

# La Carta dei servizi e le aziende sanitarie

Paolo De Pieri<sup>1</sup>, Carlo Favaretti<sup>2</sup>

- **Introduzione**
- **La qualità**
- **Le dimensioni della qualità**
- **Le aziende sanitarie**
- **I processi delle aziende sanitarie**
- **I sistemi aziendali di gestione per la qualità**
- **La Carta dei servizi e la qualità**
- **La Carta dei servizi e l'organizzazione**
- **Conclusione**

## **Introduzione**

---

Obiettivo del presente contributo è di descrivere alcuni elementi che consentono di inquadrare meglio le prassi connesse allo sviluppo della Carta dei servizi nelle strutture sanitarie italiane.

La grande attenzione posta su questo strumento e sul modo in cui viene sviluppato porta con sé due rischi importanti. Il primo è di calare la Carta, strumento con grandi potenzialità ma anche con alcuni limiti (non ultimo quella della novità), in un contesto che non si conosce abbastanza, nell'equivoco che le organizzazioni sanitarie che concorrono all'erogazione del servizio pubblico possano essere trattate alla stessa stregua di un'azienda telefonica o di una agenzia che produce servizi turistici. Il secondo rischio è quello di perpetuare la ricorrente confusione tra strumento e fine, perdendo di vista, perché lasciato in secondo piano rispetto alla Carta dei servizi, il motivo primigenio per cui si è deciso di realizzare tale Carta: migliorare la capacità delle organizzazioni di andare incontro alle esigenze e aspettative di tutti coloro che si rivolgono alle strutture sanitarie cioè, in una parola, accrescere la qualità dell'assistenza sanitaria.

## **La qualità**

---

Qualità è oggi una parola sulla bocca di tutti: i prodotti di qualità, la qualità dei servizi, le certificazioni di qualità. Nel campo dell'assistenza sanitaria questo fatto assume poi un valore del tutto particolare, perché è legata alla necessità di affrontare nel miglior modo possibile alcuni momenti importanti della nostra vita: la nascita, la malattia, la sofferenza e la morte.

In linea generale si può definire la qualità come la capacità di un bene materiale, di un servizio, di un processo, di un'organizzazione o di un professionista di soddisfare le esigenze e le aspettative (esplicite e implicite) dei propri clienti e di tutte le altre parti interessate.

Il concetto di "cliente" è molto ampio e comprende non solo la persona che paga per ottenere qualche cosa, ma tutte le persone o le organizzazioni che ricevono a qualsiasi titolo un bene materiale o un servizio da un "fornitore". È un concetto generale che vale

---

<sup>1</sup> Responsabile dell'Unità per la qualità - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

<sup>2</sup> Direttore generale - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

per i prodotti/servizi acquistati e per quelli derivanti da un diritto, nella pubblica amministrazione e negli scambi imprenditoriali. Classici esempi di clienti sono gli acquirenti in un negozio o gli utenti delle aziende telefoniche; nel caso delle strutture sanitarie, possono essere considerati clienti i pazienti visti a domicilio, in ambulatorio o in sala operatoria, i genitori dei bambini da vaccinare, i cittadini che si rivolgono agli sportelli per prenotare una prestazione o pagare il ticket e numerosi altri sono i soggetti che ricevono un servizio.

Accanto a questi esempi di clienti esterni all'organizzazione, si possono identificare anche esempi di clienti interni: per esempio, i reparti ospedalieri ricevono servizi dal laboratorio, dall'anatomia patologica, dalla farmacia, dal magazzino; le attività amministrative possono essere viste come sequenze più o meno lunghe di scambi tra fornitori e clienti che avvengono all'interno della stessa organizzazione. La distinzione tra cliente interno e cliente esterno dipende in buona sostanza dal punto di osservazione dal quale si intende osservare lo scambio di prodotti/servizi che intercorre tra il cliente e il suo fornitore.

Chi riceve un bene o un servizio da una organizzazione (cioè il cliente) è però solo uno dei soggetti che si mettono in relazione con l'organizzazione stessa: accanto ai clienti troviamo gli investitori, i dipendenti, i fornitori di beni e servizi, i partner, la comunità. Con l'espressione "parti interessate, portatori di interesse" (stakeholders) si intendono tutti i soggetti che in qualche modo investono valore in un'organizzazione dandole un qualsiasi contributo sotto forma di denaro, proprietà, lavoro, immagine, forniture, competenze professionali, supporto in genere e, in cambio, si aspettano una qualche forma di beneficio: soluzione di un problema, denaro, crescita professionale, immagine, soddisfazione, sicurezza, ecc.. Alla base del rapporto tra un'organizzazione e i suoi portatori di interesse c'è uno scambio di valore e una organizzazione che vuole avere successo nel medio-lungo periodo deve saper ridistribuire alle sue parti interessate il valore che viene prodotto dai processi aziendali, in modo equilibrato e secondo le esigenze e le aspettative di ciascuno.

La qualità a volte viene confusa con la classe, che invece è la categoria che viene attribuita a prodotti o a servizi diversi tra di loro ma che hanno la stessa utilizzazione funzionale; l'esempio dei voli aerei può aiutare a comprendere la differenza. Un qualsiasi biglietto Roma - Parigi consente oggi di spostarsi tra le due città con un livello di sicurezza accettabile e garantito dagli organismi di controllo; tuttavia le compagnie aeree offrono un'ampia gamma di servizi diversi tra di loro, che ci consentono di viaggiare in condizioni indubbiamente diverse. La conseguente scelta di volare in "classe" turistica o in "classe" business dipende dalla mediazione che, in modo più o meno consapevole, ciascuno di noi realizza tra le proprie esigenze e aspettative di comodità, di rapidità, di servizi a bordo, di spesa e di sicurezza. La qualità del volo non dipende quindi dalla classe del biglietto (e dei servizi connessi), ma è data dalla capacità del volo stesso di soddisfare al massimo le nostre esigenze e aspettative, pur riconoscendo che a una classe superiore dovrebbero corrispondere comodità, rapidità, servizi a bordo e spesa superiori.

Nel caso delle strutture sanitarie, e in modo particolare di quelle che costituiscono i servizi sanitari pubblici, la confusione tra i due concetti è molto pericolosa, in quanto il desiderio di ottenere servizi di classe più elevata non è sempre compatibile con le risorse disponibili e, spesso, non è neppure equo dal momento che un servizio di classe più elevata offerto in un punto sottrae risorse ad altri servizi altrettanto necessari. Al contrario, il miglioramento della qualità di un servizio non comporta necessariamente una classe più elevata, ma semplicemente un aumento della capacità di soddisfare al meglio le esigenze e le aspettative di tutti coloro che sono interessati al servizio stesso, di chi lo utilizza e di chi lo paga.

## **Le dimensioni della qualità**

---

La qualità di una azienda sanitaria corrisponde quindi alla capacità di soddisfare le legittime esigenze e le aspettative di tutte le sue parti interessate. Le esigenze e le aspettative che una struttura sanitaria è chiamata a soddisfare sono numerose e sono implicite ed esplicite: per esempio, l'efficacia sul campo (effectiveness), l'efficienza organizzativa, l'appropriatezza clinica, la puntualità, l'accessibilità, la sicurezza, la riservatezza, il rispetto della dignità personale, il contenimento dei costi, le prospettive di carriera del personale e molte altre ancora. Nel caso di una struttura pubblica ce ne sono anche delle altre: per esempio, i valori e le regole della pubblica amministrazione, la gratuità del servizio, l'equità nell'erogazione del servizio, la trasparenza negli acquisti e nelle assunzioni, ecc..

La qualità dell'assistenza sanitaria deve essere perseguita e valutata almeno su tre dimensioni: professionale, organizzativa e relazionale.

La qualità professionale è la capacità di un'organizzazione sanitaria e di tutti i suoi membri di dare una risposta scientificamente corretta ai propri clienti e alle altre parti interessate (per esempio, aumentando l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate). La dimensione professionale della qualità non va tuttavia limitata al solo ambito assistenziale (medico, infermieri, tecnici, ecc.), ma riguarda tutti coloro che a vario titolo concorrono al funzionamento della struttura, in quanto ogni attività e ogni processo aziendale ha uno specifico contenuto professionale che deve essere continuamente migliorato (per esempio, ingegneria clinica, relazioni con il pubblico, approvvigionamenti, ecc.).

La qualità organizzativa è la capacità di una azienda sanitaria e di tutti i suoi membri di far funzionare l'organizzazione in maniera giudicata efficiente dai clienti e dalle altre parti interessate. Anche in questo caso, sono coinvolti tutti gli operatori della struttura, in quanto ogni attività e processo aziendale (assistenziale, tecnico e amministrativo) ha uno specifico contenuto organizzativo che deve essere continuamente presidiato e migliorato.

Infine, la qualità relazionale è la capacità di una azienda sanitaria e di tutti i suoi membri di stabilire e mantenere una relazione soddisfacente con i propri clienti e con le altre parti interessate: umanizzazione del rapporto, chiarezza nelle indicazioni, capacità di empatia, continuità del rapporto assistenziale. È un errore far coincidere la qualità "relazionale" di una organizzazione con la qualità "percepita" dalle sue parti interessate. Queste ultime hanno tra di loro una percezione diversa della qualità erogata dall'organizzazione e questa percezione è riferita non solo alla dimensione relazionale ma anche a quella organizzativa e professionale. È probabile che un malato percepisca meglio la competenza relazionale di un reparto piuttosto che la sua organizzazione o addirittura la bravura professionale del personale, come è verosimile che i professionisti diano più importanza alle caratteristiche professionali del loro lavoro piuttosto che alla necessità di mettersi in relazione con i malati che assistono: tuttavia tutti sono in grado di percepire, con una capacità più o meno elevata, elementi delle altre dimensioni.

Come nei due casi precedenti, il miglioramento della qualità relazionale coinvolge tutti i membri di un'azienda sanitaria e non riguarda solo il Servizio per i rapporti con il pubblico o le persone addette agli sportelli.

## **Le aziende sanitarie**

---

In termini generali, un'azienda può essere definita come un insieme di persone, di risorse e di processi coordinati, interdipendenti e che vengono finalizzati al

raggiungimento di un determinato scopo. Questa definizione può bene adattarsi anche a un'azienda sanitaria pubblica: da una parte, è un'organizzazione in genere dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa, contabile e patrimoniale e, dall'altra, ha il preciso scopo di contribuire alla tutela della salute dei cittadini nella comunità in cui è inserita, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dalla legge e dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'autonomia di un'azienda sanitaria pubblica non va intesa come indipendenza dal sistema pubblico di promozione e tutela della salute o come affrancamento dalle direttive regionali e nazionali di programmazione sanitaria, ma come uno strumento utile a migliorare la capacità di svolgere la missione affidata, in un rapporto di complementarità con le altre componenti che concorrono a formare il servizio sanitario pubblico.

Il quadro normativo vigente rende evidente la specificità delle aziende sanitarie pubbliche e la natura pubblica del servizio che sono chiamate ad erogare. A questo proposito risulta interessante citare la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 nella quale sono contenuti gli elementi che devono progressivamente ispirare l'erogazione dei servizi pubblici, compresa la necessità di dotarsi delle Carte dei servizi e di avviare il circolo virtuoso del miglioramento partecipato. Tale direttiva non solo vincola le organizzazioni pubbliche, ma anche i soggetti non pubblici che erogano servizi in regime di concessione, convenzione o accreditamento.

La vita di una realtà aziendale complessa e di grandi dimensioni come le attuali aziende sanitarie non può che trovare vantaggio dalla chiarezza dei livelli gestionali in cui è articolata. Un modello semplificato di lettura, derivato da alcuni elementi di teoria del management, schematizza gli ambiti di azione gestionale in tre livelli:

1. pianificazione, valutazione e controllo strategici: è l'insieme delle attività che portano a definire gli obiettivi e i programmi generali dell'organizzazione, a scegliere le strategie per raggiungerli, a misurare i risultati complessivi relativi a tutte le parti interessate, ad analizzare gli scostamenti tra missione, risorse assegnate, obiettivi operativi e scelte effettuate, a identificare eventuali vincoli e responsabilità, a proporre i possibili rimedi; nel caso delle pubbliche amministrazioni rientra in questo livello anche la valutazione del personale con incarico dirigenziale;
2. azione direzionale: è l'insieme delle attività attraverso le quali si influisce sull'organizzazione per implementare le strategie scelte e perseguire gli obiettivi fissati: strumento fondamentale per l'azione direzionale è il budget delle strutture e delle unità operative, inteso come combinazione programmatica delle attività da svolgere e delle risorse disponibili;
3. gestione operativa: è l'insieme delle attività svolte per assicurare che l'operatività quotidiana di ciascuna unità operativa si realizzi in maniera efficace, efficiente e coerente con le strategie e gli obiettivi fissati.

La lettura delle organizzazioni sociali proposta della teoria della complessità consente tuttavia di arricchire questa lettura semplificata. Le aziende sanitarie possono essere considerate dei "sistemi adattativi complessi"; anzi, l'articolato assetto organizzativo e la dispersione geografica portano a dire che il più delle volte sono una costellazione di diversi sistemi adattativi complessi: c'è quello dell'assistenza ospedaliera e quello delle cure primarie, quello dei professionisti sanitari e quello del personale tecnico amministrativo, ci sono i sistemi delle città più importanti e quelli delle periferie. Se poi consideriamo l'appartenenza al servizio sanitario pubblico, esse rappresentano solo una delle parti di un sistema complesso più grande.

Anche se può apparire pleonastico, è importante valorizzare il fatto che le strutture sanitarie sono composte da individui autonomi che interagiscono tra di loro e con l'esterno, elaborano e utilizzano subito le informazioni appena acquisite, hanno regole

e valori di riferimenti diversi e che mutano nel tempo, sono orientati a soddisfare le molteplici esigenze e aspettative di tutti gli stakeholder, hanno obiettivi, vincoli e opportunità a volte convergenti e a volte contrastanti. Tutto ciò necessita di una gestione aziendale non deterministica, estremamente dinamica, flessibile (adattativa appunto) che governi le reazioni del sistema alle perturbazioni e consenta di far emergere in modo sostenibile, tra tutte quelle possibili, l'evoluzione organizzativa autonoma più adatta alla sopravvivenza e al successo di tutti.

Accanto all'immagine della macchina quale metafora dell'organizzazione, che può essere sempre descritta con un numero finito di variabili (controllo di gestione) e per la quale è sempre possibile trovare un algoritmo di calcolo che consenta di prevederne il comportamento, è quindi necessario riconoscere che l'organizzazione può essere vista anche come un organismo vivente che costruisce autonomamente i propri percorsi di evoluzione e adattamento ai cambiamenti esterni, non sempre secondo modi lineari e perfettamente prevedibili.

Sul versante dei prodotti/servizi erogati dalle strutture sanitarie vanno evidenziate due aspetti molto importanti. Il primo è che il cuore delle strutture sanitarie è dato dall'incontro tra due individualità: il malato e il professionista. Nello stereotipo classico, il malato giunge passivamente a questo incontro presentando il suo dolore, la sua malattia e le sue paure e trova il professionista pronto a sostenerlo con il suo sapere e la sua sicurezza. La realtà è però diversa da questa visione salvifica e semplicistica: il malato porta con sé anche le sue conoscenze e competenze, la sua autonomia, le sue rivendicazioni, e le misura anche con il mondo interiore del professionista e con la sua capacità di stabilire legami con gli altri. Il risultato di questo incontro, in una moderna visione di promozione della salute, è una vera e propria "co-produzione della cura", alla quale contribuiscono entrambi i soggetti della relazione e nella quale l'asimmetria della relazione è tale solo se ci si limita alla conoscenza degli aspetti clinici.

Un secondo aspetto che caratterizza le strutture sanitarie è dato dal fatto che la maggior parte dei professionisti sanitari ha una grande autonomia operativa perché decide, di volta in volta, l'andamento dei processi assistenziali che, dato il carattere relazionale di cui sopra, non possono ovviamente essere standardizzati come se si trattasse di una produzione industriale.

Un terzo aspetto è il grande spettro di prestazioni e servizi che le aziende sanitarie, in modo particolare quelle territoriali pubbliche, devono erogare sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le prestazioni possono essere raggruppate per ciascun LEA come, per esempio, vaccinazioni, assistenza specialistica ambulatoriale, ricovero ospedaliero, assistenza residenziale territoriale, assistenza farmaceutica. In realtà, sono migliaia le "prestazioni a catalogo" che le aziende devono erogare e che sono descritte a priori nei diversi nomenclatori tariffari: le prestazioni ambulatoriali, le indagini di laboratorio, la diagnostica per immagini, le certificazioni dell'igiene pubblica, i presidi e ausili per la non autosufficienza. Inoltre, alcuni sistemi di classificazione delle prestazioni, come i DRG che descrivono i ricoveri ospedalieri, consentono di raggruppare solo a posteriori le prestazioni assistenziali elementari rese ai pazienti. A completare la complessità della prestazioni contribuisce infine la grande dispersione di sedi nelle quali esse vengono erogate che, in molti casi, sono di parecchie decine.

## **I processi delle aziende sanitarie**

---

La relazione tra Carta dei servizi e aziende sanitarie rischia di non essere letta in modo complessivo se non si considera che un'organizzazione sanitaria è in realtà una "rete di processi" in continua evoluzione, in parte eterodiretti da regole esterne

(professionali, legislative, economiche) e in parte creati e gestiti in modo autonomo dai membri dell'organizzazione, in modo particolare dai professionisti.

In termini generali, un processo è un insieme di attività correlate e interagenti che utilizzano risorse per trasformare degli elementi in ingresso (input) in elementi in uscita (output); gli elementi in uscita di un processo "utile" dovrebbero avere un valore superiore a quello che avevano all'ingresso e questo valore aggiunto dovrebbe essere correlabile con l'entità delle risorse impiegate nel processo stesso.

I processi di una struttura sanitaria possono essere letti a più livelli di complessità. Se prendiamo in considerazione un'azienda sanitaria territoriale pubblica, a un estremo possiamo considerare l'intera organizzazione come un unico processo finalizzato alla tutela della salute della comunità su cui insiste, che vede come input il finanziamento del fondo sanitario regionale e come risultato gli esiti sulla salute della comunità stessa; all'altro estremo possiamo considerare come processi le innumerevoli prestazioni elementari che ciascun operatore compie tutti i giorni e che possono essere descritte in specifiche procedure operative (ad esempio, raccogliere un'anamnesi, eseguire una medicazione o una vaccinazione, lavarsi le mani, incassare un ticket e moltissime altre ancora).

Un altro livello di specificazione è quello che distingue le attività delle aziende sanitarie in processi "tipici" e altri che potremmo definire "di supporto". I primi sono quelli specifici delle organizzazioni sanitarie come, per esempio, curare i malati in ospedale, realizzare interventi di prevenzione, fornire i farmaci per le cure a domicilio, mentre gli altri sono comuni a tutte le organizzazioni: pagare gli stipendi, acquistare i materiali, organizzare la logistica, integrare le diverse parti del sistema, gestire le strutture, e molti altri ancora. Le aziende sanitarie devono essere in grado di assumere il governo di tutti i processi che si svolgono al loro interno, non solo di quelli tipici, anche se le esperienze di miglioramento continuo sviluppate nel mondo sanitario si sono orientate soprattutto verso di essi. Anche se viene evidenziato raramente, un modo per rappresentare sinteticamente i processi tipici di un'azienda sanitaria è quello rappresentato dai citati Livelli Essenziali di Assistenza indicati dalla pianificazione nazionale e regionale, e riconducibili ai tre filoni dell'igiene pubblica, dell'assistenza sanitaria primaria e dell'assistenza ospedaliera.

Un aspetto critico con il quale tutte le organizzazioni devono fare i conti è quello del "controllo dei processi": tale espressione comprende non solo le attività di verifica e di ispezione, ma anche le attività che consentono di tenere sotto controllo, governare, regolare i processi stessi. Infatti i processi di un'organizzazione devono essere di regola pianificati ed eseguiti in condizioni controllate per avere la possibilità di verificare, valutare e governare quanto sta accadendo. In una organizzazione sanitaria tutto ciò comporta molte difficoltà, soprattutto quando si vogliono mettere sotto controllo i processi assistenziali che, come abbiamo visto prima, si svolgono in condizioni poco standardizzabili e che quindi richiedono una definizione a priori.

Un secondo importante aspetto da considerare è "l'integrazione dei processi" cioè come i principali processi aziendali si interfacciano e si integrano tra di loro. Non è infatti possibile raggiungere un obiettivo assistenziale (in reparto, nell'ambulatorio specialistico o nei servizi territoriali) se i processi assistenziali dell'intera organizzazione non sono tra loro coordinati e finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo stesso. Ma non è possibile raggiungere un obiettivo assistenziale neppure se i processi assistenziali non sono integrati con quelli tecnici e amministrativi di supporto. Nel caso delle aziende sanitarie che concorrono al servizio sanitario pubblico, il livello di integrazione deve spingersi oltre, fino a coinvolgere i servizi assistenziali presenti nella comunità di riferimento (ad esempio, i servizi assistenziali erogati dagli enti locali, delle RSA o il supporto offerto dalle famiglie e dal volontariato), in quanto i percorsi assistenziali utili ai cittadini risultano dalla concatenazione di più processi clinici e

organizzativi, in modo da realizzare la catena assistenziale che meglio soddisfa le loro esigenze e aspettative.

## **I sistemi aziendali di gestione per la qualità**

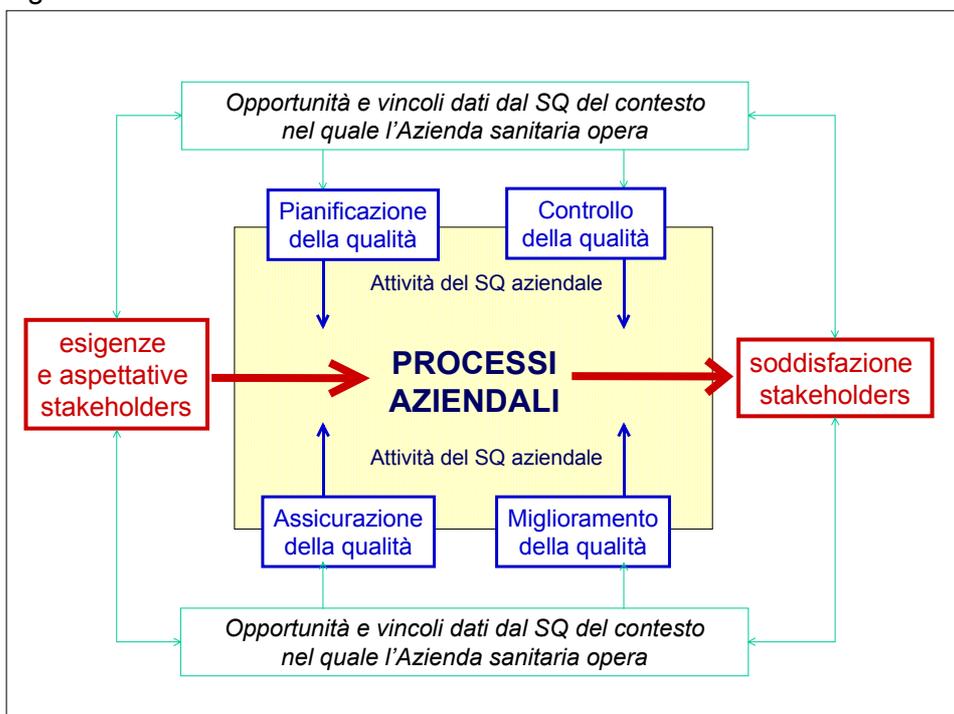
A livello internazionale lo sviluppo dei sistemi di gestione per la qualità nelle strutture sanitarie hanno seguito essenzialmente tre grandi filoni: i sistemi di accreditamento (professionale e istituzionale), le norme della serie ISO 9000 e i modelli di gestione totale per la qualità (Total Quality Management – TQM) come il Modello EFQM per l'eccellenza.

Questi approcci sono derivati da una più complessiva evoluzione dell'idea stessa di gestione per la qualità che ha interessato a livello mondiale l'intero sistema di produzione di beni e di servizi. È interessante notare come questi diversi approcci siano oggi giunti a una conclusione comune, che contribuisce a superare le sterili polemiche per stabilire qual è la strada migliore da seguire per la qualità: tutte le organizzazioni, pubbliche e private, che producono beni e servizi, in ogni parte del mondo, devono dare vita a un proprio sistema di gestione per la qualità, dove per "sistema" si intende un insieme coordinato di elementi mentre la "gestione" è un insieme di comportamenti, decisioni, responsabilità, risorse, interfacce che consentono a una organizzazione di perseguire i suoi obiettivi.

La gestione per la qualità è quindi l'insieme di "attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione in materia di qualità": questo implica due gruppi di attività. Il primo gruppo è rappresentato dall'analisi di esigenze e aspettative degli stakeholder, dallo svolgimento dei processi aziendali per cercare di soddisfarle e dalla misura di quanto tali esigenze e aspettative sono state soddisfatte. Il secondo gruppo di attività si identifica con le quattro tradizionali funzioni dei sistemi di gestione per la qualità: la pianificazione della qualità, il controllo della qualità, l'assicurazione della qualità e il miglioramento della qualità.

Va inoltre considerato che non è possibile considerare il sistema qualità di un'organizzazione come un'entità autosufficiente e autoreferenziale, indipendente dal contesto in cui essa opera, in quanto è evidente che le attività realizzate al suo interno sono interdipendenti con un'altra serie di elementi propri di un "sistema qualità" di livello superiore (regionale, nazionale e internazionale) che si sviluppa contestualmente. La figura 1 schematizza le attività proprie di un sistema di gestione per la qualità.

Figura 1



È chiaro che questo modo di approcciare la questione richiede un impegno del tutto particolare dei vertici delle organizzazioni: ecco che allora la definizione della politica per la qualità, di un programma di sviluppo strategico, di una mission, di una vision, dei valori di riferimento e di alcune linee strategiche lungo cui orientare il quotidiano non rappresenta un puro esercizio di scrittura, ma una necessità che deve essere sostenuta da una leadership diffusa e da un attivo coinvolgimento di tutto il personale.

Il passaggio dall'enunciazione teorica alla fase applicativa mostra come nelle strutture sanitarie siano riconoscibili due grandi approcci alla realizzazione dei sistemi di gestione per qualità che, per comodità di illustrazione, possono essere tenuti separati ma che rappresentano gli estremi di uno spettro continuo.

Da una parte si assiste allo sviluppo di iniziative di miglioramento della qualità centrate su specifici aspetti e basate su azioni isolate, individuali o di gruppo, progetti finalizzati che riguardano temi diversi quali, per esempio, l'accreditamento, la Carta dei servizi, le certificazioni ISO, il risk management. Dall'altra parte, invece, il miglioramento della qualità passa attraverso un approccio unitario che tenta di rimodellare le organizzazioni nella loro interezza, affinché migliorino la propria capacità complessiva di soddisfare le esigenze e le aspettative degli stakeholder in modo bilanciato e sostenibile nel medio-lungo periodo.

Il primo approccio, prevalentemente centralizzato, prevede che le attività della qualità siano riservate a un gruppo limitato di persone, libere da compiti assistenziali, che operano trasversalmente alle unità operative e, a volte, "sopra le teste" di chi garantisce l'ordinario svolgimento del lavoro quotidiano. Il secondo, invece, è essenzialmente diffuso e innesta il miglioramento continuo nel lavoro e nei processi quotidiani, orientando alla qualità tutti gli aspetti della gestione aziendale.

L'approccio "reticolare e diffuso" di gestione per la qualità appare essere lo standard di riferimento cui tendere: ma come può essere descritta oggi una rete aziendale per la qualità? In prima battuta si può dire che è composta da tutti i dipendenti di un'azienda sanitaria e da tutti i professionisti convenzionati che operano negli ambulatori, nei reparti, negli uffici, agli sportelli e in tutte le altre strutture e che consentono di garantire, di giorno e di notte, i Livelli Essenziali di Assistenza: è un'affermazione ovvia e generale ma, proprio per questo, va puntualizzata per evitare di disgiungere il tema della qualità dalla realtà del lavoro quotidiano.

Una seconda chiave di lettura, più dettagliata, porta a identificare la rete aziendale per la qualità con l'insieme delle attività che vengono realizzate in un'azienda sanitaria per dare concretezza ai programmi annuali (budget) e agli obiettivi della programmazione regionale, per garantire la sicurezza dei malati e degli operatori, per basare i comportamenti assistenziali su prove di efficacia clinica, per migliorare il rapporto con i cittadini e con i dipendenti, per acquisire e mantenere nuove competenze cliniche e dotazioni tecnologiche, per integrare i percorsi dei pazienti, per aumentare i livelli di comfort, per semplificare i procedimenti amministrativi, per utilizzare al meglio le risorse messe a disposizione, per gestire la comunicazione e le informazioni, per confrontarsi con le altre organizzazioni.

Un terzo livello della rete per la qualità è dato dalla identificazione e dal collegamento delle persone che giocano ruoli chiave nell'organizzazione. Anche se fatta con strumenti formali, questa identificazione non deve portare alla creazione di una sovrastruttura organizzativa che si aggiunge alle altre: la "qualitologia" non sta al lavoro come la cardiologia sta al cuore! La possibilità di strutturare una rete formale di figure "centrate" sulla qualità ha dentro di sé un grave pericolo: a fronte di piccoli benefici, si corre il rischio di costruire una rete parallela all'organizzazione esistente, che appesantisce il già cauto avanzare delle organizzazioni sanitarie e aumenta gli elementi di attrito organizzativo. Inoltre il meta-messaggio dato a tutti gli operatori con

un modello organizzativo di questo tipo è quello di disgiungere il lavoro quotidiano dalla qualità; la figura 2 esemplifica questo concetto.

Figura 2



### La Carta dei servizi e la qualità

Quanto detto nei paragrafi precedenti consente di descrivere in modo più esaustivo e veritiero il rapporto che intercorre tra la Carta dei servizi sanitari e la qualità, parola "magica" che viene usata a ogni pie' sospinto (un po' come il prezzemolo in cucina) anche se negli ultimi tempi sta subendo la pressante concorrenza della parola magica "eccellenza", che appare essere ancora più potente. Due sono le questioni che meritano di essere approfondite: un corretto posizionamento della Carta dei servizi nei confronti dell'intera questione della qualità e il ruolo che la Carta deve occupare nel sistema di gestione per la qualità delle organizzazioni sanitarie.

Nonostante l'enfasi data alla Carta dei servizi quale strumento per migliorare la qualità delle organizzazioni che erogano servizi sanitari nel contesto del servizio pubblico, è inevitabile considerare che la Carta non può portare da sola tutto il peso della qualità di un'organizzazione, cioè della sua "capacità di soddisfare esigenze e aspettative": le innumerevoli combinazioni che derivano dall'incrocio tra le dimensioni della qualità e le tipologie di stakeholder non possono essere affrontate da un unico strumento.

Per sua stessa natura la Carta dei servizi sanitari non va a toccare in nessun modo la dimensione professionale della qualità, che rappresenta la mission stessa delle aziende sanitarie: è una differenza importante rispetto ad altre organizzazioni, quali i servizi postali o telefonici, nei quali il contenuto "professionale" del servizio è direttamente percepibile da chi vuole spedire un pacco o fare una telefonata.

La Carta dei servizi si occupa della dimensione organizzativa della qualità solo per quanto riguarda gli aspetti che in qualche modo possono essere percepiti dai cittadini: anche se si tratta di aspetti importanti, per i quali gli attuali margini di miglioramento sono ancora grandi per tutti, si tratta di una fetta relativamente piccola dei processi

organizzativi che si snodano in una organizzazione complessa come un'azienda sanitaria.

La dimensione relazionale della qualità è indubbiamente quella più presidiata dalla Carta dei servizi, anche se nella determinazione degli standard che descrivono questa dimensione è una semplificazione ridurre il contenuto della relazione tra utente e struttura alla presenza della segnaletica, alle informazioni, alla comunicazione, al consenso informato: il contenuto emozionale della relazione che scaturisce dalla "co-produzione della cura" non è facilmente standardizzabile e non ci sono esperienze compiute che mostrino come fare. Questo non toglie che anche in questo caso gli attuali margini di miglioramento siano ancora grandi per tutti.

Un altro limite intrinseco è dato dal fatto che l'importanza data dalla Carta dei servizi agli aspetti del servizio percepibili dai cittadini non trova un corrispondente per quanto riguarda gli altri stakeholder. In un sistema relazionale com'è un'azienda sanitaria, con mission vaga (i LEA) e risorse finite, le percezioni che hanno gli altri stakeholder delle diverse dimensioni della qualità sono altrettanto importanti di quelle dei cittadini. Ciò vale ancora di più se si considera che le stesse persone possono rivestire in momenti diversi i panni di stakeholder diversi (per esempio i malati sono anche i finanziatori del sistema pubblico) e che la decisione di soddisfare o meno alcune esigenze e aspettative di qualche stakeholder non scaturisce da un obiettivo algoritmo di calcolo ma dalla capacità mediazione degli uomini.

Evidenziate queste oggettive limitazioni, va però sottolineato l'importanza della Carta dei servizi quale strumento essenziale per lo sviluppo del sistema di gestione per la qualità di un'azienda sanitaria. Infatti lo schema di Carta dei servizi suggerito dal ministero (informazioni sulla struttura, standard di servizio, meccanismi di partecipazione e tutela dei cittadini) da una parte consente di rendere più esplicito il percorso logico che lega l'analisi delle esigenze e aspettative, i processi aziendali per soddisfarle e la misura della soddisfazione e, dall'altra parte, contribuisce alla pianificazione esplicita e al controllo della qualità (standard), assicura ad alcuni stakeholder la qualità di determinati aspetti e pone le basi oggettive per il miglioramento complessivo.

## **La Carta dei servizi e l'organizzazione**

---

La centralità che deve assumere la Carta dei servizi nel sistema di gestione per la qualità di una organizzazione porta vedere qual è l'impatto reciproco tra Carta e organizzazione. È ovvio che tale impatto è evidente solo se la direzione aziendale decide che la Carta dei servizi è un'opportunità per migliorare l'organizzazione e non una ulteriore occasione per "fare carte".

In che modo l'organizzazione influisce sulla Carta dei servizi? Un primo elemento importante è il ruolo che viene assegnato alla Carta all'interno del sistema di gestione per la qualità: se il vertice aziendale la integra nel sistema, la ritiene parte stessa dell'organizzazione allora è più probabile che nel processo di sviluppo e mantenimento della Carta vengano evidenziati i collegamenti con il resto del sistema, potenziate le sinergie, ricercate soluzioni integrate. Se invece la vision aziendale è frammentaria e parziale anche la Carta ne risentirà e rimarrà un esercizio sterile, anche se magari ben fatto.

In modo analogo, la vision aziendale determina anche il vissuto che tutti gli stakeholder hanno della Carta dei servizi: collocarla in alto nella considerazione dei vertici aziendali rappresenta un fattore che stimola l'attenzione dei cittadini, degli operatori, delle associazioni di volontariato, della politica e ne favorisce lo sviluppo.

Un altro elemento è il fatto che l'organizzazione di una azienda è l'oggetto stesso della Carta dei servizi, soprattutto per quanto riguarda la parte di presentazione e informazione: le prestazioni erogate, le strutture fisiche di erogazione, le persone da contattare, i Livelli Essenziali di Assistenza sono elementi importanti per aiutare i cittadini a utilizzare meglio i servizi dell'azienda sanitaria. Sono informazioni utili anche agli operatori delle aziende: la grande dispersione territoriale e l'accentuata specializzazione delle prestazioni non consentono infatti di conoscere in modo anche sommario quali sono le funzioni dei colleghi che lavorano in contesti diversi.

L'organizzazione dell'azienda può infine determinare anche il formato della Carta: per esempio, solo in presenza di una informatizzazione diffusa dell'azienda è possibile pensare a una presentazione computerizzata della Carta e a un meccanismo di aggiornamento diffuso e affidato alle unità operative.

Se l'impatto dell'organizzazione sulla Carta dei servizi è una riflessione abbastanza ovvia, è molto più stimolante e sfidante andare a vedere, e possibilmente governare, il modo in cui la Carta dei servizi impatta sull'organizzazione.

In modo simmetrico a quanto detto poco fa, avere una Carta collocata al centro del sistema qualità, integrata con gli altri strumenti di gestione, in alto nella considerazione della direzione aziendale ha un effetto benefico sull'organizzazione, perché rappresenta essa stessa un momento organizzativo: quello che si scrive sulla Carta diventa regola organizzativa condivisa, non è solo una fantasia dell'URP che deve adempiere a un obbligo formale.

Ma è con la definizione degli standard che la Carta dei servizi mostra tutto il suo impatto sull'organizzazione: indicare in modo condiviso tra stakeholder un tempo di 5 giorni per la consegna di uno specifico referto di laboratorio significa poi dover plasmare l'organizzazione in modo da mantenere quello standard anche a fronte degli eventi improvvisi che ragionevolmente incrociano la vita delle organizzazioni: una assenza di personale, un guasto tecnico, un impedimento strutturale. L'impegno che l'azienda prende pubblicando quello standard diventa l'impegno di tutti e trasferisce anche sulle cose apparentemente banali dal punto di vista dell'organizzazione (anche se importanti per il cittadino) la cultura del risultato e non dell'adempimento: in questo caso l'importante è consegnare il referto in 5 giorni, non dimostrare la quantità di lavoro che indubbiamente è stato necessario svolgere per consegnarlo.

## **Conclusione**

---

La Carta dei servizi rappresenta una importante occasione per migliorare la qualità delle aziende sanitarie, anche se ad essa non può essere addossato tutto il peso della gestione della qualità. Infatti la Carta non copre tutte le dimensioni della qualità (professionale, organizzativa e relazionale) e incorpora prevalentemente il punto di vista e la percezione dei cittadini, che sono soltanto una delle parti interessate (stakeholder) delle aziende sanitarie.

La relazione tra Carta dei servizi e organizzazione aziendale è particolarmente stimolante in quanto è possibile evidenziare un impatto reciproco che, a seconda del grado di commitment della direzione aziendale, dà origine a un circolo virtuoso di potenziamento sinergico o relega la Carta al ruolo di mero adempimento burocratico.