



Regione Autonoma della Sardegna

ASSESSORATO DELL'IGIENE, DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

LA QUALITÀ DELLA SANITÀ IN SARDEGNA
QUADERNI D'INFORMAZIONE



LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI



PERIODO DI RIFERIMENTO
da AGOSTO 1996 a MARZO 1998

SERVIZIO DELLA PROGRAMMAZIONE E DEI CONTROLLI DI QUALITÀ E DI GESTIONE

SETTORE DEI CONTROLLI DI QUALITÀ
2000



Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Servizio della Programmazione e dei Controlli di Qualità e di Gestione
Gennaio 2000

Quaderni d'Informazione : la Qualità della Sanità in Sardegna

Settore dei Controlli di Qualità
Via Roma 223 - 09123 Cagliari
tel. 070 6065242, 070 6065222 - fax 070 6065264
E-mail: tblanco@tin.it

A cura di:

Salvatore Blanco
Marco Cossu
Anna Mura
Antonello Pisu

Proprietà: Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

SOMMARIO

PRESENTAZIONE DELL'ASSESSORE	5
INTRODUZIONE	7
LA CARTA DEI SERVIZI	9
L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)	11
FATTORI, INDICATORI E STANDARD DI QUALITÀ	17
LA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE CUSTOMER SATISFACTION	19
COMUNICAZIONE	21
LA RUOTA DI DEMING	23
IL DECALOGO DELLA QUALITÀ	25
LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN SARDEGNA	27
L'INDAGINE	33
I RISULTATI	35
CONCLUSIONI	39
TABELLE ED INDICATORI	55
SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE	63
BIBLIOGRAFIA	101

PRESENTAZIONE DELL'ASSESSORE

Questo “*Quaderno d'Informazione*” vuole essere un ulteriore contributo allo sviluppo della “*Carta dei Servizi*” e alla diffusione dei principi e dei metodi della “*Qualità*” nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Gli argomenti, di grande attualità, sono oggetto di realizzazione ed approfondimento costante sia sul piano regionale che su quello nazionale.

La “*Carta dei Servizi*” è un documento fondamentale nei rapporti tra SSN e cittadino, e rappresenta un importantissimo strumento per la garanzia e per il costante miglioramento della qualità dei servizi offerti al cittadino da parte delle strutture sanitarie.

Il miglioramento, per essere tale, deve essere continuo e progressivo.

Di conseguenza, continua e progressiva deve essere l'azione di aggiornamento e di verifica dei contenuti essenziali della Carta.

In questa ottica sono stati pubblicati, in rapida successione, tre Rapporti nazionali sulla adozione e sullo stato di attuazione e aggiornamento della Carta dei Servizi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: nell'ottobre 1995, nel maggio 1996 ed infine nel marzo 1997.

Dai dati presentati in questo Quaderno e riferiti alla realtà della nostra Regione, emergono sia aspetti confortanti sia elementi che impongono una profonda riflessione: esistono, infatti, significativi margini per azioni di miglioramento da svolgere in tempi brevi.

E' necessario realizzare interventi efficaci per rendere tutte le Carte dei Servizi pienamente rispondenti alle finalità per le quali ne è stata stabilita l'istituzione.

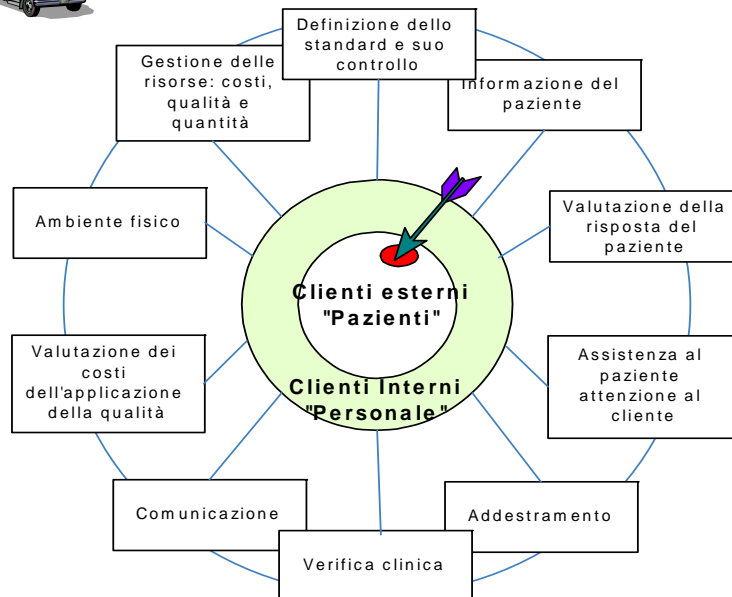
L'indagine svolta dall'Assessorato ha evidenziato, oltre agli aspetti positivi, le criticità emergenti al fine del loro superamento, anche attraverso gli spunti operativi ed i suggerimenti che l'analisi elaborata mostra all'attento lettore.

In questa direzione dovranno muoversi le Aziende Sanitarie della Regione, che potranno fare assegnamento, come è stato già sperimentato in altre importanti circostanze, sulla azione di supporto e di ausilio delle strutture dell'Assessorato.

L'ASSESSORE
Giorgio Oppi



La Cultura della Qualità



INTRODUZIONE

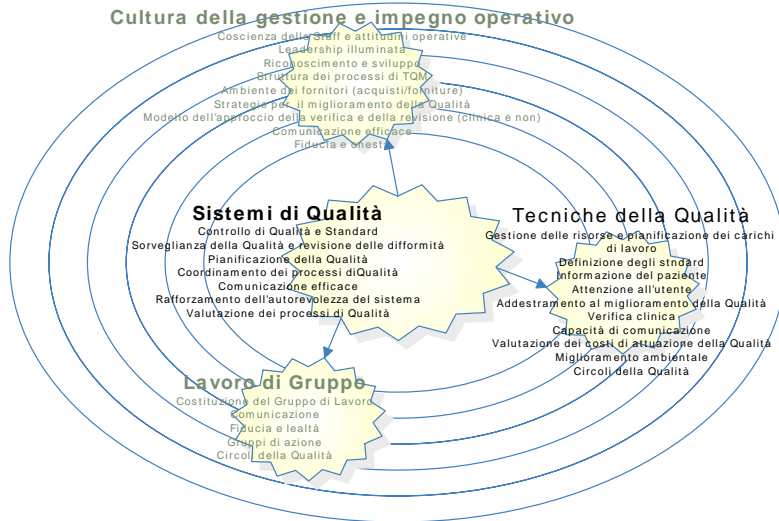
Il "*Quaderno di informazione*" contiene i dati di un'indagine diretta alla verifica dei risultati raggiunti dalle Aziende USL e Ospedaliere della Regione Sardegna nell'attuazione della Carta dei Servizi.

E' stato svolto un lavoro di grande coinvolgimento che ha messo in evidenza gli obiettivi raggiunti, che risultano ancor più consistenti a fronte delle difficoltà incontrate per il raggiungimento degli stessi.

L'Assessorato fornirà gli opportuni supporti e stimoli per sviluppare e migliorare i metodi adottati, ai fini del costante miglioramento dell'offerta di servizi sempre più mirata alle esigenze dei cittadini.

Si ringraziano i Direttori Generali, i Referenti e tutto il personale che ha collaborato e contribuito alla riuscita dell'iniziativa.

Antonello Pisu



CENNI SULLA CARTA DEI SERVIZI

Dagli anni Novanta è andata progressivamente crescendo l'esigenza di nuove forme di tutela del soggetto privato nei confronti dell'apparato pubblico sull'onda di una serie di provvedimenti emanati in diversi Paesi europei.

E' da questa esigenza che scaturisce la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "*Principi sull'erogazione dei servizi pubblici*".

Il Decreto Legge n.163 del 12 maggio 1995, ha indicato nella *Carta dei Servizi Pubblici* lo strumento per dare attuazione pratica ai predetti principi. Il Decreto ha stabilito, inoltre, quali Servizi pubblici devono dotarsi **obbligatoriamente** della Carta dei Servizi delineandone gli schemi generali di riferimento.

La **Sanità** è stata indicata come un settore di gestione di Servizi indispensabili per la totalità della popolazione e, quindi, per questa natura interessato agli obiettivi base della Carta dei Servizi.

Nella Carta dei Servizi Sanitari, emanata con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, ritroviamo i principi dettati dall'art.14 del D.Lgs. 502/92.

Scopo dichiarato della Carta è quello di realizzare un processo di miglioramento continuo delle prestazioni erogate, attraverso un costante adeguamento e verifica della Qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

I **principi di base** della Carta dei Servizi Sanitari sono:

- uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia;
- piena informazione dei cittadini-utenti con strumenti chiari, comprensibili ed accessibili sui servizi offerti e sulle modalità per ottenerli;
- l'assunzione di impegni sulla qualità del servizio attraverso l'adozione di standard di qualità;
- il dovere di valutazione della qualità dei servizi per la verifica degli impegni assunti e per il costante adeguamento degli stessi, mediante, ad esempio, indagini sulla soddisfazione dei cittadini-utenti, conferenze dei servizi, pubbliche riunioni, relazioni annuali;

- applicazione di forme di tutela dei cittadini-utenti attraverso le procedure di reclamo e di eventuale ristoro.

È importante sottolineare la caratteristica irrinunciabile della Carta dei Servizi: la **verifica periodica e continua degli impegni assunti attraverso gli standard**; ciò per il necessario adeguamento dei processi produttivi dei servizi e per la ridefinizione degli impegni stessi.

La Carta dei Servizi Sanitari si articola in quattro sezioni specifiche:

Sezione 1: presentazione dell'Azienda Sanitaria e principi fondamentali;

Sezione 2: informazioni sulle strutture e servizi forniti;

Sezione 3: standard di qualità, impegni e programmi aziendali;

Sezione 4: meccanismi di tutela e verifica.

Nella *sezione 1*, l'Azienda dichiara ai cittadini-utenti i propri fini istituzionali ed i principi fondamentali cui intende conformare l'erogazione dei servizi.

Nella *sezione 2*, vengono fornite le informazioni di carattere generale sulle strutture d'erogazione, sui servizi forniti, sulle modalità d'accesso e di fruizione delle prestazioni.

Nella *sezione 3*, sono contenuti gli elementi più innovativi, più caratterizzanti e più impegnativi della Carta: assunzione diretta di obiettivi aziendali (sotto forma di obiettivi di qualità e di impegni programmatici) e adozione di meccanismi di misurazione dei risultati per la verifica degli impegni assunti e per la modificazione eventuale delle strategie aziendali.

Nella *sezione 4*, sono indicate le modalità con cui deve essere assicurata la tutela del cittadino utente rispetto alle prestazioni ricevute e le modalità di verifica degli impegni assunti nella Carta.

La Carta, così strutturata, assume una duplice valenza:

- È un patto con il cittadino-utente.
- È uno strumento fondamentale di gestione dell'Azienda e di coinvolgimento di tutti gli operatori per il conseguimento degli obiettivi di miglioramento dei servizi e delle prestazioni.

La Carta esplica la propria funzione a condizione che vengano attentamente ed adeguatamente valutati i seguenti fattori critici:

1. La misura dei risultati: è necessario disporre di sistemi di misurazione degli indicatori ai quali siano stati applicati degli standard.
2. L'attribuzione di responsabilità per gli standard: in Azienda devono essere individuate le persone responsabili della regolarità e continuità della rilevazione dei risultati, attraverso gli indicatori e la segnalazione degli scostamenti. L'attendibilità delle rilevazioni è determinata da un opportuno coinvolgimento degli operatori sanitari e tecnici.
3. La gestione del processo di miglioramento: la rilevazione dei risultati deve essere "dinamica", deve orientare le azioni di miglioramento dei servizi e non limitarsi ad assicurare i livelli esistenti. Anche in questo caso il coinvolgimento di operatori sanitari e tecnici è essenziale.

Quest'ultimo punto permette di comprendere come la Carta sia un documento da interpretarsi in maniera dinamica, come un processo che troverà sviluppi e personalizzazione presso le singole realtà e sarà soggetta a continui momenti di verifica, miglioramenti e integrazioni.

Il **primo Rapporto nazionale** di valutazione sul programma di attuazione della Carta dei Servizi nel SSN ha evidenziato che il numero delle carte adottate è cresciuto da **82** (ottobre '95) a **158** (aprile '96) fino a **190** (luglio '96).

Dal Rapporto è scaturito che il 91% delle Aziende del Paese si sono fortemente impegnate per l'attuazione della Carta.

I dati del Rapporto, frutto delle relazioni di autovalutazione compilate dalle Aziende, hanno messo in evidenza uno scarso coinvolgimento del personale sui temi della Carta dei Servizi ed un ancora più scarso grado di conoscenza della Carta tra i cittadini. In pratica, la Carta restava ancora un "oggetto sconosciuto".

Sempre da questo Rapporto è emerso che fino al 1996 solo un'Azienda in Sardegna aveva adottato la Carta e che, quindi, il livello di diffusione era praticamente nullo ed in nessuna Azienda era presente l'URP.



Il Sistema Qualità



L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, istituito con il Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n.29, rappresenta lo strumento tramite il quale l'Azienda Sanitaria ascolta e comunica con i suoi diversi interlocutori che sono:

- *all'interno*, i dipendenti e tutto il personale convenzionato;
- *all'esterno*, i cittadini-utenti dei servizi, le altre istituzioni locali, regionali e nazionali, le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, la stampa, gli organi di informazione locale e gli altri sensori presenti nel contesto sociale.

Attraverso l'attività dell'URP, l'Azienda trae indicazioni strategiche per impostare la propria organizzazione a tutti i livelli; tale attività assume, pertanto, una importanza fondamentale a garanzia della qualità dei servizi offerti.

I principi basilari per l'istituzione ed il funzionamento dell'URP nelle Pubbliche Amministrazioni sono stati individuati dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994. Tali principi sono stati successivamente estesi ed adattati alle caratteristiche delle Aziende sanitarie con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, nel quale è stato approvato anche lo schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari.

Un'attenta analisi della normativa in materia, consente di rilevare che ad una puntuale individuazione delle competenze dell'URP, non fa seguito un'altrettanto chiara specificazione sulla dimensione e sulla composizione dell'Ufficio. Infatti, viene affermato che il livello dell'URP deve essere adeguato alla struttura, all'organizzazione ed alle dimensioni dell'attività svolta dalle singole amministrazioni e che al vertice, quale responsabile dell'Ufficio, deve essere preposto un Dirigente in grado di assicurare un adeguato livello di rappresentatività della struttura di appartenenza. Ne consegue che, per quanto riguarda le Aziende Sanitarie, rientra nelle competenze del Direttore Generale, individuare l'entità ed il livello del personale da destinare all'URP, privilegiando le figure professionali con profonda conoscenza dell'amministrazione di appartenenza e con provata capacità di comunicazione e dialogo con il cittadino-utente.

Le finalità dell'URP sono:

- attuazione del principio di trasparenza amministrativa e di diritto

di accesso e di informazione;

- rilevazione sistematica dei bisogni e della soddisfazione dell'utenza e collaborazione per l'implementazione della Qualità dei servizi offerti;
- proposta di ammodernamento delle strutture, semplificazione del linguaggio ed aggiornamento delle modalità di relazione con l'utenza.

La norme sopracitate prevedono, inoltre, le seguenti attività:

- servizi all'utenza per favorire l'attuazione dei diritti alla partecipazione ed all'informazione;
- proposte mirate al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza;
- conoscenza delle strutture pubbliche e servizi erogati;
- diffusione delle normative.

Nell'ambito sanitario, il già citato D. Lgs. 502/92 ha introdotto il principio della tutela degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale. L'istituzione dell'URP ha come scopo quello di realizzare tale tutela, anche, mediante:

- la ricezione di osservazioni, opposizioni o reclami in qualunque forma presentati dagli utenti;
- la risposta immediata all'utente, su delega del legale rappresentante dell'Azienda, per le segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione;
- la predisposizione di attività istruttoria, con richiesta di relazioni ai responsabili delle unità Operative o uffici interessati e formulazione di pareri o proposte al Direttore Generale, per la definizione di reclami che non si presentano di facile e immediata soluzione;
- la convocazione di una Commissione Mista Conciliativa per le segnalazioni di disservizi pervenute all'URP per il tramite delle Associazioni di Volontariato o degli organismi di tutela;
- l'attivazione delle procedure di riesame dei reclami, qualora l'u-


tente si dichiara insoddisfatto della risposta ottenuta in prima istanza;

- la predisposizione della lettera di risposta all'utente sottoscritta dal legale rappresentante dell'Azienda.

Le ipotesi di modello teorico dell'URP sono sostanzialmente tre.

- 1 Il primo modello può essere chiamato di "*pubblica tutela*" perché opera in favore di una utenza tendenzialmente debole;
- 2 il secondo di "*tutela e informazione*" in quanto opera in funzione di utenza non necessariamente debole;
- 3 il terzo di "*promozione e fidelizzazione*" presuppone che le Aziende sanitarie operino in regime di concorrenza.

Alla luce di questi diversi modelli, un'Azienda sanitaria può creare un URP collocabile su un *continuum* che vede ad una estremità un semplice sportello informazioni e reclami (che rappresenta l'ufficio minimo), all'altra un ufficio finalizzato alla promozione e fidelizzazione. Nella costituzione dell'URP, si dovrebbe tenere conto della dimensione dell'Azienda e della distribuzione geografica dei suoi servizi. Nelle Aziende di grandi dimensioni, dovrebbe essere articolato in almeno *tre sezioni*: la *prima* deputata ad assolvere le funzioni di informazione, la *seconda* ad accogliere i reclami, la *terza* a svolgere operazioni di ricerca, analisi ed elaborazione di proposte.





Una Questione di fondo:

LA QUALITA'

Alcuni nodi critici per riflettere e alcune proposte di lavoro per la Sanità di oggi

Che cosa si intende per Qualità nella Sanità?

Che cosa si intende per Qualità del servizio offerto, e in quali termini può essere definita la Qualità nella Sanità? Chi valuta e come è possibile valutare la Qualità? Quale cultura è coerente con l'orientamento verso la Qualità?





La ricerca dei significati:

**QUALE
CONCETTO DI
QUALITA'**

Per l'efficienza e
l'efficacia del Sistema
Sanità

La Qualità è una funzione di conformità, di disponibilità e di servizio al cliente

$$Q = \frac{\text{Prestazioni del prodotto}}{\text{Bisogni del Cliente}} = \frac{\text{Erogazione del servizio}}{\text{Soddisfazione dell'Utente}}$$

➔



- Q = 1: la prestazione è pari all'attesa (Qualità normale)
- Q < 1: la prestazione è minore all'attesa
- Q > 1: la prestazione è superiore all'attesa (situazione ottimale)



FATTORI, INDICATORI E STANDARD DI QUALITÀ

In riferimento alla Qualità del servizio e tralasciando la qualità tecnica della prestazione sanitaria, che per sua natura è complessa e non facile da analizzare, vanno distinti:

- **fattori di qualità** di un servizio, intesi come aspetti rilevanti per la percezione della qualità da parte del cliente che fa l'esperienza concreta di quel servizio;
- **indicatori di qualità**, che sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto indicativo di un fattore di qualità; gli indicatori possono riguardare la domanda, l'accessibilità, le risorse, le attività ed i risultati;
- **standard di qualità**, intesi come valore atteso per un certo indicatore; gli standard possono essere generali o specifici. Quelli generali si riferiscono al complesso delle prestazioni rese all'utente, quelli specifici sono riferiti a singole prestazioni.

Il Decreto Ministeriale del 15 ottobre 1997 introduce nel Servizio Sanitario Nazionale un insieme di **indicatori** per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio dal punto di vista dei fattori di personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, del diritto all'informazione ed a prestazioni adeguate.

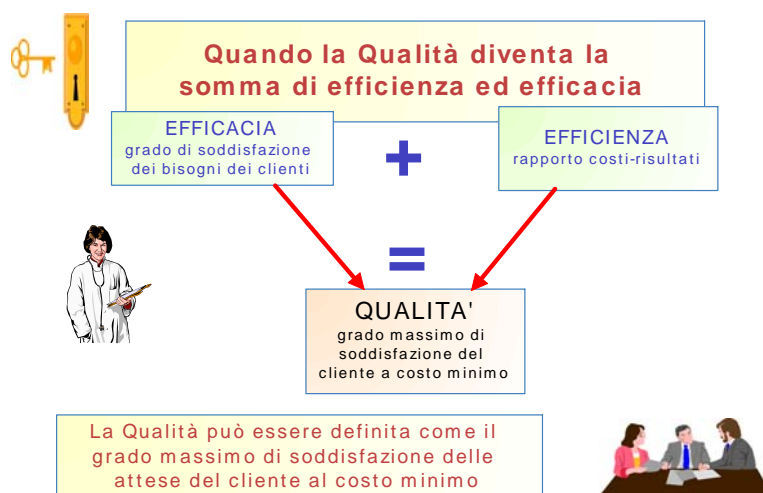
Il provvedimento è diretto all'attuazione delle disposizioni contenute nel già citato art. 14 del D.Lgs. 502/92 e concernenti la misurazione della qualità nei rapporti tra le strutture del SSN e l'utente. L'applicazione degli indicatori consente di individuare i punti di criticità e di misurarne la portata attraverso una serie di standard.

Obiettivo del Decreto è consentire agli amministratori di adeguare costantemente le strutture e le prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria è responsabile della raccolta delle informazioni necessarie per la produzione degli indicatori e della loro trasmissione alla Regione di appartenenza e al Ministero della Sanità.

È previsto che il Ministero della Sanità e le Regioni diffondano periodicamente i dati elaborati, rispettivamente a livello nazionale e regionale, per consentire alle singole Aziende di verificare la propria situazione rispetto al dato nazionale e regionale.

Il Ministero, inoltre, utilizza gli indicatori per la valutazione del processo di miglioramento della qualità delle strutture e ne tiene conto in sede di relazione sullo stato sanitario generale del Paese.

Gli indicatori previsti nel Decreto non sono statici, ma soggetti a variazioni ed integrazioni sulla base degli orientamenti del Piano Sanitario Nazionale, dell'andamento del processo di miglioramento della qualità dei servizi, oltre che, per effetto dell'adeguamento ad eventuali direttive europee e al grado di sviluppo di sistemi informativi.



LA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE CUSTOMER SATISFACTION

Per **customer satisfaction** s'intende la soddisfazione del cliente che si realizza tramite un orientamento dell'Azienda al cliente stesso; ciò significa "mettersi nei suoi panni", "vedere il mondo con i suoi occhi" e costituisce uno degli aspetti fondamentali del controllo di Qualità.

In un'Azienda di Servizi il giudizio dato dal cliente è influenzato da fattori materiali e da fattori psicologici: appare evidente la necessità di un'intensa comunicazione di idee e di informazioni tra clienti e Azienda, se non altro per raccogliere tali giudizi. Puntare alla Qualità del servizio orientandosi al cliente e creando con lo stesso un'interazione continua, permette di sopperire alla mancanza del "bene" sul quale si incentra la comunicazione delle Aziende industriali. Parlando di Qualità con i clienti si crea una partecipazione psicologica del cliente stesso e si dimostra l'attenzione e la volontà di recepire le sue osservazioni per soddisfarlo nelle successive erogazioni del servizio.

La Qualità nei servizi deve essere intesa come un sistema di processi volto alla soddisfazione sia del *cliente esterno* sia del *cliente interno*. Quando si fa riferimento al *cliente interno* s'intende ogni unità aziendale che, allo stesso tempo, è cliente e fornitore rispetto alle altre unità. Si crea così un migliore livello dei servizi scambiati, si ha tempestività di interventi, diminuiscono "scarti" e "rilavorazioni" e migliorano i rapporti interpersonali tra i clienti.

Per ottenere una migliore *performance esterna* è fondamentale attuare una distinzione tra:

- *Qualità attesa*: individuazione dei bisogni dei clienti.
- *Qualità progettata*: traduzione corretta delle attese dei clienti in target di prestazione di servizio da erogare.
- *Qualità prestata*: monitoraggio e verifica del servizio offerto, per evidenziare eventuali non conformità alle specifiche.
- *Qualità percepita*: rilevazione delle differenze riscontrate dai clienti tra le prestazioni erogate ed i loro bisogni, che determinano il loro grado di soddisfazione.
- *Qualità paragonata*: analisi del posizionamento rispetto ai con-

correnti così come è percepito dai clienti.

Altri tre aspetti da distinguere relativamente alla *performance esterna* sono:

- *La percezione d'efficacia*: il cliente percepisce il servizio come efficace nel momento in cui si convince o si rende conto che ha risolto il suo problema. Questa percezione aumenta nel momento in cui il cliente partecipa attivamente e direttamente alla fase di erogazione del servizio.
- *La percezione di efficienza*: dopo che il servizio è stato efficace il cliente giudica l'efficienza, a questo punto egli osserva la qualità dell'organizzazione erogatrice.
- *La percezione di empatia*: è il giudizio di qualità del servizio che riguarda il tono della relazione tra cliente ed erogatori del servizio stesso; ovviamente l'empatia è positiva se assieme ad essa si è offerto un servizio di qualità.

La *performance interna*, invece, si riferisce al **back-office** e quindi ai processi interni che devono essere comunque organizzati in maniera simile a quelli relativi alla performance esterna (rapporti con clienti e fornitori). Quindi si parla di soddisfazione del cliente, di conformità alle specifiche del servizio, di affidabilità e rapidità delle "consegne"; questo vale per tutti i rapporti che in un'organizzazione vengono posti in essere continuamente.

LA COMUNICAZIONE

In un sistema di Qualità non si può prescindere da uno strumento fondamentale quale è la comunicazione.

La **comunicazione reciproca** tra clienti e Aziende di Servizi permette di **trasmettere informazioni** relative ai vari aspetti che la Qualità può assumere. La comunicazione interna, inoltre, permette di diffondere l'orientamento alla Qualità e la nuova cultura organizzativa. La comunicazione con l'ambiente esterno all'azienda avviene attraverso i mass-media e gli Uffici di Relazione con il Pubblico (URP).

Processo e sistema di erogazione del servizio sono due punti importanti dell'azione di miglioramento. Ponendo l'attenzione sul **processo** si riescono a focalizzare le cause piuttosto che gli effetti. Migliorare i processi di gestione e di erogazione del servizio non è, però, sufficiente se non si instaura un efficiente sistema di comunicazione. Da un lato è necessario che il cittadino/cliente sia informato sulle attività svolte dalla struttura e sia messo in condizioni di accedervi; dall'altro i giudizi dei clienti devono essere utilizzati come una risorsa/informazione per migliorare la qualità del servizio.

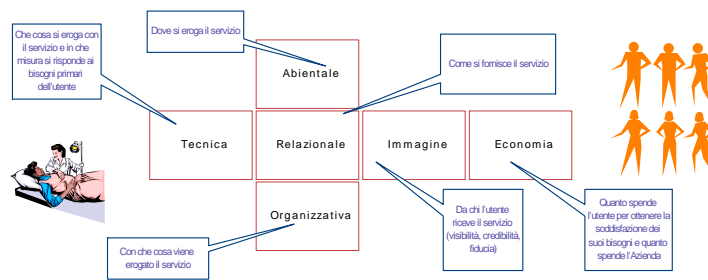
Questa cultura della comunicazione deve riguardare anche i rapporti interni tra organizzazione ed erogatori, in maniera che si crei un omogeneo sistema aziendale che operi in maniera sinergica. Stabilendo delle procedure formali di comunicazione (che possono assumere le forme più varie) scaturiscono indicazioni molto utili per realizzare piccoli e grandi interventi di miglioramento qualitativo: il solo fatto di ascoltare gli erogatori e di realizzare gli interventi più intelligenti, innalza il livello motivazionale.

Il controllo di Qualità in un'Azienda di Servizi, nell'ambito di questo sistema comunicativo, dovrebbe giocare un ruolo di snodo tra le informazioni provenienti dai vari front-office; ciò facilita le decisioni applicative restituendo, infine, agli erogatori le informazioni sui miglioramenti qualitativi registrati e riaprendo periodicamente il circolo del sistema.

L'attuazione di questo processo necessita un confronto continuo.



Le sei dimensioni della Qualità Il cubo della Qualità nei servizi



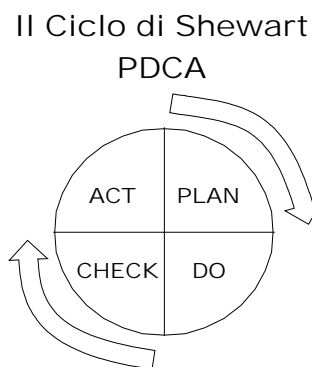
LA RUOTA DI DEMING

Un importante strumento della Qualità è quello che Deming chiama: "Il Ciclo di Shewart". Il ciclo di Shewart è stato presentato in Giappone con questo nome, ma è stato subito ribattezzato "La Ruota di Deming" ed è con questo nome che ormai viene universalmente chiamato.

L'utilizzo è molto ampio; in senso gerarchico, si va dall'alta direzione fino ai singoli con ruoli operativi. L'applicazione può riguardare la pianificazione su base annuale o il singolo problema da affrontare.

La figura rappresenta le quattro fasi da porre in essere per l'attuazione del miglioramento continuo: dopo la quarta fase, il ciclo ricomincia.

Le lettere PDCA sono l'acronimo di Plan, Do, Check, Act e corrispondono alle fasi che vengono svolte:



- **fase uno (PLAN)**, vengono pianificati i processi da svolgere relativamente al cambiamento in relazione ai problemi evidenziati;
- **fase due (DO)**, si mette in atto la pianificazione ed i test evidenziano se ciò che si è pianificato è corretto;
- **fase tre (CHECK)**, vengono controllati gli effetti;
- **fase quattro (ACT)**, si standardizzano i processi se nella fase del check non si sono evidenziati errori, altrimenti si fanno nuovi esperimenti.

Bisogna specificare che ogni fase del ciclo, al suo interno, sarà a sua volta caratterizzata dall'utilizzo dello stesso metodo.

La Ruota di Deming ha lo scopo di definire gli standard di qualità; il ciclo non si ferma mai e vanno sempre considerate le esperienze accumulate. Per la realizzazione del miglioramento continuo, partendo dagli standard definiti e condivisi si ricomincia un nuovo ciclo per giungere alla definizione di nuovi standard.

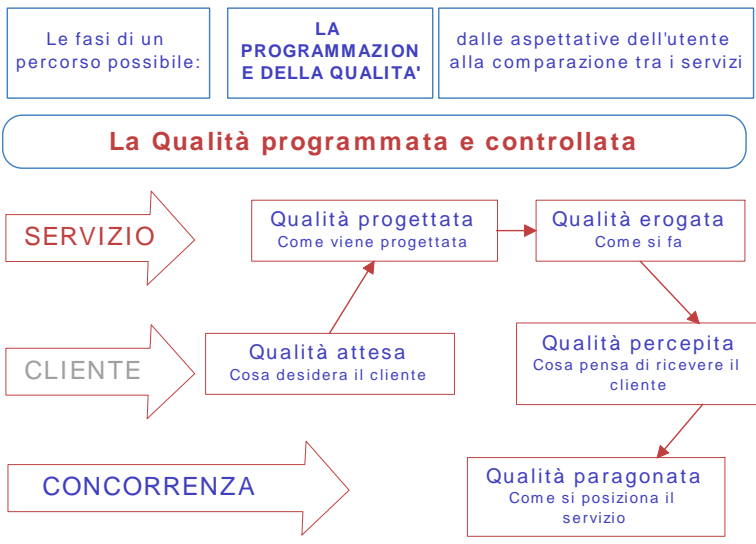


Un programma di Qualità Totale deve coinvolgere tutta l'organizzazione ed entrare nel "cuore" di ogni persona



IL DECALOGO DELLA QUALITÀ

- 1 *Per raggiungere un discorso di Qualità Totale ogni Operatore Sociosanitario deve ritenersi collaboratore non più dipendente.*
- 2 *La Qualità sta nella consapevolezza di essere i Clienti di Noi stessi.*
- 3 *Migliora la Qualità, migliorerai te stesso.*
- 4 *Migliorare la Qualità vuol dire migliorare se stessi. La Qualità rende un prodotto vincente.*
- 5 *La Qualità è un insieme di uomini che si predispongono al miglioramento. Una Azienda è formata da persone e la sua Qualità sta nella capacità di queste persone a modificarsi.*
- 6 *La Qualità è un bene conquistato con umiltà e fatica da parte di tutto il mondo produttivo, manteniamolo per essere vincenti.*
- 7 *La Qualità è: Informazione, Formazione e Azione.*
- 8 *Qualità è l'armonia di un'orchestra dove gli elementi raggiungano un sincronismo Totale.*
- 9 *Qualità: "Musica". La Qualità della musica, espressa da ogni singolo maestro, fa grande l'orchestra.*
- 10 *Qualità è: **Quando Una Azienda Lavora In Totale Armonia.***



LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN SARDEGNA

Con l'adozione dello schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" del maggio 1995, il Servizio Sanitario Nazionale ha cominciato a confrontarsi con il tema, fortemente innovativo, della Carta dei Servizi.

Il Ministero della Sanità e le Regioni hanno costantemente curato la funzione di indirizzo e sostegno al processo di attuazione della Carta dei Servizi, a partire da una assunzione di base: evitare ogni tentazione di interpretare l'adozione della Carta come mero adempimento burocratico-formale e promuovere, invece, l'adozione della Carta come occasione di reale cambiamento nei rapporti tra le Aziende ed i cittadini.

L'azione di sostegno e monitoraggio si è costantemente accompagnata ad un'attività di valutazione dello stato di attuazione della Carta dei Servizi che ha dato luogo a tre successivi rapporti:

- ottobre 1995: primo rapporto sullo stato di attuazione della Carta dei Servizi nel SSN;
- maggio 1996: secondo rapporto sul processo di attuazione della Carta dei Servizi;
- marzo 1997: rapporto nazionale di valutazione sul programma di attuazione della Carta dei Servizi nel SSN.

I dati di seguito riportati sono quelli rilevati per la compilazione del rapporto nazionale di valutazione e, dal momento che il precedente rapporto si era basato sui dati aggiornati a luglio 1996, il periodo di riferimento per questa valutazione va da **agosto 1996 a marzo 1998**.

Le scelte di fondo dei principi che hanno guidato e che continuano a guidare l'attività di valutazione sono le seguenti:

- **principio dell'autovalutazione:** ogni soggetto coinvolto nella valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione, che non va, quindi, assimilata ad un'azione di controllo, né tantomeno di ispezione, ma costituisce un momento di verifica e di apprendimento per il miglioramento dei risultati;
- **principio dei diversi livelli di valutazione:** il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale (aziendale, regionale e nazionale), ogni livello procede

ad una valutazione del proprio operato e dei risultati ottenuti;

- **principio di non autoreferenzialità:** per quanto possibile, la valutazione deve essere basata su riscontri oggettivi o comunque esterni al soggetto valutatore;
- **principio di confrontabilità:** le valutazioni devono essere condotte sulla base di un metodo omogeneo, al fine di fornire un mezzo utile per la valutazione nei livelli superiori (regionali e nazionali).

Rispetto alle precedenti verifiche, il processo attuale intende specificamente dare risposta alle seguenti esigenze:

- 1 aggiornare i dati sullo stato di attuazione della Carta dei Servizi;
- 2 iniziare un processo di superamento dell'autoreferenzialità della valutazione, chiedendo alle Associazioni dei cittadini pareri sul processo di attuazione della Carta dei Servizi;
- 3 facilitare la diffusione delle esperienze di miglioramento della qualità dei servizi attraverso un primo censimento delle esperienze aziendali più significative.

I FLUSSI DI INFORMAZIONE ED IL CONTESTO ISTITUZIONALE

Il processo di lavoro, che è stato già sperimentato con buoni risultati nel corso delle precedenti edizioni della valutazione, legando in un unico filo logico il Ministero, le Regioni, le Aziende ed i cittadini-utenti ha seguito, in sostanza, il seguente percorso:

- 1 il Ministero e le Regioni hanno condiviso uno schema metodologico generale per l'impostazione della valutazione;
- 2 le Aziende sanitarie sono state invitate dal Ministero e dalle Regioni a procedere alla compilazione di un'autovalutazione sulla base delle schede presentate più avanti;
- 3 le Aziende sanitarie hanno restituito le schede compilate alle Regioni e al Ministero, secondo le istruzioni ricevute;
- 4 le Regioni compileranno una relazione di valutazione regionale, utilizzando un metodo di analisi discusso e condiviso con il Ministero;
- 5 il Ministero della Sanità utilizzerà le relazioni regionali ed aziendali per elaborare un rapporto nazionale che verrà distribuito al-

l'interno del SSN.

Sono stati approfonditi due aspetti che già erano compresi nei principi delle precedenti valutazioni:

i pareri dei cittadini: richiesti alle Associazioni che rappresentano i cittadini, relativi alle loro opinioni sul processo di attuazione della Carta dei Servizi;

la valutazione delle attività di sostegno realizzate a livello centrale e regionale: alle Aziende è stato richiesto di fornire pareri e suggerimenti sul funzionamento dello Sportello della Carta dei Servizi, istituito nel 1995 presso il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità.

GLI ASPETTI TECNICO METODOLOGICI

Rispetto alle precedenti verifiche l'impostazione metodologica della valutazione è stata modificata sotto un duplice aspetto. In primo luogo è stato rafforzato l'aspetto quantitativo e statistico dell'indagine; la modalità di risposta chiusa, adottata nelle schede di autovalutazione, ha permesso di realizzare elaborazioni più precise delle tendenze a livello nazionale, nonché di effettuare confronti. In secondo luogo si è inteso approfondire l'analisi dei processi qualitativi generati all'interno del programma Carta dei Servizi.

I DESTINATARI DELLA VALUTAZIONE

L'attuale proposta ha inteso raccogliere una delle principali raccomandazioni del precedente rapporto: allargare la base di analisi del processo di valutazione, coinvolgendo la molteplicità di soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari. Per questa ragione sono state incluse nella valutazione, oltre alle Aziende USL e Ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), i Policlinici Universitari, gli Ospedali classificati e le Case di cura private accreditate con un numero di posti letto superiore o uguale a 200. Tutti questi soggetti, ai fini della valutazione, sono stati equiparati alla categoria comune di "Aziende".

LA STRUTTURAZIONE DELLA VALUTAZIONE

L'attuale rapporto di valutazione si articola in 4 sezioni.

Attraverso le *schede di autovalutazione* è stato richiesto alle Aziende di realizzare un'analisi dello stato di attuazione della Carta dei Servizi, dei risultati raggiunti e delle principali criticità.

Le **schede per la raccolta dei pareri esterni** hanno permesso di mettere insieme le opinioni delle Associazioni dei cittadini sugli effetti principali della Carta, nella qualità dei servizi percepita del cittadino. Le Aziende hanno svolto un ruolo attivo nell'identificazione delle Associazioni alle quali inviare le schede, cercando di non superare il numero previsto di 6-7 istituzioni. Le Associazioni hanno restituito il materiale compilato alle Aziende.

Le **schede di valutazione delle azioni di sostegno sulla Carta dei Servizi** hanno l'obiettivo di raccogliere le opinioni delle Aziende sulle azioni di sostegno e supporto tecnico realizzate dallo Sportello della Carta dei Servizi, istituito nel 1995, presso il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità.

Le **schede per la raccolta dei "casi esemplari"** si propongono di realizzare una raccolta dei progetti-esperienze di miglioramento, avviati nell'ambito del processo di attuazione della Carta dei Servizi e diffonderli all'interno del Servizio Sanitario.

Aspetto importante di queste schede è quello della diffusione: l'idea è quella di far conoscere il più possibile l'iniziativa del censimento in maniera da stimolare tutti gli operatori a presentare progetti ed iniziative che siano state realizzate all'interno delle Aziende.

SUGGERIMENTI PER LA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE

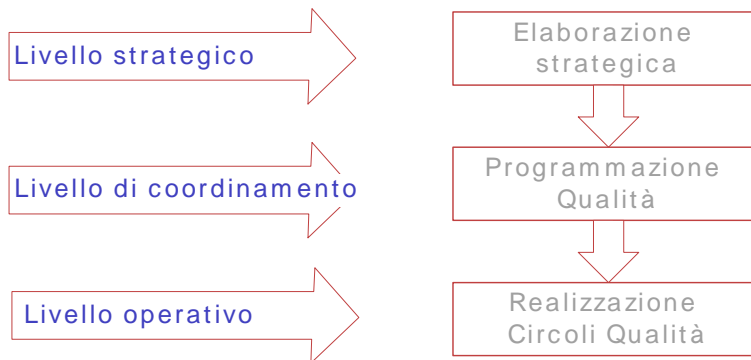
Poiché le schede hanno caratteristiche diverse, ogni Azienda ha seguito un percorso di compilazione specifico, perciò, ogni Azienda si è organizzata nella maniera più opportuna ed efficiente per la compilazione. Tuttavia l'esistenza di un referente della Carta dei Servizi all'interno delle Aziende stesse, è un fattore che dovrebbe essere utilizzato tanto per la raccolta dell'informazione, quanto per l'attività di coordinamento ed organizzazione generale del processo. In pratica, il referente della Carta deve farsi carico della realizzazione dell'esercizio valutativo e renderne conto al Direttore generale.

Nella compilazione del questionario si è suggerito, in ogni caso, un contatto costante con il personale coinvolto nello sviluppo del programma della Carta e con i responsabili di eventuali unità/task-force sul tema della Qualità percepita; questo per arricchire le schede di informazioni provenienti da diversi settori dell'Azienda e per realizzare un bilancio effettivo e partecipato del funzionamento della Carta nell'Azienda di riferimento.

Il 100% delle Aziende della Sardegna hanno il referente della Carta dei Servizi mentre in tutto il territorio nazionale questo dato è pari al 92,2%.



Come attivare i circoli di Qualità



Come realizzare
un progetto di
Qualità nella
Sanità:

**Gli strumenti
operativi per
un progetto di
QUALITA'**

Per rispondere in modo
sempre più adeguato ai
bisogni del "cliente": alcune
proposte di lavoro

Strumenti per rilevare la Qualità attesa



Il Questionario per

**delineare il profilo della propria
clientela, in particolare:**

- ☞ i valori;
- ☞ le preferenze;
- ☞ le aspettative;
- ☞ i comportamenti;
- ☞ le attitudini;
- ☞ la struttura.



L'INDAGINE

Nel periodo compreso tra agosto 1996 e marzo 1998, il Settore Controlli di Qualità del Servizio della Programmazione Sanitaria dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha organizzato un'indagine conoscitiva volta a rilevare lo stato di attuazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende USL e Ospedaliere della Regione.

I questionari di autovalutazione sono stati compilati dai referenti delle ASL e AO, i quali hanno provveduto ad immettere i dati rilevati in un apposito software, predisposto allo scopo, e hanno poi trasmesso i files ottenuti a questo Servizio per l'elaborazione a livello regionale.

Relativamente ad alcuni aspetti, ritenuti maggiormente rilevanti, si è confrontato il dato regionale con quello nazionale.

Aziende ed altre Strutture operanti in Sardegna

Aziende USL	8
Aziende Ospedaliera	1
IRCCS	1
Policlinici universitario.....	2
Ospedali classificati.....	0
Case di cura private accreditate	3
<i>Totale</i>	15

Aziende ed altre Strutture operanti in Italia

Azienda USL	227
Azienda Ospedaliera	86
IRCCS	47
Policlinico universitario	10
Ospedale classificato.....	41
Case di cura private accreditate	40
<i>Totale</i>	451

La percentuale di risposta all'autovalutazione a livello nazionale, è del 96,9% (220 su 227) per le Aziende USL e del 91,9% (79 su 86) per le Aziende Ospedaliere. In Sardegna queste percentuali sono pari al 100%.



I RISULTATI

Così come evidenziato nelle tabelle, le Aziende operanti in Sardegna coinvolte nell'autovalutazione sono 15 ; tra loro, 10 (il 66,67%) hanno adottato la Carta dei Servizi e 5 non l'hanno adottata (vedi le tabelle: 1/ a, 1/b, 2).

In 12 delle 15 Aziende (l'80%) è attivo l'URP. Tra le Aziende che hanno adottato la Carta tutte hanno un URP attivo (vedi la tabella 4).

I dati sull'**adozione della Carta** e sull'**istituzione dell'URP** sono stati riportati anche con solo riferimento alla Aziende USL e Ospedaliere, evidenziando delle percentuali pari al 100% (vedi le tabelle 3, 5). In tutto il territorio italiano il 91,4% delle Aziende USL ed il 96,2% delle Aziende Ospedaliere hanno attivato gli URP.

A livello nazionale, al 31 marzo 1998, la Carta dei servizi è stata adottata dal 94,1% di Aziende USL e dal 92,4% di Aziende Ospedaliere che hanno risposto alla valutazione.

E' stata valutata l'**importanza degli obiettivi** che si intendono perseguire con l'adozione della Carta: *il miglioramento delle relazioni con gli utenti ed il miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio*, sono stati considerati, dalle Aziende, i due più importanti (vedi la tabella 6). Tale atteggiamento è in linea con quello nazionale.

Dalla valutazione del livello di **raggiungimento degli obiettivi prefissati**, consegue che i due maggiormente realizzati sono: *l'adeguamento alla normativa ed il miglioramento dell'immagine aziendale* (vedi la tabella 7). Risultati simili sono emersi anche a livello nazionale.

I tre **ostacoli al maggiore sviluppo della Carta**, secondo le Aziende che l'hanno adottata, sono: *le difficoltà legate alla "cultura" ed all'organizzazione aziendale, le difficoltà di tipo tecnico/metodologico e l'incertezza del contesto istituzionale* (vedi la tabella 8). Queste difficoltà coincidono con quelle rilevate a livello nazionale.

In riferimento agli **standard** e agli **impegni aziendali**, i due ritenuti più interessanti sono risultati quello relativo *all'umanizzazione/personalizzazione* e quello *sui tempi d'attesa nell'erogazione del servizio* (vedi le tabelle 9, 10). Il 46,67% delle Aziende ha adottato standard come obiettivi aziendali da raggiungere (vedi la tabella 11). La percentuale delle Aziende che, oltre ad aver adottato standard, è passata alla successiva fase di verifica, scende al 20%. Solo 2 Aziende (il 13,33%) ha intrapreso azioni di miglioramento in seguito a verifica di standard

(vedi tabella 11).

La percentuale di Aziende che hanno **adottato e verificato gli standard** rispetto ai diversi fattori di qualità non supera in nessun caso il 20% (vedi la tabella 12).

Il maggiore **ostacolo** all'adozione degli standard è dovuto a difficoltà di tipo tecnico/metodologico (vedi la tabella 13).

L'attività di pubblicizzazione della Carta è stata realizzata dal 90% delle Aziende che l'hanno adottata (vedi le tabelle: 14, 15). Solo un'Azienda ha verificato la presa di conoscenza della Carta da parte dei cittadini: il risultato è pari al 30% (vedi la tabella 16). Da un'analisi più approfondita dei questionari di autovalutazione si evince che la Carta è stata diffusa solamente nell'ambito della programmazione aziendale.

A livello nazionale il 77,3% delle Strutture dichiara di aver diffuso informazioni sulla Carta; va tuttavia rilevato che solo il 7,9% di tali strutture dichiara di aver realizzato qualche iniziativa per verificare la conoscenza della Carta da parte dei cittadini. Richiesto alle stesse Strutture di stimare il livello di conoscenza della Carta dei servizi da parte dei cittadini, si ottengono valori generalmente inferiori al 10%.

La percentuale di Aziende che hanno svolto **attività di coinvolgimento del personale** è pari all'80% (vedi la tabella 18). Il livello di diffusione della conoscenza degli obiettivi e degli strumenti della Carta tra il personale risulta appena sufficiente solo tra l'alta dirigenza (il 50%) (vedi la tabella 19). Sul territorio nazionale l'86,3% delle Strutture coinvolte dichiara di aver messo in atto azioni di coinvolgimento del personale; l'alta dirigenza è stata coinvolta in misura pari al 43,8%.

La percentuale di Aziende che hanno realizzato **indagini di soddisfazione degli utenti e sull'opinione dei cittadini** è del 66,67%; tale percentuale scende al 33,33% se si considera il numero di Aziende che ha intrapreso **azioni di miglioramento** in seguito ad indagini di soddisfazione (vedi la tabella 22).

Le Aziende che hanno adottato un **sistema di gestione dei reclami** sono il 93,33% (14 su 15); la percentuale di quelle che hanno pubblicizzato il diritto al reclamo e le modalità di far valere tale diritto è pari al 60% (vedi la tabella 24).

Tra tutte le Aziende italiane il 93,2% delle Aziende USL ha adottato un sistema di gestione dei reclami, mentre tra le Aziende Ospedaliere questa percentuale sale al 94,9%.

Il **numero dei reclami** trattati è passato dai 50 (II trimestre del 1996), a 121 (I trimestre 1997) per arrivare a 262 (II trimestre 1997) (vedi la ta-

bella 25). Rispetto ai diversi fattori di qualità, i reclami più numerosi sono stati quelli relativi agli aspetti burocratico-amministrativi e quelli relativi agli aspetti relazionali (vedi la tabella 26).

A livello nazionale le Aziende USL dichiarano di aver trattato 53.483 reclami per una media pari a 243,1; le Aziende Ospedaliere dichiarano di aver trattato 22.735 reclami per una media pari a 287,8 (il periodo considerato comprende il secondo semestre 96 e tutto il 1997).

Le **Conferenze dei Servizi**, previste dall'art.14 della L.502/92 sono state realizzate solamente da 5 Aziende con una media pari a 2,2 (vedi la tabella 28). A livello nazionale il dato è praticamente uguale, infatti la media nazionale è pari a 2.

E' stato chiesto alle **Associazioni dei cittadini** che collaborano con le Aziende, di esprimere i loro pareri. Tali pareri si riferiscono al livello globale di miglioramento sui fattori di qualità, alla valutazione del livello di impegno su standard e impegni, al livello di conoscenza della Carta dei servizi presso i cittadini ed alla valutazione del livello di impegno sulla gestione dei reclami e sulla conferenza dei servizi. Sono stati espressi 32 pareri raccolti da 8 Aziende. Si chiedeva alle Associazioni di esprimere dei giudizi, che andassero dal livello nullo (pari a -2), allo scarso (-1), al sufficiente (0) per giungere al buono (1). I giudizi espressi oscillano tra una valutazione pari a -1 e 0; perciò è con difficoltà che il giudizio globale raggiunge la sufficienza (vedi la parte dei dati dedicata ai pareri esterni).

Il questionario di autovalutazione, con le risposte date dalle Aziende, è stato inserito integralmente nella parte finale della pubblicazione per una consultazione dei dati in maniera più specifica.

I dati contenuti nel questionario sono stati, prima elaborati, poi inseriti in tabelle che evidenziano indicatori numerici. Per l'elaborazione sono stati seguiti gli schemi predisposti dal Ministero della Sanità ma, per una migliore comprensione dei dati, le tabelle sono state ordinate in base al questionario di autovalutazione e rinumerate. Gli indicatori, invece, hanno mantenuto la numerazione originaria, prevista dal Ministero, ed all'interno delle tabelle figurano in grassetto. Alcuni dati, ed i relativi indicatori, sono stati espressi sia con riferimento a tutte le Aziende che, in altra tabella, con riferimento alle sole Aziende USL e Ospedaliere; altri dati, invece, sono stati indicati con riferimento alle Aziende che hanno adottato la Carta e con riferimento a quelle che non l'hanno adottata.

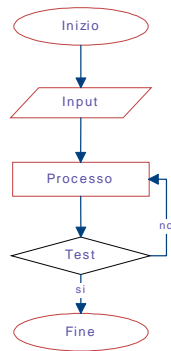
Come realizzare un progetto di Qualità nella Sanità:

Gli strumenti operativi per un progetto di QUALITÀ'

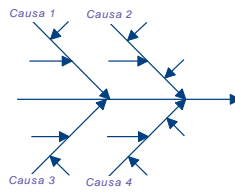
Per rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni del "cliente": alcune proposte di lavoro

Strumenti per rilevare la Qualità erogata

Il diagramma di flusso per analizzare le fasi di un processo



Il diagramma di causa - effetto (cause possibili di un evento critico)



L'uso degli indicatori e degli standard

Criteri	Indicatori	Standard
Qualità		
Efficienza		
Costo		
Tempo		
Comodità		
Accessibilità		



CONCLUSIONI

L'analisi fatta permette di evidenziare, attendibilmente, lo stato di attuazione della Carta dei Servizi.

Il Ministero della Sanità distingue i dati riferiti alle Aziende USL e Ospedaliere dagli altri.

È confortante il fatto che tutte le Aziende USL e Ospedaliere abbiano adottato la Carta dei Servizi ed istituito l'URP, appare necessario, quindi, uno stimolo nei confronti delle altre Aziende affinché si adeguino alla normativa.

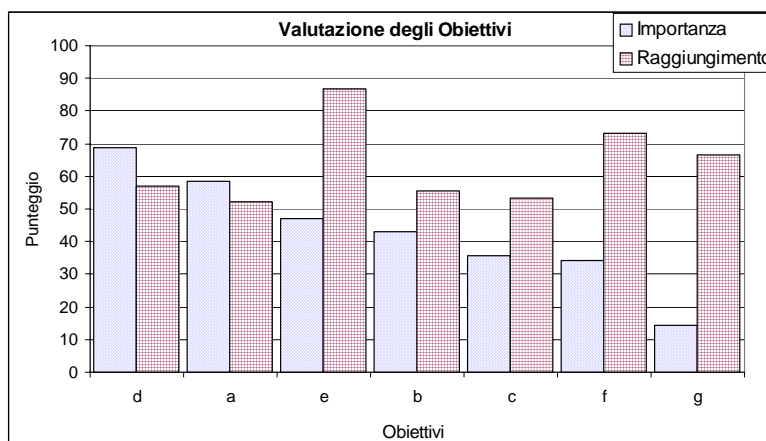
L'analisi evidenzia che l'obiettivo che è stato maggiormente raggiunto è l'adeguamento alla normativa.

Questo ci impone di riflettere sul fatto che l'implementazione della Qualità è ancora in una fase embrionale in quanto le Aziende hanno, forse, recepito la normativa in materia solamente come un adempimento.

È stato effettuato un confronto tra l'**importanza** degli **obiettivi** nell'adozione della Carta ed il **raggiungimento** degli stessi (grafico 1), si nota che non c'è stata corrispondenza tra quelli che venivano ritenuti più importanti e quelli che sono stati raggiunti maggiormente. E' sicuramente significativo che le Aziende abbiano compreso l'importanza del miglioramento delle relazioni con gli utenti e degli aspetti specifici della qualità, però, resta da individuare il perché sia mancato l'impegno per il raggiungimento di questi due obiettivi.

Valutazione degli obiettivi elencati nell'adozione della Carta		
Obiettivi	valutazione dell'importanza	valutazione del livello di raggiungimento
d Miglioramento delle relazioni con gli utenti	68,57	57,14
a Miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio	58,57	52,38
e Adeguamento alla normativa	47,14	86,67
b Coinvolgimento/sensibilizzazione del personale sui temi della qualità dei servizi	42,86	55,56
c Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi (reclami, standard...)	35,71	53,33
f Miglioramento dell'immagine aziendale	34,29	73,33
g Altro	14,29	66,67

Grafico 1: confronto tra l'importanza degli obiettivi nell'adozione della Carta e raggiungimento degli stessi.



Valutazione dell'importanza degli ostacoli elencati per un maggiore sviluppo della Carta		
c	Difficoltà legate alla "cultura" e all'organizzazione aziendale	80,00
e	Difficoltà di tipo tecnico/metodologico	57,14
d	Incertezza del contesto istituzionale	47,14
g	Altro	32,86
f	Difficoltà di coinvolgimento del contesto esterno	30,00
a	La Carta non è stata inserita come obiettivo prioritario nel programma aziendale	22,86
b	Poca chiarezza nell'assegnazione dei compiti	22,86

La prima serie di istogrammi rappresenta la valutazione dell'importanza degli obiettivi nell'adozione della Carta, in ordine decrescente dal più importante al meno importante. La seconda serie si riferisce al livello di raggiungimento degli stessi obiettivi. Si nota come gli obiettivi ritenuti i

più importanti (d, a) non corrispondono con quelli che sono stati raggiunti maggiormente (e, f). Lo stesso atteggiamento è stato rilevato a livello nazionale.

L'analisi dell'importanza degli ostacoli allo sviluppo della Carta (grafico 2) evidenzia ancor più lo stato embrionale, in quanto le difficoltà di tipo "culturale" e di tipo tecnico/metodologico sono tipiche della fase iniziale dell'implementazione.

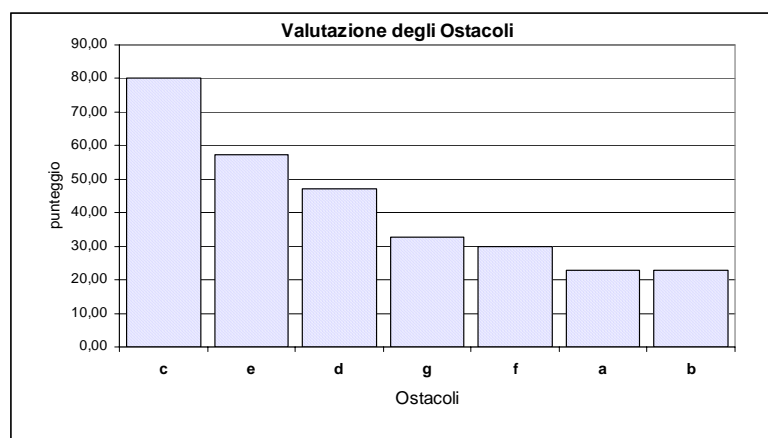


Grafico 2: ostacoli al maggiore sviluppo della Carta.

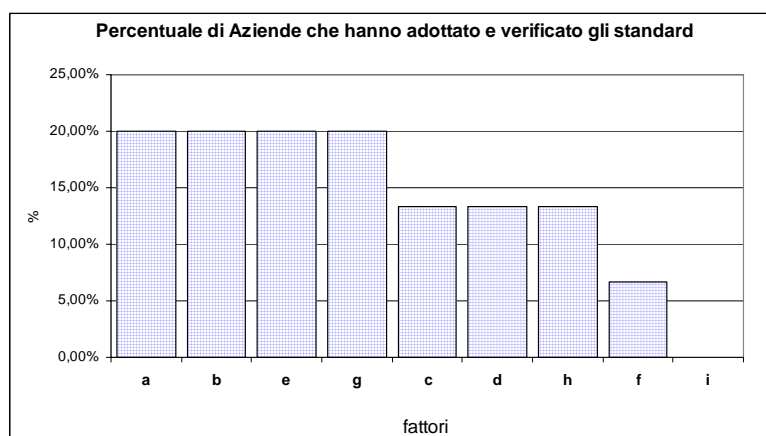
Nel grafico gli ostacoli sono stati ordinati in ordine decrescente dal più importante al meno importante. Come si può notare i due ostacoli maggiori sono **c** ed **e**. Anche a livello nazionale gli ostacoli maggiori sono risultati gli stessi.

Sulla base dello sviluppo procedurale di Deming, si può notare che l'applicazione di questo metodo ciclico non è stata attuata dalle Aziende. Infatti, nel questionario, una delle parti più importanti è sicuramente quella relativa agli **standard** ed **impegni aziendali** ed in essa si nota come, se già erano poche le Aziende che hanno adottato degli standard come base per il miglioramento continuo, ancora meno sono quelle che poi sono passate alle fasi successive di verifica e di miglioramento.

In pratica, le quattro fasi previste dalla Ruota, *Plan, Do, Check, Action*, da applicare a questo caso specifico, e che consistono nella definizione di standard, nella loro applicazione, verifica e successiva ridefinizione, non sono state implementate dalle Aziende.

Tutto ciò è confermato dalle bassissime percentuali di Aziende che hanno adottato e verificato gli standard rispetto ai diversi fattori di qualità (nessuna supera il 20%) (grafico 3).

Grafico 3: percentuale di Aziende che hanno adottato e verificato



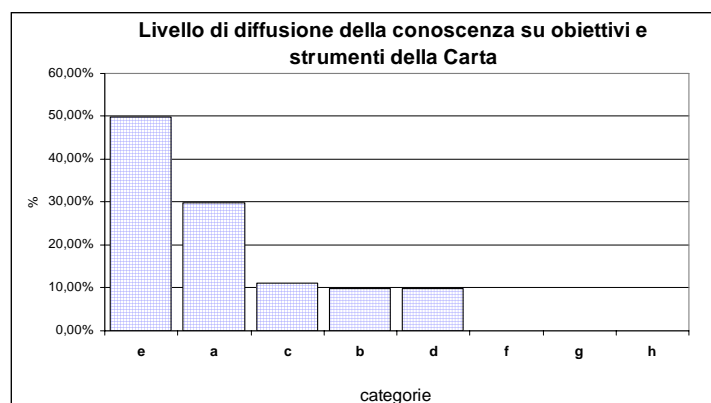
Percentuale di Aziende che hanno adottato e verificato gli standard rispetto ai diversi fattori di qualità		
fattori		%
a	Aspetti relazionali	20,00%
b	Umanizzazione	20,00%
e	Aspetti alberghieri e comfort	20,00%
g	Aspetti burocratici amministrativi	20,00%
c	Informazione	13,33%
d	Tempo	13,33%
h	Ascolto e tutela	13,33%
f	Struttura e logistica	6,67%
i	Altro	0,00%

gli standard rispetto ai diversi fattori di qualità

L'attività di **pubblicizzazione** della **Carta** è un altro aspetto scarsamente attuato sulla base dell'autovalutazione; in quanto sembrerebbe che le Aziende non abbiano compreso appieno l'importanza fondamentale di far conoscere il più possibile la Carta ai cittadini.

Nel grafico 4 sono stati evidenziati i livelli di **conoscenza** degli **obiettivi** e **strumenti** della Carta tra il personale; si nota che solo l'alta dirigenza ha un livello di conoscenza appena sufficiente e che le altre categorie raggiungono livelli di conoscenza bassissimi.

Grafico 4: livello di conoscenza degli obiettivi e strumenti del-



Livello di diffusione della conoscenza su obiettivi e strumenti della Carta tra il personale coinvolto distribuito per categorie di operatori		
c a t e g o r i e		%
e	Alta dirigenza	50,00%
a	Personale front-line	30,00%
c	Personale medico	11,10%
b	Personale amministrativo	10,00%
d	Infermiere capisala	10,00%
f	Medici di Medicina Generale	0,00%
g	Pediatrini di libera scelta	0,00%
h	Specialisti ambulatoriali	0,00%

la Carta tra il personale.

A livello nazionale si è evidenziato che le categorie di personale coinvolte maggiormente sono l'alta dirigenza ed il personale front-line, mentre sono stati poco coinvolti i Medici di Medicina Generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali.

Tutte le Aziende della Sardegna, tranne una, hanno adottato un sistema di **gestione** dei **reclami**. Il numero dei reclami è cresciuto; questo deve essere visto come un fatto positivo, in quanto permette di evidenziare in quale direzione si può operare per migliorare i rapporti con i cittadini-utenti. Per comprendere l'effettiva incidenza, sarebbe necessario un confronto tra il numero totale delle prestazioni erogate ed il numero dei reclami trattati.

Solamente 5 Aziende hanno fornito dati certi sul numero dei reclami trattati, le altre, nonostante abbiano adottato il sistema di gestione dei reclami, hanno inviato delle stime.

Dal confronto tra le percentuali dei **reclami trattati**, nell'anno 1997, con quelli stimati, per lo stesso anno, rispetto ai diversi fattori di qualità (grafico 5), sono state evidenziate alcune differenze: i reclami trattati

Percentuale dei reclami trattati e dei reclami stimati (nell'anno '97) rispetto ai diversi fattori di qualità			
<i>fattori</i>		reclami trattati	reclami stimati
g	Aspetti burocratici amministrativi	18,40%	17,87%
a	Aspetti relazionali	17,60%	11,11%
d	Tempo	13,80%	22,22%
e	Aspetti alberghieri e comfort	12,30%	8,21%
h	Aspetti Tecnico professionali	10,00%	7,25%
f	Struttura e logistica	8,40%	7,25%
i	Richieste inevitabili	7,70%	8,21%
c	Informazione	5,70%	14,49%
b	Umanizzazione	4,20%	3,38%

relativamente agli aspetti relazionali sono in percentuale superiore rispetto a quelli stimati, mentre quelli trattati relativamente all'informazione ed al tempo sono inferiori rispetto a quelli stimati.

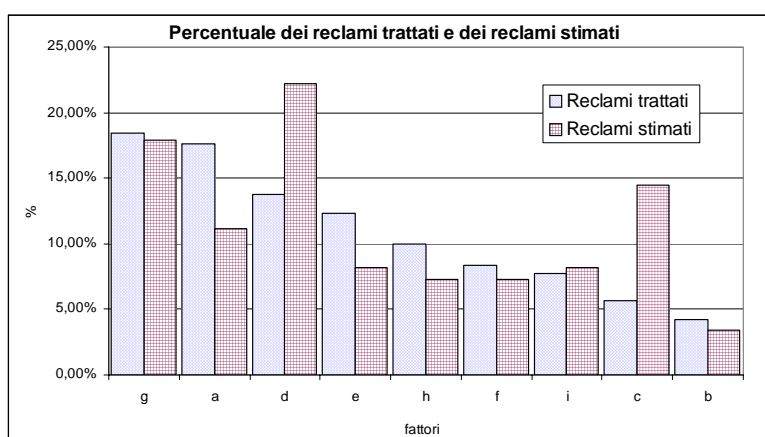


Grafico 5: confronto tra i reclami trattati e quelli stimati.

La base per il miglioramento deve fare riferimento ai reclami trattati, da essi scaturisce che per iniziare è necessario curare maggiormente gli aspetti burocratico-amministrativi e quelli relazionali.

Dai **pareri esterni** delle Associazioni di cittadini che collaborano con le Aziende scaturisce un giudizio che non raggiunge la sufficienza nei confronti dell'attività delle Aziende.

I **pareri esterni**, così come i **reclami**, devono essere utilizzati nella maniera corretta per evidenziare gli aspetti da curare maggiormente. Se la valutazione data dalle Associazioni è ancora negativa e se è ancora necessario operare sugli aspetti burocratici, amministrativi e relazionali, significa che ci si trova in una fase iniziale. Ciò è evidenziato anche dal fatto che è necessario diffondere notevolmente la Carta tra tutte le categorie del personale e tra i cittadini-utenti.

Le difficoltà di tipo "culturale" e metodologiche, sono evidenziate, anche, dal fatto che non sono stati utilizzati gli standard elaborati per l'attuazione del miglioramento continuo.

Come realizzare un progetto di Qualità nella Sanità:

Gli strumenti operativi per un progetto di QUALITA'

Per rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni del "cliente": alcune proposte di lavoro

Strumenti per rilevare la Qualità percepita

Per capire se l'utente è soddisfatto o meno del servizio erogato (customer satisfaction) si possono usare vari strumenti, fra tutti il più utilizzato è il **Questionario**



TABELLE ED INDICATORI

ASPETTI STRUTTURALI GENERALI

Tabella 1/a: Aziende che hanno adottato la Carta dei servizi	
<i>Azienda</i>	<i>Codice</i>
Azienda Usl N.1- Sassari	200101
Azienda Usl N.2 – Olbia	200102
Azienda Usl N.3 – Nuoro	200103
Azienda Usl N.4 – Lanusei	200104
Azienda Usl N.5 – Oristano	200105
Azienda Usl N.6 – Sanluri	200106
Azienda Usl N.7 – Carbonia	200107
Azienda Usl N.8 – Cagliari	200108
Azienda Ospedaliera G Brotzu	200037
Policlinico Universitario	200902

Tabella 1/b: Aziende che non hanno adottato la Carta dei servizi	
<i>Azienda</i>	<i>Codice</i>
Casa di Cura Lay Spa	200039
Casa di Cura S. Antonio Spa	200042
Cliniche a Gestione Diretta - Università di Sassari	200901
Istituto nazionale riposo e cura anziani	200903
Policlinico Sassarese Spa	200013

Tabella 2 - Percentuale di Aziende che hanno adottato la Carta	
Totale Aziende	15
Numero Aziende che hanno adottato la Carta	10
Percentuale di Aziende che hanno adottato la Carta	66,67%

Tabella 3: Percentuale di Aziende che hanno adottato la Carta (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno adottato la Carta	9
Percentuale di Aziende che hanno adottato la Carta	100,00%
Precedente valutazione (luglio 96)	12,50%
Variazione	+87,50%

Tabella 4: Percentuale di Aziende che hanno l'URP			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di Aziende che hanno un URP attivo	10	2	12
Percentuale di Aziende che hanno un URP attivo	100,0%	40,0%	80,0%
AC = Aziende che hanno adottato la Carta		NAC = Aziende che non hanno adottato la Carta	

Tabella 5: Percentuale di Aziende che hanno l'URP (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno l'URP	9
Percentuale di Aziende che hanno l'URP	100,0%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,0%
Variazione	+100,0%

STATO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

Tabella 6: Valutazione dell'importanza degli obiettivi elencati nell'adozione della Carta	
Totale Aziende	15
Miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio	58,57
Coinvolgimento/sensibilizzazione del personale sui temi della qualità dei servizi	42,86
Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi (reclami, standard...)	35,71
Miglioramento delle relazioni con gli utenti	68,57
Adeguamento alla normativa	47,14
Miglioramento dell'immagine aziendale	34,29
Altro	14,29
<i>L'indicatore è espresso in centesimi dove 100 indica la massima importanza (tutte le Aziende hanno attribuito all'obiettivo la massima importanza ovvero priorità 1 e 0 importanza nulla (neanche un'Azienda ha selezionato l'obiettivo tra i primi quattro in ordine di importanza).</i>	

Tabella 7: Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi	
Totale Aziende	15
Miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio	52,38
Coinvolgimento/sensibilizzazione del personale sui temi della qualità dei servizi	55,56
Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi (reclami, standard...)	53,33
Miglioramento delle relazioni con gli utenti	57,14
Adeguamento alla normativa	86,67
Miglioramento dell'immagine aziendale	73,33
Altro	66,67
<i>L'indicatore è espresso in centesimi dove 100 indica il massimo raggiungimento degli obiettivi (tutte le Aziende hanno raggiunto pienamente gli obiettivi) e 0 il mancato raggiungimento (nessuna Azienda ha raggiunto minimamente gli obiettivi).</i>	

Tabella 8: Valutazione dell'importanza degli ostacoli elencati per un maggiore sviluppo della Carta	
Totale Aziende	10
La Carta non è stata inserita come obiettivo prioritario nel programma aziendale	22,86
Poca chiarezza nell'assegnazione dei compiti	22,86
Difficoltà legate alla "cultura" e all'organizzazione aziendale	80
Incertezza del contesto istituzionale	47,14
Difficoltà di tipo tecnico/metodologico	57,14
Difficoltà di coinvolgimento del contesto esterno	30
Altro	32,86
<i>L'indicatore è espresso in centesimi dove 100 indica la massima importanza (nel caso tutte le Aziende abbiano attribuito all'ostacolo la massima importanza) e 0 importanza nulla (nessuna Azienda ha selezionato l'ostacolo citato).</i>	

STANDARD E IMPEGNI AZIENDALI

Tabella 9: Percentuale di Aziende che hanno adottato standard di umanizzazione/personalizzazione (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno adottato standard di umanizzazione/personalizzazione	4
Percentuale di Aziende che hanno adottato standard di umanizzazione/personalizzazione	44,44%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	+44,44

Tabella 10: Percentuale di Aziende che hanno adottato standard sui tempi d'attesa (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno adottato standard sui tempi d'attesa	6
Percentuale di Aziende che hanno adottato standard sui tempi d'attesa	66,67%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	+66,67

Tabella 11: Percentuale di Aziende che hanno adottato standard come obiettivi aziendali da raggiungere, percentuale di Aziende che hanno adottato e verificato standard, percentuale di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a verifica di standard

	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di Aziende che hanno adottato standard come obiettivi aziendali da raggiungere	4	3	7
Percentuale di Aziende che hanno adottato standard come obiettivi aziendali da raggiungere	40,00%	60,00%	46,67%
Numero di Aziende che hanno adottato e verificato standard	3	0	3
Percentuale di Aziende che hanno adottato e verificato standard	30,00%	0,00%	20,00%
Numero di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a verifica di standard	2	0	2
Percentuale di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a verifica di standard	20,00%	00,00%	13,33%

AC = Aziende che hanno adottato la Carta **NAC = Aziende che non hanno adottato la Carta**

Tabella 12: Percentuale di Aziende che hanno adottato e verificato gli standard rispetto ai diversi fattori di Qualità

Totale Aziende	15
Aspetti relazionali	20,00%
Umanizzazione	20,00%
Informazione	13,33%
Tempo	13,33%
Aspetti alberghieri e comfort	20,00%
Struttura e logistica	6,67%
Aspetti burocratici amministrativi	20,00%
Ascolto e tutela	13,33%
Altro	0,00%

Tabella 13: Percentuale di Aziende che hanno incontrato gli ostacoli elencati all'adozione degli standard

Totale Aziende	15
L'adozione degli standard non è stata considerata obiettivo prioritario nell'ambito del programma aziendale	13,33%
Difficoltà organizzative di contesto aziendale (es. mancanza di partecipazione del personale)	26,67%
Difficoltà di tipo tecnico/metodologico (es. nella definizione degli standard)	46,67%
Altro	6,67%





PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA

Tabella 14: Numero di Aziende che hanno realizzato attività di pubblicizzazione della Carta (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)

Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno realizzato attività di pubblicizzazione della Carta	8
Percentuale di Aziende che hanno realizzato attività di pubblicizzazione della Carta	88,89%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	+88,89

Tabella 15: Numero di Aziende che hanno realizzato attività di pubblicizzazione della Carta (dati riferiti a tutte le Aziende sanitarie con distinzione tra quelle che hanno adottato la Carta dei servizi e quelle che non l'hanno adottata)

	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di Aziende che hanno realizzato attività di pubblicizzazione della Carta	9	■	■
Percentuale di Aziende che hanno realizzato attività di pubblicizzazione della Carta	90,00%	■	■

Tabella 16: Percentuale (o stima) di cittadini che conosce la Carta (media delle Aziende), percentuale di Aziende che hanno fornito una stima		
Totale Aziende	10	
Percentuale (o stima) di cittadini che conosce la Carta (media delle Aziende)	30,00%	35,00%
Numero di Aziende che hanno verificato la conoscenza della Carta	1	
Percentuale di Aziende che hanno verificato la conoscenza della Carta	10,00%	
Numero di Aziende che hanno fornito una stima	7	
Percentuale di Aziende che hanno fornito una stima	70,00%	

ATTIVITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Tabella 17: Percentuale di Aziende che hanno svolto attività di coinvolgimento del personale (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di aziende che hanno svolto attività di coinvolgimento del personale	8
Percentuale di Aziende che hanno svolto attività di coinvolgimento del personale	88,89%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	+88,9

Tabella 18: percentuale di Aziende che hanno svolto attività di coinvolgimento del personale (dati riferiti a tutte le Aziende sanitarie con distinzione tra quelle che hanno adottato la Carta dei servizi e quelle che non l'hanno adottata)			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di Aziende che hanno svolto attività di coinvolgimento del personale	9	3	12
Percentuale di Aziende che hanno svolto attività di coinvolgimento del personale	90,00%	60,00%	80,00%

Tabella 19: Livello di diffusione della conoscenza su obiettivi e strumenti della Carta tra il personale coinvolto distribuito per categorie di operatori

Totale Aziende	10
Personale front-line	30,00%
Personale amministrativo	10,00%
Personale medico	11,10%
Infermieri e capisala	10,00%
Alta dirigenza	50,00%
MMG	0,00%
Pediatri di libera scelta	0,00%
Specialisti ambulatoriali	0,00%

INDAGINI SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI E SULL'OPINIONE DEI CITTADINI

Tabella 20: Percentuale di Aziende che hanno realizzato indagini di soddisfazione (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)

Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno realizzato indagini di soddisfazione	7
Percentuale di Aziende che hanno realizzato indagini di soddisfazione	77,78%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	+77,8

Tabella 21: Percentuale di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a indagini di soddisfazione	
Totale Aziende	15
Numero di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a indagini di soddisfazione	6
Percentuale di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a indagini di soddisfazione	40,00%

Tabella 22: Percentuale di Aziende che hanno realizzato indagini di soddisfazione, percentuale di Aziende che hanno diffuso i risultati delle indagini di soddisfazione, percentuale di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a indagini di soddisfazione	
Totale Aziende	15
Numero di Aziende che hanno realizzato indagini di soddisfazione	10
Percentuale di Aziende che hanno realizzato indagini di soddisfazione	66,67%
Numero di Aziende che hanno diffuso i risultati delle indagini di soddisfazione	5
Percentuale di Aziende che hanno diffuso i risultati delle indagini di soddisfazione	33,33%
Numero di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a indagini di soddisfazione	5
Percentuale di Aziende che hanno intrapreso azioni di miglioramento in seguito a indagini di soddisfazione	33,33%

GESTIONE DEI RECLAMI

Tabella 23: Percentuale di Aziende che hanno adottato un sistema di gestione dei reclami (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno adottato un sistema di gestione dei reclami	9
Percentuale di Aziende che hanno adottato un sistema di gestione dei reclami	100,00%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	100

Tabella 24: Percentuale di Aziende che hanno adottato un sistema di gestione dei reclami, percentuale di Aziende che hanno pubblicizzato il diritto al reclamo e la modalità di far valere tale diritto	
Totale Aziende	15
Numero di Aziende che hanno adottato un sistema di gestione dei reclami	14
Percentuale di Aziende che hanno adottato un sistema di gestione dei reclami	93,33%
Numero di Aziende che hanno pubblicizzato il diritto al reclamo e la modalità di far valere tale diritto	9
Percentuale di Aziende che hanno pubblicizzato il diritto al reclamo e la modalità di far valere tale diritto	60,00%

Tabella 25: Numero dei reclami trattati negli ultimi trimestri	
Totale Aziende	15
Il semestre 96	50
I semestre 97	121
Il semestre 97	262
Totale	433

Tabella 26: Percentuale dei reclami trattati (nell'anno '97) rispetto ai diversi fattori di qualità	
Totale Aziende	5
Aspetti relazionali	17,60%
Umanizzazione	4,20%
Informazione	5,70%
Tempo	13,80%
Aspetti alberghieri e comfort	12,30%
Struttura e logistica	8,40%
Aspetti burocratici amministrativi	18,40%
Aspetti Tecnico professionali	10,00%
Richieste inevitabili	7,70%

Tabella 27: livello di frequenza (stima) dei reclami trattati (nell'anno '97) rispetto ai diversi fattori di qualità	
Totale Aziende	5
Aspetti relazionali	46
Umanizzazione	14
Informazione	60
Tempo	92
Aspetti alberghieri e comfort	34
Struttura e logistica	30
Aspetti burocratici amministrativi	74
Aspetti Tecnico professionali	30
Richieste inevitabili	34

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

CONFERENZA DEI SERVIZI (EX ART. 14/502)

Tabella 28: Percentuale di Aziende che hanno realizzato conferenze dei servizi (solo dati delle Aziende USL e Ospedaliere)	
Totale Aziende	9
Numero di Aziende che hanno realizzato la Conferenza dei servizi	4
Percentuale di Aziende che hanno realizzato la Conferenza dei servizi	44,44%
Precedente valutazione (luglio 96)	0,00%
Variazione	+44,44

Tabella 29: Percentuale di Aziende che hanno realizzato conferenze dei servizi (dati riferiti a tutte le Aziende sanitarie)	
Totale Aziende	15
Numero di Aziende che hanno realizzato Conferenze dei servizi	5
Percentuale di Aziende che hanno realizzato Conferenze dei servizi	33,33%
Numero medio di conferenze realizzate	2,2

PARERI ESTERNI (A CURA DELLE ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI)

Tabella 30: Livello di risposta delle Associazioni			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende che hanno risposto alla autovalutazione	10	5	15
Numero di aziende che hanno raccolto i pareri	7	1	8
Percentuale di aziende che hanno raccolto i pareri	70,00%	20,00%	53,33%
Numero di pareri espressi	31	1	32
Media di pareri espressi (su Aziende che hanno raccolto i pareri)	4,43	1,00	4,00

Tabella 31: Livello globale di miglioramento sui fattori di qualità percepito dalle associazioni, livello generale di impegno percepito da parte delle associazioni sui temi della Carta			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di pareri	31	1	32
Livello globale di miglioramento sui fattori di qualità percepito dalle Associazioni*	-0,85	-0,11	-0,48
Livello generale di impegno percepito da parte delle Associazioni sui temi della Carta**	-0,7	-0,5	-0,6
* L'indicatore è espresso su una scala che va da -2 per indicare un livello nullo di miglioramento percepito dalle Associazioni a +1 che indica un livello alto; lo 0 indica il valore ritenuto sufficiente (risposta "abbastanza").			
** L'indicatore è espresso su una scala che va da -2 per indicare un livello nullo di impegno percepito dalle Associazioni a +1 che indica un livello alto; lo 0 indica il valore ritenuto sufficiente (risposta "abbastanza").			

Tabella 32: Valutazione del livello di impegno delle Aziende secondo le Associazioni su standard e impegni			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di pareri	31	1	32
Valutazione del livello di impegno delle Aziende secondo le associazioni sugli standard e impegni	-0,45	0	-0,23
L'indicatore è espresso su una scala che va da -2 per indicare un livello nullo di impegno percepito dalle Associazioni a +1 che indica un livello alto; lo 0 indica il valore ritenuto sufficiente (risposta "abbastanza").			

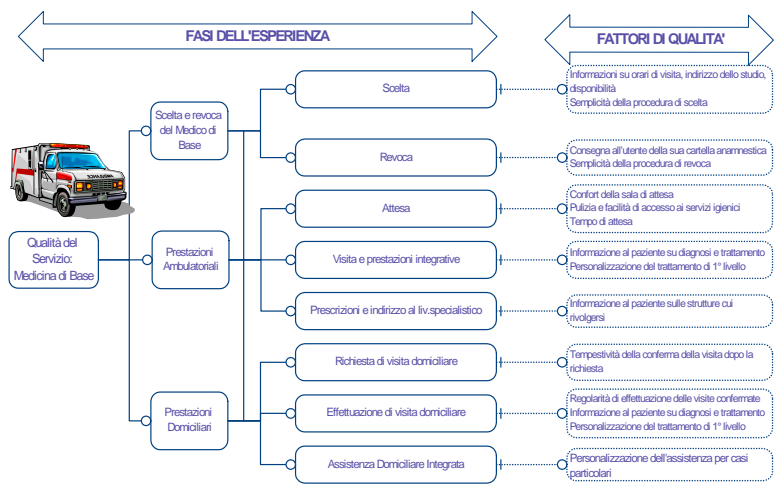
Tabella 33: Percentuale di Associazioni che dichiarano di conoscere la Carta della propria Azienda di riferimento	
Numero di Aziende	10
Numero di pareri	33
Conoscono la Carta	84,85%
Non la conoscono	9,09%
Non risponde	6,06%

Tabella 34: Livello di conoscenza della Carta dei servizi presso i cittadini secondo le Associazioni	
Numero di Aziende	10
Numero di pareri	33
Nulla	6,06%
Scarso	81,82%
Discreto	6,06%
Buono	0,00%
Non risponde	6,06%

Tabella 35: Valutazione del livello di impegno delle Aziende secondo le Associazioni sulla gestione dei reclami			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di pareri	31	1	32
Valutazione del livello di impegno delle Aziende secondo le associazioni sulla gestione dei reclami	-0,63	-1	-0,82
<i>L'indicatore è espresso su una scala che va da -2 per indicare un livello nullo di impegno percepito dalle Associazioni a +1 che indica un livello alto; lo 0 indica il valore ritenuto sufficiente (risposta "abbastanza").</i>			

Tabella 36: Valutazione del livello di impegno delle Aziende secondo le Associazioni sulla Conferenza dei Servizi			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
Numero di pareri	31	1	32
Valutazione del livello di impegno delle Aziende secondo le associazioni sulla Conferenza dei Servizi	-0,87	-1	-0,93
<i>L'indicatore è espresso su una scala che va da -2 per indicare un livello nullo di impegno percepito dalle Associazioni a +1 che indica un livello alto; lo 0 indica il valore ritenuto sufficiente (risposta "abbastanza").</i>			

Tabella 37: Casi esemplari giunti			
	AC	NAC	Tot.
Totale Aziende	10	5	15
N. di Aziende che hanno inviato i casi	7	1	8
Percentuale di Aziende che hanno inviato casi	70,00%	20,00%	53,33%
Numero di casi	19	1	20
Media Casi/Aziende (che hanno inviato casi)	2,71	1,00	2,50



ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: MEDICINA DI BASE

SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE

1. Dati aziendali:

ASL 1 - SASSARI.....	COD. 200101
ASL 2 - OLBIA.....	COD. 200102
ASL 3 - NUORO.....	COD. 200103
ASL 4 - LANUSEI.....	COD. 200104
ASL 5 - ORISTANO.....	COD. 200105
ASL 6 - SANLURI.....	COD. 200106
ASL 7 - CARBONIA.....	COD. 200107
ASL 8 - CAGLIARI.....	COD. 200108
AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU.....	COD. 200037
CASA DI CURA LAY SPA.....	COD. 200039
CASA DI CURA S. ANTONIO SPA.....	COD. 200042
CLIN. A GESTIONE DIRETTA - UNIV. SASSARI...	COD. 200901
IST. NAZ. RIPOSO E CURA ANZIANI.....	COD. 200903

2. Tipologia:	
Azienda USL	8
Azienda Ospedaliera	1
IRCCS	1
Policlinico	2
Ospedale classificato	0
Casa di cura privata accreditata	3
<i>Totale</i>	15

3. Strutture interne all'Azienda:				
3.1 E' operativa in Azienda una struttura organizzativa, o un ufficio, preposta al sostegno dello sviluppo della Qualità dei servizi?	Si	No	NR*	Tot.
Num.	5	10	0	15
3.2 E' operativo l'URP?	Si	No	NR	Tot.
Num.	12	3	0	15

* NR = non risponde

4. Esiste un raccordo formale tra il "Programma Carta dei Servizi" e:				
	Si	No	NR	Tot
a. URP	Num. 10	4	1	15
b. Ufficio/Struttura Qualità	Num. 3	8	4	15
c. Altra Struttura di Staff del Direttore Generale	Num. 5	7	3	15

CAPITOLO II/a

(a cura delle Aziende che hanno adottato la Carta dei Servizi)

STATO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

1. Quando è stata adottata la Carta? Aziende che hanno adottato la Carta n. 10				
2. Sono state realizzate articolazioni specifiche della Carta (es: Carte di settore, Carte per particolari fasce di utenti o tipo di patologia...)?	Si	No	NR	Tot
	2	8	0	10
	%	20%	80%	0%
3. La Carta è stata aggiornata?	Si	No	NR	Tot
	0	10	0	10
	0%	100%	0%	100%
4. Quando è stato effettuato l'ultimo aggiornamento?			Mese	Anno

5. Cosa intendeva raggiungere l'Azienda con l'adozione della Carta dei servizi? (ordinare i principali 4 obiettivi scrivendo il valore 1 in corrispondenza dell'obiettivo più importante, il valore 2 al successivo, ecc.) Stimare, inoltre, il livello di raggiungimento di tali obiettivi (barrare la casella corrispondente)

Obiettivi	Imp. Obiettivi	Livello di raggiungimento attuale						
		Nulla	Scarso	Discreto	Buono	Tot. Risposte	NR	Tot.
a. Miglioramento di aspetti specifici della qualità del servizio (riduzione tempi d'attesa, semplificazione procedure,...)	2,1	0	3	4	0	7	3	10
	%	0,0%	42,9%	57,1%	0,0%	100%		
b. Coinvolgimento/sensibilizzazione del personale sui temi della qualità dei servizi	3,0	0	2	4	0	6	4	10
	%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100%		
c. Introduzione di nuovi strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi (reclami, standard, comfort,...)	3	0	1	4	0	5	5	10
	%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	100%		
d. Miglioramento delle relazioni con gli utenti	2,0	0	1	7	0	8	2	10
	%	0,0%	12,5%	87,5%	0,0%	100%		
e. Adeguamento alla normativa	1,4	0	0	2	3	5	5	10
	%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	100%		
f. Miglioramento dell'immagine aziendale	3,2	0	0	4	1	5	5	10
	%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	100%		
g. Altro	3,0	0	0	2	0	2	8	10
	%	0%	0%	100%	0%	100%		

6. Se non sono soddisfacenti i livelli di raggiungimento degli obiettivi, quali sono stati i motivi fondamentali che hanno impedito un maggiore sviluppo della Carta? (ordinare i principali 4 fattori scrivendo il valore 1 in corrispondenza di quello più importante, il valore 2 al successivo, ecc.)

a. La Carta non è stata inserita come obiettivo prioritario nel programma aziendale	2,7
b. Poca chiarezza nell'assegnazione dei compiti	2,7
c. Difficoltà legate alla 'cultura' e all'organizzazione aziendale (resistenza al cambiamento e difficoltà nel coinvolgimento del personale)	1,8
d. Incertezza del contesto istituzionale (nomine della dirigenza in sospenso, commissariamento...)	2,5
e. Difficoltà di tipo tecnico/metodologico (definizione e/o verifica degli standard...)	3,0
f. Difficoltà di coinvolgimento del contesto esterno	2,8
g. Altro	2,3

CAPITOLO II/b

(a cura delle Aziende che non hanno adottato la Carta dei Servizi)

Aziende n. 5

STATO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

1. Quali sono i principali motivi per i quali non è stata adottata la Carta? (ordinare i principali 4 motivi scrivendo il valore 1 in corrispondenza di quello più rilevante, il valore 2 al successivo, ecc.)		
		Num.Risp.
a. La Carta non è stata inserita come obiettivo prioritario nel programma aziendale	2,5	2
b. Poca chiarezza nell'assegnazione dei compiti	4,0	1
c. Difficoltà legate alla 'cultura' e all'organizzazione aziendale (resistenza al cambiamento e difficoltà nel coinvolgimento del personale)	1,3	3
d. Incertezza del contesto istituzionale (nomine della dirigenza in sospenso, commissariamento,...)	3,0	3
e. Difficoltà di tipo tecnico/metodologico (definizione e/o verifica degli standard,...)	3,0	4
f. Difficoltà di coinvolgimento del contesto esterno (cittadini, istituzioni...)	3,0	3
g. Altro	1,0	2

2. E' operativo un gruppo di lavoro che sta affrontando i temi della Carta?	Si	No	NR
	4	1	0
3. L'adozione della Carta dei servizi è in programma per il 1998?	Si	No	NR
	5	0	0

CAPITOLO III

(a cura di tutte le Aziende)

STANDARD/IMPEGNI AZIENDALI

Aziende n. 15

	Si	No	NR
1. L'Azienda, nel periodo di riferimento, ha assunto impegni per la realizzazione di interventi volti al miglioramento della qualità dei servizi?	14	1	0
	% 93,3%	6,7%	

	Si	No	NR
2. L'Azienda, nel periodo di riferimento, ha dichiarato i suoi impegni nell'ambito del Piano attuativo locale/Programma complessivo aziendale?	10	5	0
	% 66,7%	33,3%	

	Si	No	NR
3. L'Azienda, nel periodo di riferimento, ha adottato standard aziendali intesi come obiettivi aziendali da raggiungere per migliorare la qualità dei servizi?	7	8	0
	46,7%	53,3%	

	Mese	Anno
4. Se SI, quando è stato adottato il primo standard o il primo set di standard?		

5. Se NO, per quali motivi? (barrare le caselle corrispondenti e poi andare al capitolo successivo)	n	%
a. L'adozione degli standard non è stata considerata obiettivo prioritario nell'ambito del programma aziendale	2	14,3%
b. Difficoltà organizzative di contesto aziendale (es. mancanza di partecipazione del personale)	4	28,6%
c. Difficoltà di tipo tecnico/metodologico (es. nella definizione degli standard)	7	50,0%
d. Altro	1	7,1%
<i>Totale risposte</i>	14	

6. In termini generali, chi ha contribuito alla definizione degli standard? (barrare le caselle corrispondenti)	n	%		
a. Direzione aziendale	6	50,0%		
b. Gruppo di lavoro specifico				
composto da: 6 personale dell'Azienda		50,0%		
0 altro		0,0%		
c. Struttura preposta al miglioramento della Qualità dei servizi	0	0,0%		
d. Associazioni dei cittadini	0	0,0%		
e. Altro	0	0,0%		
N.Risp.:	12	100,0%	NR	3

7. Gli standard adottati dall'Azienda a quali dei temi elencati fanno riferimento? (barrare la casella corrispondente al tema rispetto al quale sono stati adottati standard aziendali). Rispetto a quali standard aziendali adottati sono state effettuate iniziative di verifica? (barrare le caselle corrispondenti)				
	Adottati	Verificati	% A	% V
a. Aspetti relazionali. Esempi : cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità, del comportamento, dell'abbigliamento, ecc.; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale)	5	3	11,9%	15,8%
b. Umanizzazione. Esempi: rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti ed equità, rispetto delle idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es.sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini, assistenza scolastica.	4	3	9,5%	15,8%
c. Informazioni. Esempi: informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste di attesa.	7	2	16,7%	10,5%
d. Tempo. Esempi: tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione; tempi di attesa per la consegna documentazione certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto Soccorso; tempi di attesa presso gli studi dei MMG e Pediatri di libera scelta.	6	2	14,3%	10,5%
e. Aspetti alberghieri e comfort. Esempi :pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat, ecc).	6	3	14,3%	15,8%
f. Strutture e logistica. Esempi: dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi, ecc.	5	1	11,9%	5,3%

<i>continua tab. 7</i>	Adottati	Verificati	% A	% V
g. Aspetti burocratici amministrativi. Esempi: procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc. ; trasparenza sull'iter delle pratiche.	4	3	9,5%	15,8%
h. Tutela e Ascolto. Esempi: gestione dei reclami, rapporti con le Associazioni, indagini di soddisfazione degli utenti, indagini di opinione dei cittadini, ecc.	5	2	11,9%	10,5%
i. Altro	0	0	0,0%	0,0%
<i>N. Risposte</i>	42	19	100%	100%

8. Sono state predisposte iniziative di miglioramento a partire dalla verifica degli standard?	Si	No	NR
	4	5	6

9. Se SI, quali sono state tali iniziative? (barrare le caselle corrispondenti)		
	n	%
a. modifica degli standard	2	14,3%
b. ridefinizione procedure	2	14,3%
c. interventi formativi nei confronti del personale	2	14,3%
d. interventi strutturali/allestimenti dei presidi	4	28,6%
e. istituzione/avviamento gruppi di lavoro su temi specifici	1	7,1%
g. coinvolgimento Associazioni di tutela dei diritti e volontariato	0	0,0%
h. coinvolgimento Organizzazioni Sindacali e di Categoria	0	0,0%
i. coinvolgimento Ordini Professionali e Collegi	0	0,0%
l. coinvolgimento MMG/Pediatri di libera scelta	1	7,1%
m. altro	0	0,0%
N.Risp.:	14	100%

10. Per ciò che riguarda eventuali standard verificati e non raggiunti, indicare le cause da voi riscontrate (ordinare le cause scrivendo il valore 1 in corrispondenza di quella più rilevante, il valore 2 alla successiva, ecc..)	
	n.
a. cause di tipo organizzativo	2
b. cause relative alle risorse tecniche necessarie	2,3
c. verificarsi di eventi esterni che ne hanno ostacolato l'applicazione se si , specificare	2,5
d. applicazione di nuova normativa regionale/nazionale e contrattuale	2,7
e. altro	0

CAPITOLO IV/a

(a cura delle Aziende che hanno adottato la Carta dei Servizi)

Publicizzazione della Carta / Comunicazione ai cittadini in merito ai temi della Carta

			Num. Az.:
			10
1. L'Azienda, nel periodo di riferimento, ha diffuso la Carta dei servizi?	Si	No	
Se NO, barrare la casella e passare al capitolo V	9	1	
2. Come è stata diffusa la Carta dei servizi? (<i>barrare la casella corrispondente</i>)		n	%
a. Nell'ambito di un programma di comunicazione annuale o biennale dell'Azienda		2	22,2%
b. Con un programma specifico dedicato alla Carta		3	33,3%
c. Altro		4	44,4%
	Tot.R.:	9	100,0%
	NR	1	

	Si	No	NR
3. E' stata realizzata, nel periodo di riferimento, qualche iniziativa per verificare la conoscenza della Carta da parte del cittadino?	1	8	1
4. Se SI, con quali metodi?			%
a. Colloqui/interviste		0	0,0%
b. Questionario autocompilato		1	100,0%
c. Indagini telefoniche		0	0,0%
d. Altro		0	0,0%
	Tot.R.:	1	100,0%
	NR	9	

5. Qual'è il grado di conoscenza della Carta dei servizi da parte dei cittadini? (<i>indicare la percentuale risultata dalle verifiche effettuate o, in alternativa, quella stimata dall'Azienda</i>)			
a. risultato dalle verifiche effettuate	30	%	
b. stimato dall'Azienda	35	%	

	Si	No	NR
6. Sono stati effettuati, nel periodo di riferimento, interventi di diffusione delle informazioni in merito ai servizi erogati dall'Azienda (tipologie di servizio, indirizzi, orario delle prestazioni, modalità di prenotazione,...)?	8	1	1

7. Se Sì, verso quali destinatari e con quali strumenti? (barrare le caselle corrispondenti)								
DESTINATARI	Tutti i cittadini	Utenti nel momento di contatto con la struttura	Settori specifici di utenza (secondo ambito lavorativo, tipologie di bisogno)	Associazioni di utenti	Istituzioni pubbliche	Altro		
STRUMENTI							Tot.R.	%
Invio per posta	1	1	1	3	3	1	10	30,3%
Distribuzione opuscoli/volantini in luoghi di alta affluenza di utenti	1	3	2	1	1	0	8	24,2%
Manifesti murali	0	2	0	0	0	0	2	6,1%
Comunicati stampa, TV, radio, pubblicazioni locali	4	0	0	0	0	0	4	12,1%
Coinvolgimento studi di MMG e Pediatri di libera scelta	1	1	1	1	1	0	5	15,2%
Coinvolgimento Farmacie	1	0	0	0	0	0	1	3,0%
Istituzione numero verde o numeri telefonici dedicati	2	0	0	0	0	0	2	6,1%
Installazione postazioni informatiche	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Sito Internet	1	0	0	0	0	0	1	3,0%
Altro	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Totale							33	100%

8. Sono stati effettuati, nel periodo di riferimento, interventi di diffusione delle informazioni in merito agli standard adottati dall'Azienda (descrizione, ambito di applicazione, struttura interessata, valore,...) ?	Si	No	NR
	0	9	1

9. Se SI, verso quali destinatari e con quali strumenti? (barrare le caselle corrispondenti)								
DESTINATARI	Tutti i cittadini	Utenti nel momento di contatto con la struttura	Settori specifici di utenza(secondo ambito lavorativo, tipologie di bisogno...)	Associazioni di utenti -	Istituzioni pubbliche	Altro		
							Tot.R.	%
Invio per posta	0	0	0	0	0	0	0	
Distribuzione opuscoli/volantini in luoghi di alta affluenza di utenti	0	0	0	0	0	0	0	
Manifesti murali	0	0	0	0	0	0	0	
Comunicati stampa, TV, radio, pubblicazioni locali	0	0	0	0	0	0	0	
Coinvolgimento studi di MMG e Pediatri di libera scelta	0	0	0	0	0	0	0	
Coinvolgimento Farmacie	0	0	0	0	0	0	0	
Istituzione numero verde o numeri telefonici dedicati	0	0	0	0	0	0	0	
Installazione postazioni informatiche	0	0	0	0	0	0	0	
Sito Internet	0	0	0	0	0	0	0	
Altro	0	0	0	0	0	0	0	
Totale							0	

10. Sono stati effettuati, nel periodo di riferimento, interventi di diffusione delle informazioni in merito ai meccanismi di tutela adottati dall'Azienda (procedura reclami, ubicazione dei punti di raccolta dei reclami, orari di sportello, eventuale bonum/malum,...)?	Si	No	NR
	7	2	1

11. Se SI, verso quali destinatari e con quali strumenti? (barrare le caselle corrispondenti)								
DESTINATARI	Tutti i cittadini	Utenti nel momento di contatto con la struttura	Settori specifici di utenza(secondo ambito lavorativo, tipologie di bisogno...)	Associazioni di utenti	Istituzioni pubbliche	Altro		
							Tot.R.	%
Invio per posta	0	0	0	0	0	1	1	4,3%
Distribuzione opuscoli/ volantini in luoghi di alta affluenza di utenti	1	3	1	1	1	0	7	30,4%
Manifesti murali	0	2	0	0	0	0	2	8,7%
Comunicati stampa, TV, radio, pubblicazioni locali	5	1	0	1	1	0	8	34,8%
Coinvolgimento studi di MMG e Pediatri di libera scelta	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Coinvolgimento Farmacie	1	0	0	0	0	0	1	4,3%
Istituzione numero verde o numeri telefonici dedicati	1	1	0	0	0	0	2	8,7%
Installazione postazioni informatiche	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Sito Internet	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Altro	0	1	0	0	0	1	2	8,7%
							23	100%

CAPITOLO IV/b

(a cura delle Aziende che non hanno adottato la Carta dei Servizi)

Publicizzazione della Carta / Comunicazione ai cittadini in merito ai temi della Carta

1. Sono stati effettuati, nel periodo di riferimento, interventi di diffusione delle informazioni in merito ai servizi erogati dall'Azienda(tipologie di servizio, indirizzi, orario delle prestazioni, modalità di prenotazione,...)?	Si	No	NR
	2	2	1

2. Se SI, verso quali destinatari e con quali strumenti? (barrare le caselle corrispondenti)

DESTINATARI	Tutti i cittadini	Utenti nel momento di contatto con la struttura	Settori specifici di utenza(secondo ambito lavorativo, tipologie di bisogno...)	Associazioni di utenti -	Istituzioni pubbliche	Altro		
							Tot.	%
Invio per posta	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Distribuzione opuscoli volantini in luoghi di alta / affluenza di utenti	0	1	0	0	0	0	1	25,0%
Manifesti murali	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Comunicati stampa, TV, radio, pubblicazioni locali	1	0	0	0	0	0	1	25,0%
Coinvolgimento studi di MMG e Pediatri di libera scelta	0	0	1	0	0	0	1	25,0%
Coinvolgimento Farmacie	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Istituzione numero verde o numeri telefonici dedicati	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Installazione postazioni informatiche	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Sito Internet	0	0	1	0	0	0	1	25,0%
Altro	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Totale							4	100,0%

3. Sono stati effettuati, nel periodo di riferimento, interventi di diffusione delle informazioni in merito agli standard adottati dall'Azienda (descrizione, ambito di applicazione, struttura interessata, valore,...)?

	Si	No	NR
	1	3	1

4. Se SI, verso quali destinatari e con quali strumenti? (barrare le caselle corrispondenti)						
DESTINATARI	Tutti i cittadini	Utenti nel momento di contatto con la struttura	Settori specifici di utenza(secondo ambito lavorativo, tipologie di bisogno...)	Associazioni di utenti	Istituzioni pubbliche	Altro
STRUMENTI						
Invio per posta	0	0	0	0	0	0
Distribuzione opuscoli/ volantini in luoghi di alta affluenza di utenti	0	1	0	0	0	1
Manifesti murali	0	0	0	0	0	0
Comunicati stampa, TV, radio, pubblicazioni locali	0	0	0	0	0	0
Coinvolgimento studi di MMG e Pediatri di libera scelta	0	0	0	0	0	0
Coinvolgimento Farmacie	0	0	0	0	0	0
Istituzione numero verde o numeri telefonici dedicati	0	0	0	0	0	0
Installazione postazioni informatiche	0	0	0	0	0	0
Sito Internet	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0	0	0

5. Sono stati effettuati, nel periodo di riferimento, interventi di diffusione delle informazioni in merito ai meccanismi di tutela adottati dall'Azienda (procedura reclami, ubicazione dei punti di raccolta dei reclami, orari di sportello, eventuale bonus/malus,...)?	Si	No	NR
	1	3	1

6. Se SI, verso quali destinatari e con quali strumenti? (barrare le caselle corrispondenti)						
DESTINATARI	Tutti i cittadini	Utenti nel momento di contatto con la struttura	Settori specifici di utenza(secondo ambito lavorativo, tipologie di bisogno...)	Associazioni di utenti	Istituzioni pubbliche	Altro
STRUMENTI						
Invio per posta	0	0	0	0	0	0
Distribuzione opuscoli/ volantini in luoghi di alta affluenza di utenti	0	1	0	0	0	1
Manifesti murali	0	0	0	0	0	0
Comunicati stampa, TV, radio, pubblicazioni locali	0	0	0	0	0	0
Coinvolgimento studi di MMG e Pediatri di libera scelta	0	0	0	0	0	0
Coinvolgimento Farmacie	0	0	0	0	0	0
Istituzione numero verde o numeri telefonici dedicati	0	0	0	0	0	0
Installazione postazioni informatiche	0	0	0	0	0	0
Sito Internet	0	0	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0	0	0

CAPITOLO V/a

(a cura delle Aziende che hanno adottato la Carta dei Servizi)

Coinvolgimento del personale interno e convenzionato

	Aziende n.10		
	Si	No	NR
1. Sono state intraprese, nel periodo di riferimento, iniziative di coinvolgimento del personale dell'Azienda in merito alla Carta dei servizi adottata dall'Azienda?	9	1	0
2. Se SI, sono state operative e non episodiche?	6	3	1

3. Quali sono state le modalità di coinvolgimento che l'Azienda ha adottato e a quali categorie di operatori sono state dirette?							
		Elaborazione, distribuzione e diffusione della Carta	Iniziative di informazione, formazione ed aggiornamento	Inserimento di obiettivi inerenti alla Carta nel sistema premiante	Predisposizione di interventi di miglioramento	Tot.R.	%
Personale interno	Personale front-line	5	0	0	1	6	11,8%
	Personale amministrativo	6	0	0	1	7	13,7%
	Personale medico	6	0	0	1	7	13,7%
	Infermieri e capisala	6	0	0	1	7	13,7%
	Alta dirigenza	7	0	0	2	9	17,6%
Personale convenzionato	Medici Medicina Generale	5	0	0	0	5	9,8%
	Pediatrati di libera scelta	5	0	0	0	5	9,8%
	Specialisti ambulatoriali	5	0	0	0	5	9,8%
Totale						51	100%

4. Secondo il suo punto di vista, che percentuale degli operatori interni e convenzionati dell'Azienda conosce gli obiettivi e gli strumenti di lavoro della Carta dei servizi?								
		Meno del 25%	tra il 25 e il 50%	tra il 50 e il 75%	oltre il 75%	Tot.R.	%	
Personale interno	Personale front-line	4	0	3	3	10	13,7%	
		40,0%	0,0%	30,0%	30,0%			
	Personale amministrat.	4	2	3	1	10	13,7%	
		40,0%	20,0%	30,0%	10,0%			
	Personale medico	4	1	3	1	9	12,3%	
		44,4%	11,1%	33,3%	11,1%			
Infermieri e capisala	4	1	4	1	10	13,7%		
	40,0%	10,0%	40,0%	10,0%				
Alta dirigenza	2	1	2	5	10	13,7%		
	20,0%	10,0%	20,0%	50,0%				
Personale convenzionato	Medici di Medicina Generale	5	2	1	0	8	11,0%	
		62,5%	25,0%	12,5%	0,0%			
	Pediatri di libera scelta	5	2	1	0	8	11,0%	
		62,5%	25,0%	12,5%	0,0%			
	Specialisti ambulatoriali	5	2	1	0	8	11,0%	
		62,5%	25,0%	12,5%	0,0%			
	Tot.Risp.						73	100,0%

5. Nel caso in cui siano state intraprese iniziative di coinvolgimento del personale dell'Azienda, su quali temi e con quali strumenti sono state effettuate?						
TEMI	Gestione dei reclami	Individuazione/verifica standard	Predisposizione guide ai servizi	Predisposizione indagini rivolte agli utenti		
STRUMENTI					Tot.	%
pubblicazione interna(periodico/news-letter)	0	0	1	0	1	4,5%
riunioni illustrative di sensibilizzazione	2	0	1	2	5	22,7%
circolare/manualistica	0	1	1	0	2	9,1%
sondaggi/questionari rivolti agli operatori	0	0	0	1	1	4,5%
costituzione di gruppi di lavoro	1	0	1	1	3	13,6%
iniziative di formazione	2	2	1	2	7	31,8%
progettazione di interventi specifici	1	0	0	2	3	13,6%
altro	0	0	0	0	0	0,0%
Tot.Risp.					22	100%

CAPITOLO V/b

(a cura delle Aziende che non hanno adottato la Carta dei Servizi)

Coinvolgimento del personale interno e convenzionato

Aziende n. 5

1. Sono state intraprese, nel periodo di riferimento, iniziative di coinvolgimento del personale dell'Azienda almeno su uno dei seguenti temi: gestione dei reclami, individuazione e verifica degli standard, predisposizione guide ai servizi e predisposizione indagini di soddisfazione rivolte agli utenti?	Si	No	NR
	3	2	0

2. Nel caso in cui siano state intraprese iniziative di coinvolgimento del personale dell'Azienda, su quali temi e con quali strumenti sono state effettuate?						
TEMI	Gestione dei reclami	Individuazione/verifica standard	Predisposizione guide ai servizi	Predisposizione indagini rivolte agli utenti		
STRUMENTI					Tot.	%
pubblicazione interna (periodico/news-letter)	1	1	2	1	5	26,3%
riunioni illustrative di sensibilizzazione	1	1	1	0	3	15,8%
circolare/manualistica	0	0	1	0	1	5,3%
sondaggi/questionari rivolti agli operatori	0	0	1	1	2	10,5%
costituzione di gruppi di lavoro	1	2	1	1	5	26,3%
iniziative di formazione	1	1	0	0	2	10,5%
progettazione di interventi specifici	1	0	0	0	1	5,3%
altro	0	0	0	0	0	0,0%
Tot.Risp.					19	100,0%

CAPITOLO VI

(a cura di tutte le Aziende)

Indagini sulla soddisfazione degli utenti e sull'opinione dei cittadini

Aziende n. 15

1. L'Azienda ha effettuato, nel periodo di riferimento, indagini di soddisfazione verso gli utenti e/o di opinione verso i cittadini per valutare la qualità dei servizi?	Si	No	NR
	10	5	0

2. Se si , a chi sono state dirette le indagini? (barrare le caselle corrispondenti)		
	n	%
a. tutti i cittadini	0	0,0%
b. un campione di cittadini	1	6,3%
c. tutti gli utenti	1	6,3%
d. fasce mirate di utenti:	0	0,0%
d.1. ricoverati e/o utenti Day Hospital	9	56,3%
d.2. utenti di diagnostica e specialistica ambulatoriale	2	12,5%
d.3. utenti della medicina di base	0	0,0%
d.4. particolari fasce di utenza (esempio: anziani, utenti SERT, disabili fisici e psichici, portatori di patologie croniche...)	1	6,3%
d.5. utenti della medicina territoriale (esempio: utenti materno-infantile, utenti di servizi di riabilitazione...)	0	0,0%
d.6. utenti dei servizi amministrativi (esempio: utenti dell'economato e del CUP, pagamento ticket, ritiro referti e cartelle cliniche...)	1	6,3%
e. altro	1	6,3%
Tot.Risp.	16	100,0%

3. Quali temi sono stati affrontati attraverso le indagini? (barrare le caselle corrispondenti)		
	n	%
a. Aspetti relazionali. Esempi : cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità, del comportamento, dell'abbigliamento, ecc.; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale)	10	18,2%
b. Umanizzazione. Esempi: rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti ed equità, rispetto delle idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es. sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini, assistenza scolastica.	10	18,2%
c. Informazioni. Esempi: informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste di attesa.	7	12,7%
d. Tempo. Esempi: tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione; tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto Soccorso; tempi di attesa presso gli studi dei MMG e Pediatri di libera scelta.	4	7,3%
e. Aspetti alberghieri e comfort. Esempi: pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat, ecc.).	10	18,2%
f. Strutture e logistica. Esempi: dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi, ecc.	6	10,9%
g. Aspetti burocratici amministrativi. Esempi: procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc. ; trasparenza sull'iter delle pratiche.	4	7,3%
h. Tutela e Ascolto. Esempi: gestione dei reclami, rapporti con le Associazioni, ecc.	3	5,5%
i. Altro	1	1,8%
Tot.	55	100,0 %

	Si	No	NR
4. I risultati delle indagini sono stati diffusi?	5	5	5

5. Se SI, a chi sono stati diffusi?		
a) al personale dell'Azienda	n	%
a..1. Personale front-line	1	6,3%
a.2. Personale amministrativo	3	18,8%
a.3. Personale medico	2	12,5%
a.4. Infermieri e capisala	1	6,3%
a.5. Alta dirigenza	5	31,3%
b) al personale convenzionato		
b.1. MMG	1	6,3%
b.2. Pediatri di libera scelta	1	6,3%
b.3. Specialisti ambulatoriali	0	0,0%
c) a Enti, Istituzioni e Associazioni esterni all'Azienda		
	2	12,5%
Tot.	16	100,0%

7. Sono state intraprese delle iniziative da parte della Direzione Generale in base ai risultati emersi dalle indagini di soddisfazione?	SI	No	NR
	6	4	5

8. Se Sì, quali iniziative sono state intraprese? (barrare le caselle corrispondenti)		
a. Modifica di standard	2	10,5%
b. Ridefinizione procedure	3	15,8%
c. Interventi formativi nei confronti del personale	3	15,8%
d. Interventi strutturali/allestimenti dei presidi	5	26,3%
e. Istituzione/avviamento gruppi di lavoro su temi specifici	3	15,8%
f. Istituzione/coinvolgimento gruppo interno sulla qualità dei servizi	1	5,3%
g. Coinvolgimento Associazioni di tutela dei diritti e volontariato	1	5,3%
h. Coinvolgimento Organizzazioni Sindacali e di Categoria	1	5,3%
i. Coinvolgimento Ordini Professionali e Collegi	0	0,0%
l. Coinvolgimento MMG/Pediatrì di libera scelta	0	0,0%
m. Altro	0	0,0%
Tot.	19	100,0%

CAPITOLO VII

(a cura di tutte le Aziende)

Gestione dei reclami

1. Esiste nella vostra Azienda una procedura per la gestione dei reclami?		
	n	%
a) No	1	6,7%
b) Sì, ma non formalizzata	12	80,0%
c) Sì, formalizzata (regolamento deliberato dal Direttore Generale)	2	13,3%
Tot.	15	100,0%

2. In caso di risposta affermativa alla precedente domanda:			
	Mese		Anno
	Sì	No	NR
2.1. Da quando esiste la procedura?			
2.2. Sono stati pubblicizzati, nel periodo di riferimento, il diritto del cittadino al reclamo e la modalità con cui far valere questo diritto?	9	5	1
2.3. La procedura è stata mai modificata nel periodo di riferimento?	4	9	2
3. L'Azienda ha adottato un meccanismo di rimborso (bonus, malus)?	4	10	1
4. L'Azienda ha un sistema di registrazione dei reclami all'interno dell'Azienda?	11	3	1

5. Quanti reclami sono stati trattati dalla vostra Azienda o, in alternativa, qual' è la vostra stima sul numero dei reclami trattati, nei diversi periodi indicati? (inserire il dato nella prima riga o, in alternativa, nella seconda)

Numero reclami	2° semestre 96	1° semestre 97	2° semestre 97
Rilevati	10,0	20,7	43,7
Stima	8,5	24,3	26,5

6. Quale percentuale di reclami è pervenuta dai diversi soggetti terzi indicati o, in alternativa, qual è la vostra stima?

		2° semestre 96	1° semestre 97	2° semestre 97
Difensore Civico	% rilevata	19,3	16,7	16,6
	% stimata	33,6	7,6	19,0
Associazioni di difesa dei Diritti	% rilevata	0	21,1	14,1
	% stimata	16,8	11,4	9,6
Altri	% rilevata	47,5	21,5	24,1
	% stimata	7	27	16,5

7. Con riferimento ai reclami trattati nell'anno 1997, indiate il numero dei reclami pervenuti secondo la classificazione di seguito riportata. Nel caso in cui non sia possibile ottenere tali dati, indicare le 4 classi prevalenti in ordine di frequenza assegnando un valore da 1 a 4, dove 1 indica la classe più frequente.						
	Numero (media)	Classi più frequenti (media)	Numero (somma)	Classi più frequenti (somma)	Numero (%)	Classi più frequenti (%)
a. Aspetti relazionali. Esempi : cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità, del comportamento, dell'abbigliamento, ecc. ; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale)	11,5	3,3	46	10	17,6%	14,7%
b. Umanizzazione. Esempi: rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti ed equità, rispetto delle idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es. sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini assistenza scolastica.	5,5	4	11	4	4,2%	5,9%
c. Informazioni. Esempi: informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste di attesa.	15	3,5	15	14	5,7%	20,6%
d. Tempo. Esempi: tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione; tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa presso gli studi dei MMG e Pediatri di libera scelta, tempi di attesa al Pronto Soccorso;	9	1,8	36	9	13,8%	13,2%

e. Aspetti alberghieri e comfort. Esempi :pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/c bancomat)	8,0	2,5	32	5	12,3%	7,4%
f. Strutture e logistica. Esempi: dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi, ecc.	7,3	3,5	22	7	8,4%	10,3%
g. Aspetti burocratici amministrativi. Esempi: procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc; trasparenza sull'iter delle pratiche	12,0	1,75	48	7	18,4%	10,3%
h. Aspetti tecnico-professionali. Esempi: prestazioni clinico-sanitarie.	8,7	3,5	26	7	10,0%	10,3%
i. Richieste improprie o non evadibili. Esempi: reclami o richieste relative a prestazioni di altri enti, o comunque non pertinenti all'Azienda o al Sistema Sanitario	10	2,5	20	5	7,7%	7,4%
l. Altro (specificare)	0	0	5	0	1,9%	0,0%
Tot:	87,0	26,4	261	68,0	100%	100%

8. L'Azienda ha un sistema di classificazione dei reclami?	Si	No	NR	Tot. Az.
	5	10	0	15
	% 33,3%	66,7%	0,0%	100,0%

9. Con riferimento ai reclami trattati nell'anno 1997, indicare una stima della percentuale dei reclami sottoposti ad ulteriore istanza (attraverso Commissione Mista Conciliativa o altro)? **6%**

10. Viene effettuata l'analisi quantitativa e qualitativa dei reclami?	n	%
a. Si , ma non periodicamente	7	50,0%
b. Si , periodicamente, con frequenza: (specificare)	3	21,4%
c. No	4	28,6%
Tot.	14	100,0%

11. In caso di risposta affermativa alla precedente domanda, a chi vengono diffusi i risultati di tale analisi? <i>(barrare le caselle corrispondenti)</i>		
	n	%
a. Direzione generale e/o sanitaria e/o amministrativa (salvo che non sia gestita direttamente)	10	58,8%
b. Dirigenti di presidi ospedalieri, delle unità operative, di distretti, di dipartimenti	2	11,8%
c. Personale	2	11,8%
d. Servizio di controllo interno	1	5,9%
e. Utenza (attraverso pubblicazioni o altri media)	0	0,0%
f. Associazioni di volontariato e tutela	1	5,9%
g. Altro	1	5,9%
Tot.	17	100,0%

12. Con quali modalità vengono diffusi i risultati di tali analisi?		
a. pubblicazioni/relazioni	2	22,2%
b. convegni	0	0,0%
c. conferenza dei servizi	0	0,0%
d. comunicati stampa a giornali tv e radio	1	11,1%
e. sito internet	0	0,0%
f. altro	6	66,7%
Tot.	9	100,0%

13. Indicare quali iniziative di miglioramento sono state avviate, nel periodo di riferimento, a seguito dell'analisi dei reclami? <i>(barrare le caselle corrispondenti)</i>		
	n	%
a. Modifica di standard	1	5,3%
b. Ridefinizione procedure	5	26,3%
c. Interventi formativi nei confronti del personale	3	15,8%
d. Interventi strutturali/allestimenti dei presidi	4	21,1%
e. Istituzione/avviamento gruppi di lavoro su temi specifici	2	10,5%
f. Istituzione/coinvolgimento gruppo interno sulla qualità dei servizi	1	5,3%
g. Coinvolgimento Associazioni di tutela dei diritti e volontariato	0	0,0%
h. Coinvolgimento Organizzazioni Sindacali e di Categoria	0	0,0%
i. Coinvolgimento Ordini Professionali e Collegi	2	10,5%
l. Coinvolgimento MMG/Pediatri di libera scelta	0	0,0%
m. Altro	1	5,3%
Tot.	19	100,0%

14. L'Azienda ha ricevuto elogi e/o apprezzamenti per quanto riguarda gli aspetti dei servizi relativi ai temi della Carta?	Si	No	NR	Tot. Az.
	5	9	1	15
	33,3%	60,0%	6,7%	100,0%

15. Se Sì, quanti e da parte di chi? (indicare una stima numerica per le categorie corrispondenti)	n	%
a. singoli utenti	6	30,0%
b. Associazioni cittadini	3	10,0%
c. Istituzioni pubbliche	1	0,0%
d. organi di formazione	0	0,0%
e. altro	0	0,0%
Tot.	10	40,0%

CAPITOLO VIII

(a cura di tutte le Aziende)

Conferenza dei servizi (ex art.14/502)

1. E' stata indetta nella vostra Azienda una Conferenza dei servizi nel periodo di riferimento?	Si	No	NR	Tot. Az.
	5	10	0	15
	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%

2. Se NO, perché?	n	%
a. Altre priorità della direzione aziendale	4	36,4%
b. Difficoltà legate alla "cultura" e all'organizzazione aziendale(resistenza al cambiamento, difficoltà nel coinvolgimento del personale)	3	27,3%
c. Difficoltà di tipo organizzativo/logistico	3	27,3%
d. Altro	1	9,1%
Tot.	11	100,0%
3. Se Sì, quante Conferenze sono state realizzate?	11	

4. In termini generali, qual è stata la modalità di convocazione della Conferenza?	
a. comunicazione per invito	4
b. convocazione aperta a tutti	2

5. Quali temi sono stati affrontati dalle Conferenze? (barrare le caselle corrispondenti)		
	n	%
a. temi generali di programmazione aziendale	4	30,8%
b. standard/impegni	1	7,7%
c. informazioni al pubblico sui servizi	2	15,4%
d. temi specifici legati ad alcune fasce di utenza	3	23,1%
e. temi legati al funzionamento di uno specifico servizio/unità operativa	2	15,4%
f. altro	1	7,7%
Tot.	13	100,0%

6. Quali risultati hanno prodotto le Conferenze dei servizi? (barrare le caselle corrispondenti)		
	n	%
a. dichiarazione di impegni da parte del Direttore Generale	2	18,2%
b. costituzione di gruppi di lavoro sui temi della Carta	1	9,1%
c. sviluppo di progetti mirati	2	18,2%
d. iniziative di miglioramento di ampio respiro	2	18,2%
e. consolidamento della rete relazionale	4	36,4%
f. altro	0	0,0%
Tot.	11	100,0%

7. Potreste compilare questa tabella riassuntiva?

Conferenze realizzate (compilare la tabella rispetto alle ultime 3 Conferenze realizzate)	Numero partecipanti (anche stima)	Numero associazioni, istituzioni partecipanti	Temi trattati (rispondere usando le lettere usate nelle risposte alla domanda n.5)	Ambito di riferimento Istituzionale	Risultati	(rispondere usando le lettere usate nelle risposte alla domanda n.6)
Conferenza 1	146,8	15	0	0	0	
Conferenza 2	263	21				
Conferenza 3						

* Per ambito di riferimento istituzionale si intende:
a. Presidio specifico (Ospedale, Ambulatorio diagnostico specialistico, ecc.)
b. Medicina di Base
c. Dipartimento
d. Distretto/Servizi territoriali specifici
e. Intera Azienda

8. Qual è stato il livello di raggiungimento degli obiettivi dello strumento Conferenza dei servizi?

	Nulla	Scarso	Discreto	Buono
a. Informazioni ai cittadini sui servizi	0	2	2	1
b. Comunicazione/verifica di standard/impegni	2	0	2	1
c. Raccolta di pareri esterni	0	1	2	2
d. Miglioramento dell'immagine aziendale	0	0	4	1
e. Altro	1	0	0	0

9. Quali sono stati gli aspetti critici più importanti nell'organizzazione della/e Conferenze? (ordinare gli aspetti scrivendo il valore 1 in corrispondenza di quello più critico, il valore 2 al successivo, ecc.)

a. Difficoltà legate alla "cultura" e all'organizzazione aziendale (resistenza al cambiamento e difficoltà nel coinvolgimento del personale, ecc.)	1,3
b. Difficoltà di tipo organizzativo/logistico	2,0
c. Difficoltà a coinvolgere il contesto esterno	2
d. Altro	0

SCHEDA PER LA RACCOLTA DEI PARERI ESTERNI

Versione A (a cura delle Associazioni le cui Aziende di riferimento hanno adottato la Carta dei servizi)

N.Schede **33**

I. DATI DI STRUTTURA

1. A quale tipologia appartiene la Vostra Associazione? (barrare la casella corrispondente)			
	n	%	
a. Associazioni di tutela dei diritti degli utenti	4	12,9%	
b. Associazioni per particolari patologie	9	29,0%	
c. Associazioni di difesa dei consumatori	2	6,5%	
d. Associazioni di volontariato per assistenza malati	7	22,6%	
e. Altra Associazione	9	29,0%	
Tot.	31	NR	2

II. VALUTAZIONE DEL SERVIZIO IN RELAZIONE AL PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

1. La vostra Associazione conosce la Carta dei servizi dell'Azienda Sanitaria del proprio ambito territoriale?	Si	No	NR
	28	3	2

2. Secondo la vostra opinione, qual è il livello di conoscenza dei cittadini della Carta dei servizi dell'Azienda?					
Nulla	Scarso	Discreto	Buono	Tot.	NR
2	27	2	0	31	2
6,5%	87,1%	6,5%	0,0%	100%	

3. Ritenete adeguati gli impegni assunti dall'Azienda attraverso la Carta dei servizi rispetto ai seguenti temi?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Tot.	NR
a. standard ed impegni	1	11	17	0	29	4
%	3,4%	37,9%	58,6%	0,0%	100%	
b. gestione dei reclami	5	11	12	2	30	3
%	16,7%	36,7%	40,0%	6,7%	100%	
c. conferenza dei servizi	8	10	11	0	29	4
%	27,6%	34,5%	37,9%	0,0%	100%	
d. informazioni sui servizi	4	17	9	0	30	3
%	13,3%	56,7%	30,0%	0,0%	100%	

4. Secondo la vostra opinione, a partire dall'adozione della Carta dei servizi dell'Azienda del vostro ambito territoriale, ci sono stati miglioramenti nella qualità dei servizi per i temi di seguito elencati?						
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Tot.	NR
a. Aspetti relazionali. Esempi: cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità, del comportamento, dell'abbigliamento, ecc.; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale)	3	13	12	1	29	4
	10,3%	44,8%	41,4%	3,4%	100%	
b. Umanizzazione. Esempi: rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti ed equità, rispetto delle idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es. sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini, assistenza scolastica.	2	14	11	2	29	4
	6,9%	48,3%	37,9%	6,9%	100%	
c. Informazioni. Esempi: informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari, adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste di attesa.	3	20	6	0	29	4
	10,3%	69,0%	20,7%	0,0%	100%	
d. Tempo. Esempi: tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione; tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto Soccorso; tempi di attesa presso gli studi dei MMG e Pediatri di libera scelta.	7	16	5	1	29	4
	24,1%	55,2%	17,2%	3,4%	100%	

e. Aspetti alberghieri e comfort. Esempi: pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat, ecc.)-	8	12	8	1	29	4
	27,6%	41,4%	27,6%	3,4%	100%	
f. Strutture e logistica. Esempi: dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi, ecc.	7	15	7	0	29	4
	24,1%	51,7%	24,1%	0,0%	100%	
g. Aspetti burocratici amministrativi. Esempi: procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc.; trasparenza sull'iter delle pratiche.	3	17	8	1	29	4
	10,3%	58,6%	27,6%	3,4%	100%	
h. Tutela e Ascolto. Esemp: gestione dei reclami, rapporti con le Associazioni, indagini di soddisfazione degli utenti, indagini di opinione dei cittadini, ecc	6	11	9	1	27	6
	22,2%	40,7%	33,3%	3,7%	100%	
i. Altro	1	1	1	0	3	30
	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100%	

SCHEDA DI CASO		
Descrivete brevemente un'esperienza significativa di miglioramento della qualità del servizio che sia stata realizzata dall'Azienda sanitaria di riferimento a partire dall'attuazione della Carta dei servizi		
Caso/esperienza		
Esperienza sviluppata su iniziativa:	n	%
a. di un singolo cittadino	0	0,0%
b. di più soggetti	6	31,6%
c. di Associazioni	9	47,4%
d. dell'Azienda di riferimento	4	21,1%
	Tot. 19	100%

SCHEDA PER LA RACCOLTA DEI PARERI ESTERNI

Versione B (a cura delle Associazioni le cui Aziende di riferimento non hanno adottato la Carta dei servizi)

Scheda n.5

I. DATI DI STRUTTURA			
1. A quale tipologia appartiene la Vostra Associazione? (barrare la casella corrispondente)			
a. Associazioni di tutela dei diritti degli utenti			0
b. Associazioni per particolari patologie			1
c. Associazioni di difesa dei consumatori			0
d. Associazioni di volontariato per assistenza malati			0
e. Altra Associazione			0
	Tot.	1	NR 4

II. VALUTAZIONE DEL SERVIZIO IN RELAZIONE AL PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI			
1. La vostra Associazione conosce la Carta dei servizi dell'Azienda sanitaria del proprio ambito territoriale?			
	Si	No	NR
	0	1	4

2. Secondo la vostra opinione, qual è il livello di conoscenza dei cittadini della Carta dei servizi dell'Azienda?					
Nulla	Scarso	Discreto	Buono	Tot.	NR
0	1	0	0	1	4

3. Ritenete adeguati gli impegni assunti dall'Azienda attraverso la Carta dei servizi rispetto ai seguenti temi?						
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Tot.	NR
a. standard ed impegni	0	0	1	0	1	4
b. gestione dei reclami	0	1	0	0	1	4
c. conferenza dei servizi	0	1	0	0	1	4
d. informazioni sui servizi	0	0	1	0	1	4

4. Secondo la vostra opinione, a partire dall'adozione della Carta dei servizi dell'Azienda del vostro ambito territoriale, ci sono stati miglioramenti nella qualità dei servizi per i temi di seguito elencati?						
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Tot.	NR
a. Aspetti relazionali. Esempi : cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità, del comportamento dell'abbigliamento, ecc.; cura della persona; rispetto del divieto del fumo; riconoscibilità degli operatori (cartellino personale)	0	0	1	0	1	4
b. Umanizzazione. Esempi: rispetto della privacy, rispetto della sofferenza e morte; orari delle visite di familiari e conoscenti; omogeneità di comportamenti ed equità, rispetto delle idee religiose e delle convinzioni personali (principi di uguaglianza ed imparzialità); possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze (es. sala travaglio individuale con presenza di familiari); letti per familiari nei reparti bambini, sale gioco per bambini, assistenza scolastica.	0	0	1	0	1	4
c. Informazioni. Esempi: informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, ecc.; informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modellistica; leggibilità della documentazione(delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, ecc.); possibilità di conoscere le liste di attesa.	0	0	1	0	1	4
d. Tempo. Esempi: tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione ;tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto Soccorso; tempi di attesa presso gli studi dei MMG e Pediatri di libera scelta.	0	0	1	0	1	4
e. Aspetti alberghieri e comfort. Esempi: pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti (sale d'attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, ecc.); numero di letti nelle stanze di degenza; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti; adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat, ecc.).	0	0	1	0	1	4

f. Strutture e logistica. Esempi: dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi, ecc.-	0	1	0	0	1	4
g. Aspetti burocratici amministrativi. Esempi: procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, ecc.); procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, ecc.; trasparenza sull'iter delle pratiche.	0	0	1	0	1	4
h. Tutela e Ascolto. Esempi: gestione dei reclami, rapporti con le Associazioni, indagini di soddisfazione degli utenti, indagini di opinione dei cittadini, ecc.	0	0	1	0	1	4
i. Altro	0	0	0	0	0	5

SCHEDA DI CASO	
Descrivete brevemente un'esperienza significativa di miglioramento della qualità del servizio che sia stata realizzata dall'Azienda sanitaria di riferimento a partire dall'attuazione della Carta dei servizi	
Caso/esperienza	
Esperienza sviluppata su iniziativa:	
a. di un singolo cittadino	0
b. di più soggetti	0
c. di Associazioni	1
d. dell'Azienda di riferimento	0

SCHEDE DI VALUTAZIONE DELLE AZIONI DI SOSTEGNO DELLO SPORTELLINO PER LA CARTA DEI SERVIZI DEL MINISTERO DELLA SANITÀ				
1. E' a conoscenza dell'esistenza dello Sportello della Carta dei servizi presso il Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità?	Si	No	Tot.	NR
	11	1	12	3
%	91,7%	8,3%	100%	

2. Se Sì, lo ha contattato?	Si	No	Tot.	NR
	4	7	11	4
%	36,4%	63,6%	100%	

3. Se Sì, che tipo di risposta ha ottenuto?	n	Tot.	NR
a. Insoddisfacente	0	0	15
b. Parzialmente soddisfacente	1	1	14
c. Soddisfacente	3	3	12

4. Quali attività ritiene che lo Sportello per la Carta dei servizi presso il Ministero della Sanità dovrebbe svolgere? (<i>ordinare le attività scrivendo il valore 1 in corrispondenza di quello più utile, il valore 2 alla successiva, ecc</i>)	Priorità per l'Azienda	NR
a. Centro di diffusione di esperienze locali significative	3,1	6
b. Supporto metodologico per l'attuazione/sviluppo della Carta (Manuali d'uso, linee guida, ecc)	1,5	3
c. Organizzazione di eventi, convegni	3,5	4
d. Formazione	2,4	3
e. Approfondimento di temi specifici attraverso gruppi di lavoro	3,3	4

Come realizzare
un progetto di
Qualità nella
Sanità:

**Gli strumenti
operativi per
un progetto di
QUALITA'**

Per rispondere in modo
sempre più adeguato ai
bisogni del "cliente": alcune
proposte di lavoro

Strumenti per rilevare la Qualità PARAGONATA

*va oltre il controllo interno al servizio e si basa sul confronto del servizio
erogato con altre erogazioni similari per verificarne i punti di forza e i punti
di debolezza*

Analisi della concorrenza



Il benchmarking



Bibliografia consigliata

- ACHARD P., PROFILI S., "Questione di Qualità", in: *Ospedalità Privata-Comunicare Sanità* n.5 settembre-ottobre 1996.
- BONALDI A., FOCARILE F., TORREGIANI A., *Curare la Qualità*, GUERINI E ASSOCIATI, 1994.
- COCCORESE C., *Software e hardware nell'approccio ai problemi della Qualità Totale*, tratto da: *La Qualità-orientamento al cliente e strategia della qualità in alcune imprese italiane di servizi*, FENDAC SERVIZI, 1995.
- COZZI G., FERRERO G., *Marketing: principi, metodi, tendenze evolutive*, GIAPPICHELLI EDITORE-TORINO, 1996.
- CROSBY B. P., Tit. orig.: *Quality is Free-The Art of Making Quality Certain*, 1979. Ediz. Italiana: *La Qualità non costa*, MCGRAW-HILL LIBRI ITALIA SRL, gennaio 1986.
- CROSBY B. P., Tit. orig.: *Quality Without Tears-The art of Hassle-Free management*, 1984, Ediz. Italiana: *La Qualità è facile-Un metodo efficace per risolvere i problemi aziendali*, MCGRAW-HILL LIBRI ITALIA SRL, maggio 1986.
- DE BERTIER A., POLLI R., *Aumentare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario italiano*, MCKINSEY&COMPANY INC., 1996.
- DEMING W. E., Tit orig.: *Out of the Crisis. Quality, Productivity and Competitive Position*, Cambridge University Press, Cambridge 1982,1986, Ediz. Italiana: *L'Impresa di Qualità*, ISEDI-TORINO, dicembre1989.
- FORTUNATO M., "La qualità nel processo di riorganizzazione del SSN", Dipartimento della Programmazione-Ministero della sanità in: *ASI Qualità* n.14, 14 aprile 1997.
- GALGANO A., *I Sette Strumenti della Qualità Totale-manuale operativo*, IL SOLE 24 ORE LIBRI MILANO, I edizione marzo 1992.
- GALGANO A., *La rivoluzione manageriale-ripensare la qualità totale*, IL SOLE 24 ORE LIBRI MILANO, I edizione marzo 1996.
- GIUDICI E., *Le nuove prospettive per l'efficienza e per l'efficacia nelle imprese*, GIAPPICHELLI EDITORE-TORINO, 1992.
- GIULI M., *Qualità e produttività nei servizi. Progettazione e controllo della performance esterna e interna*, ISEDI TORINO, 1993.
- GUZZANTI E., *La qualità nei servizi sanitari*. Tratto da: *atti del Convegno LUISS: Cambiamenti istituzionali, sviluppo*

- organizzativo e nuove esigenze di professionalità. Il caso della Sanità, a cura di: A. Barettoni Arleri, F. Fontana e M. Lacchini., Roma 1990, GIAPPICHELLI EDITORE-TORINO, febbraio 1991.
- ISHIKAWA K., Tit. orig.: *Guide to Quality Control*, Asian Productivity Organization, Tokyo 1976, Ediz. Italiana: *Guida al controllo di qualità*, FRANCO ANGELI MILANO, 1990.
- LYNCH R. L., CROSS K. F., Tit. orig.: *Measure up! Yardsticks for Continuous Improvement*, Basil Blackwell, Cambridge 1991, Ediz. Italiana: *Migliorare la performance aziendale*, FRANCO ANGELI MILANO, 1992.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE SANITARIA, “*Carta dei servizi sanitari, il 91% delle Aziende è al lavoro*”, in: *ASI Qualità* n.14, 14 aprile 1997.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE SANITARIA, “*Indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie*”, in: *ARIS Sanità* n.3, settembre-ottobre 1996.
- OLIVA D., SETTI BASSANINI M. C., “*L’accreditamento in sanità*”, Istituto per la Ricerca Sociale Milano, in: *Prospettive Sociali e Sanitarie-Accreditamento*, n.1/1996.
- OLLA G., PAVAN A., NARDI M. G., GUGLIOTTA A., *Il management nell’azienda sanitaria. Il finanziamento in base ai DRG. I modelli organizzativi, La valutazione della Qualità ed il controllo di gestione*, COSA & COME GIUFFRÈ EDITORE PER I PUBBLICI AMMINISTRATORI E PER I PROFESSIONISTI, Milano 1996.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L., tit. orig.: *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, tratto da: *Journal of Marketing*, Fall 1985.
- PORTER M., tit. orig.: *Competitive Advantage*, Free press, New York 1985, Ediz. Italiana: *Il vantaggio competitivo*, EDIZIONI DI COMUNITÀ, Milano 1986.
- PORTER M., tit. orig.: *Competitive Strategy*, Free press, New York 1980, Ediz. Italiana: *La strategia competitiva*, EDIZIONI DELLA TIPOGRAFIA COMPOSITORI, Bologna 1982.
- PRANDI F., COSTA M.E., “*L’ottica della qualità locale-L’esperienza di Reggio Emilia*”, Azienda USL di Reggio Emilia, in *Prospettive Sociali e Sanitarie, Valutazione e Qualità*, n.12/1997.
- QUADERNI DELLA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI, Ministero della sanità, dipartimento della Programmazione, Sistema

- informativo sanitario, *"Rapporto nazionale di valutazione sul programma di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio Sanitario Nazionale"*, PRINTING: CENTRO STAMPA SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, marzo 1997.
- REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale-Servizio della Programmazione e dei Controlli di Qualità e di Gestione, *"La Carta dei Servizi e l'URP nella realtà delle ASL della Sardegna: il presente e le prospettive future"*, PRINTING: CENTRO STAMPA REGIONE SARDEGNA.
- RIBOLDI F., *"Qualità perché, per chi, come: una sfida aperta nel sistema dei servizi socio-sanitari"*, Azienda USL di Reggio Emilia, in: *Prospettive Sociali e Sanitari- Valutazione e Qualità*, n.12/1997.
- SHEWART F. WALTER, Tit.orig.: *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*, Department of Agriculture, Washington 1939; DOVER PUBLICATIONS, New York 1986.
- USAI G., *L'efficienza nelle organizzazioni*, UTET, Torino 1990.

Fonti legislative

- Legge 23 dicembre 1978 n.833, *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502, *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992 n.421"*.
- Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, *"Razionalizzazione dell'organizzazione delle Amministrazioni Pubbliche e la revisione della disciplina in materia di pubblico impiego"*.
- Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n.517, *"Modificazioni a D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992 n.421"*.
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 *"Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"*.
- Direttiva del Presidente del Consiglio de Ministri 11 ottobre 1994 *"Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico"*.

Legge regionale 26 gennaio 1995 n.5 *“Norme di riforma del servizio sanitario regionale”*.
Direttiva del Presidente del Consiglio de Ministri 19 maggio 1995
“Schema di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari.
Legge di conversione 11 luglio 1995, n. 273 del DECRETO
LEGGE 12 maggio 1995, n. 163 *“Carte dei Servizi pubblici”*.

