzo vi è un incremento dell'utilizzo del servizio di circa l'8%

mensile. Da una partenza del 12% siamo ad un utilizzo totale del 32% con un incremento nel mese di marzo che suggerisce un progressivo aumento dei dati. Le associazioni di volontariato ed i dipendenti hanno accolto con favore il mezzo e sicuramente contribuiranno a renderlo più efficace.

Quali azioni di miglioramento si possono effettuare?

Fondamentale è richiamare la popolazione all'utilizzo attraverso pubblicità cartacea: in particolare manifesti, in modo continuativo. Occorre, inoltre, posizionare sul territorio dei totem informativi in punti strategici. Utilizzare al massimo le potenzialità del mezzo aggiornandolo continuamente, facendolo diventare a poco a poco un appuntamento quotidiano e facendo leva, in particolare, sulle liste d'attesa e sulla possibilità di sfruttare il servizio anche con funzioni formative.

Quali suggerimenti si possono dare?

Bisognerebbe porre particolare attenzione alla conoscenza ed all'abitudine all'utilizzo del televideo da parte della popolazione. Occorrerebbe, inoltre, avere la certezza di poter utilizzare tutte le potenzialità dello strumento, non solo in relazione alla Carta dei servizi. E' importante includere nel progetto l'installazione di totem informativi sul territorio. E' utile delegare l'aggiornamento alla società che gestisce il servizio,

scegliendo delle modalità facili e tempestive.

Bisogna, infine, assicurarsi di poter avvisare la popolazione della presenza di tale servizio, richiamandola costantemente all'utilizzo della Carta dei servizi su televideo.

SCHEDA 11

COMUNICARE AI CITTADINI LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Azienda U.S.L. Roma C

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Dopo l'accorpamento di tre Unità sanitarie locali era necessario far arrivare ai cittadini un quadro d'insieme della nuova configurazione dell'azienda Usl, in termini di organizzazione e di numeri di telefono di tutti i presidi.

Si è così scelto di organizzare uno spazio di mezza pagina sugli elenchi telefonici in cui fosse individuata l'organizzazione dell'azienda, con i servizi, i distretti e le varie unità operative incluse in ogni distretto. Questa soluzione discende da una forte volontà di chiarezza e di trasparenza da parte dell'Azienda, che ha scelto di mettere il numero di telefono dei Direttori, dell'URP e del CUP ai primi posti.

Qual era la condizione iniziale?

La riorganizzazione aziendale aveva generato una grande confusione per il cittadino, che aveva la necessità di orientarsi nella nuova situazione e di avere nuovi e certi riferimenti telefonici per i suoi problemi.

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state adottate?

Si è partiti dall'organigramma aziendale e si sono presi i contratti dei telefoni per i numeri autonomi; svolte le singole verifiche per i numeri collegati con i centralini, non è stato mai riportato nell'elenco il numero del centralino, bensì l'interno del responsabile dell'unità operativa o della segreteria.

Il contratto per la pagina e per i rimandi in ogni voce (ex Usl., Ospedali, etc.) ha determinato un costo di Lire 26.235.000.

Quali sono state le maggiori difficoltà individuate?

La fase realizzativa non ha incontrato grosse difficoltà, fatta eccezione per alcune velate proteste da parte degli operatori che si sono quasi inaspettatamente trovati in prima linea nei rapporti con il cittadino.

Quali risultati sono stati ottenuti?

L'iniziativa ha consentito di avviare rapporti con il cittadino per via telefonica, avendo considerato questo strumento un mezzo di estrema efficacia soprattutto per le informazioni semplici.

Quali sono stati i punti forti e quali i punti deboli? Quali suggerimenti é possibile dare?

Punto forte: la comunicazione più mirata ha ridotto il numero di telefonate improprie, con un grosso risparmio di tempi da parte dell'Azienda.

Punto debole: il Servizio di relazioni con il pubblico, essendo l'unico che compare sull'elenco con tale rilevanza, si trova in tal modo a rispondere per i casi di tutta la città di Roma.

E' importante creare un clima di disponibilità alla trasparenza nelle proprie strutture.

3.3 Strumenti ed esperienze di ascolto e di verifica

I questionari

L'Azienda per i servizi sanitari n. 6 Friuli occidentale e l'Azienda Usl n. 2 di Lucca hanno utilizzato il questionario per misurare la soddisfazione degli utenti durante il ricovero ospedaliero nei reparti di Medicina, Otorinolaringoiatria, Cardiologia e Chirurgia generale. L'intento è stato quello di misurare il livello di soddisfazione dei pazienti in situazione a forte connotazione specialistica (come otorinolaringoiatria) e in quelle caratterizzate da forte turn-over (gli altri reparti).

Le Aziende suggeriscono di utilizzare questionari "più rispondenti alle realtà locali" e di sensibilizzare il personale di reparto sulle modalità di presentazione del questionario per ridurre le percentuali di non risposta.

L'Azienda n. 6 Friuli occidentale presenta un'indagine sulla rilevazione della soddisfazione dei pazienti dei medici di medicina generale. L'indagine ha coinvolto 160 utenti. Si tratta di utenti di 15 medici (su 18) che esercitano nei comuni in cui è avvenuta la rilevazione.

L'Azienda prevede di ripetere l'esperimento con un questionario "elaborato in loco" e testato per soddisfare criteri di affidabilità.

Infine l'Azienda ospedaliera di Cosenza presenta un'esperienza di utilizzazione del questionario per rilevare costantemente la qualità dei servizi offerti.

Il questionario è distribuito ai pazienti al momento dell'accettazione in ospedale e viene restituito utilizzando apposite "cassette" predisposte allo scopo nei tre ospedali dell'Azienda.

L'Azienda ritiene l'esperienza complessivamente positiva e suggerisce di trasmettere sempre i risultati alla direzione per gestire i punti di crisi e di "eccellenza" rilevati.

SCHEDA 12

MISURE DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA DURANTE IL RICOVERO OSPEDALIERO

Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale"

Azienda U. S. L. 2 di Lucca

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

per l'impiego di strumenti di rilevazione del gradimento dell'utenza.

Nella ricerca del miglioramento qualitativo e quantitativo nell'erogazione dei servizi di reparto, è stata sempre molto sentita l'esigenza di individuare i fattori di qualità dei singoli servizi, per es. indicatori di esito (indicatore di soddisfazione degli utenti) oppure indicatori di struttura (derivanti da rilevazioni periodiche) sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure.

Come é stata sviluppata la soluzione?

L'attenzione è stata rivolta particolarmente ad aspetti quali: accoglienza, assistenza medica e infermieristica, comfort ospedaliero, informazioni, rispetto della dignità e del pudore, mantenimento di relazioni con l'esterno.

La soluzione adottata può essere suddivisa in tre aspetti:
Aspetti metodologici
 - Sono stati scelti tre reparti di un solo Presidio ospedaliero dell'azienda: Medicina ed Otorinolaringoiatria in tutte e due le aziende, più Cardiologia per l'azienda friulana e Chirurgia generale per quella toscana; l'intento è stato quello di testare due situazioni caratterizzate da un alto turn over e una con forti connotati specialistici (O.r.l.).
 - La distribuzione e la raccolta del questionario sono avvenute nell'azienda friulana attraverso la collaborazione del personale del reparto, mentre nell'azienda toscana tramite gli allievi della scuola infermieri, adeguatamente preparati; l'informazione-istruzione al personale di reparto è avvenuto attraverso lettera.

In entrambe le aziende si è adottata, naturalmente nel rispetto delle proprie specificità, la soluzione del questionario informativo.

- La rilevazione è avvenuta in Friuli in un unico giorno per testare tutta l'utenza presente in quel momento nei reparti scelti, evitando la selezione dovuta al caso o a errori sistematici di attitudine del rispondente; in Toscana per una settimana.

Nell'azienda friulana il questionario è stato distribuito complessivamente in n. 100 copie. Nell'azienda lucchese il questionario è stato somministrato in n. 92 copie ai pazienti all'atto della dimissione.

Questa soluzione risultava metodologicamente sperimentata e in grado di produrre risultati significativi. Inizialmente la scelta di questa soluzione ha creato uno stato di attesa

Soggetti coinvolti:

- personale Ufficio studi e programmazione e Ufficio per le relazioni con il pubblico con competenza per gli aspetti di programmazione-fattibilità e di elaborazione e analisi dei dati.
- dirigente sanitario del Presidio ospedaliero per gli aspetti di coordinamento.
- personale medico-infermieristico dei reparti per gli aspetti di sensibilizzazione sull'iniziativa, sia nei confronti degli operatori sanitari che nei confronti dei destinatari.
- direttore della Scuola infermieri professionali.

Fasi temporali

Tempo (riferito all'azienda di Pordenone) per:

- scelta dello strumento: 1 mese
- coinvolgimento e sensibilizzazione dei soggetti interessati: 2 mesi
- distribuzione e raccolta: 2 giorni
- elaborazione ed analisi dei dati: 1 mese.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate e i punti critici individuati?

Una difficoltà è stata riscontrata nella alta percentuale di "non-responders" (in media 12% in Friuli e 17% in Toscana) che, rispetto alla numerosità del campione, crea problemi di significatività.

Tale situazione, a nostro avviso, è dovuta alla non adeguatezza dello strumento utilizzato alla realtà locale e a possibili difficoltà interpretative delle domande, nonché al fatto che al momento dell'indagine il paziente si trovava ancora in ambito ospedaliero

ed era, quindi, "condizionato" dall'ambiente.

In particolare, nel questionario predisposto dall'Azienda friulana non risulta chiaro se items del questionario come "Assistenza medica" e "Assistenza infermieristica", si riferiscano agli aspetti tecnici dell'azione o ad una valutazione più generica, riferita alla quantità di informazioni ricevute. Ad esempio, nel primo caso ("Assistenza medica"), è evidente che una valutazione tecnica dell'intervento da parte dell'utente non è né possibile, né adeguata. Questa scarsa chiarezza nell'identificazione di ciò che si vuole misurare, porta conseguentemente ad un'impossibilità di interpretare correttamente i risultati.

Quali risultati sono stati ottenuti?

A Pordenone sono stati raccolti n. 89 questionari (sui 100 distribuiti), mentre a Lucca i 92 questionari sono ritornati tutti. La relativa analisi ha messo in luce i seguenti aspetti.

Con riguardo ai risultati attesi, può essere considerato raggiunto, con la riserva delle considerazioni precedenti, un indicatore di esito. Per quanto riguarda, invece, la possibilità di individuare degli indicatori di struttura, non si ritiene opportuno ripetere l'esperienza nella stessa forma per i limiti evidenziati nell'applicazione del questionario alla nostra realtà.

Comunque, fatte salve le considerazioni rispetto alla significatività di cui al punto precedente, è stato riscontrato un alto grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai vari ambiti testati (in media

le risposte “Soddisfatto” e “Molto soddisfatto” raggiungono l’81%).

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

Tra i punti forti si evidenzia la disponibilità del personale dell’Azienda ad effettuare tali indagini.

Tra quelli deboli, invece, :

- Necessità di individuare una modalità di sensibilizzazione (per esempio attraverso incontri diretti o attraverso il volontariato) che garantisca una maggiore collaborazione da parte del personale del reparto, per quanto riguarda il modo di presentare il questionario all’utente, al fine di ridurre le percentuali di non restituzione e di “non responders”, superando paure e diffidenze.

- Necessità di strutturare un questionario più rispondente alla realtà locale.

Quali suggerimenti si possono dare?

In prospettiva e come indicazione da fornire ad altre Aziende, ripetere l’esperimento con un questionario elaborato in loco, più rispondente alla necessità di ottenere risultati significativi all’interno dei nostri Ospedali.

È in atto un progetto per testare questo strumento nella sua affidabilità.

SCHEDA 13

MISURA DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA NEI CONFRONTI DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale"

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Si é inteso avere rilevazioni quantitative sulla soddisfazione dell'utenza dei medici di medicina generale compatibili con altri studi.

La soluzione adottata, quindi, é stata quella di utilizzare un questionario standardizzato e validato per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza della medicina generale somministrato da intervistatori esperti.

A ciò ha fatto seguito l'informatizzazione dei dati raccolti e l'analisi statistica automatizzata (SPSS per Windows) degli stessi.

La soluzione sopra esposta é stata scelta per l'affidabilità accertata dello strumento di rilevazione, soprattutto per quel che riguarda la coerenza interna e la ripetibilità dei risultati.

Qual era la condizione iniziale?

Inizialmente c'è stata attesa per l'impiego di strumenti di rilevazione del gradimento dell'utenza.

Soprattutto per verificare la capacità dello strumento di rilevare correlazioni significative tra i vari items e tra clusters.

Come é stata sviluppata la soluzione?

La soluzione adottata é suddivisibile in tre aspetti particolari:

Aspetti metodologici

- rilevazione del gradimento dell'utenza come indicatore di qualità percepita dall'utente nei riguardi della Medicina generale.

- selezione di un campione il più significativo ed omogeneo possibile in modo da poter essere preso come modello generale degli utenti del servizio.

- standardizzazione della raccolta dei dati attraverso la validazione del questionario, il training degli intervistatori e la garanzia di anonimato. Garanzia di ripetibilità attraverso il test di affidabilità del questionario.

- analisi dei risultati attraverso la regressione multipla per evidenziare la correlazione tra items e gruppi di items identificati attraverso il clustering.

- suddivisione del questionario in aree di analisi (tempi di attesa/risposta, comfort strutturale, informazione e rispetto diritti ecc.) per poter identificare più rigorosamente eventuali problematiche emergenti.

- rilevazione eseguita in diversi luoghi (poliambulatori e sale di attesa dei medici di medicina generale) per avere

la conferma che il setting non creasse bias nelle risposte.

- standardizzazione dei giorni di rilevazione con scelta di due giornate indice settimanali coincidenti con picchi di afflusso.

Soggetti coinvolti

160 utenti dei medici di medicina generale dell'ex Usl 9 "del Sanvitese" (80 intervistati nella sala di attesa del medico di medicina generale ed 80 in 3 poliambulatori distrettuali). Gli assistiti erano utenti di 15 medici di medicina generale su un totale di 18 esercitanti nei comuni dove è avvenuta la rilevazione. I medici di medicina generale erano d'accordo con lo studio ma non sapevano quando sarebbe avvenuta la rilevazione.

Gli operatori interessati allo studio erano i rappresentanti dell'Ufficio epidemiologico dell'Usl n° 9 "del Sanvitese", due intervistatori preventivamente sottoposti a training, i rappresentanti locali dei medici di medicina generale.

Fasi temporali

Ricerca bibliografica internazionale su analisi della qualità nella medicina generale e standardizzazione e validazione dei questionari. (2 mesi)

Sviluppo del questionario con successivo test di reliability su 50 questionari somministrati a campione omogeneo a quello poi selezionato. (1 mese e mezzo)

Selezione del campione, auditing con i medici di medicina generale e training degli intervistatori. (2 mesi)

Esecuzione interviste. (1 mese)

Inserimento dati, analisi statistica, interpretazione e reporting. (1 mese e mezzo)

Condivisione dei risultati con operatori ed utenza. (1 mese)

Quali sono state le maggiori difficoltà individuate?

Nonostante le difficoltà di generalizzare i risultati di un campione così limitato, le maggiori aree problematiche appaiono quelle legate all'accessibilità dei servizi ed in particolare ai due elementi costituiti dai tempi di attesa e dall'orientamento generale nei percorsi burocratico istituzionali.

Quali risultati sono stati ottenuti?

Si possono individuare i seguenti risultati:

- soddisfazione (misurata come spostamento dal punto centrale) significativamente positiva per tutte le aree sottoposte a monitoraggio, con alcuni problemi di interpretazione solo per l'area dedicata ai tempi di attesa.
- identificazione dell'area di maggiore problematica per quel che riguarda la soddisfazione dell'utenza in quella dei tempi di attesa della prestazione sanitaria.

- identificazione di un'alta correlazione tra alto utilizzo di servizi sanitari e soddisfazione, che può facilmente essere interpretata come risultato della buona attenzione prestata dagli operatori ai pazienti ad alto carico.

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

Un punto forte é riscontrabile nell'elasticità dello strumento adottato. E', però, presente almeno un punto debole: esso consiste nel non elevato gradimento dei servizi di medicina generale da parte degli utilizzatori saltuari che probabilmente hanno alcuni problemi ad orientarsi nei percorsi e nell'accessibilità dei servizi pubblici di sanità.

Quali suggerimenti si possono dare?

In prospettiva e come indicazione da fornire ad altre aziende, è prevista la ripetizione dell'esperimento con un questionario elaborato in loco, più rispondente alla necessità di ottenere risultati significativi all'interno dei nostri ospedali; è, inoltre, in atto un progetto per testare questo strumento nella sua affidabilità.

SCHEDA 14

L'ASCOLTO DEI CITTADINI/UTENTI DEL SERVIZIO OSPEDALIERO

Azienda Ospedaliera di Cosenza

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Era importante avere rilevazioni quantitative sulla soddisfazione dell'utenza in riferimento alla fruizione dei vari servizi e ai livelli qualitativi dell'assistenza.

Con l'introduzione della carta dei servizi, l'URP, d'accordo con la Direzione generale dell'azienda, ha elaborato (con il coinvolgimento del volontariato, della Direzione sanitaria, dei primari e dei capo sala) il questionario "giallo", installando nei tre ospedali apposite "cassette gialle per gli utenti". Il tutto per raggiungere un duplice obiettivo:

- verificare e migliorare la qualità dei servizi sanitari;

- concorrere a realizzare l'aziendalizzazione con il coinvolgimento dei cittadini-utenti.

Tale soluzione é stata adottata poiché il questionario come fatto concreto, legato alle innovazioni pretese dal "processo Carta dei servizi", costituisce il mezzo più efficace per l'ascolto dei bisogni reali degli utenti.

Qual era la condizione iniziale?

Inizialmente la soluzione é stata vissuta con entusiasmo dagli operatori dell'azienda, i quali sono fortemente motivati nel "processo Carta" (URP -

Direzione generale - capo sala) perché, finalmente, si stava attuando il metodo della rilevazione del grado di soddisfazione riguardo alla qualità dei servizi forniti all'utenza e, allo stesso tempo, si poteva intervenire nei "punti di crisi" e risolverli tempestivamente, comunicando agli utenti di avere preso nota delle segnalazioni e delle proposte pervenute all'azienda.

Come é stata sviluppata la soluzione?

Sono stati distribuiti i questionari a tutti i ricoverati nel momento dell'accettazione in ospedale.

L'operazione é stata preceduta da una campagna d'informazione fatta sui giornali, sulle radio e sulle televisioni locali (con comunicato stampa e senza impiego di risorse economiche).

Già nell'opuscolo sulle prestazioni ospedaliere (oggetto di altra "scheda di caso"), diretto a tutti i 4000 medici della provincia, era stata comunicata l'introduzione del questionario per gli utenti.

I questionari, prelevati dalle "cassette gialle per gli utenti", sono stati esaminati dall'URP, con periodicità bimestrale. L'esito é stato comunicato alla Direzione generale, sanitaria ed amministrativa, nonché alle Associazioni di volontariato, e pubblicati, a beneficio degli operatori,

sulla rivista dell'azienda, e sui giornali locali a beneficio del vasto pubblico.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate?

All'inizio si è rilevato uno scarso numero di questionari rispetto ai ricoverati, a causa dell'avversione di alcuni settori interni non abituati a coinvolgere i destinatari dell'assistenza. Si sono, inoltre, registrate perplessità da parte di alcune associazioni di volontariato non verso l'iniziativa, ma sulla "firma ed indirizzo facoltativi" del questionario.

Quali risultati sono stati ottenuti?

Nel complesso sono stati ottenuti risultati positivi. Su 1698 questionari esaminati sono stati registrati i dati di seguito riportati.

Prestazioni mediche

soddisfatti: 94,5%; non soddisfatti: 4,2%; l'1,3% non ha fornito alcuna indicazione.

Assistenza infermieristica

soddisfatti: 92,8%; non soddisfatti: 5,3%; l'1,9% non ha fornito alcuna indicazione.

Vitto

soddisfatti: 70%; non soddisfatti: 24%; il 6% non ha fornito alcuna indicazione.

Gentilezza, educazione del personale

soddisfatti: 89%; non soddisfatti: 7%; il 4% non ha fornito alcuna indicazione.

Igiene sale degenza

soddisfatti: 82%; non soddisfatti: 11%; il 7% non ha fornito alcuna indicazione.

Igiene dei bagni

soddisfatti: 78%; non soddisfatti: 18%; il 4% non ha fornito alcuna indicazione.

La media percentuale del grado di soddisfazione complessiva (sempre riferito a tutta l'Azienda Ospedaliera) è la seguente:

*soddisfatti: 87,07%;
non soddisfatti: 9,86%;
non ha fornito alcuna indicazione: il 3,07%.*

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

Tra i punti forti è stata individuata, assieme ad una tendenza costante, nei 4 campioni esaminati, a rafforzare la media complessiva della soddisfazione nei tre ospedali dell'azienda, la consapevolezza dei cittadini-utenti, per la prima volta coinvolti nel metodo della rilevazione attraverso questionario, che firmano ed indicano l'indirizzo (nella quota del 76%) e, spesso anche il numero di telefono, e indicano reclami (che incidono per il 30%), insieme a proposte e suggerimenti (che incidono per il 13%). Ciò spinge l'URP e la Direzione generale a proseguire nel "processo di coinvolgimento dei cittadini"

istituzionalizzando la metodologia della distribuzione del questionario.

Può essere indicato come un sicuro elemento di debolezza vil fatto che permangono sacche di resistenza - specialmente nell'ospedale più grande - verso la crescita del numero dei questionari.

Quali suggerimenti si possono dare?

E' importante proseguire nella distribuzione sistematica dei questionari, per rilevare costantemente la qualità dei servizi offerti.

Occorre effettuare anche la somministrazione diretta per campioni prescelti.

Sarebbe utile introdurre periodicamente anche l'osservazione diretta con apposite griglie.

Non bisogna tralasciare la trasmissione continua dei risultati alla Direzione generale e sanitaria per intervenire sui punti di crisi in modo tempestivo e per migliorare ed incentivare le situazioni positive.

Insistendo su questa metodologia, l'azienda potrà diventare competitiva con le altre aziende sia pubbliche che private operanti sul territorio.

Reclami e capacità di ascolto

L'azienda Usl 2 di Lucca presenta l'esperienza di rilevazione dei reclami attraverso l'attivazione di un numero verde. Il telefono costituisce il primo passo del procedimento di gestione del reclamo in termini di risorsa per l'azienda e di rapporto con il cittadino. L'azienda non rileva particolari criticità legate all'attivazione del numero verde ma suggerisce, rispetto al processo di gestione dei reclami, di coinvolgere il personale dell'Azienda, per superare resistenze e atteggiamenti di difesa. Ritiene che possano risultare utili, a tale scopo, anche i corsi di aggiornamento obbligatori.

L'Azienda Caserta 2 di Aversa presenta un'esperienza finalizzata a migliorare la capacità di comunicazione con gli utenti del personale di un distretto dell'Azienda.

L'Azienda ritiene di aver conseguito risultati positivi (migliore conoscenza dei problemi interni al servizio, apertura di un canale di comunicazione tra gli apparati amministrativi e sanitari, apertura degli sportelli in orario pomeridiano, miglioramento della segnaletica interna ed esposizione degli orari di accesso, individuazione del personale da adibire al punto di informazione e sua formazione) e suggerisce di utilizzare, nella fase iniziale dell'intervento, una scheda che consenta di conoscere in modo sistematico il personale e di concordare con lo stesso le fasce orarie da utilizzare per i vari interventi previsti dal programma di lavoro.

Entrambe queste schede segnalano la complessità dei temi della gestione dei reclami e del coinvolgimento del personale, che saranno oggetto di prossimi approfondimenti.

SCHEDA 15

MONITORAGGIO LAMENTELE ATTRAVERSO IL NUMERO VERDE

Azienda U. S. L. 2 di Lucca

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

Si é evidenziata la necessità di accogliere le lamentele attraverso il numero verde, sia per dare una risposta al cittadino segnalante, sia per migliorare i servizi oggetto delle disfunzioni.

E' stata, quindi, adottata la seguente procedura:

- lamentela telefonica del cittadino;
- trascrizione da parte dell'operatore addetto;
- invio di una lettera al cittadino segnalante, a firma del Direttore generale della aziendaUsl, in cui si informa che sulla lamentela la Direzione ha attivato un'indagine;
- invio contemporaneo della segnalazione al Responsabile della struttura operativa interessata, invitandolo a far pervenire all'URP tutte le informazioni necessarie per una risposta circostanziata ed a comunicare eventuali provvedimenti adottati. Copia della lamentela è inviata per conoscenza al Direttore sanitario, al Direttore amministrativo ed al Dirigente medico ospedaliero (se interessati);
- a seguito dell'indagine, l'URP predispone la risposta al cittadino, a firma del Direttore generale;
- tempi del procedimento: 30 giorni, salvo eccezioni.

Tale soluzione é stata adottata per l'affidabilità accertata del processo.

Tale procedimento ha avuto inizio con il mese di maggio 1995 a seguito dell'istituzione dell'Unità operativa Relazioni esterne.

Come é stata sviluppata la soluzione?

Al termine di ogni procedimento , l'URP segnala alla Direzione aziendale i possibili correttivi da proporre alla struttura operativa interessata. Semestralmente l'URP predispone una relazione per il Direttore generale, per il Direttore sanitario e per il Direttore amministrativo in cui si evidenziano il numero totale delle lamentele, le strutture operative interessate alla lamentela, la tipologia delle lamentele (riguardanti attese, prestazioni prenotate e non erogate, mancanza di informazioni chiare, atteggiamenti scortesi nei confronti degli utenti da parte di medici, infermieri, personale amministrativo, mancato rispetto dell'orario da parte del personale, altro).

Sono talvolta presenti resistenze e diffidenze da parte del personale della struttura nei confronti delle segnalazioni da parte dei cittadini.

Quali risultati sono stati ottenuti? E' possibile individuare punti forti e deboli del lavoro?

Il monitoraggio delle lamentele, insieme al monitoraggio delle liste di attesa, ha permesso di apportare miglioramenti

alle strutture operative, in particolare al Centro unico di prenotazione; inoltre, ha permesso di valutare i punti deboli relativi alla segnaletica ed alle informazioni.

Si può individuare un punto forte nell'elasticità ed efficacia dello strumento adottato dal punto di vista dell'attuazione delle soluzioni migliorative.

Quali suggerimenti si possono dare?

È utile coinvolgere maggiormente il personale dell'azienda per superare resistenze e diffidenze. Per farlo possono essere utilizzati i corsi di aggiornamento obbligatori che l'azienda periodicamente organizza.

SCHEDA 16

COME COINVOLGERE IL PERSONALE PER MIGLIORARE LA CAPACITÀ DI ASCOLTO VERSO I CITTADINI

Azienda A.S.L. Caserta 2 di Aversa (CE)

Quale problema si voleva affrontare e qual é stata la soluzione adottata?

L'apertura progressiva di punti informazione ed orientamento su tutto il territorio aziendale, finalizzati a migliorare l'accessibilità alle strutture sanitarie da parte dei cittadini, ha posto in evidenza il problema di come dare in modo comprensibile e chiaro le relative informazioni e di come orientare l'utenza evitando che essa stessa diventi veicolo di raccordo tra i diversi pezzi del sistema assistenziale.

Il territorio dell'Asl CE/2 è suddiviso in 10 distretti, che hanno caratteristiche geo-morfologiche, socio-culturali ed economiche molto diverse; in più sono presenti 4 presidi ospedalieri.

Da una prima analisi emerge la difficoltà di attivare il servizio di informazione ed accoglienza per carenze di personale e di strutture; un altro aspetto osservato nella pratica riguarda la difficoltà di fornire alla propria utenza ulteriori informazioni circa i raccordi con le altre strutture sanitarie del territorio, attribuibile alla mancanza di circolazione delle informazioni: tutti danno informazioni sul proprio specifico, nessuno è in grado di dare informazioni sul complesso.

Si configurano, pertanto, le seguenti aree di intervento :

- 1. necessità di lavorare su personale aggregato in strutture complesse (poliambulatori, servizi di assistenza amministrativa, ecc.);*
- 2. necessità di uniformare le procedure e rendere omogenei gli accessi all'utenza;*
- 3. necessità di creare una banca dati per tutti i servizi sanitari ed amministrativi, rendendone partecipi in primis tutti gli operatori.*

La difficoltà di avviare un progetto che riguardi l'intera Asl porta a restringere il campo di intervento. Si valuta la possibilità di partire con un progetto pilota presso uno solo dei distretti in cui esistono le condizioni idonee all'avvio dell'esperienza, determinate, in ultima analisi, dalla presenza di una struttura complessa (direzione del distretto + poliambulatorio + servizio per l'assistenza sanitaria di base). Si centra, quindi, l'attenzione sulla prima delle tre aree critiche, proponendo lo sviluppo di un programma di formazione-intervento presso la struttura individuata.

Finalità:

- miglioramento della capacità di ascolto del personale a contatto con il cittadino*
- miglioramento dell'accessibilità al servizio.*

- *Obiettivi:*
- *coinvolgimento del personale in attività di formazione*
- *creazione di un'area comune sanitaria / amministrativa*
- *organizzazione ed apertura di un punto informazione*
- *Risultati attesi:*
- *rimotivazione del personale, miglioramento dei rapporti interni, miglioramento della capacità di ascolto verso l'esterno.*

Qual era la condizione iniziale?

Inizialmente la situazione presentava le seguenti caratteristiche:

- a) disponibilità della direzione sanitaria del distretto.*
- b) presenza di opinion-leader, tra il personale, favorevoli all'avvio del progetto.*
- c) riconoscimento del "gruppo di progetto" (URP) come personale appartenente alla medesima azienda; identificazione dello stesso come elemento di raccordo con la direzione aziendale.*
- d) aspettative pessimistiche da parte del personale nei confronti del futuro della struttura (attuazione del principio di libera scelta da parte del cittadino).*
- e) attuazione di provvedimenti di controllo sull'orario di lavoro.*

Come é stata sviluppata la soluzione e quali azioni di coinvolgimento sono state intraprese?

Si parte dal presupposto che le figure professionali a contatto con il pubblico presenti in una determinata struttura, pur avendo una propria precisa modalità di comunicazione ed ascolto dell'utenza, possiedono una capacità autonoma di innovazione che, giustamente stimolata, può produrre dei cambiamenti positivi nel proprio modo di operare. Il modello di riferimento utilizzato è quello della sequenza di slancio/controllo (Taylor^()) che può essere riassunta nei seguenti punti:*

- 1. slancio negli atteggiamenti*
- 2. studio di fattibilità*
- 3. slancio nella conoscenza*
- 4. slancio negli schemi culturali*
- 5. slancio nell'esecuzione*
- 6. controllo.*

Il protocollo operativo ha previsto lo sviluppo di cinque fasi:

Fase 1

-Conoscenza della realtà organizzativa del Servizio all'origine, da parte del Gruppo di Progetto (personale URP), mediante contatti con i referenti di alcune linee di attività.

-Analisi delle disfunzioni:

- a) assenza di una conoscenza del sistema di offerta dei servizi sanitari pubblici esterni*
- b) assenza di una cultura dell'ascolto*
- c) assenza di una coscienza aziendale ("essere parte di un tutto").*

-Impostazione del progetto di intervento: tempi, fasi, metodiche.

Fase 2

() Citato in Borgonovi-Meneguzzo: Processo di cambiamento e di programmazione nelle UU.SS.LL. - ed. GIUFFRÉ' - pag. 96 e segg.*

- Presentazione da parte del Gruppo di Progetto e discussione degli obiettivi con i referenti responsabili (direttori, capiufficio, rappresentanti sindacali). Individuazione di figure interessate a collaborare al progetto.
- Convocazione di assemblee del personale per informare sugli obiettivi, chiarire l'intervento, comprendere le aspettative del personale.
- Individuazione di opinion-leader.
- Costituzione del "Gruppo ristretto" composto dal personale individuato tra i dirigenti ed il restante personale (opinion-leader) che promuove, sostiene e collabora con il Gruppo di progetto (URP).
- Attuazione della fase pratica

Fase 3

- Indagine sul personale e sugli utenti, imperniata su:
 - conoscere le caratteristiche delle risorse umane presenti
 - conoscere il punto di vista dell'utente circa l'accessibilità al servizio, sui possibili miglioramenti da apportare e sugli aspetti che si ritengono prioritari per un punto informazione.

Fase 4

- Formazione specifica del personale da adibire al punto informazione.
- Sviluppo delle conoscenze relative all'organizzazione interna.

Fase 5

- Intervento di formazione per lo sviluppo di un' "area comune".
- Modificazione del Gruppo ristretto in "Gruppo di cambiamento" (allargato agli operatori del punto informazione e

ad altri operatori individuati mediante riunioni di reparto).

Strumenti e metodi:

- scheda informativa del personale utile per una valutazione iniziale prima di affrontare il momento organizzativo interno al Servizio con domande quali: Chi sono gli operatori? Che tipo di esigenze esprimono?
- questionario rivolto all'utenza, utile per affrontare i nodi critici del servizio e per avere indicazioni di partenza per il punto informazione. Viene somministrato anche al personale. Scopo dichiarato del questionario è quello di confrontare successivamente le risposte con quelle degli utenti; scopo non dichiarato è invece quello di mettere in condizione il personale di vivere il momento di verifica del grado di soddisfazione del cittadino come momento interno.
- assemblee del personale che, sottolineando di volta in volta le varie fasi dell'intervento, sono esse stesse aspetti rilevanti della formazione, contribuiscono a sviluppare le sequenze di slancio e determinano la maturazione, da parte del personale, della consapevolezza dell' "essere parte di un tutto".
- formazione:
 - specifica, per il personale da adibire al punto informazione.
 - sui contenuti legati allo sviluppo di un' area comune (integrazione) con tutto il personale interessato su:
 - a) organizzazione interna (area sanitaria e area amministrativa);
 - b) organizzazione verso l'esterno (la comunicazione al cittadino: come, con quali strumenti, ecc.).

- riunioni di reparto (gruppi focali) ristrette ad operatori che lavorano su linee di attività semplici o complesse (es. ambulatorio, servizio di radio-diagnostica, servizio amministrativo), riguardanti aspetti interni ed aspetti esterni, allo scopo di maturare una conoscenza più specifica dei singoli processi produttivi e delle eventuali disfunzioni che limitano la qualità delle prestazioni al pubblico. Costruire un elenco ragionato delle carenze strutturali in ordine di priorità da sottoporre alla direzione aziendale.

Quali sono state le maggiori difficoltà incontrate?

Tra le maggiori difficoltà sono state individuate le seguenti:

- a) appiattimento culturale e professionale del personale.
- b) adesione formale della direzione sanitaria e amministrativa.

Per il punto a) si è superata la diffidenza iniziale tramite il coinvolgimento di opinion-leaders.

Quali risultati sono stati ottenuti? Sono state svolte verifiche?

Il lavoro svolto ha permesso di raggiungere diversi risultati, tra cui:

- migliore conoscenza delle problematiche interne al servizio;
- apertura canale di comunicazione tra apparato sanitario e apparato amministrativo (essere parte di un tutto);
- apertura pomeridiana degli sportelli;

- miglioramento della segnaletica interna ed esposizione degli orari di accesso;
- individuazione e formazione di personale da adibire al punto informazione.

Tali risultati si riferiscono allo sviluppo delle prime quattro fasi; essi sono stati verificati durante riunioni con il gruppo ristretto e le assemblee.

Quali sono stati i punti forti e quali quelli deboli?

Tra i punti forti individuati: valorizzazione dell'esperienza, coinvolgimento attivo del personale, utilizzo di opinion-leaders.

Lo scarso coinvolgimento e l'assenza di un ruolo attivo da parte della direzione del distretto possono, invece, essere considerati come punti deboli dell'esperienza.

Quali suggerimenti si possono dare?

È utile in fase iniziale l'utilizzo di una scheda conoscitiva per la rilevazione delle caratteristiche del personale, interesse alla formazione ecc...

Per la fase di intervento è opportuno concordare con il personale i giorni e le fasce orarie da utilizzare per i vari interventi.

CAP. 4 - CONCLUSIONI

A conclusione di questo documento, vengono riassunti i principali suggerimenti rivolti alle Aziende sanitarie su come comunicare la Carta dei servizi e i suoi contenuti, nonché alcune raccomandazioni alle Regioni e al Ministero per favorire il processo di comunicazione della Carta dei servizi.

Che cosa significa comunicare la Carta dei servizi e i suoi contenuti

- La Carta dei servizi è un patto con gli utenti. Come ogni patto, non esiste se non effettivamente comunicato ai cittadini.
- Comunicare la Carta dei servizi vuol dire stabilire un dialogo tra l'azienda sanitaria e i cittadini utenti per adeguare progressivamente i servizi alle loro esigenze nei settori della comunicazione, degli standard di qualità dei servizi, della tutela e partecipazione.
- Comunicare la Carta non significa però solo comunicare il patto, ma attivare un insieme programmato di comunicazioni con l'obiettivo di mettere in comune l'esperienza dei cittadini e gli obiettivi e vincoli delle aziende in materia di adozione di standard, semplificazione delle procedure, meccanismi di partecipazione e tutela. Significa quindi definire e comunicare non solo gli elementi essenziali di questa relazione, cioè il patto, ma anche i contenuti specifici del sistema-Carta (su informazione, standard, tutela e partecipazione) a segmenti di utenti e di cittadini.

Perché comunicare

- Comunicare con gli utenti consente di gestire in modo più efficace il sistema sanitario. Questa funzione della comunicazione è tracciata dagli indirizzi istituzionali sia europei che italiani (Carta di Lubiana, DPCM 27 gennaio 1994, art.12 del D. Lgs. 29/93, DPCM 11 ottobre 1994, Uffici per le relazioni con il pubblico, Piano Sanitario Nazionale 1994-96, art 14 D.Lgs. 502/92).

Gli elementi che compongono la comunicazione

- gli obiettivi: ovvero, la finalità dell'azione comunicativa;
- l'emittente (o fonte), e il ricevente (o destinatario): sono gli interlocutori, cioè i due soggetti che comunicano;
- i canali: sono i mezzi con cui l'emittente invia il messaggio al destinatario;
- il messaggio: è l'oggetto della comunicazione, (contenuto e forma);
- l'ascolto: è il "messaggio di ritorno" che permette al destinatario di esprimere il proprio giudizio sulla comunicazione, o di segnalare insoddisfazione, in modo tale da consentire anche all'emittente di verificare il grado di comprensione e condivisione del messaggio.

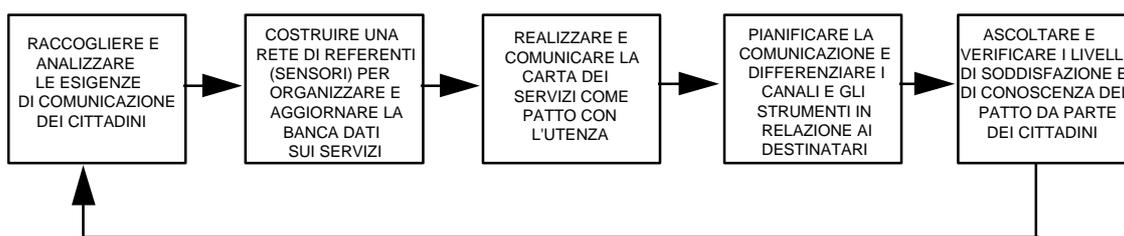
Tabella 6 - Sintesi

ELEMENTI	ERRORI DA EVITARE	SUGGERIMENTI
OBIETTIVI	Considerare la pubblicizzazione della Carta dei servizi solo come un obbligo di legge a cui ottemperare (logica dell'adempimento formale)	<ul style="list-style-type: none"> • Considerare la pubblicizzazione della Carta dei servizi come il modo con cui il patto viene conosciuto e condiviso (logica del patto tra l'Azienda sanitaria e l'utenza)
EMITTENTE	Assumere la struttura dell'Azienda sanitaria (servizi, organigramma, etc.) come riferimento centrale della comunicazione (logica "orientata all'interno")	<ul style="list-style-type: none"> • Non partire dalle caratteristiche interne ma dalle esigenze dei destinatari (logica "orientata all'utente")
RICEVENTE	Considerare i cittadini come un'unità indifferenziata culturalmente (logica della comunicazione di massa)	<ul style="list-style-type: none"> • Segmentare i diversi interlocutori della comunicazione sulla Carta (logica della comunicazione personalizzata)
CANALE	Considerare comunicazione solo ciò che è scritto (logica formale)	<ul style="list-style-type: none"> • Tenere presente che la comunicazione avviene in numerosi punti, attraverso diversi soggetti intermedi e tramite una molteplicità di strumenti (logica sostanziale)
MESSAGGIO	Formulare i messaggi in base alla cultura e al lessico interni all'Azienda sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Adattare il messaggio alle capacità di comprensione e al tempo a disposizione dei destinatari (comunicazione a misura)

	(comunicazione per gli addetti ai lavori)	del destinatario)
ASCOLTO	L'informazione a una sola via (logica autoreferenziale)	<ul style="list-style-type: none"> Ascoltare e cercare sempre un riscontro alla comunicazione. l'ascolto può avvenire in molti modi, e non è necessariamente costoso

Il processo di comunicazione

- Gli obiettivi, gli interlocutori, i canali, i messaggi e l'ascolto costituiscono "gli ingredienti" della comunicazione. Questi ingredienti possono essere combinati in vario modo, e ogni modo risulterà più adatto a certe circostanze, e inadatto in altre condizioni. Come trovare la ricetta giusta? Il Gruppo di lavoro ha suggerito la metodologia rappresentata dalla figura sottostante, descritta nel merito nel cap. 2 del volume, e a cui si riferiscono le esperienze descritte nel cap. 3.



Alcuni suggerimenti essenziali derivanti dalle esperienze

- La comunicazione non si limita all'informazione, che è monodirezionale, ma è invece un rapporto bidirezionale, a due vie tra l'azienda sanitaria e le diverse fasce di utenti.
- Comunicare non significa descrivere tutti i servizi offerti secondo gli schemi aziendali: è necessario comunicare solo la parte dell'offerta di servizi utile per gli utenti. Si deve *partire dalle esigenze degli utenti*; comunicare significa informare i cittadini sulle cose che contano per loro, in funzione delle loro diverse specificità e possibilità di comprendere.
- E' necessario perciò conoscere i propri interlocutori, le loro diverse esperienze di rapporto con i servizi e i relativi punti di sofferenza e le aspettative. Può essere utile a

tal fine l'albero della qualità (DPCM 19 maggio 1995), integrato da altri strumenti come l'analisi dei reclami, della rassegna stampa o da inchieste.

- La comunicazione non può essere omogenea, ma, in relazione alle caratteristiche dei destinatari, deve differenziare il contenuto, le forme e i canali di comunicazione. La scelta del canale deve tener conto dell'efficacia del messaggio e del costo della comunicazione (costo-contatto). Il contenuto della comunicazione deve inoltre risultare congruo rispetto al mezzo: un manifesto murale, per esempio, è adatto per comunicazioni sintetiche come gli standard di qualità, ma non per comunicazioni troppo dettagliate.
- La comunicazione non è un elemento aggiuntivo rispetto all'attività quotidiana, ma al contrario l'azienda sanitaria comunica in primo luogo *attraverso le prestazioni*: dare un buon servizio è una premessa indispensabile per fare buona comunicazione
- La comunicazione non è riconducibile solo alla scelta di strumenti e tecniche, ma deve essere legata alla strategia e alle priorità aziendali: essa è uno strumento a disposizione del Direttore generale dell'azienda sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi generali aziendali e a quelli specifici del sistema-Carta, a cui deve essere collegata.
- La comunicazione serve essenzialmente a *ottenere una risposta nei comportamenti o negli atteggiamenti* degli utenti. Per esempio, una comunicazione efficace può ridurre comportamenti impropri o scorretti e contribuire di conseguenza alla riduzione di costi.
- L'efficacia del dialogo *deve essere verificata*: il modo migliore per verificare la comunicazione sta nel riscontro degli effetti che produce. Non sempre questo è possibile; si tratta allora, più in generale, di verificare attraverso indagini o con altri strumenti di ascolto, i livelli di conoscenza dei contenuti della comunicazione.
- La comunicazione va programmata, perché aprire una comunicazione reale fra tutta l'azienda e la propria utenza è insieme importante e difficile. Si tratta infatti di un'attività impegnativa, che può incontrare ostacoli e resistenze di tipo culturale, organizzativo e finanziario. Inoltre è un'attività che necessita di metodo e professionalità specifiche.

Costi e benefici della comunicazione

- Comunicare costa: è necessario fare dei piani di comunicazione che tengano conto, nella scelta degli strumenti, del costo delle diverse opzioni tecniche.
- Complessivamente i partecipanti al Gruppo di lavoro ritengono che per superare la fase di comunicazione episodica e casuale, non compatibile con l'attività di comunicazione che si presume - per quanto fin qui affermato - stia alla base dell'efficacia della Carta dei servizi, sia necessario che la programmazione dell'attività di comunicazione sia sorretta da un adeguato budget e possa contare su una base organica di risorse.
- Il Gruppo di lavoro segnala che, a integrazione del budget aziendale di comunicazione, è possibile promuovere un'attività di ricerca e selezione di "sponsor" adeguati. Su questo tema appare opportuna una fase di sperimentazione particolarmente attenta ad evidenziare i rischi di cointeressenze non esplicitate e quindi mal governate.
- Inoltre è possibile contenere i costi della comunicazione programmando con le Amministrazioni locali e/o con aziende limitrofe (specie nei contesti metropolitani) un'attività di comunicazione di interesse comune.
- Il Gruppo di lavoro segnala infine la necessità che l'azienda ponga attenzione anche ai benefici indotti dall'attività di comunicazione, e non solo ai costi. I benefici possono essere costituiti dalla razionalizzazione indotta dall'attività di comunicazione, dalla diminuzione degli sprechi e degli errori, a cui si aggiungono i benefici derivanti ai cittadini.

Il ruolo delle Regioni

- Le esperienze raccolte dal Gruppo di lavoro dimostrano che anche le Regioni possono avere un ruolo determinante per l'attuazione degli standard della Carta dei servizi. In particolare, le regioni possono:

- inserire la Carta dei servizi, e in particolare la sua pubblicizzazione agli utenti, nel processo di programmazione e negoziazione con le Aziende sanitarie;
- individuare sistemi di riconoscimento di ruolo negli organigrammi regionali per operatori addetti alla comunicazione
- orientare l'impiego dei fondi di aggiornamento obbligatorio verso la selezione, aggiornamento e formazione di operatori specializzati nella comunicazione e verso l'aumento di competenze e tecniche di comunicazione per gli operatori di front-line.

Considerazioni sulla prosecuzione del lavoro

- Complessivamente, i partecipanti al Gruppo di lavoro ritengono utile il metodo dello scambio di esperienze a fini di diffusione, e suggeriscono al Ministero della sanità di proseguire sulla strada iniziata. In particolare, il Gruppo di lavoro suggerisce la costituzione di altri gruppi di lavoro che affrontino i temi connessi alla comunicazione che sono stati sfiorati in questo lavoro ma che meritano un approfondimento specifico in chiave di scambio di esperienze e di generalizzazione di metodi, tra cui in particolare:
 - la gestione dei reclami e di altri meccanismi di tutela (organismi misti)
 - la preparazione, svolgimento e follow-up delle conferenze di servizi
 - le indagini sulla soddisfazione degli utenti.

APPENDICI

APPENDICE N. 1**CARTA DI LUBIANA**

ORGANIZZAZIONE MONDIALE della SANITÀ'
Conferenza sulle Riforme Sanitarie in Europa - Lubiana 17-20 giugno 1996

La Carta di Lubiana sulla riforma dei sistemi sanitari
Approvata il 18 giugno 1996

Premessa

1. La presente Carta si propone di definire un insieme di principi che costituiscono una parte essenziale degli attuali sistemi sanitari o che permettono di migliorare l'assistenza sanitaria in tutti gli Stati membri dell'Organizzazione mondiale della sanità nella Regione Europea. Tali principi emergono dall'esperienza acquisita dai paesi nel corso dell'attuazione delle riforme sanitarie e dalla strategia europea della "Salute per tutti", in particolare con riguardo agli obiettivi relativi ai sistemi sanitari.
2. Questa Carta fa riferimento alle riforme sanitarie nello specifico contesto dell'Europa ed è centrata sul principio secondo il quale l'assistenza sanitaria deve innanzitutto e soprattutto portare ad un miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone.
3. I miglioramenti dello stato di salute della popolazione costituiscono un indicatore dello sviluppo della società. I servizi sanitari hanno un ruolo importante, ma non sono l'unico settore ad avere un impatto sul benessere delle persone: anche altri settori hanno un contributo da portare ed una responsabilità da assumere in tema di salute. Pertanto, l'intersettorialità deve rappresentare un aspetto essenziale delle riforme sanitarie.
4. Consapevoli di quanto sopra, noi, Ministri della sanità degli Stati membri europei dell'Organizzazione mondiale della sanità o loro rappresentanti (partecipanti alla Conferenza di Lubiana), ci impegniamo con la presente Carta a promuovere i principi seguenti ed invitiamo tutti i cittadini, i Governi, le strutture e le collettività ad unirsi a questa iniziativa. Chiediamo, inoltre, all'Ufficio regionale dell'Organizzazione mondiale della sanità per l'Europa di adottare le misure necessarie al fine di aiutare gli Stati membri a dare attuazione a tali principi.

PRINCIPI FONDAMENTALI

1. Nel contesto europeo, i sistemi sanitari devono poggiare sui principi seguenti:

5.1. Essere guidati da valori fondamentali

Le riforme sanitarie devono rifarsi ai valori fondamentali della dignità umana, dell'equità, della solidarietà e dell'etica professionale.

5.2. Essere finalizzati alla salute

Ogni grande riforma dovrebbe perseguire obiettivi chiari di miglioramento della salute. La protezione e la promozione della salute devono costituire un interesse principale dell'intera società.

5.3. Essere centrati sulle persone

Le riforme sanitarie devono rispondere ai bisogni dei cittadini tenendo conto, mediante il processo democratico, delle loro aspettative in materia di salute e di assistenza sanitaria. Le riforme dovrebbero garantire che l'opinione e le scelte dei cittadini possano esercitare un'influenza decisiva sul modo in cui i servizi sanitari sono strutturati e su come funzionano. I cittadini devono anche condividere la responsabilità per la propria salute.

5.4. Essere mirati alla qualità

Ogni riforma sanitaria deve avere quale obiettivo il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, ivi compreso il rapporto costo-efficacia, e deve prevedere una strategia chiara a tale scopo.

5.5. Essere basati su un finanziamento solido

Il finanziamento dei sistemi sanitari deve permettere che l'assistenza sia erogata a tutti i cittadini in maniera sostenibile. Questo comporta l'universalità della copertura e l'accesso equo da parte di tutti i cittadini all'assistenza necessaria. Ciò, a sua volta, richiede l'utilizzo efficiente delle risorse sanitarie. I governi, al fine di garantire la solidarietà, devono sostenere un ruolo cruciale nella regolamentazione del finanziamento dell'assistenza sanitaria.

5.6. Essere orientati all'assistenza di primo livello

Le riforme, rifacendosi alla filosofia dell'assistenza di primo livello, dovrebbero assicurare che i servizi sanitari garantiscano, a tutti i livelli, la protezione ed il miglioramento della salute, il miglioramento della qualità della vita, la prevenzione e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti e l'assistenza alle persone sofferenti ed in fin di vita. Le riforme dovrebbero facilitare l'adozione di scelte congiunte da parte del paziente e dell'erogatore di assistenza, nonché promuovere la globalità e la continuità dell'assistenza nell'ambito degli specifici contesti culturali.

PRINCIPI PER LA GESTIONE DELLA RIFORMA

6. I principi seguenti costituiscono le chiavi per una gestione efficace della riforma:

6.1. Sviluppare una politica della salute

6.1.1. La riforma sanitaria dovrebbe integrarsi in maniera coerente in una politica globale di salute per tutti, che sia consona alle condizioni socioeconomiche di ciascun paese. E' necessario che tale processo di sviluppo delle politiche si basi su di un ampio consenso, che coinvolga il maggior numero di "attori sociali" significativi.

6.1.2. Le principali decisioni politiche, gestionali e tecniche relative allo sviluppo del sistema sanitario dovrebbero basarsi su informazioni documentali, quando queste siano disponibili. Le riforme devono essere oggetto di monitoraggio e di valutazione continui e trasparenti per il pubblico.

6.1.3. I governi devono sollevare nel dibattito pubblico questioni collegate ai valori, nonché assicurare l'equità nella distribuzione delle risorse e l'accesso ai servizi sanitari da parte di tutta la popolazione. Dovrebbero, inoltre, intraprendere iniziative legislative e regolamentari di facilitazione in questo senso. Ogniqualevolta i meccanismi di mercato risultino appropriati, questi dovrebbero essere tali da favorire la competizione nell'assicurazione della qualità e nell'utilizzo delle risorse scarse.

6.2. Dare attenzione alle opinioni ed alle scelte dei cittadini

6.2.1. La voce e le scelte dei cittadini dovrebbero contribuire tanto alla definizione dei servizi sanitari, quanto alle decisioni adottate ad altri livelli dei processi decisionali economici, gestionali e professionali.

6.2.2. La voce dei cittadini dovrebbe essere sentita su argomenti quali il contenuto dell'assistenza sanitaria, la contrattazione, la qualità dei servizi nell'interazione paziente/erogatore, la gestione delle liste d'attesa ed il seguito dato ai reclami.

6.2.3. L'esercizio della scelta e di altri diritti dei pazienti richiede la disponibilità di mezzi di educazione ed informazione ampi, accurati e puntuali. Ciò comporta l'accessibilità ad informazioni verificate pubblicamente sulla performance dei servizi sanitari.

6.3. Ristrutturare l'offerta di servizi sanitari

6.3.1. L'assistenza familiare, le forme di "autocura" ed altre tipologie di assistenza informale, così come il lavoro di una varietà di istituzioni sociali devono essere avvicinate ai servizi sanitari formali. Ciò richiede una continua comunicazione personale e degli appropriati sistemi informativi.

6.3.2. Devono essere messe a punto delle strategie ben definite per il trasferimento di risorse, in ogni situazione in cui ciò sia necessario, dal settore ospedaliero verso l'assistenza di base, l'assistenza ambulatoriale, l'assistenza territoriale e domiciliare.

6.3.3. Le reti di servizi sanitari regionali devono essere rinforzate, nella misura in cui offrano un miglior rapporto costo-efficacia, consentano una migliore organizzazione della risposta alle emergenze mediche e facilitino la cooperazione tra ospedali e assistenza di base.

6.3.4. Un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria richiede la disponibilità di sistemi informativi basati su indicatori di qualità selezionati, derivabili dal lavoro di routine e comunicati di ritorno ai singoli medici, infermieri ed agli altri erogatori di assistenza sanitaria.

6.4. Riorientare le risorse umane destinate all'assistenza sanitaria

6.4.1. Nei servizi sanitari, deve essere dedicata maggiore attenzione alla identificazione e promozione di appropriati profili professionali che possano essere parte delle équipes multiprofessionali per i sistemi sanitari di domani.

6.4.2. Nella formazione di base, nella specializzazione e nella formazione permanente del personale sanitario c'è bisogno di una visione più ampia che non la tradizionale assistenza curativa. La qualità dell'assistenza, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dovrebbero costituire parte essenziale della formazione.

6.4.3. Dovrebbero essere introdotti appropriati incentivi finalizzati ad incoraggiare il personale sanitario ad essere maggiormente attento e consapevole della qualità, dei costi e dell'esito dell'assistenza prestata. Le organizzazioni professionali e degli enti finanziatori dovrebbero cooperare attivamente con le autorità sanitarie al fine di promuovere tale sviluppo.

6.5. Migliorare la gestione

6.5.1. Al fine di realizzare i miglioramenti auspicati in materia di salute della popolazione, è necessario sviluppare un insieme di funzioni gestionali e di infrastrutture di sanità pubblica cui affidare i compiti di guidare ed influire sull'intero sistema.

6.5.2. Le singole strutture di assistenza sanitaria dovrebbero essere dotate della massima autonomia possibile nella gestione delle proprie risorse, coerentemente con i principi di un sistema sanitario equo ed efficiente.

6.5.3. Il miglioramento della gestione deve essere promosso con vigore mediante l'enfaticizzazione delle capacità individuali di guida, negoziazione e comunicazione e mediante lo sviluppo di strumenti istituzionali per una erogazione dell'assistenza sanitaria più efficace ed efficiente.

6.6. Imparare dall'esperienza

6.6.1. Bisogna facilitare, a livello nazionale ed internazionale, lo scambio di esperienze relativamente all'attuazione di riforme sanitarie ed al sostegno ad iniziative di riforma.

6.6.2. Tale sostegno deve fondarsi su di una base di conoscenze consolidate sulle riforme sanitarie, comprendendo e valutando appropriatamente le differenze culturali che esistono in materia di assistenza sanitaria.

APPENDICE 2**SCHEMA TECNICA****IL LINGUAGGIO****PREMESSA**

Il problema della comunicazione della Carta dei servizi ai cittadini rientra nella più ampia problematica relativa della comunicazione pubblica, intesa come flusso di informazioni che gli operatori pubblici (uffici pubblici, servizi pubblici o anche privati che agiscono in funzione della Pubblica Amministrazione) devono far conoscere al cittadino.

Benché antico, il problema della comunicazione pubblica ha assunto negli ultimi anni una crescente rilevanza, per il modificarsi del rapporto tra pubblica amministrazione e cittadini. Se, infatti, fino a non molti anni fa, era prevalsa una concezione autoritaria dell'amministrazione pubblica per cui i cittadini erano quasi dei sudditi, da qualche anno prevale una concezione nuova, più rispettosa dei principi costituzionali, per cui la pubblica amministrazione è concepita in funzione dei cittadini e posta al loro servizio.

Questa mutata prospettiva è particolarmente evidente nel settore dei servizi pubblici (e, soprattutto della Sanità). Essi sono sempre più impegnati a fornire un servizio adeguato alle esigenze dei cittadini e rispondenti a standard minimi di prestazioni.

Se la comunicazione, intesa come informazione da fornire ai cittadini per rendere fruibile il servizio pubblico, è parte della prestazione del servizio, essa deve rispettare delle precise regole che garantiscano il passaggio dell'informazione dal fruitore all'utente del servizio. Non sempre, infatti, la comunicazione è efficace, cioè raggiunge lo scopo che si era prefissato chi la produce.

Gli elementi che determinano il fallimento della comunicazione possono essere molti. Quelli più ricorrenti nella comunicazione pubblica sono determinati dalla tendenza della pubblica amministrazione a comunicare con i cittadini nello stesso modo in cui comunica al suo interno.

La trasposizione delle modalità interne di comunicazione è particolarmente evidente nella comunicazione scritta rivolta all'esterno. Questa da una parte tende a dare per scontate alcune informazioni, dall'altra si caratterizza come una comunicazione "alta", infarcita cioè di riferimenti normativi, di termini tecnici, di rinvii ad altre fonti ecc.

Aver chiaro l'interlocutore a cui chi comunica si rivolge è, quindi, la prima regola da rispettare, e dalla quale discendono una serie di ulteriori corollari.

Nel caso specifico della comunicazione della Carta dei servizi, occorre individuare a quali regole essa deve attenersi per arrivare ai suoi destinatari. A causa della mole di informazioni contenute, la Carta dei servizi non può essere semplicemente distribuita agli utenti. Occorre individuare, innanzitutto, quali informazioni dare, a chi darle e come darle. Le Carte finora elaborate contengono ancora una grande quantità di informazioni che devono essere adeguate ai livelli dei destinatari cui si rivolgono.

A tal fine potrebbe essere utile, per esempio, usare una struttura a scatole cinesi. Vale a dire che in cui l'informazione generale sui servizi forniti dall'azienda è contenuta in un unico strumento il più possibile diffuso nei luoghi di prima accoglienza (medici di base, consultori, etc.). Informazioni più specifiche sui singoli servizi saranno contenute invece in altri strumenti (uno per ogni struttura) da diffondere, da dare in consultazione nella struttura che fornisce tali servizi.

Solo dopo aver individuato quale informazione, a chi e con quali strumenti fornirla, è possibile indicare alcuni suggerimenti generali da seguire.

IL LINGUAGGIO

Perché l'amministrazione possa far arrivare ai cittadini le informazioni e, nello stesso tempo, spiegare loro le ragioni della propria attività, è indispensabile che i messaggi che produce siano semplici, comprensibili e concreti, cioè il più possibile vicini all'esperienza e ai bisogni dei cittadini.

Nel tentativo di migliorare la qualità della comunicazione con i cittadini, le amministrazioni avvertono spesso la contraddizione tra la necessità di usare un linguaggio preciso, quasi tecnico, e nello stesso tempo la difficoltà di improntare la comunicazione a semplicità e chiarezza.

Per cercare di rispettare entrambe le esigenze (chiarezza e precisione) che possono aiutare la pubblica amministrazione nel suo sforzo di trasparenza nella comunicazione con la cittadinanza sono stati individuati alcuni criteri da seguire nella formulazione linguistica dei testi scritti.

I suggerimenti che seguono riprendono essenzialmente i tre livelli di un testo:

1. la sua organizzazione logico-concettuale
2. la sua sintassi
3. le parole usate.

1. L'organizzazione logico-concettuale

Perché il testo sia chiaro, semplice e ordinato occorre:

- Pianificare il testo, cioè:

- avere chiaro a chi si rivolge chi scrive;
- avere chiaro il contenuto del testo;
- avere chiaro l'obiettivo che chi scrive vuole raggiungere.
- Organizzare le informazioni, cioè:
 - raccogliere e ordinare le informazioni sotto forma di scaletta;
 - organizzare il testo in modo che siano chiare le informazioni principali rispetto alle secondarie.
- Scrivere il testo, e cioè:
 - scegliere il livello adeguato di semplificazione linguistica, adeguato al destinatario;
 - indicare, all'inizio del testo, l'argomento che si intende trattare;
 - dare tutte le informazioni necessarie (esplicitare cioè le sei "W" del giornalismo anglosassone: chi, che cosa, dove, come, quando e perché);
 - fornire prima le informazioni principali;
 - organizzare le informazioni dalle più generali alle più particolari;
 - aggregare le informazioni in blocchi di natura omogenea;
 - esplicitare tutte le informazioni.
- Controllare il testo, cioè:
 - rileggere il testo stesso;
 - farlo rileggere anche da altre persone.

2. La sintassi

- usare frasi brevi (20 parole al massimo);
- dare possibilmente una sola informazione principale per frase;
- preferire la forma coordinata a quella subordinata;
- specificare sempre il soggetto della frase;

- usare soggetti personali e concreti (p. es.: “il cittadino deve pagare” invece di “il versamento va effettuato”);
- preferire le forme affermative a quelle negative;
- usare i modi e i tempi verbali più semplici e diffusi (il modo indicativo è preferibile al modo congiuntivo e al condizionale fra i modi finiti quando non sia compromesso il senso della frase; il tempo presente, passato prossimo e futuro semplice sono preferibili agli altri tempi; evitare l’indicativo quando la frase ha valore imperativo: p. es. “il dichiarante farà pervenire” invece di “il cittadino deve presentare”);
- evitare le doppie negazioni.

3. Le parole

- usare parole comuni, cioè:
 - evitare le parole astratte (p. es.: “liquidità” per “denaro”);
 - evitare le formule dotte, arcaiche, rare, grecismi e latinismi (p. es.: “ottemperare” per “rispettare”, “in calce” per “in fondo”, “all’uopo” per “perciò”);
 - evitare le parole o le locuzioni formali o solenni (p. es.: “la Signoria Vostra”);
 - evitare le parole di uso comune in accezioni tecnico-specialistica se possono causare ambiguità (p. es.: “registrare”, “detenere”);
 - evitare i termini stranieri;
- preferire le parole e le espressioni concrete e non ambigue, cioè:
 - evitare parole e espressioni ambigue al di fuori di precisi contesti (p. es.: “buonismo”, “attendismo”);
 - evitare gli eufemismi (p. es.: “la invitiamo a” per “deve”);
 - evitare le perifrasi (p. es.: “provvedimento esecutivo di rilascio” per “sfratto”);
 - evitare litoti (p. es.: “mancato accoglimento” per “rifiuto”);

- evitare metonimie o sineddochi (p. es. “inseguimento” per “inseguitori”, “braccia” per “lavoratori”);
 - evitare le parole a suffisso zero (p. es.: “utilizzo” per “uso”, “affido” per “affidamento”);
 - evitare i verbi derivati da sostantivi (p. es.: “ospedalizzazione” per “ricovero in ospedale”).
-
- usare parole brevi;
 - nello stesso documento chiamare le cose e le persone sempre con lo stesso termine;
 - spiegare i termini tecnico-specialistici;
 - sciogliere le sigle e le abbreviazioni la prima volta che vengono usate;
 - evitare le catene di sostantivi astratti;
 - preferire i verbi ai sostantivi.

LA GRAFICA

Per aumentare la leggibilità di un documento scritto occorre che questo sia impostato da un punto di vista grafico. L'impostazione grafica del documento è importante quanto la sua presentazione linguistica. Esistono alcune regole che permettono di evitare alcuni errori che, più comunemente, si incontrano nei documenti della pubblica amministrazione.

- Il testo deve essere scritto di norma in carattere tondo chiaro, scelto possibilmente tra quelli della famiglia dei caratteri romani.
- Il *corsivo* è usato, di solito, per indicare i titoli di libri, film, opere d'arte, per le parole straniere. Può, inoltre, essere usato per particolari categorie di testi come didascalie e

commenti, a condizione che questa regola sia sempre rispettata e indichi sempre e solo quella particolare categoria di testo.

- Il **neretto** é usato per indicare un livello di struttura più generale del testo in tondo, come elementi definiti nella pagina, quali le numerazioni dei capoversi o i titoletti. E' preferibile non usarlo nel corpo del testo per evitare confusioni.
- Il **MAIUSCOLO** va utilizzato con parsimonia e mai all'interno del corpo del testo. Può essere usato per i titoli che devono essere brevi (al massimo di quattro o cinque parole).
- I capoversi possono essere segnalati o da uno spazio all'inizio della prima riga o da una interlinea maggiore tra l'ultima riga di un paragrafo e la prima di quello successivo. I due sistemi sono alternativi e vanno usati in modo sistematico e non casuale.
- Gli elenchi contenuti in un paragrafo si devono leggere facilmente. Perciò é preferibile che siano indicati con caratteri alfanumerici (lettere e/o numeri) e siano rientrati rispetto al testo.
- Colonne, box, o altre forme di impostazione più complessa del testo possono essere usati nei manifesti o "depliant". Quando sia necessario ricorrere a strutture complesse, occorre fare molta attenzione a usare in modo coerente i simboli grafici.

INDICE

	Pag.
Premessa: scopo del documento, composizione del gruppo di lavoro, guida alla lettura	7
1. LA COMUNICAZIONE IN SANITÀ: ELEMENTI DI BASE	10
1.1 Gli elementi di base della comunicazione	12
1.2 Gli obiettivi della comunicazione	13
1.3 I destinatari della comunicazione	15
1.4 I canali di comunicazione	17
1.5 Il messaggio	19
1.6 L'ascolto	21
1.7 Errori da evitare e suggerimenti: una sintesi	23
2. COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI: IL PROCESSO	24
2.1 La metodologia proposta	24
I - Raccogliere e analizzare le esigenze di comunicazione dei cittadini	25
II - Costruire una rete di referenti ("sensori") per organizzare la banca-dati sui servizi	32
III - Realizzare e comunicare la Carta dei servizi come patto con l'utenza	35
IV - Pianificare la comunicazione e i differenziare canali e gli strumenti in relazione ai destinatari	37
V - Ascoltare e verificare i livelli di soddisfazione e di conoscenza del patto da parte dei cittadini	39
2.2 L'uso dei questionari nelle indagini di soddisfazione	40
2.3 L'individuazione di un percorso per la gestione dei reclami	41
3. STRUMENTI ED ESPERIENZE	46
3.1. Gestione della banca dati	47
Scheda 1 - Creazione di una rete di referenti per la raccolta di informazioni (Azienda Ulss 6 Vicenza)	48
Scheda 2 - Integrazione di banche dati per l'informazione ai cittadini (Azienda Usl 8 Arezzo, Azienda Usl Lecce 1, Azienda Usl Reggio Emilia)	51
3.2. Strumenti ed esperienze di comunicazione	55
<i>Gli opuscoli</i>	57
Scheda 3 - Un depliant di informazioni e consigli sul funzionamento del servizio pasti (Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli)	58
Scheda 4 - Comunicare la carta dei servizi ai turisti con un opuscolo informativo (Azienda Usl 1 Imperiese)	60
Scheda 5 - Un opuscolo per comunicare la carta dei servizi ai ricoverati ospedalieri (Azienda Usl 1 Imperiese)	63
<i>Gli eventi (convegni, conferenze, mostre, ecc.)</i>	65
Scheda 6 - Una giornata di lavoro per comunicare con le associazioni dei cittadini sul tema dell'umanizzazione (Azienda Usl Roma C)	67
Scheda 7 - Comunicare la carta dei servizi attraverso un convegno (Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli)	70

Scheda 8 - Una conferenza pubblica per presentare la Carta dei servizi (Azienda Usl Lecce 1)	73
Scheda 9 - Comunicare la rilevanza sociale del servizio veterinario (Azienda Usl Roma C)	75
	Pag.
<i>Nuove tecnologie e altri mezzi</i>	77
Scheda 10 - Comunicare la carta dei servizi attraverso il televideo (Azienda Ussl 32 Garbagnate - MI)	78
Scheda 11 - Comunicare ai cittadini l'organizzazione dell'azienda attraverso l'elenco telefonico (Azienda Usl Roma C)	83
3.3. Strumenti ed esperienze di ascolto e di verifica	85
<i>I questionari</i>	85
Scheda 12 - Misure della soddisfazione dell'utenza durante il ricovero ospedaliero (Azienda per i servizi sanitari n.6 Friuli Occidentale, Azienda Usl 2 Lucca)	86
Scheda 13 - Misura della soddisfazione dell'utenza nei confronti delle prestazioni erogate dai medici di medicina generale (Azienda per i servizi sanitari n.6 Friuli Occidentale)	89
Scheda 14 - L'ascolto dei cittadini/utenti del servizio ospedaliero (Azienda Ospedaliera Cosenza)	92
<i>Reclami e capacità di ascolto</i>	95
Scheda 15 - Monitoraggio lamentele attraverso il numero verde (Azienda Usl 2 Lucca)	96
Scheda 16 - Come coinvolgere il personale per migliorare la capacità di ascolto verso i cittadini (ASL - Azienda Sanitaria Locale Caserta 2 di Aversa)	98
4. CONCLUSIONI	102
APPENDICI	
1. Carta di Lubiana	109
2. Scheda sul linguaggio (a cura del Progetto finalizzato "Semplificazione del linguaggio amministrativo" del Dipartimento della funzione pubblica)	113