

*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*

**FACOLTÀ di SCIENZE POLITICHE**

**Dottorato di Ricerca in Criminologia - XIX ciclo**  
Settore Scientifico Disciplinare SPS/12

**GLI UFFICI RELAZIONI PER IL PUBBLICO E  
IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RECLAMI IN  
SANITÀ**

Un'indagine nella Regione Veneto

CANDIDATO:  
Dr.ssa Cinzia Pizzardo

**COORDINATORE DEL  
DOTTORATO:**

Chiar.mo Prof. Augusto Balloni

REFERENTE  
Chiar.mo Prof. Costantino Cipolla

*Anno Accademico 2006/2007*

*Ai miei genitori e a Riccardo*

# INDICE

<b>Introduzione</b>	7
<b>1. Il sistema sanitario e i cittadini: nuovi scenari fra comunicazione, partecipazione e tutela</b>	
1.1. Come cambia il concetto di salute. Quali prospettive?	13
1.2. Comunicare nella salute	21
1.2.1. Per una definizione di comunicazione della salute	23
1.2.2. La comunicazione come educazione alla salute	26
1.2.3. La comunicazione come strumento d'informazione dell'attività sanitaria	28
1.2.4. Le associazioni di volontariato e i "cittadini competenti": nuovi attori nella comunicazione sanitaria	31
1.2.5. Le direzioni strategiche per il futuro della comunicazione della salute	33
1.3. La partecipazione per la salute	37
1.3.1. Le quattro dimensioni della partecipazione	38
1.3.2. I modelli di partecipazione in sanità	41
1.3.3. Quali attori della partecipazione in sanità? La centralità del cittadino	47
1.4. La tutela dei diritti dei cittadini in sanità	50
<b>2. Nascita e sviluppo degli Uffici per le relazioni con il pubblico in sanità: il quadro normativo</b>	
2.1. Cenni di comunicazione pubblica	55

2.1.1. La multidimensionalità della comunicazione istituzionale	61
2.2. Nascita e sviluppo degli Urp	67
2.2.1. Il d.lgs 29/93: istituzione dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico	69
2.2.2. Dpcm n. 17/93: competenze e attività	71
2.2.3. I principi di tutela per il cittadino e i reclami: Dpcm 27/94	73
2.2.4. Dpcm 11/94: finalità e attività degli Urp	75
2.2.5. L'ultima frontiera della comunicazione dei servizi: la legge 150/2000	76
2.3. Gli Urp in sanità: quale normativa di riferimento?	85
2.3.1. Il d.lgs 502/92: le basi per la costituzione degli Urp in sanità	85
2.3.2. Dpcm 10/05/95: le peculiarità degli Urp in sanità	90
<b>3. Funzioni e modelli organizzativi degli Urp in sanità</b>	
3.1. Gli strumenti dell'Ufficio relazioni per il pubblico	105
3.1.1. Il personale dell'Urp	105
3.1.2. Il personale aziendale	106
3.1.3. Le reti d'ascolto indipendenti	107
3.1.4. I canali di "trasmissione"	108
3.2. L'Ufficio relazioni con il pubblico e il sistema qualità	109
3.3. L'Urp come organizzazione correlazionale	115
<b>4. Gli aspetti tecnici della gestione dei reclami</b>	
4.1. Il reclamo nel quadrante della qualità percepita	120
4.2. Per una definizione del reclamo	123
4.3. Il valore della comunicazione nel percorso del reclamo	127
4.4. Il circolo virtuoso del reclamo	130
4.5. Le classificazioni dei reclami	134
4.6. Il sistema di gestione dei reclami	140

4.7. La gestione dei reclami per la risposta al cittadino	151
4.8. La gestione dei reclami per il miglioramento dei servizi	154

## **5. Il Veneto e gli Uffici per le relazioni con il pubblico in sanità**

5.1. Lo stato di salute e i servizi sanitari del territorio veneto	157
5.2. Il modello socio-sanitario ed assistenziale del Veneto	164
5.2.1. Sviluppo e sperimentazioni: il piano socio-sanitario 2003-2005	166
5.3. Gli aspetti normativi degli Uffici per le relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie del Veneto	168
5.4. Una ricerca sullo stato dell'arte degli Urp in sanità del Veneto	175
5.5. Alcuni dati sui reclami pervenuti agli Urp delle aziende sanitarie venete	180

## **6. Una ricerca sul reclamo oltre il reclamo**

6.1. La metodologia utilizzata: un approccio integrato e pluridimensionale	183
6.2. Le finalità della ricerca	188
6.3. La co-istituzione dell'informazione elementare: i reclami	189
6.4. Il trattamento dei dati: il reclamo fra qualità e quantità	190
6.5. I "valori" del reclamo	193
6.5.1. Il reclamo è femmina	194
6.5.2. Reclami per sé o reclami per altri	198
6.5.3. Le aree del reclamo	205
6.5.3.1. <i>Gli aspetti alberghieri</i>	207
6.5.3.2. <i>Gli aspetti burocratico-amministrativi</i>	207

6.5.3.3. <i>Gli aspetti relazionali</i>	210
6.5.3.4. <i>Gli aspetti tecnico-professionali</i>	213
6.5.3.5. <i>Le informazioni</i>	215
6.5.3.6. <i>Strutture e logistica</i>	216
6.5.3.7. <i>Il tempo</i>	217
6.5.3.7. <i>Umanizzazione</i>	224
6.6. <b>Aspetti del reclamo e differenze di genere</b>	225
6.7. <b>Oltre la classificazione. Quali altri aspetti nel reclamo?</b>	227
6.7.1. Il reclamo come “evento sentinella”	227
6.7.2. Il perché del reclamo fra disservizio ed emotività	228
6.7.3. I reclami e il ricorso ai servizi privati	231
6.7.4. Il reclamo come atto di partecipazione verso nuovi diritti e doveri	232
6.8. <b>Alcune ipotesi di miglioramento per la classificazione dei reclami</b>	235
<b>Conclusioni</b>	238
<b>Bibliografia</b>	243
<b>Allegati</b>	
Classificazione dei reclami	
Classificazione dei reclami “rivista”	
<b>Ringraziamenti</b>	

## Introduzione

Sono molte le sfide che il mondo sanitario ha davanti in un contesto profondamente cambiato e che presenta, nella sua dimensione propria che è ormai quella della globalizzazione, caratteristiche e natura in trasformazione. Si è di fronte ad un nuovo modello di lettura più complesso del paradigma salute/malattia che va al di là della mera concezione biomedica. I cambiamenti e le sfide che si trovano a fronteggiare i sistemi sanitari, e le organizzazioni ad esso correlate, sono molteplici. I piani di lettura accrescono mettendo in evidenza relazioni/comunicazioni fra sistemi, fino a qualche decennio fa, nemmeno pensabili. Emerge il ruolo sempre più attivo e consapevole del soggetto, sempre meno disposto ad essere in balia dell'autorità medica e sempre più partecipativo nella costruzione del percorso di malattia e nella valutazione delle organizzazioni sanitarie. Alla luce di ciò, per i soggetti che utilizzano i servizi sanitari, il termine "paziente" diviene obsoleto. Si propone di ripartire dall'idea di "cittadino", «come legittimo portatore di diritti e di doveri e, benché la genesi del termine sia etico-giuridica, essa non chiude la porta alle sue evidenti implicazioni sociologiche. Il cittadino è infatti un soggetto di diritti sociali: il primo dei quali è l'assistenza sanitaria. La cittadinanza è un fatto politico, ma se questo non vuole limitarsi alla sola libertà e diventare sostanziale, deve astenersi almeno alla cittadinanza sanitaria» [Cipolla 2002b: 20]. In questo quadro comunicazione, partecipazione e tutela diventano le parole chiave in grado di aprire nuove prospettive e modalità di comprensione. Infatti, una delle più importanti innovazioni, che a partire dagli anni '90, si sono realizzate nella Pubblica Amministrazione e si sono trasferite nella cultura organizzativa del SSN e nelle prassi di lavoro delle aziende sanitarie, consiste nell'aver riconosciuto alla comunicazione con i cittadini un ruolo di grande rilievo.

La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione. Essa rappresenta l'espressione più forte di una relazione attiva fra

due attori che si scambiano segnali e messaggi in riferimento ad un preciso oggetto, nel caso specifico la salute o un progetto di cura o assistenza.

Una buona comunicazione può favorire scelte consapevoli nei progetti di cura e nella adozione di comportamenti e stili di vita positivi: dalla parte della organizzazione può consentire il raggiungimento di obiettivi di qualità e appropriatezza delle cure, e può rendere più equo l'accesso ai servizi e più razionale la loro fruizione.

D'altro canto partecipazione alla fitta rete di processi che compongono il Servizio Sanitario nazionale non significa solo comunicare ma, a seconda delle dimensioni e dei momenti del percorso che si desiderano focalizzare, riferirsi ad una molteplicità di azioni che tendono a superare la mera informazione o coinvolgimento, per tendere a “decidere insieme” o ad autogestire la propria salute, o più limitatamente un percorso di cura.

Partecipare significa dunque impegno attivo del soggetto o delle reti solidaristiche nel percorso di cura o riabilitativo; ma partecipazione è anche il processo attraverso cui il cittadino – soggetto attivo, portatore di diritti ed interessi di valore – interviene, contribuendo a definire le decisioni e le azioni che riguardano la comunità.

In questa prospettiva un sistema sanitario, e le organizzazioni che erogano servizi alla persona, devono agire al proprio interno prima ancora che nella interfaccia con gli utilizzatori, attivando iniziative di grande impegno per ottenere l'allineamento degli operatori (la conoscenza, o la condivisione) a quelli che sono i valori (e i conseguenti comportamenti) ritenuti più idonei alla realizzazione del mandato istituzionale, ma anche per definire i livelli qualitativi dei propri servizi (standard e impegni), connotati sia professionalmente che organizzativamente, e l'entità del rischio connesso alle procedure sanitarie da accettare. Risulta prioritario anche un miglioramento della capacità di ascolto e di relazione con i cittadini, con il mondo esterno e l'opinione pubblica”, attraverso il rilievo delle sequenze comunicative che provengono spontaneamente dall'organizzazione, ma anche con la sollecitazione a portare in evidenza messaggi altrimenti inespresi,

attraverso, ad esempio, la valutazione delle aspettative e della soddisfazione dei pazienti così come delle loro referenze e del loro vissuto.

Questo sforzo interno è fondamentale per porre basi oggettive allo scambio con i cittadini al fine di controllare le loro attese, riportandole alla sostanza di un “contratto” chiaramente stipulato.

I riferimenti normativi di carattere nazionale, fin dai primi anni ‘90 hanno posto particolare attenzione all’ascolto e alla partecipazione del cittadino, secondo una prospettiva integrata. Fin dal D.lgs 502/92 è evidente la maggior attenzione attribuita al cittadino in quanto fruitore dei servizi sanitari; sono individuati precisi valori e impegni – personalizzazione ed umanizzazione dell’assistenza, diritto all’informazione e alla partecipazione attraverso organi competenti – ai quali le aziende sanitarie dovrebbero orientare sia le azioni sia la verifica qualitativa delle stesse. Riconferme di tale approccio sono particolarmente evidenti nella normativa relativa alla Carta dei Servizi, nel Piano Sanitario Nazionale e nel D.lgs. 229/99, oltre che in numerose espressioni delle normative regionali.

All’interno di questo contesto si inserisce la nascita e lo sviluppo degli Uffici per le relazioni con il pubblico inteso come un ufficio dedicato a funzioni di comunicazione nelle organizzazioni sanitarie, orientate alla soddisfazione dei bisogni informativo-comunicativi dei cittadini in relazione ai servizi offerti. Gli Uffici per le relazioni con il pubblico, attraverso le funzioni proprie di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione, rappresentano lo strumento attraverso la quale si “dà voce” e spazio al cittadino valorizzandone le aspettative e ascoltandone le esigenze. In particolar modo, relativamente alla funzione di tutela, spetta all’Urp attivare le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e ricevere reclami. Il reclamo rappresenta un innovativo strumento gestionale che si inquadra nell’ambito del processo di riforma dei servizi sanitari pubblici e di attuazione delle disposizioni legislative previste dall’articolo 14 del D.lgs. 502/92. Istituire un sistema di gestione dei reclami garantisce un’opportunità di crescita all’azienda sanitaria che vede aumentate le sue capacità

di ascolto, di coinvolgimento, di correzione dei disservizi e di miglioramento qualitativo. In tale contesto l'opinione del cittadino sul servizio si trasforma nell'*input* fondamentale che orienta le decisioni strategiche del management del servizio. Si tratta, in sostanza, di dotare l'organizzazione di uno strumento sensibile a rilevare e a rispondere rapidamente alle situazioni di disagio ed insoddisfazione oltre che implementare un sistema di analisi dei reclami per orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi. L'analisi dell'insieme dei reclami pone l'azienda in grado di identificare i punti deboli dell'organizzazione, correggere disservizi e programmare interventi di miglioramento di cui saranno beneficiari tutti i cittadini che si rivolgeranno a quello specifico servizio. È di fondamentale importanza la volontà della dirigenza aziendale di investire sul sistema di raccolta e di gestione dei reclami come risorsa strategica al fine di orientare le proprie politiche di miglioramento della qualità dei servizi e dei rapporti con i cittadini. Il reclamo è strumento d'ascolto per i cittadini sempre più attivi nella valutazione dei servizi erogati per questo l'organizzazione sanitaria deve assumersi la responsabilità di recepire e rispondere alle manifestazioni di disagio, non solo come atto formale a seguito di disposizioni normative (legge 241/90), ma come un'occasione preziosa che l'azienda sanitaria ha per migliorare la comunicazione ed aumentare la fiducia nei cittadini. Chi presenta un reclamo, infatti, compie un gesto attivo di partecipazione diretta e costruttiva comprovando, comunque, la sua fiducia nell'istituzione. Quest'ultima per dimostrare di meritare tale fiducia deve, a sua volta, identificare e riconoscere i propri errori garantendo soluzioni atte a migliorare i servizi dimostrando, in questo modo, ai cittadini che le loro opinioni sono state valutate e considerate. Sono queste le condizioni essenziali per innescare il "circolo virtuoso" che porta il cittadino alla presentazione dei reclami e, quindi, al miglioramento del servizio erogato.

Obiettivo di questo lavoro sarà proprio analizzare la specifica funzione degli Urp relativa alla raccolta e alla gestione dei reclami. In particolare modo si andrà a valutare le aree di criticità del reclamo, si cercherà di approfondire i

motivi che inducono al reclamo e di carpire l'immagine latente che spesso sottende al reclamo stesso. In sostanza, si cercherà di implementare un quadro interpretativo che riesca a cogliere la complessità del fenomeno e che possa divenire strategico al fine di attivare progetti di miglioramento e iniziative di comunicazione vicine alla sensibilità del cittadino. Si tratta dunque di proporre un metodo che non sostituisca l'analisi quantitativa standard dei reclami ma la integra e la completa al fine di valorizzarne tutte le peculiarità.

Il capitolo 1 è un excursus teorico sulle evidenze e le peculiarità dei servizi sanitari oggi con particolare riferimento a importanti concetti emergenti: la comunicazione, la partecipazione e la tutela.

Il capitolo 2 è costruito sul percorso legislativo che ha visto la nascita e lo sviluppo degli Urp nelle pubbliche amministrazioni e in particolare nelle organizzazioni sanitarie. Il lavoro prosegue con l'analisi delle peculiarità funzionali e i modelli organizzativi degli Uffici per le relazioni con il pubblico in sanità (cap. 3).

Il capitolo 4 esamina le specificità semantiche e di contenuto del reclamo, con particolare riferimento al sistema di gestione dei reclami per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Il capitolo 5 offre un quadro esplicativo del contesto territoriale-organizzativo nel quale si svolge l'indagine oggetto del presente lavoro: la regione Veneto, presentando i risultati di alcune ricerche che esplicano l'attuale situazione del contesto territoriale suddetto relativamente agli Urp in sanità e ai reclami pervenuti.

Il capitolo 6, infine, ha come oggetto la ricerca empirica. Sono due le prospettive che si andranno ad indagare attraverso lo studio dei reclami. La prima prospettiva è quella dell'organizzazione sanitaria, infatti attraverso l'analisi dei reclami si possono rilevare gli elementi di criticità, ma anche di qualità, di specifici ambiti e settori delle aziende sanitarie. Il reclamo rappresenta un'ottima cartina di tornasole per interrogarsi e capire dove orientare maggiormente gli interventi di miglioramento della qualità dei servizi.

La seconda prospettiva è quella del *cittadino*: capire chi reclama, perché reclama, i *gap* comunicativi, partecipativi e di tutela, l'emotività presente in percorso di malattia – che a volte viene trascurata – e, allo stesso tempo, la forza di un cittadino che si dimostra sempre più attivo e partecipe nell'organizzazione dei servizi sanitari e nella gestione del bene personalissimo che è la salute.

Inoltre, attraverso lo studio e l'analisi dei reclami, si andrà a verificare la validità della classificazione attualmente utilizzata a livello regionale per i reclami, al fine di pensare all'implementazione di nuovi approcci alla gestione delle segnalazioni che pervengono dai cittadini, orientati a valorizzare le informazioni oggettive che le segnalazioni forniscono.

# 1. Il sistema sanitario e i cittadini: nuovi scenari fra comunicazione, partecipazione e tutela

## 1.1. Come cambia il concetto di salute. Quali prospettive?

Sono molte le sfide che il mondo sanitario ha davanti in un contesto profondamente cambiato e che presenta, nella sua dimensione propria che è ormai quella della globalizzazione, caratteristiche e natura in trasformazione. Di seguito le sfide che i sistemi sanitari hanno dovuto fronteggiare, in questi ultimi anni [Giarelli 2002a]:

1. *Sfida inflativa*: è quello che Cochrane nel 1978, ha definito inflazione medica, ovvero l'aumento costante dei costi del settore sanitario ad un tasso di inflazione superiore al resto dell'economia, dovuto, in particolar modo, ai prezzi dei beni e dei servizi ad elevato contenuto tecnologico di cui esso si avvale.

2. *Sfida dell'iperspecificità*: il processo di iperspecializzazione del sapere medico e delle tecnologie, ad esso connesso, ha avuto uno sviluppo straordinario. Il convergere degli interessi della ricerca biomedica, dell'industria sanitaria e farmacologia, costituisce una potente spinta verso un vero e proprio complesso sanitario-industriale. Gli effetti negativi di questi processi sono stati di tempo rilevati da studiosi come Ivan Illich [1991] il quale ha evidenziato, mediante il suo concetto di iatrogenesi<sup>1</sup>, «le conseguenze indesiderate in termini sanitari, sociali e culturali che essi producono» [Giarelli 2002a: 253].

---

<sup>1</sup> Illich individua tre i livelli della iatrogenesi. «La *iatrogenesi clinica* è l'insieme dei danni prodotti dai medici, degli ospedali e dall'industria farmaceutica nel momento in cui il loro intervento non è più collegato in modo significativo ad una diminuzione della morbosità generale e ad un aumento della speranza di vita. La *iatrogenesi sociale* è la medicalizzazione della vita come insieme di cambiamenti socio-economici prodotti dalla organizzazione sociale della medicina [...]. La *iatrogenesi culturale* è l'effetto negativo più profondo, d'ordine culturale, che si verifica quando le istituzioni mediche distruggono la capacità potenziale dei soggetti di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza e vulnerabilità, di reagire alla sofferenza, all'invalidità e alla morte [...]» [Giarelli 2003: 78-79].

3. *Sfida della transizione epidemiologica*: ha origine dalle trasformazioni della struttura demografica della popolazione verificatesi nelle società a sviluppo industriale avanzato, laddove l'invecchiamento crescente diviene il risultato del convergere dell'accresciuta speranza di vita da una parte e della caduta dei tassi di natalità dall'altra. Ciò ha prodotto un aumento generalizzato delle disabilità e delle malattie cronico-degenerative tipiche delle fasce d'età più anziane. Tale mutamento ha posto in gran difficoltà la biomedicina che essendo fondata su un modello infettivologico, non ha saputo dare pronte risposte a patologie multifattoriali come le patologie cronico-degenerative.

4. *Sfida del consumerismo*: è rappresentata dal ruolo sempre più significativo che i cittadini singoli o in associazione stanno assumendo nei sistemi sanitari. Il cittadino è più consapevole delle possibilità a sua disposizione e la sua domanda si fa più esigente. «I movimenti consumeristi sono il risultato di questa nuova cultura dei diritti e dei bisogni che tende a dare voce e potere (*empowerment*) ai profani un tempo succubi dell'autorità professionale medica, rivendicando una maggiore personalizzazione e umanizzazione delle cure anche attraverso la loro partecipazione diretta o indiretta alle cure e alla gestione dei servizi sanitari» [Giarelli 2002a: 255].

Il quadro che ne emerge è una realtà sempre più complessa e articolata, dove più fattori intervengono a definire il modello salute/malattia. I paradigmi che offrono lettura di questa trasformazione in atto sono molti<sup>2</sup>, ma quello che qui si

---

<sup>2</sup> Sono vari i paradigmi sociologici della salute, portatori, ciascuno di essi, di uno specifico concetto di salute [Cipolla *et al* 2002]. Il paradigma *biomedico* considera «la malattia come "cosa". La oggettiva, la neutralizza, la porta a dato fisico-chimico, a verifica evidente ed empirica» [Cipolla 2002: 16]. Esso si costituisce sui valori della scienza medica. Il secondo approccio è quello *strutturale-funzionalista*, costruito attorno al «funzionamento del sistema sanitario e alla sua attività di controllo sociale e/o integrazione culturale. Il ruolo del malato è, come tale, sancito dal medico ed, al fondo, deviante» [ibidem], la specificità dell'individuo viene sottoposta in funzione dell'integrazione e del controllo sociale. Il terzo paradigma è di impostazione *marxista*, esso «prende le mosse dall'economia politica della salute e dalle profonde disuguaglianze sociali ad essa connesse o da essa derivate in regime capitalista. Il complesso industriale-sanitario, la dominanza del potere medico, la logica di mercato non possono che portare alla mercificazione della salute» [ibidem]. L'approccio *fenomenologico*, invece, pone al centro l'individuo e la sua soggettività nel vivere il percorso di salute/malattia trascurando, però, le componenti strutturali che permangono nella definizione del concetto di salute. Il quinto approccio può essere definito di

intende proporre come chiave di lettura è il paradigma correlazionale [Cipolla 1997, 2002]. È una prospettiva multidimensionale ed interdisciplinare che considera ed abbraccia più livelli analitici, coordinandoli e facendoli interagire tra loro. Esso cerca di prendere in considerazione le ipotesi interpretative precedenti e di «ricomporle in una prospettiva meno uni-laterale e più co-analitica, capace di leggere il fenomeno salute in modo flessibile, storicamente e geograficamente tarato, ricompositivo, senza nella concedere a logiche di natura equi-valente o equi-pollente, portate a privilegiare solo l'indifferenza» [Cipolla 2002a: 19].

Il presupposto di partenza, è quello di superare e ricomprendere approcci che pongono in evidenza solo un aspetto della questione salute, dimenticandosi della pluralità e della multidimensionalità che porta con sé tale concetto. L'approccio sociologico che ne scaturisce ci riconsegna una definizione di tematiche quali salute, malattia, sistemi sanitari, che vede l'interconnessione matriciale di quattro concetti:

- a) la *natura esterna*: come ambiente al sistema sociale. È l'ambiente fisico portatore di agenti patogeni, ma anche di rimedi curativi;
- b) il *sistema sociale*: si presuppone che «un insieme di persone, famiglie, gruppi sociali, formino un sistema sociale dotato di un senso quando riescono a mantenere una continuità culturale e di strutture sociali, malgrado il continuo fluire delle generazioni. E malgrado il variare delle contingenze e delle sfide ambientali» [Ardigò 1997: 92-93]. Il sistema

---

natura *critica*, esso prende le distanze dalla medicina occidentale e dalle sue derive capitalistiche. «Il malato appare impotente sul piano politico ed alienato su quello comportamentale, nonché del tutto dipendente dal sistema sanitario» [Cipolla 2002: 18]. Il sesto approccio è quello *relazionale*, esso, ovviamente su fonda sulla relazione sociale. «La malattia-salute diventa un fenomeno societario reale, dotato di un suo proprio senso di natura relazionale, la cui oggettività è sistemica di contro alla soggettività che è propria degli agenti sociali» [ibidem]. Infine, l'approccio *eco-sistemico* concepisce la salute/malattia come una sorta di equilibrio fra soggetto e suo ambiente, «ammonisce la scienza medica alla considerazione del soggetto come entità sistemica (biologica, psichica, sociale), anzi come entità eco-sistemica, in connessione con il proprio ambiente. Pur denunciando i limiti della società di *welfare* e i difetti della medicina, essa viene ancora sostanzialmente considerata come sistema istituzionalizzato funzionale alle società differenziate» [Bertolazzi 2004: 92].

sociale è, quindi, una rete di comunicazioni, valori, culture, norme tra soggetti che a loro volta creano reti di relazioni;

- c) la persona come *Soggetto*: soggetto all'interno del mondo vitale portatore di due dimensioni: l'io (*ego*) quale attore sociale portatore di una propria coscienza, di una propria autonomia; e il sé (*social self*), come ego che si auto-osserva e prende consapevolezza di come gli altri soggetti "significativi" appartenenti al proprio mondo vitale lo vedono;
- d) la natura interna del soggetto: intesa come la corrispondenza fra corpo e mente che fondano l'unità del soggetto.

Dall'interconnessione tra questi quattro poli, derivano sei connessioni bidirezionali che danno origine a possibili interpretazioni del concetto di salute:

1. connessione *natura esterna-natura interna*, intesa come i fattori patogeni che possono discendere dall'ambiente e le capacità risanatrici insite nel corpo umano;
2. connessione *sistema sociale-natura esterna*: la società è chiamata ad fronteggiare alle sfide provenienti dalla natura esterna, tutelandone i propri membri (es. la lotta alle malattie infettive);
3. connessione *sistema sociale-natura interna*: coglie nel sistema sociale fonti patologiche per la natura bio-psichica delle persone, cui rimedia attraverso le strutture pubbliche;
4. connessione *soggetto-natura interna*: è il ricomporsi tra essere sociale ed essere bio-psichico, che si concretizza in azioni atte a manifestare la volontà, da parte della comunità, di riappropriarsi del concetto di salute all'interno delle reti di relazione di mondo vitale (gruppi di auto-aiuto, mutuo-aiuto, ecc), nonché una riappropriazione del proprio stato di salute attraverso l'auto-diagnosi, l'auto-cura, la scelta di medicine complementari<sup>3</sup>, ecc..

---

<sup>3</sup> Per ulteriori approfondimenti di veda Giarelli G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario : prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Angeli, Milano.

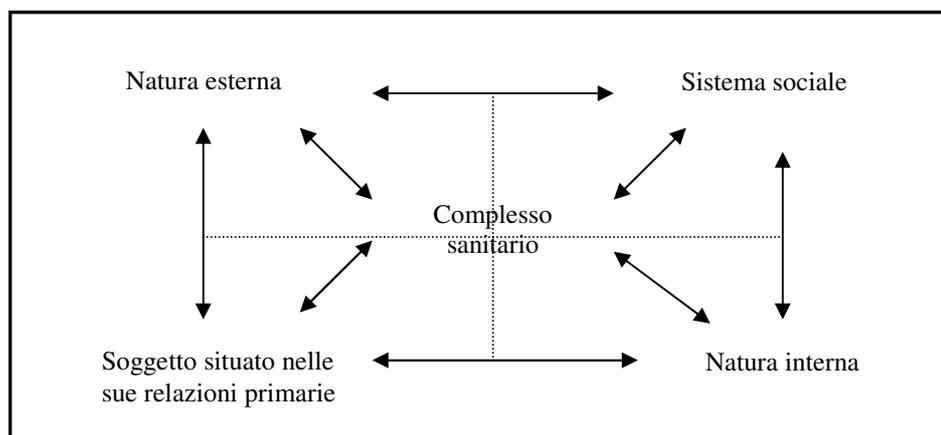
5. connessione *Soggetto-sistema sociale* tale relazione riguarda i condizionamenti e le variabili presenti nel sistema sociale entro cui il soggetto, che vive un'esperienza di malattia, si trova a vivere;
6. connessione *Soggetto-natura esterna*: ovvero le influenze che l'ambiente può portare al self.

La matrice, o “quadrilatero” [Ardigò 1997] ha il pregio di avvicinarsi al “sistema della salute” quale specifico oggetto di studio [Giarelli 1998, 2000, 2002] attraverso uno schema pluralistico e multifattoriale, in quanto del “concetto salute” vengono prese in considerazione tutte le molteplici dimensioni ad esso afferenti, tutte fra loro poste in relazione e dalle quali emerge la definizione correlazionale di salute. Tuttavia, per utilizzare la matrice concettuale proposta da Ardigò per l'analisi dei sistemi sanitari si è resa necessaria qualche modifica. «In particolare ci è sembrato che fosse proprio il concetto di sistema sanitario ad apparire il “grande assente” di questo complesso di concetti [...]. Non utilizzare tale concetto di includendolo in modo visibile nel modello epistemologico delineato, dichiarandolo semplicemente come già incluso nel sistema sociale, come fa Ardigò, ci è sembrato lasciasse spazio ad una serie di ambiguità e sottintesi impliciti, oltre a far perdere la possibilità di metterne a fuoco le connessioni significative» [Giarelli 2004: 108]. A Giarelli [1998], quindi il merito di scorporare analiticamente il sottosistema sanitario sistema sociale ponendolo al centro del quadrilatero di Ardigò e ricostruendone, così, le connessioni significative con i vertici dello stesso a partire da tale sottosistema.

«Nel modello appena descritto, tuttavia, si può individuare un limite derivante dal fatto di non esplicitare le interconnessioni fra le variabili su citate e il sistema salute, considerandolo come variabile a sé in grado di intervenire in tutte le relazioni biunivoche del sistema [Bertolazzi 2004: 88]». Questo ulteriore mancante approfondimento è stato analizzato nel modello analitico proposto da C. Cipolla (vedi figura) che a partire dalle connessioni già studiate da Achille Ardigò, deduce e precisa le relazioni che intercorrono tra ognuno dei vertici della

matrice e il sistema salute, «le quali, non di rado, continuano oltre esso e vengono a congiungere, in modo più o meno indiretto o mediato, gli stessi poli tra loro in maniera trasversale» [Cipolla 2002a: 20].

Fig.1 – Per un modello correlazionale d'interpretazione di salute [Cipolla 2002a]



Analizzando specificatamente sulle connessioni trasversali dello schema emergono le seguenti relazioni:

- a) *natura esterna e sistema salute*: essa consiste nel rapporto fra le specificità dell'ambiente e le influenza di quest'ultimo sul stato di salute della popolazione. «Il degrado della natura ha favorito l'insorgere, in questi anni, di nuove e distruttive malattie (si pensi al cancro) e tale degrado contestuale (spesso per sfruttamento umano) non può che incidere sulle azioni del sistema sanitario, sulla sua differenziazione specifica, sulla divisione del lavoro [...]» [Cipolla 2002a: 22].
- b) *Complesso sanitario e natura interna*: inteso come l' «insieme di interventi volti al miglioramento del funzionamento fisico individuale, al recupero del suo equilibrio operativo, al ripristino del suo benessere personale, al di là di quali siano le cause di tale malessere, ovviamente non sempre imputabili al decadimento dell'ambiente naturale» [Cipolla 2002a: 23].

- c) *Sistema sociale e sistema salute*: tale relazione è strettamente correlata al contesto societario al quale fare riferimento. Esistono, infatti, diversi sistemi sanitari con caratteristiche che rispecchiano le peculiarità dei sistemi sociali nei quali si sviluppano;
- d) *Complesso sanitario e soggetto sociale*: la parte soggettiva, in questi ultimi anni, ha sempre preso più spazio all'interno del sistema sanitario. Si tratta di un momento in cui il soggetto assume un ruolo sempre più attivo e partecipativo, che si scontra con il consolidato, ma ormai obsoleto concetto di "dominanza medica". Infatti, oggi il rapporto medico-paziente sta assumendo connotati impensabili fino a qualche decennio fa, esso si «articola in un complesso "braccio di ferro" fra dimensioni micro e macro e appare condizionato, oltre che dalla natura e dalla competenza del medico e dalla cultura e dallo status demografico e sociale del malato, dal committente dei servizi sanitari che assolve a funzioni di indirizzo, di controllo economico, di valutazione della qualità delle cure» [Cipolla 2002a: 24].

Siamo, quindi, di fronte ad un nuovo modello di lettura più complesso del paradigma salute/malattia che va al di là della mera concezione biomedica. È un concetto altamente complesso e articolato<sup>4</sup>, può essere interpretato almeno secondo tre dimensioni: «quella soggettiva del sano/malato, quella professionale del medico e quella oggettiva degli strumenti tecnici che la possono segnalare, misurare, rappresentare in vario modo e che possono concorrere ad influenzare l'atteggiamento del medico, senza necessariamente coincidere con esso». [Cipolla

---

<sup>4</sup> «Stato di benessere fisico e mentale. [...] Sentirsi al meglio dentro e fuori. [...] Integrità che possiede valore. [...] Pienezza psichica e corporea che è la premessa di molte altre pienezze. [...] Funzionale alle perfezioni. [...] Sociologia che la interpreta quale maggiore o minore adattamento reciproco fra i diversi sistemi, quale integrazione sociale, quale problema comunicazionale. [...] Composto e cioè alla malattia. [...] Salute come situazione che viene meno socialmente e legittimamente quando il malato non considerato colpevole della sua condizione; vuole tornare a condurre la sua normale vita sociale; è esonerato dall'assolvere ai suoi correnti compiti di ruolo; si affida ad un supporto tecnico di natura medica. [...] Salute come malattia che diventa dipendenza, controllo, sfruttamento, vita quotidiana, identità in crisi, disuguaglianza fra gli uomini» [Cipolla 1997: 2575].

2002b: 12]. In particolar modo, nel linguaggio anglosassone, la malattia, intesa come patologia organica, è detta *disease*. Tale accezione pone in evidenza la disfunzione organica del corpo inteso come oggetto, come un'insieme di componenti organiche dotate di specifiche funzionalità. Questa accezione, però, omette un aspetto altrettanto importante, quello soggettivo. È il concetto di *illness* che coincide con le percezioni che l'individuo vive e sente relativamente al suo stato di malattia. Tuttavia, il significato che il soggetto dà della propria malattia, non è del tutto soggettivo, infatti è influenzato dal contesto socio-culturale nel quale si esplica il percorso di malattia. Si introduce così il concetto di *sickness* con la quale si intende la modalità con cui la società rappresenta la malattia<sup>5</sup>.

I cambiamenti e le sfide che si trovano a fronteggiare i sistemi sanitari, e le organizzazioni ad esso correlate, sono molteplici. I piani di lettura accrescono mettendo in evidenza relazioni/comunicazioni fra sistemi, fino a qualche decennio fa, nemmeno considerate. Emerge il ruolo sempre più attivo e consapevole del soggetto, sempre meno disposto ad essere in balia dell'autorità medica e sempre più partecipativo nella costruzione del percorso di malattia e nella valutazione delle organizzazioni sanitarie. Alla luce di ciò, per i soggetti che utilizzano i servizi sanitari, il termine "paziente" diviene obsoleto. Si propone di ripartire dall'idea di "cittadino", «come legittimo portatore di diritti e di doveri e, benché la genesi del termine sia etico-giuridica, essa non chiude la porta alle sue evidenti implicazioni sociologiche. Il cittadino è infatti un soggetto di diritti sociali: il primo dei quali è l'assistenza sanitaria. La cittadinanza è un fatto politico, ma se questo non vuole limitarsi alla solo libertà e diventare sostanziale, deve astenersi almeno alla cittadinanza sanitaria» [Cipolla 2002b: 20].

In questo quadro comunicazione, partecipazione e tutela sembrano le parole chiave in grado di aprire nuove prospettive e modalità di comprensione.

---

<sup>5</sup> Per ulteriori approfondimenti sui concetti di *disease*, *illness* e *sickness* si rimanda a Maturo A. (2004), *Narrative-Based Medicine*, in Cipolla C. (a cura di) (2004), *Manuale di sociologia della salute*. Il Ricerca, Angeli, Milano.

## **1.2. Comunicare nella salute**

La comunicazione è diventata negli ultimi decenni un elemento di sempre maggior rilevanza all'interno dei sistemi sanitari dei paesi più industrializzati. La ragione di un simile fenomeno è da ricercarsi primariamente nella somma di due potenti sollecitazioni, una interna e l'altra esterna, che hanno interessato la sanità mondiale [Elia 2004]. La prima riguarda principalmente l'evoluzione del termine "salute" [Cfr 1.1.] passato dal significato di benessere fisico o equilibrio fisiologico nell'accezione biomedica a quello più articolato di «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di malattia o infermità» [Who 1946:1]. Questa definizione include una nuova molteplicità di fattori - sociali, relazionali, culturali - con i quali i professionisti della salute devono necessariamente confrontarsi. Tale cambiamento di prospettiva ha, infatti, modificato la domanda rivolta al settore sanitario, al quale non viene più richiesto solo di affrontare lo stato patologico, o di prevenirlo, ma di essere capace di erogare servizi e prestazioni tenendo conto della pluralità del nuovo concetto di salute, all'interno del quale il dialogo diventa componente di valore imprescindibile della prestazione sanitaria come strumento non solo diagnostico, ma anche come vera e propria terapia di educazione e di benessere. I cittadini, potenziali utilizzatori, dei servizi sanitari, sono sempre più istruiti, più consapevoli delle proprie necessità, sempre più partecipativi nell'organizzazione sanitaria e sempre meno disposti ad accettare il tradizionale rapporto paternalistico nei confronti del personale sanitario. A loro volta i medici non sono più visti come soggetti detentori di un sapere irraggiungibile e mai messo in discussione, ma professionisti dotati di una preparazione specialistica che mettono a disposizione dei soggetti.

I cittadini, quindi, non sono più disposti a subire un trattamento, ma impongono la necessità di instaurare una relazione interpersonale con il personale medico e con i referenti della struttura sanitaria. Inoltre, i cittadini pretendono che i servizi erogati, che sono a loro rivolti, debbano tener conto nella loro costruzione, così come nella loro valutazione, anche del loro contributo.

La sollecitazione definibile come “esterna” arriva, invece, da una rivoluzione nel modo di concepire il servizio sanitario in relazione all’evoluzione dell’economia mondiale. L’invecchiamento della popolazione, fenomeno sensibile in tutti i paesi industrializzati accompagnato dalla concomitante riduzione dei tassi di natalità, ha fatto in modo che tutti i sistemi di assistenza pubblica basati almeno in parte su finanziamenti statali si siano recentemente trovati nella condizione di non potere sopportare l’investimento richiesto per la loro sopravvivenza. È questo il caso di tutti i Paesi dell’Unione Europea caratterizzati da sistemi misti<sup>6</sup>, finanziati quindi contemporaneamente dal settore pubblico e da quello privato. Il finanziamento pubblico corrisponde, infatti, all’intervento statale effettuato con fondi derivanti dall’imposizione fiscale e dai contributi obbligatori, mentre quello privato è basato sul principio assicurativo della corrispondenza contributi-prestazioni o sulla partecipazione diretta dei cittadini ai servizi richiesti (ticket). Il cambiamento ha posto questi paesi di fronte ad una scelta: lo sbilanciamento del sistema verso un chiaro incremento del finanziamento di tipo privatistico, oppure razionalizzare l’investimento pubblico, in modo tale che questo possa essere ridotto senza gravi conseguenze per la popolazione. In Italia è stata scelta questa seconda strada, dando così il via al processo di progressiva “aziendalizzazione”<sup>7</sup> della Sanità pubblica.

---

<sup>6</sup> Per una completa ed esaustiva trattazione del tema si rimanda a Giarelli G., (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Angeli, Milano.

<sup>7</sup> L’aziendalizzazione è uno dei principi, assieme al decentramento e alla competizione, che vengono introdotti dal D.lgs 502/92, infatti, una delle principali critiche che veniva rivolta al Servizio sanitario nazionale, prima della seconda riforma, riguardava le questioni manageriali. Si è sottolineata «la mancanza di responsabilità degli amministratori delle Usl, il ruolo eccessivo giocato dal bisogno di mantenere il consenso locale, il carico imposto alle Usl da obblighi burocratici non necessari, la mancanza di sistemi gestionali, e i diversi obblighi limitanti le politiche di gestione delle risorse umane». <sup>7</sup> Con il termine “aziendalizzazione” si fa riferimento alla necessità di caratterizzare le organizzazioni con qualità di efficienza e di efficacia relativamente all’attività svolta, come accade per le realtà aziendali che producono beni e servizi di altra natura. La necessità di introdurre modalità organizzative di natura aziendale nasce da uno sperpero generalizzato nelle organizzazioni complesse come quelle sanitarie, strutturate per adempiere ad una vasta gamma di funzioni e di servizi. Alle aziende si richiede un impegno volto alla produttività nel senso di uno sfruttamento ottimale delle risorse attribuite, nel rispetto di precisi parametri di qualità. Gli interventi concreti, per realizzare i principi ispiratori della riforma, cominciano con l’eliminazione del comitato di gestione che realizzava una conduzione troppo orientata al consenso politico generale. Prende

### **1.2.1. Per una definizione di comunicazione della salute**

Il campo della comunicazione socio-sanitaria è di per sé complesso. Infatti, sia la comunicazione sia la salute sono concetti polisemici e con più riferimenti concreti [Maturò 2000; Maturò 2001].

«La comunicazione può essere intesa come trasmissione, scambio, partecipazione, consumo, semiosi [...]. Del pari anche la salute appare un concetto sfuggente perché alternativamente riferito alla mancanza di malattia, al benessere psico-fisico, all'integrazione mente-corpo, all'equilibrio relazionale» [Maturò 2002: 235]. La combinazione di questi due termini fa aumentare, ovviamente, la complessità teorica. Si possono individuare due forme di comunicazione della salute:

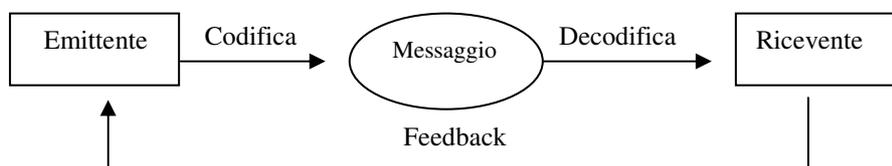
1. Macro, tra istituzioni e cittadini, può essere definita come «la strutturazione e fluidificazione dei canali appropriati con contenuti comunicativi che tengano conto dell'appropriatezza scientifica e socio-culturale – che siano coerenti con la personalizzazione dell'intervento e siano centrati sulle esigenze delle capacità interpretative del ricevente/dialogante» [Ingrosso 2000].
2. Micro, tra medico e paziente, può essere intesa come «quell'attività orientata ad informare uno o più soggetti su aspetti relativi al proprio stato di salute per far sì che essi possano prendere decisioni [...] su aspetti relativi al proprio stato di salute e conseguentemente indirizzare il proprio bisogno su cambiamenti degli stili di vita o il ricorso a interventi bio-medici» [Maturò 2002: 234-5].

---

il suo posto il direttore generale, nominato dalla regione per un periodo di cinque anni, che viene a rappresentare l'organo monocratico di governo dell'azienda e quindi, l'assomma di tutti i poteri di gestione e la rappresentanza dell'Usl. A questa figura spetta inoltre il potere di nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo e, dove previsto, del direttore dei servizi socio-sanitari. Altri interventi, anch'essi orientati al miglioramento dell'efficienza gestionale includevano: l'eliminazione di vari controlli burocratici sulle iniziative prese dal direttore generale, la progressiva introduzione della contabilità economico-patrimoniale in sostituzione di quella finanziaria, l'attribuzione alle Asl e agli ospedali di alcune libere iniziative per il ricorso al prestito e un più generale incoraggiamento ad adottare il nuovo sistema manageriale.

Comunicare, in sostanza, significa non solo trasmettere un messaggio con contenuti chiari e pertinenti, facilmente comprensibili per il ricevente e veicolato attraverso un canale non ambiguo, ma anche attivare canali di ritorno capaci di raccogliere le risposte (i feedback) che provengono dal contesto esterno (i cittadini). Lo schema che esemplifica al meglio questo concetto è quello proposto da Shannon e Weaver nel 1949.

*Fig. 2 - La trasmissione del disagio secondo Shannon e Weaver*



La comunicazione, all'interno di questo flusso, si alimenta attraverso una dinamica circolare che produce aggiustamenti continui tra le parti coinvolte nello scambio, ed ha come esito la costruzione di un significato condiviso. In sostanza, alla fine di ogni flusso comunicativo i due soggetti hanno «ampliato la propria conoscenza l'uno dell'altro, hanno scambiato pareri ed opinioni, hanno negoziato i punti di vista» [Elia 2004: 285].

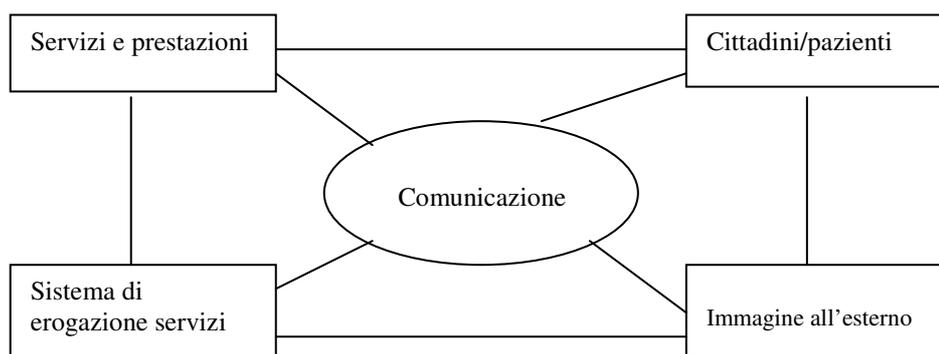
Per i sistemi sanitari l'utilizzo di questo modello significa apportare una nuova duplice prospettiva:

- a. imparare ad ascoltare, percepire i segnali di cambiamento, essere pronti a soddisfare le nuove esigenze di domanda;
- b. essere in grado di rendere l'organizzazione sanitaria nota all'esterno, esplicitandone il ruolo e le funzioni.

Tutto questo è possibile solo attraverso un continuo e strutturato flusso di comunicazione, infatti, le parti, sono in grado di coordinare le proprie azioni e di fornire un opportuno servizio ai cittadini. A questo scopo la comunicazione deve

essere messa al centro dell'attenzione del sistema sanitario e delle sue articolazioni, deve rappresentare lo snodo ed il connettivo obbligatorio tra tutte le sue funzioni e gli attori coinvolti nell'erogazione e nella fruizione del servizio [Elia 2004].

Fig. 3 - La centralità della comunicazione nell'organizzazione sanitaria



Per implementare un'adeguata comunicazione della salute è necessario strutturare un sistema di relazioni tra tutti i soggetti coinvolti nel processo in grado di armonizzare le diverse esigenze coinvolte trasformandole da vincoli in opportunità per la creazione di una società dove si espliciti al meglio il bene salute. Queste considerazioni si traducono in due flussi di comunicativi:

1. la *comunicazione di educazione sanitaria e di prevenzione* che ha come obiettivo quello di rendere i cittadini protagonisti della cura del proprio benessere adottando stili di vita adeguati;
2. la *comunicazione come strumento d'informazione dell'attività sanitaria* che le strutture sanitarie veicolano quotidianamente all'esterno e all'interno della propria organizzazione al fine di interagire con i cittadini, intesi come potenziali e reali utilizzatori del servizio, per rispondere in tal modo efficacemente ai loro bisogni.

### **1.2.2. La comunicazione come educazione alla salute**

La prevenzione e l'educazione alla salute si articolano in un insieme di attività sanitarie «tendenti ad anticipare e prevenire il sorgere di condizioni morbose. Le attività possono riguardare i singoli utenti o, più sovente, intere comunità; gli interventi possono essere diretti sulle persone, oppure agiscono sull'ambiente variamente inteso attraverso la ridefinizione di ambiti lavorativi e condizioni igieniche di intere comunità. Caratteristica peculiare dei processi di prevenzione è rappresentata dall'importanza rivestita dalla formazione/informazione a nuovi comportamenti sanitari e sociali» [Ramponi 1992: 26].

Come si è già avuto modo di osservare il Servizio sanitario nazionale, essendo a prevalente finanziamento pubblico, deve agire secondo una logica di contenimento dei costi dell'assistenza. In questo quadro la diffusione di una cultura della salute tra la popolazione può quindi rappresentare una valida modalità per razionalizzare la domanda rivolta alle singole strutture senza ridurla, dal momento che permette di ri-orientare, quanto meno in parte, l'attenzione al momento che precede l'insorgere della patologia. Attraverso l'attivazione di programmi di prevenzione e di implementazione di stili di vita adeguati costruiti sulle fattive esigenze della popolazione di riferimento, le aziende sanitarie e gli ospedali possono arrivare ad una razionalizzazione degli interventi e delle prestazioni erogate, controllando i costi, senza tuttavia perdere il proprio ruolo istituzionale di tutori della salute pubblica. La comunicazione, infatti, permette all'organizzazione sanitaria di consolidare ed intensificare la relazione diretta con i cittadini/utenza facendola evolvere in modo che si trasformi da un evento saltuario a uno continuativo. Un intervento comunicativo che voglia essere efficace deve tenere conto ed essere calibrato su diversi e specifici obiettivi ed essere attentamente organizzato in modo da essere recepito dai riceventi. Infatti, il cambiamento dei comportamenti di salute delle persone avviene in due tappe fondamentali: «la maturazione di un'intenzione a mutare atteggiamenti e comportamenti e, successivamente, la trasformazione di tale proposizione in un vero e proprio cambiamento non temporaneo e mantenuto nel tempo» [Elia 2004:

288]. La prima fase può essere realizzata attraverso campagne informative a larga diffusione che utilizzano i mezzi di comunicazione di massa per raggiungere pubblici molto vasti, mentre la seconda, più delicata e difficile, agisce sui comportamenti individuali o sociali attraverso interventi clinici specificatamente tarati sulle esigenze dei pubblici di riferimento.

La proposta di segmentazione del target di riferimento è senz'altro sensata, tuttavia, rimane una soluzione parziale, infatti tale approccio fa ancora riferimento a un modello comunicativo ancorato all'approccio ipodermico basato sul principio che i messaggi dei media attecchiscano sugli individui, isolati tra loro, in modo diretto. «Al contrario, secondo la prospettiva del flusso informativo a due fasi (*Two-step flow of information model*) [Katz 1957] che sta alla base di Rogers [1983], i messaggi top-down dei grandi mezzi di comunicazione, affinché possano avere effetti significativi, debbono essere collegati alle trame di interazioni personali. Più specificatamente per questi autori, i messaggi dei media producono conoscenza, ma non influenzano gli atteggiamenti di chi vi è esposto. Il processo che trasforma la conoscenza in cambiamento di atteggiamenti e comportamenti pratici avviene a livello delle relazioni interpersonali» [Maturò 2002: 240]. In sostanza, la teoria della diffusione si basa sull'assunto che i media informano, mentre le persone influenzano, ciò significa progettare flussi comunicativi su *opinion leader* che, dopo avere loro per primi assunto l'innovazione, siano in grado di divenire un modello di riferimento per gli altri cittadini. In tal modo è possibile implementare politiche di comunicazione socio-sanitaria che possano promuovere comportamenti di educazione sanitaria e di prevenzione.

### **1.2.3. La comunicazione come strumento d'informazione dell'attività sanitaria**

La comunicazione oltre che rappresentare un elemento estremamente importante per la diffusione di adeguati stili di vita che responsabilizzino gli individui nei confronti del proprio benessere, diviene anche elemento strategico per l'efficienza dei sistemi sanitari e nella gestione quotidiana dell'operativa delle organizzazioni sanitarie. La comunicazione in tal senso è il «processo attraverso il quale si influenza il comportamento sociale, le relazioni interpersonali che ne sono alla base, gli atteggiamenti dei singoli e delle collettività che questi compongono» [Morelli 1997: 30]. In questo quadro, quindi, la comunicazione rappresenta un importante strumento per la realizzazione ed il mantenimento di un sistema di relazioni tra i servizi sanitari e cittadini che coniuga positivamente le esigenze di efficacia e di efficienza, imprescindibili per il concreto funzionamento dell'equilibrio sociale.

Le organizzazioni sanitarie, quindi, possono implementare con i “riceventi” di riferimento legami solidi costruiti su base fiduciaria all'interno del sistema, che permettano il conseguimento dell'obiettivo primario: il benessere collettivo. L'insieme delle relazioni che vengono a svilupparsi in tal senso si articolano su due fronti:

1. *Comunicazione istituzionale*: è la diffusione della conoscenza della struttura in quanto soggetto pubblico, al di là dai servizi che offre, e l'affermazione del suo ruolo nell'ambiente attraverso la sua capacità di influenzare l'opinione pubblica<sup>8</sup>. Come si è visto, data la difficoltà di modificare gli stili di vita adottati, la comunicazione istituzionale raggiunge i suoi obiettivi necessariamente in tempi lunghi e attraverso processi articolati. L'insieme dei flussi di comunicazione che si vengono a creare fra l'organizzazione sanitaria e i cittadini ha come obiettivo

---

<sup>8</sup> L'opinione pubblica è «costituita dalla somma delle opinioni degli appartenenti ad una parte consistente della popolazione di riferimento o ad individui particolarmente rappresentativi di essa, che possono quindi orientare in senso positivo o negativo la relazione tra fornitori e fruitori alla base della realizzazione del servizio pubblico» [Elia 2004: 294].

primario quello di progettare ed attuare un servizio sanitario improntato al concetto di “qualità totale”<sup>9</sup>. In questo senso la Carta dei servizi<sup>10</sup>, la Conferenza dei servizi<sup>11</sup> e l’Ufficio relazioni con il pubblico<sup>12</sup> rappresentano gli strumenti chiave della comunicazione istituzionale per attivare effettivamente un servizio di qualità con lo scopo, da un lato di tutelare i diritti dei cittadini, dall’altro di individuare programmi di miglioramento tecnico, organizzativo ed operativo per l’erogazione di un

---

<sup>9</sup> L’approccio della Qualità Totale (TQM, *Total Quality Management*) si basa fondamentalmente su tre principi chiave: «soddisfazione del cliente; coinvolgimento delle risorse umane aziendali; miglioramento continuo della qualità, mediante revisione e verifica dei processi» [Venturini 2002: 269].

<sup>10</sup> «La Carta dei servizi, all’interno di un sistema di qualità maturo, è uno strumento di comunicazione con cui chi svolge un servizio pubblico, o di pubblica utilità cerca di rendersi trasparente ai cittadini [...] è anche un mezzo con cui l’istituzione, grazie all’aiuto dei cittadini, può migliorare la qualità dei servizi che eroga. Le Carte dei servizi, presupponendo la partecipazione dei cittadini, possono essere interpretate come degli strumenti in grado di incentivare la relazione fiduciaria tra cittadini e istituzioni [...] attraverso: sia strumenti per valutare la qualità dei servizi di cui usufruiscono sia canali di comunicazione diretta nel caso il cittadino abbia delle osservazioni o delle critiche che concernono la fruizione dei servizi e la loro qualità» [Venturini 2002: 282]. Per il settore della sanità è diventata obbligo di legge con il Dpcm del 19 maggio 1995. Le disposizioni normative prevedono che le Carte dei servizi devono articolarsi in quattro sezioni: presentazione dell’azienda sanitaria e principi fondamentali; Informazioni sulle strutture e i servizi forniti; Standard di qualità, impegni e programmi; Meccanismi di tutela e di verifica. Di tutte questa è sicuramente la più innovativa e impegnativa per le singole organizzazioni sanitarie, visto che l’assunzione di standard di qualità richiede un complesso e continuo processo di misurazione, adeguamento e valutazione che permea tutta l’attività delle aziende e che queste devono rapidamente fare proprio. Per un ulteriore approfondimento sul tema si rimanda a Corposanto C. e Passerini A. (2004), *La costruzione partecipata della Carta dei servizi in sanità. L’esperienza dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento*, Angeli, Milano,

<sup>11</sup> La Conferenza dei servizi viene organizzata almeno con cadenza annuale per la presentazione della Carta dei servizi alla collettività come momento di dialogo tra le aziende sanitarie ed i cittadini. Questo momento è un preciso requisito previsto sia dalla Legge 502/92, art. 14, com. 4, capoverso 2: «il Direttore generale dell’Unità sanitaria locale ed il Direttore dell’Azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l’anno, apposita Conferenza dei servizi, anche in relazione all’attuazione degli indicatori di qualità dell’assistenza, e per ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni» sia dalla sua integrazione rappresentata dal D.lgs n. 299/99, art. 12 nel quale si richiama «l’esigenza di garantire forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale». La Conferenza dei Servizi diventa così contemporaneamente «strumento per la concretizzazione del principio della partecipazione dei cittadini all’organizzazione e valutazione dei servizi sanitari; sede di confronto tra l’azienda sanitaria e i suoi pubblici di riferimento, momento di comunicazione da attuare con il coinvolgimento del personale, di associazioni di volontariato e di tutela dei diritti e di altri soggetti pubblici e privati, che interagiscono con il servizio sanitario» [Giunta Regionale Regione Toscana 1999].

<sup>12</sup> Per la completa trattazione degli Urp si rimanda al capitolo successivo.

servizio in grado di essere congruo con le effettive esigenze dei cittadini. Tutti questi elementi hanno la capacità di presentare la struttura sanitaria ai propri pubblici di riferimento come un soggetto facilmente accessibile e disponibile al dialogo, accentuando così il carattere di servizio che ne costituisce la principale ragione di esistenza. Contemporaneamente aiutano il cittadino a sentirsi maggiormente protagonista del processo di cura e della gestione del proprio rapporto con la struttura sanitaria, potenziandone così la disponibilità alla partecipazione ed alla cooperazione che sono alla base del successo della prestazione necessaria.

2. *Comunicazione come facilitatore dell'attività sanitaria interna*: per comunicazione interna si intende «l'insieme dei flussi comunicativi che sono generati entro i confini della struttura e che hanno come protagonista il personale. Essi sono caratterizzati da una molteplicità di fini, dal più immediato – veicolazione di informazioni necessarie al buon funzionamento dell'erogazione – ad altri meno intuitivi (costruzione della coscienza organizzativa, diffusione delle linee strategiche, stimolo alla partecipazione dei dipendenti [...])» [Elia 2004: 302]. Attraverso la comunicazione interna infatti, tra i professionisti e la struttura si stringe un patto, un contratto *sui generis* che non prevede forma scritta e firme in calce, ma “solo” l'accordo condiviso costruito su idee, orientamenti, valori e orientamenti all'interno dell'ambito professionale. Su questo patto, si può costruire un'organizzazione sanitaria solida e forte, costituita da soggetti che condividono esperienze e cooperano nei progetti rendendo coeso il tessuto relazionale ed organizzativo della struttura sanitaria. Il risultato più significativo di tale processo è il miglioramento dell'operatività sia in termini qualitativi sia in termini quantitativi oltre che l'incremento del valore soggettivo/individuale nella realizzazione dei servizi e delle prestazioni offerte. In tale processo sono coinvolti tutti i professionisti, indipendentemente dal ruolo e dalla carica ricoperta, che operano nell'organizzazione sanitaria. Tutti chiamati a rivedere il proprio

metodo tradizionale di lavoro per arrivare ad un vero e proprio cambiamento culturale, prima ancora che operativo, che deve radicarsi profondamente all'interno del contesto e soprattutto che deve coinvolgere in maniera sensibile le metodologie tradizionali di gestione del personale.

#### **1.2.4. Le associazioni di volontariato e i “cittadini competenti”: nuovi attori nella comunicazione sanitaria**

Si è visto come la comunicazione della salute sia un concetto multidimensionale e plurifattoriale, composta da attori e contesti specifici.

Tra questi giocano un ruolo innovativo e importante le organizzazioni di co-settore<sup>13</sup>[Cipolla 2000], in particolare le associazioni di volontariato. In un sistema che tende ad isolare gli individui (considerati come i processi di frammentazione dei nuclei sociali primari come le strutture familiari) assume una rilevanza strategica per la comunicazione della salute il coinvolgimento delle associazioni e delle organizzazioni più vicine al cittadino in stato di necessità. Proprio su questa linea di orientamento sono iniziate a crescere alcune interessanti iniziative che

---

<sup>13</sup> Si è adotta questa accezione perché il concetto di Terzo Settore «sembra incapace di cogliere appieno tutte le potenzialità implicite a quest'ambito, essendo questa definizione ancorata ad una logica sequenziale che considera il terzo settore dopo lo Stato (primo) e dopo il mercato (secondo) e prima del quarto settore (mondo della vita quotidiana)» [Cipolla 2000:17]. Il concetto di co-settore, invece, parte da una logica multidimensionale e di co-produzione relazionale, dove la realtà si apre a più livelli di interpretazione senza presupporre precedenze. «Perciò il co-settore non è né primo né secondo, né terzo, né quarto, ma una delle variabili in gioco che “se la gioca” con le altre dal suo stesso versante. Per questo il concetto di co-settore deve essere considerato molto di più di una semplice definizione, che ad assommarsi a tutte le altre. La nostra ipotesi è che non si debba parlare tanto di definizioni, quanto piuttosto di “concetti metodologici”» [Cipolla 2000: 17]. «Inteso in una ottica tollerante, un concetto metodologico è un pensiero di vasta portata che esprime un'idea significativa sottoponibile a verifica empirica» [Cipolla 1997: 437] [...] che deve essere inteso all'interno di una logica aduttiva capace di operare secondo ipotesi teoriche non pre-imposte alla realtà, ma co-struite secondo un continuo passaggio fra il livello teorico e quello empirico» [Cipolla 2002: 17].

Per una completa ed esaustiva trattazione si rimanda a C. Cipolla (2000) (a cura di), *Il co-settore in Italia. L'associazionismo pro-sociale tra logica di confine e logica co-relazionale*, Angeli, Milano

fanno del volontariato un importante attore della comunicazione dal basso verso le istituzioni. «Si inizia a parlare in questi casi di *volontariato della comunicazione*, parte della realtà sociale finalizzata a creare una rete di solidarietà (e civica) che permetta una migliore tutela dei diritti e lo sviluppo di reti di mutuo aiuto» [Catena e Piatti 2005: 239]. Se, come si diceva, uno degli obiettivi della comunicazione della salute è quello di produrre dei cambiamenti fattivi negli atteggiamenti e negli stili di vita, le campagne di comunicazione di promozione/tutela della salute potrebbero passare da uno stile di “autopromozione” improntato allo scopo formativo, ad uno stile di condivisione di obiettivi con le organizzazioni sanitarie per la gestione comune di fenomeni presenti ed emergenti. «Un interessante definizione di tipologia comunicativa è quella definita, in questi casi, *non mainstream*, intendendo con ciò quello strumento comunicativo capace di veicolare i valori di base di una società solidale e responsabile» [Ivi].

L'altro esempio di innovazione in tema della salute è quello che riguarda il concetto di “cittadini competenti” così definiti perché esercitano un ruolo a cui compete una specifica influenza e perché necessitano di competenze (di conoscenze, di sapere) per esercitarlo. Proprio per questa loro peculiarità si trovano a collaborare nei processi comunicativi sul tema salute con le istituzioni sanitarie. Nel campo della comunicazione della salute è stata valorizzata la figura del “cittadino competente attraverso l’istituzione dei Piani per la salute”<sup>14</sup>, concretamente progettati e realizzati da cittadini competenti in un’ottica di

---

<sup>14</sup> I Piani per la salute possono essere definiti come «piani poliennali, elaborati, elaborati da enti locali e Conferenza Sanitaria Territoriale di concerto con le Aziende sanitarie, i cui sono definiti gli obiettivi e gli interventi di promozione della salute, in cui sono definiti gli obiettivi e gli interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie ritenuti prioritari rispetto alla situazione sul territorio» [Catena e Piatti 2005: 245] e come «strumento uno strumento di pianificazione che attraverso un processo interpretativo dei bisogni del comprensorio che mira a razionalizzare i programmi di intervento, seguendo una logica di integrazione socio-sanitaria [Corposanto e Fazzi 2004].

In particolare sul tema si veda Corposanto C., Fazzi L. e Scaglia A. (2004), *Costruire Piani di salute. Una sperimentazione di programmazione sanitaria della Asl 1 di Venosa*, Angeli, Milano; Biocca

promozione e di tutela della salute. I Piani per la salute rappresentano, quindi, un momento di confronto comunicativo fra organizzazione sanitaria e cittadino che, di volta in volta, si fa interlocutore e comunicatore all'interno del processo di comunicativo del bene salute.

### **1.2.5. Le direzioni strategiche per il futuro della comunicazione della salute**

La comunicazione è uno strumento attraverso il quale identità e soggettività diverse possono entrare in contatto e costruire, attraverso lo scambio di significati condivisi, nuove prospettive e possibilità di confronto. Il suo ruolo diventa, quindi, molto importante all'interno di organizzazioni in cui è prevista l'erogazione di prestazioni e servizi, dal momento che, perché possano essere offerti nel modo più efficace possibile, è necessario siano tarati in base alle necessità/aspettative dei cittadini. Questo è particolarmente vero per le istituzioni sanitarie dove il ripristino e la protezione dello stato di salute della popolazione non può essere più pensato senza l'indispensabile apporto dei "fruitori dei servizi". Attraverso la strutturazione di flussi di comunicazione specifici, infatti, le strutture sanitarie possono incontrare i propri pubblici di riferimento su un terreno di negoziazione trovando con essi una funzionale mediazione in grado di produrre benefici di portata collettiva, come è richiesto al sistema nel suo complesso.

È indispensabile capire cosa è necessario comunicare e quale obiettivo si intende perseguire con tale attività, tuttavia si possono individuare quattro direzioni strategiche [Biocca 2001: 78-79] mirate ad orientare le azioni comunicative con i cittadini per la salute:

1. *Comunicare ciò che serve ed è efficace*: il Ssn è impegnato ad offrire ai cittadini "livelli essenziali di assistenza" necessari (per dare risposta ai bisogni primari di salute), efficaci (perché supportati cioè da evidenze di un loro positivo profilo beneficio-rischio) e appropriati (utili cioè a

soddisfare specifiche esigenze di salute e in coerenza con il livello di erogazione più vantaggioso). L'informazione è fondamentale per sostenere questa sfida. Le organizzazioni e i professionisti del SSN devono quindi essere capaci di diventare una guida per i cittadini, in grado di tenere conto delle migliori conoscenze, delle incertezze scientifiche e dei problemi di comprensibilità. Vanno costruite opportunità di dialogo e di educazione per un nuovo approccio alla salute che tiene conto dei limiti della medicina, delle potenzialità della promozione e difesa della salute e di una cultura della essenzialità del consumo sanitario.

2. *Sperimentare opportunità per favorire scelte consapevoli*: lo scambio di informazioni con i cittadini va finalizzato principalmente a sostenere un processo, basato su evidenze scientifiche, di costruzione di opinioni per la valutazione e la gestione dei problemi di salute. Ciò richiede accesso facile alle informazioni, ma soprattutto capacità di analisi critica, che deriva dalla capacità di produrre informazioni corrette e coordinate. Ne emerge la necessità di costruire condizioni di reciproco rispetto e di effettiva partecipazione tra gli interessati alle scelte che riguardano la salute, quale terreno di investimento e sviluppo del capitale sociale. Ciò sarà possibile – anche attraverso sperimentazioni di modalità strutturate per la definizione di priorità di intervento – laddove si trovino condizioni di consenso sociale, come nell'attuazione dei Piani per la salute, in ambiti circoscritti dal punto di vista logistico (un distretto, un comune, una scuola, una sezione ospedaliera ecc.) o dal punto di vista del target (i pazienti affetti da una determinata patologia, gli adolescenti di un distretto, gli esposti ad un medesimo rischio lavorativo, ecc.).
3. *Scegliere come target prioritario i “cittadini competenti”*: al fine di orientare le scelte che hanno effetto sulla salute e raggiungere con maggiore probabilità di successo tutti i cittadini occorre, in primo luogo, l'impegno convinto di coloro che più hanno influenza nella società. Questi “cittadini competenti” - definiti tali perché hanno un ruolo a cui compete

una determinata influenza e perché hanno bisogno di competenze, cioè di conoscenze, per esercitarlo - sono in particolare: i membri delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni rappresentative degli interessi degli utenti, dei malati, dei consumatori; i componenti degli organi legislativi e di governo a livello locale e regionale, perché dalla loro iniziativa dipende lo sviluppo di una politica pubblica per la salute; gli insegnanti e tutti coloro che hanno il compito di educare e aggiornare; i giornalisti, che affrontano comunque e autonomamente i temi sanitari, avendo compreso quanto siano interessanti per i cittadini e rilevanti per rappresentare la nostra società; gli operatori sanitari, che con la loro azione influenzano i comportamenti e possono aprire canali comunicativi tra la sanità e le altre componenti sociali, politiche, economiche, ambientali.

4. *Responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini*: la credibilità del sistema sanitario nella percezione comune appare scarsa, principalmente a causa dell'insufficiente attenzione agli aspetti relazionali. Per non rendere vano qualsiasi obiettivo, progetto o azione di comunicazione, questo problema va affrontato con impegno ad ogni livello: dirigenti, professionisti, operatori che si trovano in prima linea nell'informazione con i cittadini. Le conoscenze, la cultura, i comportamenti e anche l'organizzazione del sistema sanitario sono determinanti nel condizionare le scelte riguardanti la salute, la domanda e l'utilizzo dei servizi sanitari. Vi sono problemi di immagine e di accesso alle prestazioni, ma il cambiamento principale riguarda la capacità di mettere il malato, i suoi familiari, i cittadini in grado di comprendere i problemi di salute e le scelte assistenziali o di gestione dei rischi più opportune.



### **1.3. La partecipazione per la salute**

Il termine “partecipazione” può essere letto da molte prospettive ed assumere accezioni diverse a seconda del contesto in cui è calato. Cipolla [1997] propone un concetto di partecipazione inteso come «contribuire ad un processo, influire su una decisione, incidere su un centro operativo, misurarsi col potere pubblico. Ed è pure semplicemente aderire ad un’associazione, esplicitare una rivendicazione, limitarsi ad esprimere una pubblica opinione». Non solo, infatti Cipolla riconosce, all’interno della “partecipazione”, anche la valenza della componente affettiva ed emozionale del “prender parte”, dello spendersi per qualche causa. Ma non solo, l’autore ne mette in risalto la complessità dei significati, la multidimensionalità dei piani semantici, denotandone le ambivalenze del concetto. In particolare, questo livelli di lettura sembra utile al fine di capire cosa si intende per partecipazione in sanità. Significativo, in tal senso, è il concepire la partecipazione come “spendersi per una causa”: è l’aderire ad un’associazione o ad un gruppo che si attiva su un problema, è manifestare le proprie opinioni, è tutelare i propri diritti, è sentirsi parte attiva delle istituzioni, è non sentirsi soli. Emerge quindi tutta la complessità e l’ambivalenza del concetto. La partecipazione può essere «sia identificazione con l’istanza a cui si partecipa; sia affermazione di autonomia; sia autodiretta sia eterodiretta; fondata su sia su bisogni esplicitati che si vorrebbero soddisfatti sia sui bisogni inconsci, di ordine simbolico ed identificativo che la mobilitazione di per sé cerca di soddisfare. Complessità e ambivalenze, infine, stanno nell’essere la partecipazione mediazione e/conflitto tra soggetto e istituzione, fra privato e pubblico [Cipolla 1997].

### 1.3.1. Le quattro dimensioni della partecipazione

Altieri [2002; 2004] individua quattro dimensioni distinte della partecipazione in sanità:

1. La *dimensione individuale della partecipazione*: può essere considerata a livello *micro*, la partecipazione del soggetto all'interno del rapporto duale con l'operatore sanitario o comunque all'interno della relazione del singolo col servizio. Qui partecipazione può essere intesa come *compliance*, cioè come partecipazione intenzionale attiva del singolo paziente/utente alla relazione di cura, partecipazione che ne fa un attore (in senso sociologico) dotato di diritti, interessi, valori (e della consapevolezza del proprio agire) e non un fruitore passivo [Ardigò 1994]. L'ipotesi è che un cittadino/utente attento, consapevole, bramoso di informazioni, partecipa alle decisioni relative al percorso di cura, da un lato offrirà garanzie di maggiore impegno nel percorso terapeutico, e dall'altro potrà ottenere anche esiti migliori. In questo quadro si inserisce il concetto di *compliance* che implica un'affermazione di autonomia da parte del cittadino, riconosciuta dal medico e/o dall'operatore, e un concomitante rifiuto dell'eterodirezione. Per un utente orientato alla *compliance*, percepire di avere ottenuto una prestazione adeguata alle sue aspettative e alle sue esigenze, è condizione essenziale per potere stabilire una relazione positiva e proficua con gli operatori sanitari. Tale relazione è fondata su due presupposti [Altieri 2005: 403]: il *consenso informato* e la *fiducia relazionale*. Il consenso informato richiede che il servizio e il singolo operatore operino affinché il cittadino acquisisca informazioni chiare e non equivoche con lo scopo di orientarsi verso una scelta consapevole alle decisioni che il professionista adotterà insieme e per lui. Presupposto è che l'operatore agisca al fine di costruire tale relazione di fiducia. In questa relazione siamo pienamente all'interno della sfera del mondo vitale del soggetto. Le implicazioni emotive, affettive, simboliche alla partecipazione sono qui fortissime. Questi aspetti si intessono con la

competenza acquisita dal singolo in tema di salute, con la sua maturità psicologica, con la sua capacità di porsi di fronte all'operatore come soggetto dotato di autonomia. Solo un soggetto capace di autonomia può porsi in una relazione tendenzialmente paritaria con l'operatore sanitario, rifiutandone l'affidamento totale.

2. *La dimensione relazionale/reticolare della partecipazione:* è collocata in un piano intermedio, ma entrano attivamente e consapevolmente in gioco altri attori: la famiglia, gli amici, il vicinato, il volontariato. Questi attori vengono coinvolti nella scelta terapeutica e nel percorso di cura, il grado di tale coinvolgimento è deciso in relazione alla capacità di questi soggetti di intervenire attivamente e farsi carico di una serie di compiti. La *compliance*, e le sue componenti (consenso informato e fiducia) in qualche modo esce dalla relazione duale e può divenire *compliance* collettiva, allargata alla rete dei soggetti coinvolti. In tale senso si dimostrano cruciali le fasi della dimissione dall'ospedale di soggetti non ancora autonomi che per questo necessitano dell'assistenza da parte della famiglia. Se la famiglia non c'è o non è in grado di adempiere a tale compito, l'intervento delle reti di solidarietà diventa risorsa fondamentale. È un tipo di partecipazione che va oltre la sfera duale operatore/utente, ma che resta comunque all'interno della relazione di trattamento e di cura. Si è al confine fra mondo vitale, istituzioni, reti sociali. La partecipazione, in questo aspetto, è ancora informale, è centrata quasi pienamente sugli aspetti relazionali. Si può anche arrivare a modificare la qualità del trattamento, ma non è ancora intervento "politico", consapevole e diretto, sulle scelte e sulle decisioni dell'Azienda sanitaria.
3. *La dimensione politica della partecipazione:* è la dimensione macro, collettiva, della partecipazione. È la partecipazione "politica", i cittadini (o le loro associazioni o rappresentanze) si aggregano e intervengono direttamente o con un processo di influenza indiretto, sulle scelte, cercando di influenzare le decisioni sull'allocazione delle risorse e

proponendo nuovi servizi o interventi di miglioramento dei servizi e tentando di praticare forme di controllo o di rivendicazione. È questa la dimensione alla quale generalmente ci si riferisce quando si parla di “dar voce ai cittadini”, quando ci si occupa di empowerment, quando si invitano le vittime della sanità [Guba e Lincoln 1989] a manifestare le problematiche incontrate attraverso i reclami, ecc... . Ma il rapporto partecipazione-potere non significa solo intervenire sui processi decisionali. Partecipazione è anche lotta simbolica, cioè lotta per l'imposizione di specifici significati e prospettive, per affermare le proprie visioni delle cose, le proprie categorie su quelle degli altri [Contandriopoulos 2003].

4. *La dimensione globale della popolazione:* quando le aggregazioni dei cittadini prendono coscienza che, al livello attuale di sviluppo dell'economia, della scienza, della tecnologia, la salute individuale è strettamente correlata dalla salute della collettività che circonda gli individui e a quella della popolazione in senso più ampio, prospettiva che si proietta ben oltre la dimensione tradizionale intesa come politica. Il tema della salute si intreccia allora col tema ecologico-ambientale più ampio. Occuparsi dei rischi ecologici e delle conseguenze dei prevedibili imminenti sviluppi della genetica, in quest'ottica, diviene un passaggio indispensabile. Il modo, quindi, di esercitare la partecipazione cambia nettamente, si allargano le prospettive e gli orizzonti tematici passando dal locale al globale.

### 1.3.2. I modelli di partecipazione in sanità

La partecipazione dei cittadini in sanità, per quanto rappresenti una modalità abbastanza recente, attualmente appare, sia a livello normativo sia di principio, un dato ormai acquisito. Tuttavia, il percorso legislativo, che ne ha visto la sua progressiva introduzione del sistema sanitario italiano, parte dal 1978. Sono tre le principali tappe di tipo normativo in proposito dalle quali derivano altrettanti modelli di partecipazione [Altieri 2002; 2004]:

1. Il *modello di partecipazione democratica di tipo co-gestionale*: deriva dalla Legge 833/78<sup>15</sup>. Si tratta di un modello che prevedeva la com-

---

<sup>15</sup> Il 1978 è l'anno che vede l'approvazione, da parte del Parlamento italiano, della Riforma sanitaria (L. n. 833/78). La legge rappresenta un apporto normativo altamente innovativo perché legata ad importanti e nuovi principi. La tutela della salute per la prima volta nel nostro Paese viene a far parte di un complesso e moderno ambito di sicurezza sociale operando un netto stacco e un decisivo salto di qualità nei confronti del precedente sistema mutualistico. Questo attraverso obiettivi, strutture ed attività di una nuova modalità organizzativa che prende il nome di Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) definito dall'art. 1 come «il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Il cambiamento è veramente di grande portata e può essere sintetizzato attraverso i seguenti punti: *la globalità delle prestazioni*: questo concetto è profondamente innovativo, esso tende a finalizzare i comportamenti economici agli scopi sociali per la tutela della salute, si realizza attraverso le attività di prevenzione, cura e riabilitazione, la promozione e la salvaguardia della salubrità dell'ambiente naturale di vita e di lavoro, igiene alimentare, la disciplina dei farmaci; *l'eguaglianza di trattamento*: viene presentata un'idea forte di equità nella tutela della salute attraverso l'accesso ai servizi sanitari senza discriminazioni di alcuna natura; *l'universalità dei destinatari*: l'utenza è composta da tutti coloro che vivono sul territorio italiano o da coloro che sono presenti all'interno dei confini anche per limitati periodi di tempo; *il rispetto della dignità e della libertà della persona*: ciò riguarda le forme di tutela specifiche in favore del paziente psichiatrico, del tossicodipendente, e la possibilità della scelta del medico e del luogo di cura. L'architettura organizzativa del Ssn porta con sé l'obiettivo di eliminare le barriere tra le varie modalità assistenziali, concentrando sotto un'unica responsabilità organizzativa, la tutela di tutti gli interventi sanitari sulla persona, la comunità o l'ambiente. La riforma stabilisce che le decisioni, sia politiche sia amministrative, si realizzino a tre livelli: lo Stato, le Regioni e i Comuni. A livello nazionale, al Ministro della Sanità è attribuita la responsabilità della programmazione generale del Ssn<sup>3</sup>, dell'attribuzione delle risorse alle regioni<sup>4</sup>, della contrattazione degli accordi con il personale del Ssn e con i fornitori privati<sup>15</sup>, e della maggior parte delle funzioni di regolazione dei farmaci e delle tecnologie biomediche<sup>15</sup>. Alle Regioni viene assegnato un ruolo intermedio: pianificare i servizi socio-sanitari in negli ambiti regionali<sup>15</sup> (in base a quanto sancito a livello nazionale), ripartire le risorse finanziarie tra le Unità sanitarie locali (Usl), e valutarne il funzionamento secondo quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale. Infine, ai comuni viene attribuito il controllo politico delle Usl, attraverso la nomina degli organi di gestione e compiti di orientamento e controllo sugli atti principali. Le Usl sono i centri operativi di questa vasta attività del Servizio Sanitario Nazionale, istituite per arrivare ad una completa integrazione della gamma

partecipazione delle varie componenti sociali (operatori, cittadini, enti locali, ecc..) ai processi decisionali e gestionali di una specifica istituzione. I soggetti individuati dalla legge sono: i cittadini, gli operatori della sanità, le formazioni sociali esistenti sul territorio, i rappresentanti degli interessi originari degli enti ospedalieri, gli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi e i consigli circoscrizionali. Nonostante i buoni propositi enunciati sulla carta, sono state scarsissime le applicazioni concrete e fattive in merito alla partecipazione a causa della mancanza di canali appositamente proposti. Il modello democratico co-gestionale è un modello in sanità che non è riuscito ad implementarsi concretamente, nonostante questo, per la prima volta sono stati legittimamente riconosciuti i rappresentanti della partecipazione, gli attori in grado di rappresentare i cittadini/utenti.

2. Il *modello di partecipazione consultiva cooptativa e autolegittimata*: è espressione del D. lgs 502/92<sup>16</sup> che prevede l'implementazione della

---

completa di attività di assistenza socio-sanitaria in un determinato territorio, per cercare, così, di superare la precedente frammentazione del sistema mutualistico.

<sup>16</sup> La necessità di una revisione sostanziale della struttura del Ssn era diventata evidente già nella metà degli anni '80, ma in quegli anni furono solo introdotti correttivi minori, è solo nel 1992 che il Parlamento approvò una legge delega, che includeva i principi generali sulla base dei quali il Governo venne impegnato a riformare il Ssn. Sia la legge delega (L. 421/1992) che il decreto legislativo applicativo (502/92), conosciuto come decreto De Lorenzo, - con esse si intendono automaticamente anche le successive modifiche apportate con il d.lgs. n. 517 - prevedevano cambiamenti previsti dai precedenti piani, ma allo stesso tempo introducevano elementi radicalmente nuovi: *il decentramento*, il Governo mantiene un ruolo fondamentale nel finanziamento del sistema e nella definizione dei criteri per garantire un'accessibilità uniforme dei servizi sanitari a tutto il Paese<sup>16</sup>. La raccolta delle risorse finanziarie per il Ssn resta di responsabilità nazionale e ogni Regione continua a ricevere fondi in base alla propria popolazione residente. Alle Regioni vengono date nuove responsabilità e più facoltà. Il decentramento favorisce la gestione dei servizi, sollevandone il carico allo Stato centrale e ripartendolo tra le molteplicità delle Regioni, molto più vicine e sensibili alle necessità dell'utenza. Esso serve a responsabilizzare maggiormente i poteri pubblici regionali, non tanto nei confronti dell'amministrazione centrale, come era stato fino a quel momento, ma verso quei cittadini nei confronti dei quali le Regioni devono rispondere dei risultati ottenuti e delle eventuali responsabilità in caso di disavanzo di gestione. Alle Regioni viene attribuita la responsabilità finanziaria e in caso di deficit dovranno rispondere attraverso l'impiego di proprie risorse. Fermo resta che a livello nazionale vengono definiti i livelli uniformi di assistenza che devono essere distribuiti in modo equo in tutto il Paese, ma alle Regioni spetta il compito di garantirli e organizzarli. In teoria, le Regioni hanno la disponibilità di erogare livelli assistenziali superiori a quelli uniformi nazionali, ma devono finanziarli in modo autonomo, visto che gli è stata concessa un moderato grado di autonomia

partecipazione su tre livelli. Il primo è quello ministeriale, dove vanno elaborati indicatori di personalizzazione, umanizzazione, confort, diritto all'informazione e prevenzione. Il secondo è quello regionale, le regioni, infatti, devono promuovere la consultazione dei sindacati e degli

---

locale, grazie alle quale hanno la possibilità di aumentare le tasse locali e i contributi di assistenza sanitaria obbligatoria, attraverso l'introduzione dei ticket. Le Regioni sono state inoltre incaricate di ridefinire la distribuzione territoriale delle Usl, di norma su base provinciale, e a disciplinare la loro struttura organizzativa, i sistemi contabili e l'introduzione e lo sviluppo di strumenti manageriali. Le 659 Usl, istituite dalla normativa precedente al 1992, sono state accorpate per formare 197 Aziende Sanitarie Locali (Asl) a cui si devono aggiungere le 95 Aziende Ospedaliere. Il decreto legislativo del 1992 ha eliminato quasi completamente il livello comunale del Ssn, collocando le Asl e le aziende ospedaliere direttamente sotto il controllo delle regioni; *l'aziendalizzazione*: una delle principali critiche che veniva rivolta al Servizio sanitario nazionale, prima della seconda riforma, riguardava le questioni manageriali. Si è sottolineata la mancanza di responsabilità degli amministratori delle Usl, il ruolo eccessivo giocato dal bisogno di mantenere il consenso locale, il carico imposto alle Usl da obblighi burocratici non necessari, la mancanza di sistemi gestionali, e i diversi obblighi limitanti le politiche di gestione delle risorse umane. Visto le problematiche appena citate non sorprende che la riforma del '92 si concentrò soprattutto sulle questioni manageriali. La necessità di introdurre modalità organizzative di natura aziendale nasce da uno sperpero generalizzato nelle organizzazioni complesse come quelle sanitarie, strutturate per adempiere ad una vasta gamma di funzioni e di servizi. Alle aziende si richiede un impegno volto alla produttività nel senso di uno sfruttamento ottimale delle risorse attribuite, nel rispetto di precisi parametri di qualità. Gli interventi concreti, per realizzare i principi ispiratori della riforma, cominciano con l'eliminazione del comitato di gestione che realizzava una conduzione troppo orientata al consenso politico generale. Prende il suo posto il direttore generale, nominato dalla regione per un periodo di cinque anni, che viene a rappresentare l'organo monocratico di governo dell'azienda e quindi, l'assomma di tutti i poteri di gestione e la rappresentanza dell'Usl. A questa figura spetta inoltre il potere di nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo e, dove previsto, del direttore dei servizi socio-sanitari. Tutti i nuovi dirigenti vengono selezionati attraverso un meccanismo di nomina che concede ampi margini di discrezionalità al direttore generale, regolati da contratti di tipo determinato rinnovabili, per i quali la singola azienda può provvedere la distribuzione di incentivi personalizzati. Altri interventi, anch'essi, orientati al miglioramento dell'efficienza gestionale includevano: l'eliminazione di vari controlli burocratici sulle iniziative prese dal direttore generale, la progressiva introduzione della contabilità economico-patrimoniale in sostituzione di quella finanziaria, l'attribuzione alle Asl e agli ospedali di alcune libere iniziative per il ricorso al prestito e un più generale incoraggiamento ad adottare il nuovo sistema manageriale. Tutti interventi giudicati positivamente da molti, ma che implicano, pena la loro mancata realizzazione, significativi investimenti in risorse umane e infrastrutturali; *la competizione*: il ripensamento fra funzione di tutela e di produzione e di erogazione di prestazioni sanitarie ha inevitabilmente portato alla constatazione dell'inidoneità dei sistemi sanitari pubblici, i quali richiedevano un aumento dei livelli di efficienza e di efficacia attraverso l'introduzione di logiche di mercato e di un nuovo scenario istituzionale dove i fornitori pubblici e privati competono per i pazienti e per le risorse. La legge 502/92 legittima il settore privato di nuove potenzialità, infatti, quest'ultimo viene pienamente riconosciuto come elemento facente parte dell'insieme degli erogatori del Ssn, garantendo agli utenti la piena facoltà di scegliere tra strutture pubbliche e quelle private. Le strutture private, quindi, non risultano più solo convenzionate con il Ssn per un certo numero di posti letto o prestazioni, ma sono "accreditate" per la propria intera capacità produttiva, ovviamente nel rispetto, a cui provvede le Regioni, dei necessari requisiti infrastrutturali ed assistenziali.

organismi di volontariato e di tutela degli utenti, in particolare relazione alla programmazione sanitaria e alla sua verifica nonché determinare le modalità della presenza nelle strutture delle associazioni di volontariato e di tutela attraverso organismi di consultazione. Il terzo livello è quello delle Aziende sanitarie che devono: individuare modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio in collaborazione con le organizzazioni rappresentative degli utenti, di tutela e di volontariato; adottare, su richiesta degli assistiti, misure per rimuovere i disservizi; ammettere osservazioni, opposizioni, denunce o reclami; favorire la presenza e l'attività interna delle organizzazioni di volontariato e tutela; concordare con le associazioni programmi comuni per adeguare i servizi alle esigenze dei cittadini. Come si può osservare il passo in avanti è di notevole portata, anche se qualche aspetto appare ancora problematico. Infatti, all'interno del D.lgs 502/92 nulla viene menzionato in merito alle modalità attraverso le quali vengono legittimati i rappresentanti dei cittadini. Sembra quasi che sia un meccanismo che si legittimi da sé, rischiando l'autoreferenzialità.

3. Il modello di *partecipazione di tipo negoziale*: è espressione della Legge delega n. 419 del 30 novembre 1998<sup>17</sup>. La partecipazione viene prevista

---

<sup>17</sup> Il Ministro della sanità Rosy Bindi, nel 1998, ha chiesto delega al Parlamento per introdurre modifiche all'assetto del Servizio sanitario nazionale con un disegno di legge collegato alla manovra di bilancio dello stesso anno. Il Governo, delegato dal Parlamento, con la legge del 30 novembre 1998 n. 419, si occupa così del riordino del servizio sanitario nazionale, arrivando, attraverso il d.lgs. 229/99, alla terza riforma della sanità in Italia. I principi generali del d.lgs. 229/99 si fondano, innanzitutto, nella conferma dell'importanza del Servizio sanitario nazionale come strumento atto a garantire il compito costituzionale di tutela della salute, attraverso la piena realizzazione del diritto alla salute, nonché dei principi e degli obiettivi previsti già dalla riforma sanitaria del 1978. Un secondo importante aspetto riguarda la valorizzazione di una delle parti più innovative della legislazione del 1992/1993, ossia il processo di regionalizzazione del sistema e di aziendalizzazione del Ssn. Infine, fra gli intenti principali, si trova l'esigenza di potenziare il ruolo comunale, lasciato nell'ombra dai decreti precedenti, coinvolgendolo nell'attività di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale. Ma, molti altri punti importanti della legge delega erano destinati a mutare il volto della sanità italiana, tra questi l'obiettivo di raggiungere in tempi brevi l'esclusività di rapporto, l'abbassamento dell'età pensionabile per i medici del Ssn, la ridefinizione dei requisiti dei direttori generali, la riconduzione della ricerca in materia sanitaria agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Il decreto Bindi si apre con l'affermazione del principio costituzionale della tutela della salute come diritto di fondamentale del singolo nell'interesse della collettività. L'art. 1 sancisce, infatti, che questo diritto sia affidato al Servizio sanitario nazionale al quale spetta il compito di garantire,

attraverso diverse modalità: coinvolgere i cittadini nella programmazione e nella valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate, dare piena attuazione alla Carta dei servizi, perseguire la qualità dei servizi a garanzia dei cittadini, potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione e di valutazione, definire i criteri generali in base ai quali le Regioni determinano istituti per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini alla programmazione e alla valutazione dell'attività delle Aziende sanitarie. Dietro questa normativa sembra ci sia una qualche preoccupazione rispetto al consolidamento del nuovo tipo di partecipazione prevista dal D.lgs 502/92. Inoltre, molto spesso, le esperienze realizzate, o scarsamente realizzate, sono state molto eterogenee da regione e regione e da azienda o

---

attraverso risorse pubbliche, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto della dignità della persona umana del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, dell'appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze e dell'economicità dell'impiego delle risorse. I principi e le relazioni e le relazioni fra i livelli istituzionali di riforma portano a pieno compimento il processo di regionalizzazione della assistenza sanitaria. Il Ssn viene definito come il sistema delle funzioni e dei servizi propri dei Servizi sanitari regionali. L'elemento unificante di coesione del Servizio sanitario è rappresentato dai livelli essenziali di assistenza, che costituiscono il sistema delle garanzie a disposizione di tutti i cittadini, in quanto devono essere garantiti dalle Regioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, attraverso risorse pubbliche, e quindi gratuitamente. In questo contesto il Piano Sanitario Nazionale, rappresenta il principale strumento di armonizzazione e di raccordo delle politiche regionali per la salute e l'assistenza sanitaria. La circolarità del processo di programmazione sanitaria, introdotta dalla riforma, prevede, da un lato, che il PSN sia elaborato con il concorso delle Regioni e dall'altro, che i Piani Sanitari Regionali (PSR) siano sottoposti a verifica dal Ministero della Sanità rispetto alla loro congruità con gli indirizzi nazionali. Il decreto 229 propone una nuova modalità per realizzare l'attività programmatica della tutela della salute attraverso un sistema programmato nel quale regioni, governo nazionale, aziende definiscono quali sono le prestazioni necessarie ai fabbisogni di salute dei cittadini e i diversi soggetti sia pubblici, privati e non profit, concorrono al raggiungimento di questi obiettivi. La concorrenza non scompare, tutt'altro, essa è presente, ma non sulla quantità delle prestazioni che vengono erogate o sulla capacità di incrementare le proprie risorse, bensì sulla qualità delle prestazioni. Il principio della regionalizzazione realizzato dalla riforma si esprime anche attraverso il ruolo preminente della Regione nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari degli Enti Locali, sia nei confronti delle Aziende Sanitarie. In merito all'aziendalizzazione il decreto Bindi una figura di Azienda sanitaria che possa essere in grado di soddisfare efficacemente e contestualmente tutti i requisiti fondamentali richiesti ad una unità economica destinata ad operare nel sistema sanitario con l'obiettivo di garantire equità nell'accesso ai servizi in ragione delle necessità assistenziali. La necessità di qualificare le Aziende come unità economiche, dotate di proprie risorse e di autonomia imprenditoriale, ha indotto a creare un modello originale di organizzazione delle Aziende sanitarie che non è sovrapponibile ad alcuna delle forme di azienda conosciute nel nostro ordinamento.

azienda. Tuttavia, anche laddove si è avuto modo di sperimentare di più i nuovi principi di partecipazione, la situazione appariva come poco equilibrata e contraddittoria. «Un'ipotesi di spiegazione sta nel fatto che tale ruolo solo consultivo della partecipazione è troppo debole. Inoltre, è forse la mancanza di una legittimazione dal basso dei rappresentanti che crea incertezza e debolezza di identità e li spinge quindi verso posizioni così difformi. Sembra improbabile che si possa consolidare a lungo un ruolo solo consultivo della partecipazione. Quale sarà allora il suo possibile sviluppo? Sembra si possano individuare due distinte direzioni [...] una prima possibilità e che il modello partecipativo consultivo si sviluppi in senso sempre più *cooptativo*: l'azienda che coopta le associazioni "rappresentative", e che nello stesso tempo le legittima, tende ad usarle sempre di più come proprie prolungamenti al fine di informare, divulgare, chiedere osservazioni, far passare scelte, ecc. Una seconda possibilità e che il modello consultivo partecipativo segua una direzione di tipo *contrattualistico e negoziale*: le organizzazioni rappresentative crescono in conoscenza e competenza, sviluppano la propria capacità di essere presenti ed attive; aumenta così la loro forza contrattuale e collaborano con l'azienda, ma con ruoli distinti ed autonomi» [Altieri 412: 2004].

### **1.3.3. Quali attori della partecipazione in sanità? La centralità del cittadino**

Spesso parlando di partecipazione – così come di qualsiasi azione legata al contesto socio-sanitario – la terminologia per definire l'attore in questione si è orientata su più concetti.

A lungo il soggetto fruitore dei servizi sanitari è stato indicato come *paziente*. Si potrebbe dire “paziente due volte”: la prima per il problema legato al suo stato di salute, la seconda per le modalità con le quali viene gestito tale problema dai servizi sanitari ai quali si è rivolto per risolverlo. Il paziente, in sostanza, deve essere paziente, «ovvero, che egli, a lungo, abbia subito una situazione di passività nella quale è stato oggetto di controlli, prognosi, diagnosi e (perché no?) errori, senza di fatto, potesse interferire in tali processi. La pazienza in ambito socio-sanitario è tante cose: sofferenza, attesa, differimento del dolore, sopportazione, ma pazienza è soprattutto avere pazienza» [Cipolla 2002b: 18]. Oggi questa accezione si dimostra del tutto superata anche di fronte alla nuova consapevolezza che ha acquisito il fruitore dei servizi anche dopo i nuovi apporti partecipativi derivanti dalle varie riforme.

Anche il termine di *utente*, susseguito a quello di paziente, è estremamente limitativo perché considera un solo aspetto del modo di vivere i servizi sanitari: il fatto, cioè, di essere nella condizione di utilizzo di un servizio, senza, però, il riconoscimento di diritti. È un’accezione che non apporta altri contributi, ma può essere utilizzata in quanto «non impegnativa e descrittivamente utile» [Altieri 2004: 413]. È un termine che appare freddo e impersonale che non rende l’idea di una persona costituita, oltre che da fisicità, anche da psiche ed emotività. «Utente è la riduzione burocratica di una situazione che è estremamente emotiva e che non implica un servizio diretta alla persona nella sua unità-separazione di mente, corpo e coscienza» [Cipolla 2002b: 19]

Oggi è molto usato - ed altrettanto abusato - il concetto di cliente. Esso costituisce un chiaro passo in avanti, dal momento che tale accezione racchiude in sé l’idea di un utente portatore di diritti, a cominciare da quello di esprimere la soddisfazione o attraverso il proprio comportamento e le scelte o tramite rilevazioni ad hoc. Il cliente è (o quanto meno sembra) soggetto pienamente legittimato all’interno del sistema di mercato, per questo in grado di scegliere e di essere considerato negli apporti e nelle sollecitazioni. Ma in sanità, l’uso di tale accezione è veramente adeguata? «Cliente implica un’opzione razionale e

volontaria, nelle cose che contano o nei casi più gravi, che il cittadino malato non ha e non vorrebbe avere. L'infartuato è razionale quando entra in ospedale? E vorrebbe andarci? Come buona pace di svelte culture ingegneristiche o economiche o di facili approcci a più cappelli, il malato vero non è mai e prima di tutto cliente» [Cipolla 2002b: 19]. L'uso del paradigma cliente in sanità è riduttivo perché porta con sé l'idea di potere compiere una scelta. Ma chi sceglie di ammalarsi (o quanto meno appurare se esserlo o meno) e per questo ricorrere ai servizi sanitari? Inoltre, anche se la scelta fosse intesa come possibilità di rivolgersi, una volta insorto il bisogno, ai servizi sanitari migliori, questa scelta sarebbe veramente alla portata di tutti i soggetti o solo di quelli più abbienti economicamente ed elevati culturalmente? Non è accettabile, nel campo dei servizi socio-sanitari, così come in altri servizi alla persona, l'idea di un approccio non universalistico che non consideri i principi di equità.

Dagli Stati Uniti arriva l'accezione di *stakeholder*, inteso come «colui che è portatore di specifici interessi in quel "campo di gioco" che è la sanità. Così sono *stakeholder* i *policy maker* (i responsabili dei servizi, coloro che fanno le scelte "politiche"), i *professional* (gli operatori), i beneficiari, le vittime (gli utenti che subiscono danni)» [Altieri 2004: 414]. Tutte queste figure entrano a pieno titolo all'interno delle modalità di valutazione dei servizi, rappresentando gli interlocutori con pari dignità partecipativa nel processo decisionale. Tale significato rappresenta un ulteriore passo in avanti verso un'idea meno riduttiva e più articolata degli attori della partecipazione socio-sanitaria. Tuttavia, restano aperte questioni insolute. Infatti, considerare i soggetti, coinvolti nel processo di salute, come portatori di interessi specifici non significa, *tout court*, essere considerarli anche come portatori di valori ed emotività. Inoltre, il fatto di porre in evidenza la dimensione paritaria fra gli attori, non significa fare emergere la centralità dei soggetti per i quali i servizi esistono e dovrebbero essere pensati. Si propone, quindi, di ripartire dall'idea di *cittadino*. «Il cittadino è un legittimo portatore di diritti e di doveri e, benché la genesi del termine sia etico-giuridica, essa non chiude la porta alle sue evidenti implicazioni sociologiche. Il cittadino è

infatti un soggetto di diritti sociali: il primo dei quali è l'assistenza sanitaria» [Cipolla 2002b: 20]. È un concetto universalistico strettamente legato a quello di equità, come medesima garanzia di trattamento sanitario ai cittadini a prescindere dalle condizioni socio-economiche, e a quello di rispetto, inteso come la necessità di considerare il cittadino come portatore di una specifica cultura e di determinati valori.

«Le parole non sono né una mera derivazione delle cose e né sono costruzioni arbitrarie totalmente estranee a ciò che indicano. Segni e referenti vanno visti come integrati: in questo caso “cittadino” sancisce una trasformazione di fatto dello status di paziente e una nostra opzione morale e sociale» [Cipolla 2002b: 20].

## 1.4. La tutela dei diritti dei cittadini in sanità

Tutela è un termine latino che significa cura, prendere in cura un soggetto. In particolare nel nostro contesto giuridico e sociale con tutela si indicano le azioni di sostegno e affidamento di un soggetto nei confronti di un altro o per particolari situazioni. Tutela è anche nelle società avanzate predisporre quanto necessario per il riconoscimento pieno della persona e per la sua collocazione.

Nell'ambito sanitario, l'aver indicato la tutela di diritti<sup>18</sup> come una delle funzioni svolte dal Servizio sanitario nazionale vuole dire che il sistema si prende carico della persona nelle sue diverse manifestazioni, assicurando cura, non solo sotto il profilo medico e sanitario, ma anche nella sua complessa articolazione. Con tutela si intende non solo implementare le procedure e le modalità che fanno riferimento al mondo della giustizia, ma anche costruire un sistema di protezione che si sostanzia nella rimozione di quegli ostacoli che producono lesione alla sfera psico-fisica e violazione alla dignità della persona più in generale.

Attraverso il processo di riconoscimento del ruolo centrale, del cittadino nell'organizzazione dei servizi sanitari, vengono ad emergere e a consolidare due diritti che hanno a fondamento proprio la dignità della persona in quanto titolare di diritti. Si tratta in particolare di tre diritti che hanno acquistato una centralità indubbia e sono diventati punto di riferimento per la gestione dei servizi :

- *Diritto all'informazione:* con la legge 241/90<sup>19</sup> è stata data piena attuazione a un diritto fondamentale già riconosciuto, ma mai applicato

---

<sup>18</sup> Della tutela dei diritti in materia sanitaria si fa esplicito riferimento nella Costituzione della Repubblica italiana nell'art 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Anche nella Legge 833/78, che sancisce la nascita del Servizio sanitario nazionale, viene presentata un'idea forte di equità nella tutela della salute attraverso l'accesso ai servizi sanitari senza discriminazioni di alcuna natura«L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni [...] stipulare tra il Governo, le regioni, l'Associazione nazionale dei comuni italiani e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative» [art. 48, della L. 883/78].

<sup>19</sup> Per ulteriori e più specifici riferimenti si rimanda al cap. 2 par 2.2.

relativo al diritto all'informazione e alla trasparenza. Questa legge, infatti, regola il diritto del cittadino ad accedere a tutta la documentazione (con alcuni limiti) della pubblica amministrazione. Accanto al diritto d'informazione, merita menzione il diritto di accesso, ovvero il diritto alla conoscenza del responsabile del procedimento. Le pubbliche amministrazioni e tutti gli enti che svolgono servizi essenziali tenute a determinare per qualsiasi tipo di procedimento l'unità organizzativa responsabile sia dell'istruttoria, sia delle altre fasi e, ovviamente, anche dell'adozione del provvedimento finale.

- *Diritto alla privacy*: il primo riferimento è costituito dalla Convenzione di Strasburgo del 1981 recepita in Italia con la *Legge 675/96* sulla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". Con questa normativa sono stati disciplinati in modo omogeneo gli aspetti legati alla tutela della riservatezza e dell'identità personale. Tutela della privacy significa quindi: rispetto della dignità della persona, rispetto della identità, trattare i dati con trasparenza e in modo lecito. Inoltre, la legge tutela la riservatezza dei dati sensibili, vale a dire dati relativi all'origine razziale ed etnica, alle convinzioni religiose, opinione politiche, adesione a partiti o sindacati, allo stato di salute, ecc... . Il successivo *decreto 282/99* ha trattato il tema all'interno della sanità pubblica e al principio di riservatezza individuale. Le regole interessano, oltre agli organismi sanitari pubblici, anche gli altri organismi sanitari e gli esercenti professioni sanitarie che operano in regime di convenzione o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale.
- *Diritto al consenso informato*: con questa espressione si intende il consenso espresso da un paziente consapevole delle proprie condizioni di salute e dei rischi nei quali può incorrere sottoponendosi a una determinata cura. Ogni consenso presuppone un'informazione a tutela per una scelta di cura consapevole. Il codice deontologico medico, infatti, sancisce

l'obbligo da parte del medico di informare<sup>20</sup> il paziente su tutti gli aspetti della malattia e della cura adattandone i contenuti in base alle specificità sociali, culturali ed emotive del paziente. Inoltre, si stabilisce che l'informazione ai congiunti è ammessa solo se consentita dal paziente. Le informazioni, quindi, devono essere obbligatoriamente date all'interessato salvo autorizzazione esplicita a uno o due soggetti<sup>21</sup>, e nel caso delle emergenze<sup>22</sup>. Il consenso informato, pur avendo sicuramente avuto decisivo riconoscimento sociale quale regola e teoria giuridica, evidentemente non è solo una teoria giuridica. Esso, infatti, è anche teoria etica che condivide con quella giuridica un riferimento culturale e filosofico più ampio al principio di autonomia individuale. Esso si struttura attorno a due principi: quello di *autonomia*, intesa come la facoltà dei soggetti capaci di intendere di volere di autodeterminarsi, e quello di *beneficialità*, inteso come requisito fondamentale per l'eticità di una condotta medica con lo scopo di realizzare il miglior interesse dei soggetti ai quali si rivolge, sia nella forma negativa della prevenzione o della

---

<sup>20</sup> Il codice deontologico medico (1998) in merito al consenso informato al Capo IV – Informazione e Consenso, art 30 sancisce che: «Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostiche e terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata».

<sup>21</sup> Art. 31 - Informazione a terzi – del codice deontologico medico (1998): «L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente [...] allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri. In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

<sup>22</sup> Art. 35 - Assistenza d'urgenza - del codice deontologico medico (1998): «Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili».

rimozione di un possibile danno, sia nella forma positiva del conseguimento di un vantaggio.

Di fronte alla complessità dei diritti già esistenti e a quelli di nuova attivazione, i cittadini si possono trovare di fronte ad un sistema di tutela che si presenta, in un'ottica integrativa, come un sistema congiunto tra *tutela sociale*, la *tutela giudiziaria* e la *tutela conciliativa*.

La *tutela sociale* è la tutela messa in atto dai cittadini, siano essi riuniti in associazioni o singolarmente, ogni qualvolta ponendosi un problema trovano una modalità per arrivare alla soluzione. Una delle caratteristiche della tutela sociale è quella di contribuire a una decisione condivisa e consapevole nell'incontro tra diversi punti di vista per avviare un percorso stabile e permanente di consolidamento delle pratiche positive contro un ritorno di violazioni e disagi.

La *tutela giudiziaria* è molto ampia e complessa. Riconduce a sé tutte le articolazioni del sistema giudiziario italiano. È l'ambito del contenzioso socio-sanitario<sup>23</sup>, dove il cittadino sentitosi leso in qualche suo diritto e danneggiato nella sua persona, intende intraprendere un percorso giudiziario contro l'organizzazione sanitaria.

La *tutela conciliativa* è una modalità poco sperimentata in Italia e invece interessante soprattutto dal punto di vista della riduzione della conflittualità e della adozione immediatamente di provvedimenti che rimuovano le violazioni e soprattutto impediscano il loro reiterarsi. È il compito che dovrebbero avere le Commissioni miste conciliative<sup>24</sup> in particolare per favorire la presenza degli organismi di volontariato e per lo studio delle problematiche sollevate dal

---

<sup>23</sup> In merito si rimanda a Cipolla C. (a cura di) (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*, FrancoAngeli, Milano.

<sup>24</sup> Le Commissioni conciliative miste sono state introdotte dal Dpcm 10/05/95 e si sono implementate nel nostro Paese a macchia di leopardo. Sono state sollevate alcune critiche in merito alla loro capacità operativa e funzionale: «la funzione di conciliazione non può non andare oltre la semplice spiegazione "amichevole" far le parti, e la pronuncia emessa non comporta alcuna conseguenza giuridica» [Hanau 2002: 207].

reclamo. Anche la mediazione<sup>25</sup> rappresenta «una procedura per la risoluzione delle controversie in base alla quale una terza persona imparziale, il mediatore, assiste le parti in conflitto guidando la loro negoziazione e orientandole verso la ricerca di accordi reciprocamente soddisfacenti» [Attolini *et al* 2003: 205]. È una procedura che ha come obiettivo il fatto di individuare una soluzione adeguata per la risoluzione del problema attraverso un accordo che possa essere ritenuto vantaggioso per entrambe le parti. «Ciò che caratterizza maggiormente la mediazione rispetto alle procedure tradizionali è il suo obiettivo che non consiste nella determinazione delle responsabilità rispetto all'evento o nell'attribuzione di colpe, bensì nella ricerca di nuove modalità relazionali» [Lomaglio e Vezzadini 2005: 139].

---

<sup>25</sup> Per un approfondimento si rimanda a Lomaglio B. e Vezzadini S. (2005), “Mediazione interpersonale e salute”, in C. Cipolla (a cura di) (2005), *Manuale di Sociologia della salute*. III Spondibilità, Angeli, Milano.

## **2. Nascita e sviluppo degli Uffici per le relazioni con il pubblico in sanità: il quadro normativo**

### **2.1. Cenni di comunicazione pubblica**

Da alcuni anni in Italia è ormai in atto un processo di rinnovamento della pubblica amministrazione caratterizzato soprattutto dal cambiamento organizzativo e dallo sviluppo di una nuova modalità di rapportarsi con il cittadino. La pubblica amministrazione si rende conto che la principale risorsa, al fine del suo adeguato funzionamento, è proprio il cittadino. All'interno di questo mutato contesto la comunicazione diviene protagonista di tale cambiamento, al punto da rappresentarne la chiave di volta.

Nel cercare un'esatta definizione di comunicazione pubblica si è osservato che essa viene solitamente considerata un settore della comunicazione dotato di una sua specifica individualità. Per definire la comunicazione pubblica dobbiamo, quindi, partire dal sistema globale della comunicazione, inteso come «area di trasferimento dell'informazione, tanto gratuito quanto a pagamento, tra soggetti comunicanti e pubblici costituiti in grandi e piccoli segmenti» [Ambrosini 2004 2003: 6]. Per limitare l'ambito in cui ci stiamo muovendo dobbiamo in primo luogo distinguere tra le due aree fondamentali di comunicazione:

- comunicazione di mercato: area nella quale si collocano le forme di comunicazione legate ad interessi socio-economici, il sistema dei media e la comunicazione d'impresa, presenta uno spiccato orientamento al cliente

- comunicazione pubblica: «un insieme di processi che avvengono in una sfera della società, nella quale vengono scambiati messaggi e informazioni pubbliche e vengono realizzate interazioni significative, fra cittadini, soggetti collettivi e istituzioni su questioni rilevanti, con particolari modalità comunicative» [Messeri 1998: 134] dove non si usa strumentalmente i messaggi per orientare il cittadino verso particolari obiettivi.

Parlando di comunicazione pubblica è fondamentale mettere a fuoco il contesto storico nel quale si è sviluppata è il processo di trasformazione che ha interessato la relazione tra le istituzioni e i cittadini nel corso degli anni. Un rapporto basato su un interscambio di informazioni e prestazioni che sono state e continuano ad essere soggette a perenni cambiamenti, contribuendo a far emergere la realtà attuale della comunicazione pubblica. Lo sviluppo della comunicazione pubblica in Italia, avvenuto con notevole ritardo agli altri Paesi europei, può essere individuato in tre fasi fondamentali: il dopoguerra, gli anni Sessanta e Ottanta e infine gli anni Novanta fino ad oggi.

Per molti anni, dopo il crollo del regime fascista, le istituzioni non ritennero importante instaurare un rapporto comunicativo con i cittadini, salvo che ciò non fosse indispensabile per raggiungere obiettivi di parte, il più delle volte collegati alla promozione della loro immagine. Il traguardo raggiunto di una stampa e di una politica libere bastavano a coprire i bisogni d'informazione richiesti, all'epoca, dall'opinione pubblica. Lo stesso art. 21 della Costituzione non menzionava esplicitamente il diritto all'informazione dei cittadini, non essendo peraltro previsto un apparato capace di garantirlo. In questa fase, l'idea che fossero le istituzioni stesse a comunicare era poco diffusa; non c'era competizione tra queste, così come non esisteva tra i mezzi di comunicazione di massa, ancora poco sviluppati. Parlamento e Governo non si preoccupavano della produzione e della veicolazione dei propri messaggi: questo era compito di partiti e di uomini politici, i quali sfruttavano tale opportunità solo con fini persuasori. L'organizzazione era fortemente burocratizzata quindi impermeabile agli stimoli

posti dal mutamento sociale. Prevaleva ancora una cultura del segreto anche se gli spazi normativi consentivano invece nuove aperture [Ambrosini 2004].

Nella seconda fase di sviluppo della comunicazione pubblica si assiste progressivamente, anche se in modo lento, sia alla crescita parallela della consapevolezza dei diritti e dei doveri dei cittadini, ai quali vengono fornite sempre maggiori varietà di servizi, sia al progresso dei mass media, anche in relazione alle Pubbliche Istituzioni. Questo secondo periodo inizia con l'approvazione degli Statuti regionali e con alcune sentenze della Corte Costituzionale, con le quali vengono eliminati diversi limiti all'attività conoscitiva dei cittadini (Sent. n. 202/1976). Ma di comunicazione pubblica vera e propria si comincia a parlare in Italia nella prima metà degli anni Ottanta. In questi anni emergono le prime necessità d'informazione sull'operato delle istituzioni, comincia a maturare il concetto di "trasparenza", ma il cittadino è ancora considerato non in grado di gestire in maniera interattiva le informazioni provenienti dal mondo dei media [Ambrosini 2004]. Si dovrà attendere ancora del tempo per parlare, in maniera specifica, di marketing dell'Istituzione Pubblica. Nella comunicazione, la collaborazione del cittadino non è fondamentale né per l'interpretazione del messaggio, né tanto meno per l'individuazione dei bisogni comunicativi. Questa procede quindi a senso unico, dall'emittente – Stato o istituzione pubblica o privata che sia – al cittadino, la cosiddetta "comunicazione unidirezionale". La pubblicità non è ancora utilizzata al pieno delle sue potenzialità, ma si comincia a comprendere che i suoi effetti vanno ben al di là dall'indurre a comportamenti prettamente economici, essa può essere un'utile forma di comunicazione anche per le Istituzioni. Nella seconda metà degli anni Ottanta la comunicazione tocca temi sempre più vicini e utili ai cittadini ma, come già accennato, si parla ancora di comunicazione unilaterale, di carattere soprattutto divulgativo o esternativo, dall'istituzione al cittadino. Alla comunicazione statale, essenzialmente sostenuta dall'azione dell'esecutivo, si affianca quella delle regioni e dei comuni.

Si sviluppano le prime campagne a sostegno dei temi sociali, tra cui droga, AIDS, parità uomo-donna, handicap, condizione degli anziani e dei giovani, questioni relative all'immigrazione e così via. Nascono le campagne sociali sponsorizzate dallo Stato e molti altri esempi di comunicazione sociale, come ad esempio Pubblicità Progresso.

L'inizio della terza fase è da collocare in tempi a noi più vicini: siamo, infatti, all'inizio degli anni Novanta. Questi anni segnano l'inizio della "comunicazione bidirezionale" e quindi interattiva, intesa come diritto individuale all'informazione, garantito dalle leggi sulla trasparenza e dall'istituzione di spazi di accesso e di relazione con l'utente (1993-1994). L'elaborazione di strategie di marketing per la gestione dei servizi erogati e per la comunicazione stessa si rende necessaria per arginare le critiche mosse alle istituzioni, accusate di non applicare le leggi vigenti in relazione al rapporto con i cittadini. Non tutte le amministrazioni, però, riescono ad attuare questa nuova politica di potenziamento delle strutture comunicative. I tentativi effettuati risultano, comunque, positivamente accettati. Si fa strada il concetto di trasparenza intesa non più come una concessione fatta ai cittadini, bensì come un atto dovuto di cui il cittadino ha sempre maggiore coscienza. Negli anni Novanta si può parlare di una nuova fase della comunicazione pubblica, denominata "comunicazione del cambiamento". La mutata situazione nazionale dovuta all'ingresso in Europa, alle modificazioni del Welfare State, alla ristrutturazione del sistema di lavoro, alla convivenza con altre culture dovuta ai flussi migratori che interessano l'Italia, esige una nuova impostazione della comunicazione pubblica; la politica da sola non è più sufficiente, così come non bastano le amministrazioni. Bisogna trovare nuove forme di cooperazione, focalizzando le opportunità messe a disposizione dalle passate esperienze, e costruire programmi che tengano conto delle mutate situazioni del Paese [Ambrosini 2004]. Ciò deve però essere condiviso sia dall'opinione pubblica sia dalle amministrazioni centrali e periferiche, in modo da poter sviluppare gli adeguamenti necessari ad una società europea e determinare una svolta nelle relazioni con il cittadino, attraverso un orientamento all'utente,

una “cultura del servizio” mirante al miglioramento delle prestazioni e all’ascolto delle esigenze sociali. Le istituzioni vengono così considerate aziende, ma ciò non è di semplice attuazione. Non è facile prescindere dai vincoli imposti dal “pubblico” e il cittadino non è ancora pronto a questa nuova forma di collaborazione. Potenziare l’informazione e la comunicazione, dunque, appare l’unico modo per poter continuare ad andare avanti. La collaborazione tra pubblico e privato risulta, ormai, indispensabile. Molteplici iniziative in vari campi, compreso quello legislativo mostrano la reale volontà di migliorare la comunicazione pubblica. Iniziative che hanno avuto il loro epilogo nell’approvazione definitiva, nel maggio 2000, da parte del Senato della prima legge quadro sull’informazione e comunicazione pubblica.

Con la locuzione “comunicazione pubblica” si fa riferimento a quel contesto e strumento che consente ai diversi attori che intervengono nella sfera pubblica di entrare in relazione tra loro per realizzare l’interesse della collettività. La comunicazione pubblica viene distinta da Rolando [1995] in tre grandi aree: la *comunicazione politica*, la *comunicazione sociale* e la *comunicazione istituzionale*. Vediamone le peculiarità e le differenze.

Con *comunicazione politica* si intende quella complessa attività a contenuto prevalentemente informativo-conoscitivo generata dai soggetti politici. La stessa Costituzione (art. 49) getta sull’azione complessiva dei partiti la responsabilità di «concorrere alla politica nazionale» e consente quindi il ricorso a risorse pubbliche per finanziare questa forma di comunicazione. Il contenuto delle comunicazioni dei partiti viene trasmesso attraverso i media e i circuiti pubblicitari, generalmente questo tipo di comunicazione si realizza per prese di posizione connesse a temi di esercizio costituzionale dei poteri, con stretto riferimento all’iniziativa politico-parlamentare e alla successiva validazione elettorale da parte del popolo sovrano.

La *comunicazione sociale* racchiude in sé tutte «le azioni volte a suggerire e stimolare nell’interesse collettivo, atteggiamenti e comportamenti al fine di migliorare le condizioni del vivere societario sia disincentivando i comportamenti

anti-sociali sia favorendo approcci solidaristici e altruistici del vivere quotidiano» [Litrico 1992: 329]. Un'altra delle caratteristiche cui la comunicazione sociale in generale deve uniformarsi afferisce ai principi di attualità e rilevanza per la collettività intera o buona parte di essa. Che senso avrebbe infatti promuovere campagne sociali indirizzate a promuovere, ad esempio, valori ormai non più condivisi della società perché ormai superati? L'aggettivo sociale accanto alla locuzione "pubblicità" fa sì, quindi, che prevalga il fine che la comunicazione in questione persegue ovvero quello di educare e formare una opinione pubblica e coscienza civile su tematiche di interesse generale rispetto alla matrice più dichiaratamente di stampo mercantile riconosciuta al termine pubblicità [Gadotti 1993]. Alcuni esempi di comunicazione sociale sono: la comunicazione di pubblico servizio che promuove essenzialmente servizi di interesse generale; la comunicazione sociale propriamente intesa che sostiene e promuove argomenti e valori relativamente controversi; la comunicazione delle responsabilità sociali che identifica alcune istituzioni, prevalentemente private, con la difesa di interessi generali relativamente controversi.

Infine, la *comunicazione istituzionale*. Con questo termine si intende «l'insieme delle attività intraprese intenzionalmente dalle istituzioni pubbliche volte ad ottimizzare l'interazione istituzioni-cittadini attraverso flussi di informazioni» [Arena 1997: 13] compiuta senza mediazioni e non mirata a costruire consenso politico. Non si tratta solo di atti dovuti e resoconti ufficiali, espressi spesso con un linguaggio burocratico, ma soprattutto di una forma di comunicazione che parte dalle scelte di governo, dagli atti decisionali compiuti con valore collettivo, dall'acquisizione di dati o di politiche di pubblico interesse, avvenute con lo scopo di promuovere azioni informative verso quelle utenze interessate alla materia secondo modalità adeguate alla capacità dell'utenza di fruirne.

### **2.1.1. La multidimensionalità della comunicazione istituzionale**

Attraverso la definizione su citata di “comunicazione istituzionale” si può evincere come essa raccolga in sé caratteri di multidimensionalità e di innovazione. Emerge, in particolar modo, il carattere di scambio intenzionale tra istituzione e cittadino come valore aggiunto che si crea attraverso l’interattività di questo scambio comunicativo. “Scambio” può essere inteso come una modalità di gestione della pubblica amministrazione mediante la quale questa condivide con il cittadino risorse e risultati. “Scambio” che si può rivelare conveniente per l’amministrazione pubblica, che deve raggiungere i propri obiettivi istituzionali, e per il cittadino, che vuole soddisfare al meglio i propri bisogni» [Fiorentini 1990].

Lo scambio comunicativo istituzione-cittadino si regge, come un normale processo di comunicazione, su alcuni specifici elementi:

1. il contesto;
2. i soggetti comunicanti in relazione tra essi
3. un messaggio
4. un codice
5. un canale o una modalità di contatto.

Il contesto sociale, le condizioni di vita e di benessere risultano strettamente correlate all’agire della struttura pubblica. Ne deriva, quindi, che l’azione della pubblica amministrazione è fortemente connessa al soddisfacimento delle esigenze dei soggetti sociali. L’istituzione può essere considerata come una sorta di insieme di principi preposti alla regolamentazione del soddisfacimento di una parte, più o meno grande, di esigenze sociali. Le regole sono definite dai soggetti sociali in relazione agli interessi che questi esprimono e di cui sono portatori in specifici contesti ambientali, sociali e storici. Affinché questi insiemi di regole possano tradursi in azioni connesse al soddisfacimento di una specifica esigenza sociale è indispensabile che assumano la forma di organizzazioni [Kotler 1978].

Ne deriva che ogni singola amministrazione nasce come istituzione, come forma e pratica costituzionale che, al contempo, si struttura e sviluppa attraverso l'organizzazione che si dà. Anche quando si parla di organizzazione il ruolo dei soggetti che la costituiscono e della cittadinanza verso la quale è rivolta assumono un ruolo fondamentale. Infatti, è attraverso le relazioni sociali che le istituzioni, in quanto agenti/attori, intessono relazioni con altri attori sociali svolgendo la loro attività di regolazione istituzionale [Ibidem]. Da questi brevi considerazioni si evince che il contesto nel quale operano le pubbliche amministrazioni è bivalente, ovvero istituzionale ed organizzativo, ma che la sua natura è unica, cioè sociale.

I soggetti partecipanti alla comunicazione pubblica sono due: la *Pubblica Amministrazione* e i *cittadini*.

La Pubblica Amministrazione è promotrice di una comunicazione che per essere riconosciuta come pubblica deve trasmettere messaggi alla collettività in modo legittimo e coerente con i principi del bene comune. Come spiega Fiorentini [1990], la comunicazione pubblica per essere legittimata in quanto tale deve essere connotata dalle seguenti caratteristiche:

- *espressività*: caratteristica di messaggi pubblici attivi e anticipatori rispetto alle politiche di servizio pubblico espresse. Questa operazione può infatti consentire di recuperare un'immagine positiva della pubblica amministrazione tramite la comunicazione istituzionale e configurarsi come cassa di risonanza per portare a conoscenza della collettività l'agire della pubblica amministrazione destinata, altrimenti, a rimanere fuori della portata dei più;
- *credibilità*: intesa non solo come emittente dei messaggi il cui contenuto sia reale e veritiero, ma anche come garante del fatto che programmi e azioni prospettate saranno implementate;
- *legittimazione e assertività*: spesso il giudizio negativo del cittadino nei confronti dei servizi pubblici ha delegittimato la pubblica amministrazione non solo a porsi in relazione di comunicazione, ma anche

ad essere produttore ed erogatore di alcuni servizi che, per definizione, vengono considerati negativi ed inefficaci. Per legittimare il proprio operato la pubblica amministrazione deve recuperare la capacità comunicativa.

L'altro soggetto partecipante alla comunicazione pubblica è il cittadino. Il termine cittadino campeggia da protagonista nel testo della Costituzione Italiana ed è forse il termine più usato. Il suo significato dal Dizionario Devoto-Oli è: «chi partecipa dei diritti e dei doveri sanciti dalla legge di uno Stato». Si può, quindi, facilmente intuire come il cittadino rappresenti il soggetto protagonista all'interno del sistema diritti/doveri.

Molti sono i termini legati al concetto di cittadino. Abbiamo la distinzione, mutuata dalla Rivoluzione Francese, fra *cittadini attivi* e *cittadini passivi*, i primi legittimati a svolgere a pieno titolo il quadro dei diritti e doveri stabiliti dalle leggi, i secondi esclusi e considerati perciò inadatti. Troviamo il *cittadino elettore*, orientato prevalentemente ad una comunicazione pubblica di tipo politico e il *cittadino contribuente*, destinatario dei servizi pubblici attraverso il prelievo fiscale, distinzione dalla quale discende, la definizione maggiormente utilizzata di *utente*.

Oggi la sfida è rappresentata da una nuova concezione di cittadino, non solo come portatore di diritti e di doveri, ma come:

- soggetto attivo del processo di comunicazione interattiva con l'istituzione:
- risorsa e stimolo principale dell'azione dell'istituzione

Il messaggio pubblico è il mezzo e l'insieme di simboli tramite il quale la Pubblica Amministrazione comunica con il cittadino. Il messaggio pubblico deve essere in grado di comunicare in modo efficace al fine di produrre il bene della collettività. In particolare i messaggi di comunicazione pubblica devono avere le seguenti caratteristiche [Fiorentini 1990]:

- *coerenza ed attendibilità*: intesa come la corrispondenza fra il messaggio ed il comportamento amministrativo della pubblica amministrazione;

- *capacità informativa*: ove si intende il collegamento fra il messaggio e la specificità del servizio pubblico oggetto di comunicazione. L'informazione pubblica deve avere evidenti connotazioni di corrispondenza con la realtà al fine di evitare inutili aspettative irrealizzabili nella collettività. La capacità informativa è collegata all'uso di tutti gli strumenti e mezzi di informazione idonei e coerenti, nonché all'uso delle tecnologie informatiche, il tutto con lo scopo di trasformare il ruolo del cittadino da semplice e passivo ricevente di informazione a gestore attivo dei flussi informativi creando un sistema di dialogo comunicativo:

- *capacità persuasiva*: intesa come capacità di indurre il cittadino ad attivare comportamenti adeguati al bene della collettività o della comunità;

- *bidimensionalità*: spesso i messaggi della Pubblica Amministrazione sono negativi, cioè possono creare disagi e difficoltà, ma il passaggio di un'informazione solo positiva può non essere credibile;

- *razionalità*: questa caratteristica non esclude l'uso di leve emozionali della comunicazione a condizione che siano collocate in un contesto razionale definito e con chiarezza. Questa impostazione consente alla pubblica amministrazione di far leva anche su elementi quali consuetudini, modelli di status, ecc, per indurre comportamenti positivi della collettività;

- *medialità*: intesa come capacità della Pubblica Amministrazione di comunicare con il cittadino tramite mezzi che assumono la valenza di contenuto. Il contributo di McLuhan [1967] permette di distinguere i media in: "freddi" quando implicano un alto grado di partecipazione da parte del pubblico e "caldi" quando comportano una limitata partecipazione. La Pubblica Amministrazione deve avvalersi sia di media

freddi, sia di media caldi, ciò che è importante è la giusta connessione e equilibrio fra l'uso di queste due modalità di comunicazione.

Un messaggio per essere efficace deve essere recepito e capito dal ricevente. Il codice di una comunicazione pubblica si caratterizza per [Fiorentini 1990]:

- *specificità e tipicità*: il rapporto fra Pubblica Amministrazione e cittadino si incentra sulla capacità di usare messaggi e strumenti che si qualificano per la coerenza della fonte del ricevente;
- *intelligibilità*: intesa come l'attitudine della Pubblica Amministrazione nel fare comunicazione sulla base di un codice di interpretazione da parte del cittadino ricevente posizionato sullo stesso livello di cultura comunicativa;
- *immediatezza*: nasce dalla contiguità fisica tra l'ente ed il cittadino e pertanto la comunicazione assume efficacia in funzione della coerenza temporale e di luogo fra gli interlocutori;
- *trasparenza* del rapporto di comunicazione tale da permettere al cittadino di riconoscere l'ispiratore della comunicazione e quindi di controllarne la veridicità presente e la realizzabilità futura;
- *semplificazione*: ovvero rendere chiaro e di facile comprensione il funzionamento dell'amministrazione pubblica. È evidente il ruolo fondamentale che può svolgere la comunicazione pubblica sia quella interna rivolta ai dipendenti, sia quella esterna rivolta ai cittadini.

I canali sono mezzi tramite i quali avviene la comunicazione. Nello specifico della Pubblica Amministrazione il processo di comunicazione può essere suddiviso in *comunicazione pubblica personale* e *comunicazione pubblica impersonale istituzionale* [Fiorentini 1990].

La *comunicazione pubblica personale* interattiva avviene quando esiste uno scambio di messaggi fra la Pubblica Amministrazione ed il cittadino visto nella

dimensione di singola persona. In questo caso la Pubblica Amministrazione può comunicare tramite un operatore che la rappresenti oppure tramite mezzi di comunicazione che considerino il cittadino nella sua specificità.

La *comunicazione pubblica interpersonale*, invece, privilegia l'uso di mezzi di comunicazione di massa che hanno, tipicamente, un'audience ampia e poco differenziata. Le due modalità di questo genere di comunicazione sono la pubblicità e la promozione dell'immagine.

In conclusione, si può affermare che la comunicazione diviene fattore altamente strategico all'interno del rapporto fra Pubblica Amministrazione e cittadino. «Sembra ormai rovesciato il ragionamento in base al quale il segreto sull'attività e sui risultati perseguiti dalla Pubblica Amministrazione deve considerarsi la regola e la pubblicità l'eccezione» [Rolando 1995: 53]. I cittadini vogliono partecipare e la Pubblica Amministrazione vuole che i cittadini partecipino e contribuiscano in modo concreto alla co-costruzione di beni e servizi. La nascita e lo sviluppo degli Uffici Relazioni per il Pubblico rappresentano il percorso verso questa direzione.

## **2.2 Nascita e sviluppo degli URP**

La legislazione dei primi anni '90 pone le basi per una radicale quanto auspicata trasformazione del ruolo che le amministrazioni pubbliche avrebbero, da quel momento, dovuto giovare nel tessuto politico, sociale ed economico nella società italiana.

Si viene, dunque, affermando il processo altamente innovativo ed ormai irrinunciabile che porterà la Pubblica Amministrazione ad essere organismo che produce atti che abbiano una ricaduta concreta, tangibile ed efficace sulla società amministrata, mediante un certo e impegnativo processo che la porterà a trasformarsi da «luogo del segreto a vera e propria struttura nuova e partecipata» [Simeoni 2002: 63]. Il diritto alla partecipazione del cittadino all'azione amministrativa – e di conseguenza alla piena informazione ad essa relativa – si afferma, quindi, come il punto di partenza del percorso intrapreso.

Il primo forte impulso legislativo in questo senso è la *legge n. 142/90* “Ordinamento delle Autonomie Locali”. Il Capo III intitolato agli “Istituti di partecipazione” promuove, nel pieno riconoscimento del diritto di accesso e di informazione da parte della cittadinanza, la più ampia partecipazione popolare alle forme di amministrazione locale. Attraverso due strumenti fondamentali alla base dell'attività dei governi locali – lo Statuto ed i Regolamenti – ogni ente avrebbe adeguare il proprio ordinamento e la propria organizzazione ai principi così ben delineati dalla legge:

- valorizzando le libere forme associative e promuovendo organismi di partecipazione dei cittadini all'amministrazione locale;
- prevedendo la partecipazione degli interessati ai procedimenti incidenti su situazioni giuridiche soggettive;
- prevedendo forme di consultazione della popolazione;
- riconoscendo il diritto all'azione popolare innanzi alle giurisdizioni amministrative;
- stabilendo che tutti gli atti dell'amministrazione sono pubblici;
- riconoscendo ai cittadini il diritto all'accesso agli atti, all'informazione.

La legge 142/90 rappresenta sicuramente una rivoluzione di ampia portata se si pensa che «fino allora il classico “segreto d’ufficio”<sup>26</sup> aveva prevalso come norma imperante sui comportamenti relazionali ed informativi delle pubbliche amministrazioni» [Simeoni 2002: 66]. L’impulso rinnovatore del legislatore in materia è ulteriormente manifestato dalla legge 241/90 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”<sup>27</sup>, la legge, definita anche “legge sulla trasparenza”, va a regolamentare il procedimento amministrativo velocizzandolo e a definire il diritto di accesso agli atti amministrativi. In sostanza, detta le regole e le modalità attraverso le quali attuare il cambiamento introdotto dalla legge 142/90. La norma ha una portata dirompente nel nostro ordinamento in quanto introduce non solo il diritto/dovere all’informazione, alla trasparenza e all’accesso, alla partecipazione, ma li inserisce in un più generale contesto di semplificazione, e cultura del servizio quali principi ispiratori dell’azione amministrativa. La Legge 241/1990 rappresenta un punto di riferimento fondamentale per quanto riguarda i fondamenti normativi della comunicazione istituzionale, perché mirando a semplificare e democratizzare i procedimenti amministrativi, detta veri e propri principi generali in tema di comunicazione pubblica: l’obbligo di comunicare l’avvio del procedimento indicandone anche l’oggetto, l’ufficio competente e il responsabile, l’obbligo di motivazione, l’obbligo per l’amministrazione di valutare (attraverso strumenti di rilevazione qualitativa e quantitativa) la partecipazione del privato al procedimento. Attraverso i principi generali introdotti dalla legge si delinea, quindi, un nuovo modello di comunicazione tra amministrazione e cittadini che troverà uno svolgimento ulteriore nei provvedimenti successivi, attraverso la sistematizzazione delle strutture e degli strumenti di relazione amministratori/cittadini.

### **2.2.1. Il d.lgs 29/93: istituzione dell’Ufficio per le relazioni con il pubblico**

---

<sup>26</sup> Come in precedenza definito dall’art. 15 del D.p.r. 10 gennaio 1957, n. 3.

<sup>27</sup> la cui regolamentazione diviene attuativa con l’approvazione del D.p.r. 352/92

Il d.lgs 502/92, quindi, non fa riferimento esplicito agli Uffici per le relazioni con il pubblico (Urp), ma ne implementa le basi per la loro futura costituzione che avviene con il *d.lgs n. 29/93, art. 12*. In realtà la figura degli Urp, non nasce con questo decreto, bensì con il Dpr 352/92 che, all'art 62, stabilisce che «le singole amministrazioni valutano l'opportunità di istituire un ufficio per le relazioni con il pubblico». Dunque, in questa prima accezione, la costituzione dell'Urp viene considerata come una mera facoltà delle amministrazioni, che possono scegliere se istituirlo o meno. Mentre con l'art. 12, comma 1, del Dlgs 29/93 esso diviene obbligatorio all'interno di ogni amministrazione, comprese, quindi, le Aziende sanitarie: «le amministrazioni pubbliche, al fine di garantire la piena attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, individuano, gli uffici relazione per il pubblico». Questo decreto sancisce la vera e propria nascita degli Urp obbligando le Pubbliche Amministrazioni a strutturare strumenti, attività e risorse a tal scopo. In particolar modo «gli uffici per le relazioni con il pubblico provvedono, anche mediante l'utilizzo di risorse informatiche:

- a) al servizio all'utenza per i diritti di partecipazione
- b) all'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti
- c) alla ricerca ed analisi finalizzate alla formulazione di proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza»<sup>28</sup>.

Quindi, gli Urp rappresentano le strutture che in primo luogo devono garantire il servizio ai cittadini per i diritti di partecipazione e accesso, l'informazione relativa agli atti e al procedimento amministrativo. La stessa norma, inoltre, attribuisce agli Urp la facoltà di formulare – sulla base dei bisogni rilevati presso l'utenza – proposte per il miglioramento della qualità dei servizi, dando così ai cittadini uno strumento per intervenire, in una qualche misura, sul funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso. Agli Urp va, inoltre, attribuita una

---

<sup>28</sup> D.lgs. n. 29/93, art. 12, com. 2.

funzione di tipo quasi “commerciale”, intesa come capacità di accoglienza e selezione della domanda della popolazione al fine di guidare nella giusta direzione l'erogazione dei servizi dell'ente pubblico cui appartiene.

Inoltre, considerate le difficoltà di un organismo nuovo il legislatore aveva previsto una possibilità ulteriore di coordinamento e di riferimento strategico, attraverso l'istituzione di sportelli polifunzionali<sup>29</sup>. Tali sportelli, attraverso l'implementazione di progetti sperimentali in nove città campione, dovevano fornire indicazioni circa l'adozione di procedure standard tra più amministrazioni [Rovinetti 1996], facilitando notevolmente alcuni compiti degli Urp nascenti.

La scelta del rapporto privilegiato con il cittadino, il riconoscimento della sua posizione di centralità quale destinatario dell'attività della Pubblica amministrazione, si dimostra, quindi, importante ben al di là della mera implementazione prevista per legge individuare nuove modalità di divulgazione delle informazioni. «Se è vero che l'evoluzione storica della Pubblica amministrazione passa attraverso una maggiore informazione finalizzata alla maggiore partecipazione dei cittadini [...] è anche vero che l'attività dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico dovrebbe quindi esplicarsi verso l'esterno soprattutto nella direzione del coinvolgimento, nella ricerca di quel “linguaggio comune” che tendesse all'annullamento del distacco che la mancanza di comunicazione aveva fino a questo momento prodotto» [Simeoni 2002: 71]. La necessità di trovare questo terreno comune di confronto nel quale le capacità e le specificità di ciascun soggetto coinvolto, impone la considerazione e lo sviluppo di una struttura che rappresenti un vero e proprio «valore aggiunto offerto ai cittadini in relazione ai servizi già erogati dalle strutture esistenti» [Ibidem].

---

<sup>29</sup> D.lgs. n. 29/93, art. 11.

### **2.2.2. Dpcm n. 17/93: competenze e attività**

Al fine di garantire un migliore recepimento dell'Urp, ma soprattutto per evitare che un così vasto ed innovativo carico normativo possa venire disatteso da parte delle varie amministrazioni, successivamente al decreto 29/93, vengono emanate nuove Direttive e Circolari che sempre più si addentrano nella specifica attività dell'Urp, disciplinandola in modo dettagliato e sviluppandola attraverso nuove competenze.

È questo lo scopo della *Circolare n. 17/93 del 27.04.93* che definisce modalità d'azione e competenze per gli Urp. Infatti, al fine di favorire una compiuta ed omogenea attuazione dell'art. 12 del d.lgs n. 29/1993, il legislatore propone un «modello di organizzazione dell'ufficio per le relazioni con il pubblico al quale le amministrazioni potranno fare riferimento, con gli opportuni adattamenti in funzione delle dimensioni, delle risorse e delle esperienze maturate, nonché dell'attività svolta e del relativo assetto organizzativo». In particolar modo vengono definite:

a) *il livello dell'ufficio*: l'ufficio per le relazioni con il pubblico è istituito come unità organica centrale con funzioni di promozione, programmazione, organizzazione e coordinamento, la quale, compatibilmente con la struttura delle amministrazioni, può articolarsi in unità operative periferiche. Ad esso è preposto un dirigente appartenente al più elevato livello previsto dall'ordinamento dell'amministrazione, al quale è affidata la responsabilità di organizzare, con carattere di forte sinergia ed integrazione, l'attività delle « aree » in cui si articola l'ufficio. [...] le amministrazioni avranno cura di assegnare all'ufficio, nell'ambito delle vigenti dotazioni organiche, personale con idonea qualificazione in campo commerciale e con elevata capacità di relazione con il pubblico. Al fine di garantire un primo, omogeneo impatto con la nuova normativa, sarà opportunamente adeguato il programma di formazione attualmente

operativo presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione in materia di comunicazione.

b) *la struttura dell'ufficio*: l'ufficio introduce presso le amministrazioni pubbliche una nuova funzione, destinata a riprodurre al loro interno quella utile dialettica che nell'azienda oppone l'area commerciale a quella della produzione, con il fine di concorrere a riorientare le attività pubbliche dagli adempimenti formali ai risultati sostanziali apprezzati dall'utenza.

c) *le aree principali di lavoro*: di norma, l'ufficio per i rapporti con il pubblico si articola, quindi, in due distinte aree di attività, fortemente integrate:

- Area "analisi e ricerche sull'utenza": rappresenta la superficie di contatto dell'amministrazione con l'utenza, di cui valuta sistematicamente il grado di soddisfazione dei servizi pubblici e l'evoluzione dei bisogni quali-quantitativi, analizzando i risultati di studi, ricerche e sondaggi ed utilizzando, quale supporto informativo, anche dati automatizzate. L'attività dell'area è funzionale alla programmazione delle iniziative di comunicazione e di formazione ed alla formulazione di proposte di adeguamento organizzativo procedurale ed operativo dell'amministrazione.

- Area "comunicazione": progetta ed attua [...] analisi e ricerche sull'utenza, nonché delle proprie competenze professionali, iniziative di comunicazione di pubblica utilità volte ad assicurare, attraverso l'utilizzazione degli opportuni strumenti (grafici, editoriali, audiovisivi, radiotelevisivi, telematici, multimediali, pubblicitari, di comunicazione istituzionale integrata e connessa ad eventi), ai fini di assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture. A tale scopo, intrattiene sistematici rapporti con gli organismi ufficiali di comunicazione. Cura l'accesso agli atti amministrativi da parte dell'utenza [...] ed organizza [...] servizi polifunzionali di accesso finalizzati alla erogazione

all'utenza di informazioni sugli atti e sullo stato dei procedimenti amministrativi.

### **2.2.3. I principi di tutela per il cittadino e i reclami: Dpcm 27/94**

Dopo la Circolare, un altro step importante è rappresentato dalla *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.01.94* che legifera in tema di principi per erogazione dei servizi pubblici. Il documento prevede l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di attenersi a principi generali di imparzialità, eguaglianza, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia. Inoltre, nella Direttiva sono inclusi l'obbligo di valutare la qualità dei servizi e, aspetto particolarmente interessante per questa disquisizione, l'obbligo di garantire i *principi di tutela del cittadino* attraverso i *reclami*. Viene stabilito che i soggetti erogatori devono prevedere procedure di reclamo dell'utente circa la violazione dei principi sanciti nella direttiva stessa. Tali procedure devono essere:

- accessibili, di semplice comprensione e facile utilizzazione;
- svolgersi in tempi rapidi, predeterminati dai soggetti erogatori;
- assicurare un'indagine completa ed imparziale circa le irregolarità denunciate e garantire all'utente un'informazione periodica circa lo stato di avanzamento dell'indagine stessa;
- prevedere una risposta completa all'utente e forme di ristoro adeguate, ivi compreso il rimborso, per pregiudizio da questi subito per l'inosservanza dei principi della presente direttiva;
- consentire ai soggetti erogatori di tenere conto delle doglianze degli utenti al fine del miglioramento della qualità del servizio.

Inoltre, ciascun soggetto erogatore deve istituire un ufficio interno di controllo denominato "ufficio". L'ufficio esercita le funzioni di valutazione dei

risultati conseguiti dal soggetto erogatore, riceve i reclami presentati dall'utente circa la violazione dei principi sanciti nella direttiva.

Viene stabilito che il reclamo può essere presentato dall'utente in via orale, per iscritto, via fax o telefonicamente. Nella predisposizione del reclamo, l'utente può avvalersi dell'assistenza degli uffici per le relazioni con il pubblico.

Al momento della presentazione del reclamo, l'ufficio comunica all'utente il nominativo del dipendente responsabile dell'indagine, i tempi previsti per l'espletamento della stessa, i mezzi dei quali dispone nel caso di risposta sfavorevole. L'ufficio riferisce all'utente, con la massima celerità, e comunque non oltre trenta giorni dalla presentazione del reclamo, in merito gli accertamenti compiuti, indicando anche i termini entro i quali il soggetto erogatore provvederà alla rimozione delle irregolarità riscontrate o al ristoro del pregiudizio arrecato. Trascorsi 15 giorni, l'ufficio deve informare comunque l'utente circa lo stato di avanzamento dell'indagine.

«Nella disciplina sugli Urp questa direttiva è l'unica a prevedere l'affidamento delle gestione dei reclami a questi uffici e tra l'altro questa attività viene affidata agli Urp in maniera del tutto facoltativa, lasciando la scelta, se avvalersi o meno di questo ufficio, all'utente. Eppure, nella pratica dell'attività amministrativa si è avuto una concretizzazione degli Urp collidente con queste previsioni, non solo per il fatto che nella generalità dei casi esso è l'unico ufficio deputato ad accettare e gestire i reclami, ma molte volte esso è stato considerato e dunque organizzato esclusivamente come ufficio reclami» [Attolini et al 2003: 47].

#### **2.2.4. Dpcm 11/94: finalità e attività degli Urp**

La seconda *Direttiva dell'11.10.94* specifica, invece, i *principi per l'istituzione e il funzionamento degli Urp*, individuando in particolare:

a) *finalità delle attività degli uffici*:

- dare attuazione al principio di trasparenza dell'attività amministrativa, al diritto di accesso alla documentazione ed ad una corretta informazione;

- rilevare sistematicamente i bisogni ed il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati e collaborare per adeguare conseguentemente i fattori che ne determinano la qualità;

- proporre adeguamenti e correttivi per favorire l'ammodernamento delle strutture, la semplificazione del linguaggio e l'aggiornamento delle modalità con cui la amministrazione si propone all'utenza.

b) *attività*:

- servizi all'utenza per i diritti di partecipazione;

- informazione all'utenza sugli atti amministrativi, sui responsabili, sullo svolgimento e sui tempi di conclusione dei procedimenti, e sulle modalità di erogazione dei servizi;

- ricerca ed analisi finalizzate alla conoscenza dei bisogni e proposte per il miglioramento dei rapporti con l'utenza;

- promozione e realizzazione di iniziative di comunicazione di pubblica utilità per assicurare la conoscenza di normative, strutture pubbliche e servizi erogati e l'informazione sui diritti dell'utenza nei rapporti con le amministrazioni.

c) *analisi e ricerca sull'utenza*: gli uffici sono chiamati a fare indagini sistematiche sul gradimento del servizio;

d) *comunicazione*: è previsto che gli Urp promuovano e realizzino iniziative di comunicazione di pubblica utilità con vari strumenti grafici, telematici, ecc., al fine di informare l'utenza sui diritti e sui servizi presenti.

È importante sottolineare che la normativa sopra descritta è nata e si è sviluppata essenzialmente, oltre che per garantire la piena attuazione della legge 241/90, per gli Urp delle Amministrazioni di Stato di tipo classico (i Ministeri).

Per le Asl il cambiamento fondamentale, invece, era già stato introdotto anteriormente dal d.lgs 502/92, il quale aveva trasformato le Uls, in Aziende con una propria identità specifica sia dal punto di vista giuridico sia da quello organizzativo. Probabilmente il legislatore del d.lgs 29/93 avrebbe dovuto tenere conto delle indicazioni del d.lgs 502/92 e delle specificità del settore. Questo, purtroppo non è avvenuto, rallentando inizialmente il funzionamento degli Urp.

### **2.2.5. L'ultima frontiera della comunicazione dei servizi: la legge 150/2000**

A questo punto, dopo tutto il percorso normativo effettuato, il profilo specifico dell'Ufficio relazioni per il pubblico sembra completamente definito. Col passare del tempo, ma soprattutto grazie all'impegno degli enti e degli operatori che hanno manifestato in tal senso, gli Urp «hanno attraversato l'ultimo decennio del secolo conquistando con una celerità ed un passione sconosciute sino a quel momento in ambito pubblico e acquisito un'identità personale davvero peculiare per competenze ed arre di intervento ed influenza» [Simeoni 2002: 75]. Tuttavia, dopo una prima stagione florida di nuovi e specifici apporti legislativi, non si è dimostrato altrettanto adeguato il percorso normativo. Infatti, ad eccezione di alcune modifiche intervenute sul testo dell'art. 12 del D.lgs n. 29/93 con i quali viene rimarcata la competenza degli Urp in materia di promozione delle iniziative volte al miglioramento dei servizi per il pubblico, dal 1996 in poi l'attività e l'impegno del legislatore si è orientato, in particolare verso altri aspetti non direttamente riguardanti l'area della comunicazione.

Sono gli anni della “semplificazione amministrativa”, che attraverso una serie di provvedimenti normativi, riconducibili al nome “Legge Bassanini”<sup>30</sup>, hanno ulteriormente ridefinito il percorso di costruzione di rapporto positivo e fiduciario tra la Pubblica amministrazione e i cittadini. Se da un lato si è detto che queste riforme non riguardano direttamente l'attività e l'organizzazione degli Urp,

---

<sup>30</sup> Legge 15 marzo 1997, n. 59; Legge 15 maggio 1997, n. 127; Legge 16 giugno 1998, n. 191.

è altrettanto vero che gli Urp hanno «vissuto in prima persona gli strumenti che la spinta alla semplificazione aveva consegnato agli enti pubblici: dall'autocertificazione alle disposizioni in materia di sottoscrizione e autenticazione, [...] di campagne di comunicazione e sensibilizzazione, di tutta una serie, infine, di interventi anche sull'organizzazione degli enti, dei quali gli Urp sono stati da subito protagonisti certi» [Simenoni 2002: 76].

Sono anche gli anni dell'approvazione, nel nostro Paese, della cosiddetta "Legge sulla privacy"<sup>31</sup> che ha fornito agli Urp altro materiale su cui lavorare e gestire la propria attività aggiungendosi alla già prevista funzione di tutela dell'esercizio dei diritti. Questo solo per citare alcuni degli elementi al fine di comprendere pienamente la storia e l'evoluzione degli Urp.

Siamo di fronte, quindi, ad una organizzazione fortemente articolata e polifunzionale che, spesso, si trova a gestire anche adempimenti a volte di competenza di altri uffici, ma transitati dall'Urp per peculiari ragioni logistiche e organizzative. Ciò ha contribuito a strutturare la professione dell'operatore Urp su competenze ampie ed articolate, connotate da un forte carattere di trasversalità e chiare specifiche responsabilità. Non stupisce, quindi, che «già dai primi anni di istituzione degli Urp, assieme ad un sempre alimentato dibattito sul ruolo e sulla sua identità, si sia parallelamente sviluppata una forte aspirazione ad un adeguato riconoscimento professionale, che tenesse conto delle peculiarità che questo particolare impegno richiedeva ed imponeva al personale in tal senso adibito» [Simeoni 2002: 77]. Queste esigenze sembrano aver portato alla Legge n. 150/2000 che rappresenta l'esito formale ed univoco del percorso normativo intrapreso quindici anni prima. Attraverso questa prima disciplina organica il Parlamento ha conferito nuova legittimazione ad un complesso di attività, quelle di comunicazione e di informazione, già esercitate dalle PA con consapevolezza e sempre crescente professionalità, e ha introdotto, anche in questo ambito, il principio della programmazione e pianificazione delle risorse, finanziarie e professionali. Certo, il testo finale è stato anche fortemente modificato rispetto

---

<sup>31</sup> Legge 31 dicembre 1996, n. 675 e provvedimenti conseguenti e successivi.

alle previsioni dei suoi proponenti e (è bene subito richiamare l'attenzione su questo aspetto) rinvia largamente al potere regolamentare delle diverse amministrazioni. È, quindi, da subito, e nel breve periodo, previsto per esercitare tale potere, che le amministrazioni, sia centrali sia territoriali e locali, dovranno impegnarsi a fondo per non perdere la preziosa occasione di gettare basi più solide per innovare il sistema di circolazione dei dati e delle notizie all'esterno dell'amministrazione, ma anche al loro interno e nei loro rapporti reciproci. Se la scelta politica è stata quella di ancorare questa riforma alla generale riforma dell'agire amministrativo avviata in questo decennio, così come è stata approvata, questa non è a sua volta una legge che introduce nuovi principi generali, ma piuttosto una legge che attua i principi già enunciati dalle leggi ricordate più volte in precedenza. Tuttavia, nel testo non sono citate espressamente le disposizioni (come ad esempio l'art. 1 della Legge n. 241 del 1990) che tali principi hanno introdotto, né c'è un richiamo (magari generico, esaustivo) alle norme di principio che regolano l'agire amministrativo. La forza aggiunta della nuova legge avrebbe dovuto, al contrario, risiedere nella chiarezza con cui si enuncia che l'attività di comunicazione e di informazione, quella cioè consapevolmente volta ad assicurare la circolazione dei dati e delle conoscenze di cui le amministrazioni dispongono, è l'unica in grado di dare attuazione ad un principio di pubblicità dell'agire pubblico che, in un sistema democratico, di norma deve prevalere sul principio della segretezza e/o essere limitato da quello di riservatezza (inteso nella accezione odierna). Si sceglie, invece, di citare la trasparenza, che è nozione discutibile e comunque non coincidente con il principio di pubblicità. Venendo ora al contenuto della Legge n. 150 del 2000 si osserva quanto segue [Ambrosini 2004].

La Legge ha definito, principalmente:

- aree di operatività e rispettive finalità;
- forme, strumenti e prodotti;
- strutture e necessità formative.

Le aree operative (art. 1) sono state differenziate in relazione ai destinatari della comunicazione:

- informazione veicolata ai mezzi di comunicazione di massa;
- comunicazione esterna, che individua quali destinatari i cittadini, collettività più ristrette, altri enti;
- comunicazione interna, che ha per destinatari chi opera all'interno di ciascun ente.

Le finalità (art. 1) delle attività informative e comunicative fanno riferimento agli obiettivi specifici espressi nei vari provvedimenti deliberati dalla metà degli anni Ottanta: ad esigenze eminentemente informative sono state progressivamente affiancate altre più razionali, fino a quelle che fanno riferimento alla categoria di immagine.

Come si può vedere, si tratta di finalità che per essere attuate in maniera efficace dovrebbero essere portate avanti attraverso delle strategie di comunicazione in grado di integrare le tre aree prima individuate:

- le informazioni e le comunicazioni finalizzate a far conoscere le disposizioni normative, condizione di una loro efficace applicazione;
- le informazioni e le comunicazioni di servizio che illustrano le attività delle istituzioni ed il loro funzionamento;
- le informazioni e le comunicazioni finalizzate a promuovere una conoscenza che permetta di sfruttare e attuare effettivamente l'accesso ai servizi pubblici;
- le informazioni e le comunicazioni che promuovono "conoscenze allargate e approfondite su temi di rilevante interesse pubblico e sociale", dando forma a quelli che abbiamo definito come diritti di cittadinanza;
- le informazioni e le comunicazioni in grado di favorire sia l'attivazione di "processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati, sia la conoscenza a l'avvio del percorso dei procedimenti amministrativi";

- le informazioni e le comunicazioni che sono in grado di “promuovere l’immagine delle amministrazioni, nonché quella dell’Italia, in Europa e nel mondo, conferendo conoscenze e visibilità ad eventi d’importanza locale, regionale, nazionale e internazionale”.

Per quanto riguarda, le forme e gli strumenti (art. 2) che possono essere adottati e utilizzati, si sarebbe potuto ipotizzare, dalla formulazione usata dal legislatore, che non siano più sottoposti alle imposizioni degli anni Ottanta, quando le percentuali degli investimenti da attribuire a ciascun mezzo erano definite per legge. Oggi il comma 2 dell’art. 2 della Legge 150 si limita, infatti, ad affermare la necessità che “le attività di informazione e di comunicazione siano attuate con ogni mezzo idoneo ad assicurare la necessaria diffusione di messaggi”. In realtà vedremo che, almeno per le amministrazioni dello Stato, tale interpretazione è ottimistica.

Le strutture proposte sono in stretta connessione con le aree operative individuate, quindi con i destinatari delle informazioni e comunicazioni: i mass media, da un lato, e i pubblici esterni (ad eccezione dei mass media) e interni dall’altro. Il legislatore ha così proposto tre strutture, due delle quali hanno come destinatari i mass media, pur adottando punti di vista professionali diversi. All’altra struttura è stato affidato il monopolio dei pubblici interni ed esterni nel loro ruolo di destinatari della comunicazione: il portavoce è quella figura professionale che ha un rapporto fiduciario con l’organo di vertice dell’Amministrazione Pubblica, di cui adotta il punto di vista nella sua attività di collaborazione nei rapporti di carattere politico-istituzionale con gli organi dell’informazione. Con tali espressioni si è voluta sanzionare la presenza di una figura che, proprio in virtù del rapporto fiduciario e di collaborazione con il vertice politico dell’amministrazione, sarà di aiuto nella gestione dei rapporti di carattere politico e istituzionale che l’amministrazione intrattiene con le testate informative. L’Ufficio stampa pur avendo anch’esso quali destinatari delle proprie iniziative i mezzi di comunicazione di massa, si dovrebbe differenziare dall’addetto stampa per il punto di vista adottato che, pur operando in base alle

direttive impartite dall'organo di vertice dell'amministrazione, nel curare i collegamenti con gli organi d'informazione deve assicurare il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire nelle materie di interesse dell'amministrazione. Il personale di questi Uffici stampa – che deve essere iscritto all'Albo nazionale dei giornalisti – si dovrebbe caratterizzare, rispetto all'addetto stampa, per un ruolo in qualche maniera meno politico-istituzionale e più amministrativo e di servizio. Si tratta infatti di un personale che dovrebbe trovare ed affermare, nella quotidianità della propria attività, un'autonomia professionale rispetto al vertice dell'amministrazione che si concretizzerebbe – sostiene la legge – nella tempestività, chiarezza e trasparenza dell'informazione. Non è facile definire, all'interno di una legge, in che cosa si deve manifestare una forma di pratica professionale che dovrebbe garantire a chi la professa un'autonomia nei confronti di un'eventuale ingerenza del proprio datore di lavoro, e il ricorso alla tempestività, chiarezza e trasparenza mostra tutta la fragilità della soluzione proposta [Ambrosini 2004]. La differenza che la legge presuppone tra il punto di vista adottato dal portavoce e quello assunto da chi opera nell'Ufficio stampa è riscontrabile da un punto di vista astratto, mentre non sarà facile da mantenere, sempre e in relazione a qualsiasi tema, nella pratica dei rapporti quotidiani con i mezzi di comunicazione di massa. L'iscrizione all'Albo nazionale dei giornalisti, imposta per legge, non pare costituire quell'argine così possente di garanzia per chi vorrà, eventualmente, affermare nell'attività dell'Ufficio stampa una propria autonomia professionale rispetto alle altrettanto eventuali pressioni del vertice amministrativo. L'Urp e strutture analoghe, quali gli Sportelli per il cittadino, gli Sportelli unici della PA, gli Sportelli polifunzionali e gli Sportelli per le imprese sono individuati come le strutture nelle quali si dovranno realizzare le “attività di comunicazione”. Un'attenzione particolare è dedicata agli Urp, che occupano l'intero articolo 8, di cui si afferma che le PA dovranno provvedere alla ridefinizione nei compiti e alla riorganizzazione secondo precisi criteri che rendano tali uffici in grado di assolvere i compiti che questa legge affida loro. I criteri previsti dal legislatore,

che allargano e specificano più puntualmente gli ambiti di intervento e le finalità degli Urp, sono stati così definiti:

- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla Legge n. 241/1990 e successive modificazioni;
- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative e l'informazione sulle strutture e sui compiti delle amministrazioni medesime;
- promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica e coordinare le reti civiche;
- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica
- della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;
- garantire la reciproca informazione fra l'Urp e le altre strutture operanti nell'amministrazione, nonché fra gli Urp delle varie amministrazioni.

Come si può verificare, esiste una forte sovrapposizione tra questi criteri e le finalità che la stessa legge ha attribuito alle attività di informazione e di comunicazione, con la parziale eccezione di quelle volte a promuovere i diritti di cittadinanza e l'immagine dell'ente.

Anzi, nell'elencazione delle caratteristiche si è voluto sottolineare finalità rimaste in precedenza implicite, quali quelle dell'ascolto dei cittadini, della verifica della qualità e del gradimento dei servizi, della promozione dell'adozione di sistemi di interconnessione telematici. Finalità tutte, in astratto, attribuibili agli Urp, ma che si dovranno confrontare con problemi sia di accettazione e condivisione da parte della struttura interna che di organici e di formazione.

Attualmente i compiti e le funzioni dell'Urp, alla luce del combinato disposto degli articoli 11 del DL.vo 165/2001 (che ha sostituito l'art. 12 del DL.vo 29/1993) e 8 della Legge 150/2000, possono essere così riferiti a quattro ambiti principali:

- quello delle prestazioni che devono garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e partecipazione e devono agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- quello organizzativo per la promozione di sistemi di interconnessione telematica, il coordinamento delle reti civiche e per garantire la reciproca informazione tra l'Urp e le altre strutture operanti nell'amministrazione, nonché tra gli Urp delle varie amministrazioni;
- quello di ascolto per attuare processi di verifica della qualità dei servizi resi e di gradimento degli stessi da parte dell'utenza, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna;
- quello propositivo nei confronti delle strutture dell'amministrazione di appartenenza.

Quello presentato nella Legge 150/2000 è sicuramente un Urp più maturo, più consapevole delle proprie funzioni, ma anche delle enormi potenzialità, quello che, rispetto alla definizione del 1993 - ormai lontana nel tempo e nella cultura specifica della comunicazione pubblica -, emerge in questa nuova formula legislativa.

Accanto alla sedimentata attività attuativa della legge 241/90, l'Ufficio relazioni per il pubblico acquista, qui, anche nel lessico che ne identifica le funzioni, un tono sicuramente più attuale, moderno, al passo con i cambiamenti che sono intervenuti e tuttora intervengono nella società civile [Simenoni 2002].

Esso infatti, cui ora la legge espressamente dedica tutta l'attività di un organismo ben preciso, non va più soltanto informato sullo "stato degli atti e dei procedimenti", ma diviene un target specifico quale:

- illustrare a tutto tondo le strutture ed i compiti delle amministrazioni pubbliche e le norme che ne regolano l'attività;
- garantire l'agevole utilizzazione dei servizi offerti;
- consentire l'approccio alle amministrazioni anche attraverso i più moderni strumenti di interconnessione telematica;

- dedicare un ascolto attivo ai fini della verifica della qualità dei servizi e della rilevazione del loro gradimento.

Agli Urp spettano, dunque, ad esempio i nuovi importanti compiti di promozione dell'adozione di sistemi di interconnessione telematica e di promozione delle reti civiche e di garantire soddisfacenti flussi informativi non soltanto esterni (fra diverse amministrazioni), ma anche interni (fra le diverse strutture operanti nella medesima amministrazione), alla cui attuazione è ora riconosciuto un intrinseco valore.

«Ancora una volta, dunque, è agli Urp che spetta il ruolo di “forza promotrice” del miglioramento continuo delle amministrazioni pubbliche stesse in genere e del loro rapporto con le società in particolare» [Simeoni 2002: 83].

### **2.3. Gli Urp in sanità: quale normativa di riferimento?**

Gli Uffici relazioni con il pubblico nelle aziende sanitarie nascono dall'intersezione di due fondamentali processi di riforma tra loro strettamente correlati, ma allo stesso tempo dipendenti:

- la razionalizzazione e riorganizzazione del Sistema sanitario nazionale;
- la riforma della Pubblica amministrazione da cui derivano anche gli Uffici per le relazioni con il pubblico

Ovviamente, il processo di riassetto del Servizio sanitario è parte del più grande processo di riforma della Pubblica amministrazione in atto, in Italia, dagli inizi degli anni '90. Gli Urp nelle aziende sanitarie nascono, dunque, come il risultato di entrambi i processi [Attolini et al 2003]. Infatti, lo spirito innovatore portato dalla riforma della pubblica amministrazione non può lasciare indifferente il settore sanitario, al punto di indurre il legislatore ad introdurre significativi apporti in tal senso anche in questa materia.

### **2.3.1. Il d.lgs 502/92: le basi per la costituzione degli Urp in sanità**

Il primo fondamentale riferimento legislativo per la nascita e lo sviluppo degli Urp in sanità è il **d.lgs n. 502/92**. In questo decreto non si fa riferimento esplicito a queste strutture, tuttavia, introducendo principi nuovi ed innovativi, rappresenta la base per la futura costituzione e implementazione degli Urp all'interno delle aziende sanitarie. Vediamone le peculiarità principali nel dettaglio.

1. *decentramento*: il Governo mantiene un ruolo fondamentale nel finanziamento del sistema e nella definizione dei criteri per garantire un'accessibilità uniforme dei servizi sanitari a tutto il Paese<sup>32</sup>. La raccolta delle risorse finanziarie per il Ssn resta di responsabilità nazionale e ogni Regione continua a ricevere fondi in base alla propria popolazione residente. Alle Regioni vengono date nuove responsabilità e più facoltà. Il decentramento

---

<sup>32</sup> Secondo l'art. 1 del d.lgs. n. 502/92: «La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale [...]».

favorisce la gestione dei servizi, sollevandone il carico allo Stato centrale e ripartendolo tra le molteplicità delle Regioni, molto più vicine e sensibili alle necessità dell'utenza. Esso serve a responsabilizzare maggiormente i poteri pubblici regionali, non tanto nei confronti dell'amministrazione centrale, come era stato fino a quel momento, ma verso quei cittadini nei confronti dei quali le Regioni devono rispondere dei risultati ottenuti e delle eventuali responsabilità in caso di disavanzo di gestione. Alle Regioni viene attribuita la responsabilità finanziaria<sup>33</sup> e in caso di deficit dovranno rispondere attraverso l'impiego di proprie risorse. Fermo resta che a livello nazionale vengono definiti i livelli uniformi di assistenza che devono essere distribuiti in modo equo in tutto il Paese, ma alle Regioni spetta il compito di garantirli e organizzarli. In teoria, le Regioni hanno la disponibilità di erogare livelli assistenziali superiori a quelli uniformi nazionali, ma devono finanziarli in modo autonomo, visto che gli è stata concessa un moderato grado di autonomia locale, grazie alle quale hanno la possibilità di aumentare le tasse locali e i contributi di assistenza sanitaria obbligatoria, attraverso l'introduzione dei ticket. Alle Regioni spetta, inoltre il compito, di ridefinire la distribuzione territoriale delle Usl<sup>34</sup>, di norma su base provinciale, e a disciplinare le loro struttura organizzativa, i sistemi contabili e l'introduzione e lo sviluppo di strumenti manageriali. Le 659 Usl, istituite dalla normativa precedente al 1992, sono state accorpate per formare 197 Aziende Sanitarie Locali (Asl) a cui si devono aggiungere le 95 Aziende Ospedaliere. Il decreto legislativo del 1992 ha eliminato quasi completamente il livello comunale del Ssn, collocando le Asl e le aziende ospedaliere direttamente sotto il controllo delle regioni, tanto che entrambi questi enti possono essere oggi definiti come "aziende pubbliche" [Longo 1999: 31] regionali.

---

<sup>33</sup> Secondo l'art. 2 del d.lgs. n. 502/92: «Spettano in particolare alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere [...] ».

<sup>34</sup> Secondo l'art. 3 del d.lgs. n. 502/92: «Le regioni disciplinano nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali [...] ».

2. *aziendalizzazione*: con il riordino del Ssn, le Usl e gli ospedali autonomizzati sono stati trasformati in Aziende di diritto pubblico [Longo 1999: 32]. Con questo termine si fa riferimento alla necessità di caratterizzare le organizzazioni con qualità di efficienza e di efficacia relativamente all'attività svolta, come accade per le realtà aziendali che producono beni e servizi di altra natura. La necessità di introdurre modalità organizzative di natura aziendale nasce da uno sperpero generalizzato nelle organizzazioni complesse come quelle sanitarie, strutturate per adempiere ad una vasta gamma di funzioni e di servizi. Alle aziende si richiede un impegno volto alla produttività nel senso di uno sfruttamento ottimale delle risorse attribuite, nel rispetto di precisi parametri di qualità. Gli interventi concreti, per realizzare i principi ispiratori della riforma, cominciano con l'eliminazione del comitato di gestione che realizzava una conduzione troppo orientata al consenso politico generale. Prende il suo posto il direttore generale, nominato dalla regione per un periodo di cinque anni, che viene a rappresentare l'organo monocratico di governo dell'azienda e quindi, l'assomma di tutti i poteri di gestione e la rappresentanza dell'Usl. A questa figura spetta inoltre il potere di nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo e, dove previsto, del direttore dei servizi socio-sanitari. Tutti i nuovi dirigenti vengono selezionati attraverso un meccanismo di nomina che concede ampi margini di discrezionalità al direttore generale, regolati da contratti di tipo determinato rinnovabili, per i quali la singola azienda può provvedere la distribuzione di incentivi personalizzati. Tutto ciò dovrebbe avere il risultato di introdurre una nuova logica di selezione, di turn-over, e sollecitare lo sviluppo di una nuova mentalità lavorativa.

3. *competizione*: il ripensamento fra funzione di tutela e di produzione e di erogazione di prestazioni sanitarie ha inevitabilmente portato alla constatazione dell'inidoneità dei sistemi sanitari pubblici, i quali richiedevano un aumento dei livelli di efficienza e di efficacia attraverso l'introduzione di

logiche di mercato e di un nuovo scenario istituzionale dove i fornitori pubblici e privati competono per i pazienti e per le risorse.

La legge 502/92 legittima il settore privato di nuove potenzialità, infatti, quest'ultimo viene pienamente riconosciuto come elemento facente parte dell'insieme degli erogatori del Ssn, garantendo agli utenti la piena facoltà di scegliere tra strutture pubbliche e quelle private. Le strutture private, quindi, non risultano più solo convenzionate con il Ssn per un certo numero di posti letto o prestazioni, ma sono "accreditate" per la propria intera capacità produttiva, ovviamente nel rispetto, a cui provvede le Regioni, dei necessari requisiti infrastrutturali ed assistenziali. Questi nuovi rapporti fra pubblico e privato, generano forme di competizione fra i soggetti erogatori che portano verso forme di mercato misto nel Servizio Sanitario Nazionale nel quale si concorre per fornire servizi committenti.

Oltre alla rilevanza degli innovativi principi ispiratori introdotti dal decreto, è l'art. 14 – *Diritti dei cittadini* –, tratto dal Titolo V – *Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini* – che per la prima volta, ha aperto varie vie alla partecipazione di cittadini nelle strutture sanitarie la cui tutela si basa su due meccanismi.

Il primo viene messo in atto dall'Azienda ed è rappresentato dal *sistema degli indicatori*<sup>35</sup>:

- la personalizzazione dell'assistenza e l'umanizzazione dell'assistenza;
- il diritto all'informazione;
- le prestazioni alberghiere;
- le attività di prevenzione.

Le Regioni, da parte loro, devono adottare tale sistema per comprovarne lo stato di attuazione dei diritti dei cittadini, ed, in ultimo, l'Azienda si deve impegnare a fissare specifici standard per le sue prestazioni e, almeno una volta l'anno, il Direttore generale della Asl o Azienda Ospedaliera deve convocare una conferenza dei servizi allo scopo di verificarne, tramite la

---

<sup>35</sup> D.lgs. n. 502/92, Titolo V, art. 14, com. 4.

rilevazione sugli indicatori, l'andamento dei servizi e, quindi, mettere in atto meccanismi che vadano a migliorare le prestazioni [Attolini et al 2003]. Con il decreto del 15 novembre 1996 sono stati individuati ben 79 indicatori riferiti alle quattro caratteristiche delle prestazioni e ai sei macro-livelli di assistenza. All'interno delle serie degli indicatori sul diritto all'informazione sono stato previsti anche due indicatori che si riferiscono agli Urp: uno fa riferimento all'esistenza dell'Urp all'interno della struttura sanitaria, mentre l'altro si riferisce agli orari di apertura giornalieri dell'Urp. La presenza di tali indicatori manifestano la chiara importanza che la presenza dell'Urp assume come elemento di qualità delle prestazioni.

Il secondo meccanismo di tutela del cittadino, previsto dall'art. 14 del D.lgs. 502/92, viene, invece, attivato dal cittadino nel momento in cui presenta osservazioni, opposizioni, denunce o reclami<sup>36</sup> al fine di tutelarsi da comportamenti che ritenga lesivi dei suoi diritti. Il Direttore sanitario ha l'obbligo di favorire la rimozione degli eventuali disservizi che influenzino l'assistenza.

In sostanza, così come anticipato sopra non si è ancora di fronte all'istituzione formale degli Urp in sanità, anche se i principi ispiratori della legge manifestano la necessità di implementare la partecipazione dei cittadini ai fini di un miglioramento della qualità del servizio.

### **2.3.2. Dpcm 10/05/95: le peculiarità degli Urp in sanità**

---

<sup>36</sup> D.lgs. n. 502/92, Titolo V, art. 14, com. 5.

Oltre al d.lgs 502/92, che sancisce la necessità e l'esigenza dell'istituzione degli Urp in sanità, è con il **Dpcm 10/05/95** "*Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari*" che si stabilisce in modo articolato e preciso funzioni e specificità degli Urp in sanità.

In attuazione della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, che individua i principi fondamentali a cui devono ispirarsi i servizi pubblici, ogni Uls, così come sancito dall'art. 14 del Decreto Legislativo 502/92, deve garantire agli utenti le seguenti funzioni:

- 1) *Informazione*
- 2) *Accoglienza*
- 3) *Tutela*
- 4) *Partecipazione*

Tali funzioni sono assicurate tramite l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp) di cui all'art. 12 del decreto legislativo 29/93 ed alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994. L'organizzazione dell'Urp è definita a livello locale nel rispetto della legislazione regionale e tenuto conto delle esperienze maturate con le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti degli utenti.

L'Urp, dovendo rapportarsi con tutta la struttura di riferimento, è collocato a livello di staff della Direzione Asl. L'attività dell'ufficio è rivolta all'esterno (informazione all'utenza) ed all'interno della struttura (ricezione ed istruttoria della domanda, trasmissione della domanda ai servizi) per la valutazione dell'efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

Vediamole nel dettaglio.

La funzione relativa all'*informazione*, in armonia con il principio di partecipazione, deve sviluppare in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e relative modalità di accesso e sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e partecipazione.

Per facilitare l'accesso alle prestazioni e garantire l'attuazione del principio di uguaglianza e di imparzialità, l'Urp deve promuovere l'apertura di "punti

informazione” dislocati nei presidi di maggior afflusso dell’utenza. Funzione principale dei “punti informazione” è quella di fornire le informazioni di primo livello, (dove devo rivolgermi per..., in quali orari, quali documenti sono necessari, ecc.). Il Dpcm prevede che i “punti informazione” dovranno essere ubicati in locali facilmente accessibili e ben individuabili (segnaletica di facile leggibilità, realizzata con semplicità di linguaggio e protetta da eventuali manomissioni), in assenza di barriere architettoniche, riservando particolare cura agli aspetti estetici ed al comfort (arredamento, accoglienza, ecc.). Saranno dotati di spazi tali da garantire al contempo la riservatezza delle richieste dei cittadini e l’attività di redazione e di supporto.

È previsto, inoltre, che gli Urp ed i “punti informazione”, per garantire la qualità e l’efficienza del servizio erogato, devono utilizzare personale con approfondita conoscenza dell’amministrazione di appartenenza, adeguatamente formato sui temi della comunicazione, delle dinamiche relazionali, della conoscenza e gestione delle informazioni e devono essere dotati di idonei strumenti di raccolta e consultazione (banche dati informatizzate).

Gli URP devono promuovere, inoltre, la realizzazione di materiale informativo e divulgativo (depliant, opuscoli, guide). Particolare attenzione dovrà essere assicurata anche al monitoraggio della domanda dei cittadini ed alla rilevazione del gradimento dei servizi per mantenere costantemente adeguato il livello qualitativo della prestazione erogata. I risultati di tali attività dovranno essere portati, periodicamente, a conoscenza della cittadinanza, quale momento di attuazione del principio di trasparenza e partecipazione. Inoltre, i cittadini dovranno essere messi in grado di avere le informazioni anche telefonicamente e l’orario di apertura dell’Urp, di norma, dovrà essere assicurato per la durata di 12 ore. In sede di formazione ed addestramento del personale assegnato agli Urp ed ai “punti informazione”, le Usl potranno avvalersi della collaborazione degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei Cittadini. Al fine di consentire l’attività degli Urp nel settore dei diritti di accesso e partecipazione ai procedimenti amministrativi di cui alla l. 241/90, le Usl devono provvedere alla

ricognizione, al censimento e alla semplificazione dei procedimenti posti in essere tramite l'adozione dell'apposito Regolamento interno, adottando, ove possibile, procedure informatizzate che garantiscano certezza e rapidità di consultazione.

La funzione relativa all'informazione sull'*accesso alle prestazioni e alle modalità di erogazione* si arricchisce, in ambito ospedaliero, della funzione di "accoglienza" per garantire anche in questa sede la massima applicazione dei principi ispiratori della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dell'art. 14, commi 1 e 4, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni. Per assolvere questa funzione il Dpcm prevede che deve essere individuato personale qualificato che operi all'interno della Direzione Sanitaria (personale infermieristico) in grado di:

- instaurare una relazione con i cittadini tale da limitare i suoi disagi e da metterlo in grado di esprimere i propri bisogni;
- accompagnare personalmente gli utenti;
- collaborare con le Associazioni del Volontariato;
- curare l'accoglienza dei cittadini, soprattutto per quanto attiene i ricoveri improvvisi, aiutandolo a risolvere i problemi inerenti i servizi erogati all'interno della struttura;
- educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei Servizi Sanitari;
- ascoltare e comprendere le aspettative ed i bisogni degli utenti.

L'Urp e le sue articolazioni devono provvedere, inoltre, a favorire la raccolta di segnalazioni e a curare la definizione dei reclami di immediata risoluzione.

In merito alla funzione relativa alla tutela dei cittadini il Dpcm prevede che venga assolta attraverso i seguenti strumenti:

a) Ufficio Relazioni con il Pubblico (ed eventuali sue articolazioni) che, nell'ambito del contatto diretto con il pubblico, attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e riceve i reclami e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla Direzione delle USL per la decisione nel merito.

b) Commissione Mista Conciliativa, per lo studio congiunto, con gli organismi di volontariato e di tutela, delle problematiche sollevate dal reclamo.

c) Regolamento per l'individuazione delle procedure di accoglimento e definizione del reclamo.

d) Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

Inoltre, il Dpcm 10/05/95 stabilisce *le funzioni* che deve attivare l'Ufficio relazioni con il pubblico:

1) ricevere le osservazioni, le opposizioni o i reclami in qualunque forma presentati dai soggetti individuati al comma quinto dell'art. 14 del Decreto Legislativo 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni;

2) provvedere, su delega del Legale Rappresentante, a dare immediata risposta all'utente per le segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione;

3) predisporre l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dai Responsabili delle Unità Operative e dagli uffici interessati e fornisce parere al Legale Rappresentante dell'ente per la definizione di quei reclami che non si prestano all'immediata e rapida definizione;

4) convocare la Commissione Mista Conciliativa per le segnalazioni di disservizio ad esso pervenute per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli Organismi di tutela;

5) attivare la procedura di riesame del reclamo innanzi a l Difensore Civico (Regionale, comunale o consortile) o presso altra figura "super partes", qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza;

6) predisporre la lettera di risposta all'utente, sottoscritta dal Legale Rappresentante dell'ente;

7) informare il Comitato Permanente di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio.

In merito ai principi di trasparenza e di partecipazione<sup>37</sup> è previsto che ogni Azienda deve attivare un sistema di iniziative atte a favorire l'interazione tra Ente pubblico erogatore di servizi e i cittadini. In tale ambito, l'Asl deve assolvere a quanto disciplinato in materia di partecipazione<sup>38</sup> per favorire all'interno della propria struttura organizzativa la presenza e l'attività degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei cittadini.

La funzione della partecipazione deve essere realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso, anche attraverso le seguenti modalità:

- concessione di spazi, preventivamente individuati, che consentano agli organismi del volontariato di poter partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e programmazione dell'attività propria dell'Ente erogatore;
- predisposizione di progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- rilevazione del gradimento, da parte dei cittadini della prestazione sanitaria (controllo di qualità). Ogni Azienda deve provvedere a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle Associazioni di Volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi. La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli standards indicati dalle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti significative (Leggi Regionali sui diritti dei cittadini, Carte dei diritti del cittadino malato, ecc.) dovrà prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e il comfort offerto. Il controllo di qualità, inoltre, dovrà essere effettuato sia

---

<sup>37</sup> Sui principi di trasparenza e partecipazione si fa riferimento alla legge 241/90, ribaditi in seguito con la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

<sup>38</sup> D.lgs 502/92 , art. 14, comma 7 e successive modificazioni,

in fase di prenotazione ed erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale). La qualità del servizio erogato dovrà, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione (griglie e questionari), anche mediante gruppi di monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei fatti osservati, documentati o riferiti. L'andamento dei servizi, quale conseguenza della rilevazione, sarà periodicamente oggetto di studio da parte della Conferenza dei Servizi che in ogni Usl verrà appositamente convocata dal Direttore Generale e, in mancanza, dalla Regione. Ogni Usl avrà cura di pubblicizzare le risultanze delle rilevazioni effettuate;

- attivazione della Commissione Mista Conciliativa per l'esame congiunto da parte della Uls e del Volontariato delle circostanze che hanno determinato il disservizio.

### 3. Funzioni e modelli organizzativi degli Urp in sanità

L'ampia dissertazione normativa ha permesso di inquadrare la nascita e lo sviluppo degli Urp. È possibile, quindi, delineare un quadro complessivo relativo ai compiti dell'Urp.

Rovinetti [2000] propone una suddivisione in sei aree di intervento:

1. *Nuovi diritti*: riguardano l'attuazione e il controllo e la verifica delle procedure per garantire la partecipazione dei cittadini al procedimento amministrativo, l'accesso agli atti amministrativi, la trasparenza degli iter e delle decisioni, la semplificazione delle procedure;
2. *Relazioni esterne*: fanno riferimento alle occasioni di contatto con i cittadini sia al front-office (accoglienza, richieste, istanze, erogazione e prestazioni di servizi) che nei momenti di rappresentazione delle comunicazioni istituzionali (informazione, eventi). In questa prospettiva vanno ricercati rapporti con i partners istituzionali pubblici e privati, per creare reti di comunicazioni fruibili dai cittadini;
3. *Relazioni interne*: interessano le diverse attività di comunicazione destinate a sviluppare l'interattività e la collaborazione tra i vari uffici dell'ente. Hanno il compito di tutelare i diritti degli operatori alla circolarità delle informazioni, promuovendo il loro dovere a rendere disponibili e diffuse le informazioni utili al miglioramento dell'organizzazione del lavoro, a controllare la qualità delle informazioni verso l'esterno e gli standard di qualità dei servizi;
4. *Ascolto e customer satisfaction*: prevede il ricorso a una serie di strumenti e di tecniche per creare un rapporto dialettico e proficuo tra chi eroga e chi fruisce dei servizi pubblici. Lo studio e la conoscenza delle esigenze dei cittadini sono indispensabili per valutare le differenze tra il servizio erogato e quello atteso. Le informazioni così raccolte

vanno poi trasformate in azioni mirate al miglioramento dell'offerta. Questo deve avvenire attraverso una collaborazione che l'Urp attiva e garantisce tra i singoli settori erogatori dei servizi oggetto di verifica;

5. *Comunicazione istituzionale*: si riferisce all'esigenza di comunicare e informare, attivando un rapporto diretto con il proprio pubblico senza la mediazione degli organi di informazione. Si tratta di una comunicazione dinamica e bi-direzionale capace di stabilire un dialogo con il cittadino, il Terzo settore e altri enti per migliorare la qualità della presenza e dell'azione amministrativa;
6. *Rapporti con i mass-media*: ambito di attività diverse da quelle svolte dall'ufficio stampa che, a volte, possono essere complementari e sinergiche, veicolando messaggi con/di qualità non assimilabili.

Tali specificità funzionali e organizzative si ritrovano ampiamente anche nell'Urp in sanità per il quale, come si è visto, la Dpcm 10/05/1995, prevede le seguenti peculiarità:

- *Informazione*: si fa riferimento alle prestazioni sanitarie, alle modalità di accesso e alle procedure di attuazione del diritto di partecipazione e di accesso agli atti amministrativi. In tale prospettiva, essa deve essere esauriente ed esaustiva. L'Urp, pertanto deve promuovere l'apertura di punti informativi dislocati nei presidi di maggiore afflusso. Essi devono essere facilmente accessibili e individuabili attraverso la segnaletica. Tutto il personale deve avere una approfondita conoscenza dell'amministrazione e deve avere a disposizione strumenti di raccolta e consultazione delle informazioni. Infine, l'Urp deve promuovere la realizzazione di materiale informativo e divulgativo e l'attività di monitoraggio della domanda e rileva il gradimento dei servizi.
- *Accoglienza*: l'Urp deve creare un rapporto cordiale con l'utente in modo da diminuire le sue difficoltà e i suoi disagi (instaurare una relazione

- positiva, accompagnare personalmente l'utente, collaborare con le associazioni di volontariato, educare all'uso corretto dei servizi, ecc)
- *Tutela*: l'Urp si occupa di attivare iniziative per superare eventuali disservizi e, quindi, di ricevere reclami in modo da individuare comportamenti e modalità poco corretti e lesivi nei confronti del cittadino.
  - *Partecipazione*: prevede la stesura della Carta dei Servizi, i progetti di educazione ed prevenzione della salute e la rilevazione della qualità percepita da parte dell'utenza.

Accanto e di conseguenza a tali funzioni si può affermare che l'Urp può giocare un ruolo rilevante in merito a:

1. *Miglioramento della qualità*: lo strumento per favorire il miglioramento continuo della qualità è il sistema di gestione per la qualità, che deve essere esplicito, coordinato, condiviso, diffuso e sostenuto da tutti, rappresentando la somma del lavoro quotidiano di ciascuno. Il miglioramento continuo della qualità è una sfida alla quale le aziende sanitarie non possono sottrarsi. La qualità di una azienda sanitaria corrisponde alla capacità di soddisfare le legittime esigenze e le aspettative di tutte le parti interessate: tra queste, troviamo non solo i pazienti e le altre persone che ricevono prestazioni e servizi (i clienti), ma anche i finanziatori dell'azienda stessa (le Regioni e le Province Autonome), i dipendenti, i partner strategici (i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati e le strutture convenzionate), i fornitori di beni e servizi e la comunità più in generale. Inoltre, anche le attività amministrative possono essere viste come sequenze più o meno lunghe di scambi tra fornitori e clienti. L'obiettivo reale è quindi di conciliare le legittime esigenze e aspettative di tutte le parti interessate, garantendo comunque ai cittadini l'erogazione di prestazioni clinicamente appropriate ed efficaci.

Per rendere sistematico il miglioramento continuo della qualità è necessario progettare, realizzare, mantenere, documentare e riesaminare

periodicamente un sistema aziendale di gestione per la qualità. Tale sistema va inteso come un insieme coordinato, esplicito e diffuso di comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi e risorse che consente di far funzionare l'azienda in modo da soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate. Le esigenze e le aspettative che un'azienda sanitaria è chiamata a soddisfare sono numerose, alcune implicite e altre esplicite. Tra quelle di competenza dell'URP, ricordo, ad esempio: l'efficacia sul campo, l'equità nell'erogazione del servizio, la puntualità, l'accessibilità; la sicurezza, la riservatezza e il rispetto della dignità personale.

2. *Misurazione e analisi della qualità percepita* dai cittadini: uno dei ruoli chiave dell'Urp si gioca nella misurazione e valutazione dell'effetto degli interventi di riorganizzazione aziendale sulla clientela. Occorre:

- definire gli indicatori e i relativi standard per valutare i processi;
- misurare e monitorare nel tempo i servizi erogati, i relativi processi e i risultati ottenuti;
- allineare tra di loro le informazioni generate dalle direzioni e dalle unità operative, dal servizio sistemi informativi, dal controllo di gestione, dal servizio rapporti con il pubblico, dal servizio prevenzione e protezione, dal sistema qualità, dall'osservatorio epidemiologico;
- definire il debito informativo necessario per la gestione operativa e per la gestione strategica;
- sviluppare un sistema aziendale di report in grado di soddisfare tali debiti informativi.

Bisogna poi predisporre gli elementi che consentano di misurare la soddisfazione e l'insoddisfazione delle aspettative e delle esigenze delle parti interessate (per esempio efficacia, efficienza, equità, trasparenza, accessibilità, accettabilità, appropriatezza, sicurezza, ecc.) e orientare il sistema aziendale di report alla valutazione della soddisfazione delle parti interessate rispetto alle

tre dimensioni della qualità (professionale, organizzativa e relazionale) per innescare il circolo virtuoso del miglioramento continuo.

È necessario:

- realizzare specifiche indagini di soddisfazione con le diverse parti interessate (per esempio questionari, interviste e incontri con gli utenti, le associazioni di volontariato, i medici di medicina generale e gli altri professionisti convenzionati, i dipendenti, i fornitori strategici di beni e servizi, ecc.);
- raccogliere attivamente i reclami, i suggerimenti e le osservazioni dei cittadini e delle altre parti interessate (tramite i dirigenti, le associazioni di volontariato e di tutela, il servizio rapporti con il pubblico e i suoi collegamenti funzionali);
- stabilire una alleanza con il mandante, con l'ordine dei medici, il collegio degli infermieri e altri ordini e collegi professionali per valutare insieme le segnalazioni che giungono a loro e che riguardano l'attività dell'azienda sanitaria;
- valorizzare la commissione mista conciliativa per la composizione delle divergenze con gli utenti.

3. *Integrazione* con la propria comunità di riferimento: la promozione della salute deve essere rivolta non solo ai singoli individui ma anche alle comunità nel loro complesso, in modo da valorizzare l'aspetto comunitario della tutela della salute. Un'esperienza esemplificativa è la rete dei gruppi di auto e mutuo aiuto sviluppata in questi anni nelle nostre comunità in risposta ai problemi legati al consumo di alcool. L'approccio seguito non solo ha consentito a moltissime persone di recuperare un'esistenza serena, ma ha portato altrettante famiglie ad acquisire atteggiamenti, competenze e comportamenti nuovi nei confronti dell'alcool; ha inoltre favorito il radicamento nelle singole realtà locali di moltissimi gruppi che hanno pubblicamente assunto nei confronti dell'alcool un atteggiamento

diverso, contribuendo a modificare la percezione comunitaria dei problemi alcool correlati e facendo venire allo scoperto anche situazioni di disagio non ancora conclamato. Particolare degno di nota è che questa azione di rinforzo dei singoli e della comunità è il risultato di un'azione sinergica tra i pazienti e le loro famiglie, i professionisti, il volontariato, il mondo produttivo, la nostra azienda e altre istituzioni non sanitarie.

Altri momenti in cui l'azienda sanitaria può avere un ruolo nel rinforzare l'azione della comunità a favore della salute possono essere quelli legati alle iniziative di inserimento nella comunità dei portatori di handicap e dei malati psichici, supportando un processo comunitario di presa in carico che accolga le singole diversità e che, nel contempo, favorisca la coesione sociale, la cooperazione e il mutuo aiuto della comunità nel suo complesso.

È importante coinvolgere la società:

- concordando con le figure rappresentative delle comunità locali gli obiettivi e le azioni dei programmi di promozione della salute;
- collaborando con le associazioni di volontariato, e in particolare con quelle di auto-mutuo aiuto, nello sviluppo delle iniziative di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute;
- facendo conoscere ai cittadini gli obiettivi, le attività e i risultati ottenuti dalle iniziative di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute;
- diffondendo informazioni alla cittadinanza sullo stato di salute della popolazione e sui temi percepiti come rilevanti (vaccinazioni, rischi ambientali, ecc.).

In relazione a tali specificità funzionali l'Urp assume connotazioni di volta in volta differenti a seconda del soggetto quale entra in relazione. Si può per questo distinguere [Catena 2002]:

- *Urp come attivatore della rete di relazione con i cittadini*: la nascita e lo sviluppo degli Urp ha rappresentato in molti casi un vero punto di

svolta per l'organizzazione sanitaria. Il cittadino in questa struttura ha trovato un interlocutore che prende in carico le sue necessità informative i suoi problemi dove le istanze di cui è portatore vengono formulate attraverso richieste, reclami, esposti, accesso ai documenti, ecc... L'unità di analisi è quindi la relazione che intercorre tra gli operatori dell'ufficio e i soggetti terzi (sia cittadini sia altre organizzazioni). Secondo un punto di vista della teoria delle organizzazioni che tiene conto dei processi di attivazione, possiamo sostenere che è stato proprio l'Urp ad attivare un nuovo ambiente per l'organizzazione, entità costituita dalla rete di relazioni con i cittadini [Weick 1988].

- *Urp come nodo intelligente nella rete di relazioni interne ed esterne:* lo sviluppo delle attività degli Urp ha permesso di mettere a confronto operatori con competenze molto diverse fra loro. Il grado di successo di questo confronto è stato raggiunto nel momento in cui si sono prodotti documenti rilevanti come la Carta dei Servizi, ma si sono trovate anche modalità per definire percorsi di salute o di verifica delle prestazioni socio-sanitarie. In sostanza, l'Urp si è dimostrato una sorta di *integrator*, ovvero un soggetto capace di mettere facilmente in comunicazione attori con competenze diverse, attraverso una propria capacità di parlare più lingue organizzative allo stesso tempo. Oltre a svolgere un'importante funzione di raccordo delle peculiarità interne alla struttura sanitaria, l'Urp gioca un ruolo una fondamentale anche verso l'esterno. Infatti, attraverso l'utilizzo di siti *web*, *news letter*, *house organ*, è in grado di gestire rapporti diretti con gli altri soggetti significativi, esterni all'organizzazione sanitaria, come scuole, centri di formazione, associazioni di rappresentanza di professionisti, ecc.. [Venturini 2005].
- *Urp come sensore organizzativo:* fra le tante specificità dell'Urp, in merito al livello della posizione organizzativa si può definire una

struttura posta al confine fra interno ed esterno, una sorta di interfaccia fra l'istituzione e i cittadini. Tale peculiarità lo rende particolarmente sensibile alla lettura e alla codifica dell'ambiente circostante, questo lo rende un sensibile meccanismo di percezione. Esso può portare un insieme di soluzioni nuove e superiori di un sistema rigido e costruire spazi per l'autodeterminazione degli attori organizzativi e i soggetti esterni partecipanti [Catena 2002]. Essendo, quindi, possibile ottenere in questo modo un sensibile meccanismo di percezione organizzativa dell'Urp, attraverso l'ambiente di relazione, pone le basi per l'identificazione e lo sviluppo dell'interazione con i soggetti sia singoli sia associati. Rispetto ai cittadini abbiamo già accennato alle possibilità di effettuare indagini sul gradimento del servizio al fine di avere una maggiore conoscenza delle caratteristiche della popolazione che si rivolge ai servizi e della valutazione del servizio erogato. Per le organizzazioni esterne all'azienda sanitaria il problema della lettura dei bisogni assume una connotazione molto diversa e complessa, legata ai processi di partecipazione o di implementazione dei programmi. Una parte della normativa, come si è visto, è orientata anche ad agevolare la partecipazione delle organizzazioni del Terzo Settore. Questo perché il volontariato può rappresentare uno degli snodi principali nel processo di trasformazione del concetto di sanità in quello di salute, inoltre è un passaggio obbligato per i processi di umanizzazione delle cure e delle strutture, nonché uno strumento diretto alle finalità dell'integrazione socio-sanitaria. La partecipazione delle organizzazioni di volontariato avviene in vario modo ed i rapporti con gli Urp sono abbastanza frequenti nei vari momenti istituzionalmente previsti<sup>39</sup>, quello principale è la costituzione, nelle organizzazioni no-profit, di un organismo ed interlocutore unico per l'azienda che può essere un Comitato Consulativo, una Commissione Conciliativa, ecc...

---

<sup>39</sup> Art. 10, del D.Lgs 502/92 che stabilisce la partecipazione alla Conferenza dei Servizi.

- *Urp come collettore e distributori di flussi informativi:* con l'introduzione delle nuove tecnologie è stata facilitata la possibilità di comunicazione fra le varie Pubbliche amministrazioni al fine di standardizzare procedure finalizzate al risparmio di tempo e denaro da parte del cittadino e della Pubblica Amministrazione. La realizzazione di un sistema informativo con il quale il cittadino possa venire a conoscenza dei dati relativi a stati delle pratiche e delle documentazioni, altro non è che l'attuazione di disposizioni normative che intendono fornire ai cittadini gli strumenti di conoscenza e comunicazione dell'attività delle Amministrazioni pubbliche. Se gli Urp strutturano dati utilizzabili on-line e sono, quindi, raggiungibili tramite le Reti Civiche cittadine o altri siti internet, è possibile realizzare una nuova forma del diritto di accesso al cittadino, non solo cartacea, ma anche telematica o informatica. Come si sottolineava prima la missione degli Urp è legata principalmente a quella di fornire informazioni, comunicarle in modo efficace, e informare anche sulle presenze di eventuali archivi da cui si possono trarre informazioni utili per le esigenze informative dei cittadini. Negli Urp è prevalente l'aspetto di progettazione del dialogo con i cittadini e di scelta oculata dei contenuti, anziché quello di costruzione di software di interazione. Ne deriva che gli Urp forniscono servizi informativi, tramite i quali il cittadino accede ad uno o più banche dati, dove il cittadino si rivolge ricevendone una risposta personalizzata. L'Urp è diventato, quindi, un contenitore di una serie di dati e informazioni che vengono raccolti, elaborati e rimessi nell'ambiente circostante in modo ordinato e comprensibile al cittadino.

### **3.1. Gli strumenti dell'Ufficio relazioni per il pubblico<sup>40</sup>**

Abbiamo visto in che forma l'Urp sia uno strumento strategico per le aziende in generale e per quelle sanitarie in particolare. Ma quali sono gli strumenti di cui, a sua volta, dispone l'Urp?

Vediamoli in ordine di importanza, in una classificazione che attinge più all'esperienza quotidiana che alla dottrina [Favaretti 2003]:

- il personale dell'Urp;
- il personale aziendale;
- la formazione;
- le reti di ascolto indipendenti esistenti (volontariato, associazioni di tutela, portatori di interessi, stampa locale, comunità e simili);
- i canali di "trasmissione" (proprie pubblicazioni, mezzi di comunicazione di massa, tecnologie nuove e vecchie: telefono, televideo, Internet).

#### **3.1.1. Il personale dell'Urp**

L'Urp, come abbiamo visto, ha il compito di capire quello che i clienti conoscono della struttura sanitaria, di erogare le informazioni mancanti e di raccogliere suggerimenti e richieste varie, talvolta congrue talaltra assolutamente "fuori tiro" [Favaretti 2003]. Sono dunque necessarie due precise competenze: quella relazionale, comune a tutti gli Urp, e quella sanitaria, specifica degli Urp della sanità. Va da sé, infatti, che senza un'esperienza specifica nel settore è difficile rendere conto all'utenza di molte apparenti contraddizioni dell'assistenza sanitaria. Così come è difficile capire quale sia il vero motivo della lamentela se non si conoscono tutti gli aspetti tecnici del problema che si deve contribuire a risolvere. La pratica dimostra che, indipendentemente dall'organizzazione

---

<sup>40</sup> Molte delle informazioni contenute in questo paragrafo sono state tratte dal volume pubblicato dall'Istituto superiore di Sanità (2003) su il Convegno nazionale "Formazione e specificità dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico in sanità" del 17 dicembre 2001, Roma.

gerarchica dell'Urp, una competenza sanitaria esperta sia particolarmente importante. Tuttavia, le competenze relazionale e sanitaria sono ingredienti indispensabili ma devono costantemente essere adeguate al mutare sia del sapere medico sia – soprattutto – della sensibilità e delle conoscenze della comunità di riferimento e del quadro normativo che, negli anni, continua a cambiare. Il personale dell'Urp diventa la punta di diamante della relazione con l'utenza e deve fare da punto di riferimento per tutto il personale, sanitario e amministrativo, che, a qualunque titolo, ha contatti con il pubblico. Non bisogna dimenticare, infatti, che i servizi sanitari sono servizi “ad personam”, implicano un rapporto unico ed esclusivo tra singolo operatore e singolo utente, qualunque sia il motivo per il quale quest'ultimo accede al servizio sanitario pubblico [Favaretti 2003]. Ogni operatore sanitario rappresenta l'Azienda ogni volta che si rapporta con un utente.

### **3.1.2. Il personale aziendale**

Tutto, o quasi, il personale aziendale, dunque, è un'estensione funzionale dell'Urp. Riceve e ascolta le impressioni del “cliente”, fornisce comunque una risposta, e può partecipare al meccanismo di misurazione e di verifica della gestione per la qualità. Da qui nasce il concetto di Urp “distribuito”, cioè di una funzione che permea tutta l'azienda sanitaria e che concorre ad individuare le difficoltà e gli “errori” procedurali, ad adattare i grandi processi aziendali alle necessità del singolo e ad inviare al cuore della gestione aziendale – la direzione generale – le osservazioni, i suggerimenti e le proposte per adeguare quanto più possibile i servizi erogati ai servizi necessari [Favaretti 2003].

Anche per questo personale, anzi, ancor di più, è importante la formazione. Nei piani annuali, una consistente fetta della formazione dovrebbe comprendere gli aspetti essenziali delle competenze relazionali. Sono queste, infatti, che danno all'utente l'impressione di non essere un numero, o un caso o una malattia bensì una persona. E questo atteggiamento contribuisce a diminuire sensibilmente, tra

l'altro, la litigiosità e il contenzioso medico-legale che le aziende sanitarie inevitabilmente devono mettere in bilancio.

### **3.1.3. Le reti d'ascolto indipendenti**

La tendenza dell'uomo a fare comunità, ad aggregarsi, è vecchia quanto l'uomo stesso, se non di più. Nulla di strano, dunque, se nella società sono presenti molteplici forme di aggregazione spontanea. La caratteristica principale di queste aggregazioni volontaristiche è quella di rappresentare spontaneamente un'esigenza diffusa che non trova adeguato riscontro nelle forme istituzionali di rappresentanza. In altri termini, sono i sensori delle forme più "viscerali" dei bisogni di una comunità, raramente sono filtrate o asservite a grandi disegni politici e rappresentano, dunque, un aspetto genuino della società [Favaretti 2003]. E la loro potenza risiede proprio nella loro laicità – finché dura – perché "l'uomo della strada" non ne diffida. Queste forme di aggregazione costituiscono un interlocutore privilegiato per l'Urp, in quanto presentano e interpretano le problematiche sanitarie da un punto di vista assolutamente profano, non canonico. Rappresentano e danno voce alle difficoltà che impediscono l'attuazione dei principi, assolutamente condivisibili, della Carta di Ottawa. Il coordinamento con le associazioni di tutela e con il volontariato socio-sanitario è uno strumento prezioso per l'Urp, che può così conoscere, al di fuori del rapporto istituzionale, cosa la comunità si aspetta dall'azienda sanitaria. Un discorso analogo si può fare a proposito dei portatori di interessi (gli *stakeholder*), coloro cioè che, pur non avendo alcuna preparazione specifica in campo sanitario, hanno comunque una buona competenza sul tema dei servizi alla cittadinanza

### **3.1.4. I canali di "trasmissione"**

Da ultimi, gli strumenti di costituzione più "antica", i primi ad essere stati usati: gli strumenti del monologo, con i quali l'azienda ha cominciato a proporre

le guide ai servizi, le informazioni specifiche, le notizie operative. Dalla stampa quotidiana alle pubblicazioni estemporanee auto-prodotte, la prima risposta alle necessità di comunicazione è stata in senso unidirezionale, anche per un'ovvia mancanza di un profilo di riferimento dell'utente tipo [Favaretti 2003]. Le aziende si sono lanciate in produzioni editoriali, molte di gran pregio, che illustravano i vari aspetti dei servizi erogati: modalità d'accesso, orari, nomi dei professionisti, servizi specifici erogati. Solo recentemente, appunto dopo avere potuto costruire un profilo generale dell'utente dei servizi sanitari, è stato possibile ripensare lo strumento informativo principe, la famigerata Carta dei Servizi. Gli indicatori, i limiti, i margini, i livelli minimi possono finalmente essere tradotti in espressioni coerenti con il linguaggio dell'utente. Non più termini amministrativi astrusi – pur ben chiari per gli addetti ai lavori – ma descrizioni e nomenclatura che la nostra utenza riesce ad interpretare. Anche la “comunicazione” classica, attraverso i comunicati stampa, ha acquisito una forma diversa. I rapporti con i giornalisti sono mutati; c'è più disponibilità e meno diffidenza e, soprattutto, le aziende sanitarie stanno imparando a parlare la lingua della gente e a rendersi così più trasparenti, proprio come vorrebbe la normativa che sta rivoluzionando la Pubblica Amministrazione.

### **3.2. L'Ufficio relazioni con il pubblico e il sistema qualità**

Fra le varie peculiarità dell'Urp, nei paragrafi precedenti, si è accennato brevemente ad un suo importante ruolo nel miglioramento continuo della qualità all'interno dell'organizzazione sanitaria.

I decreti legislativi di riordino in materia sanitaria, nn. 502/92 e 517/93 sanciscono il principio dell'aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali, dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private ai fini, nonché

dell'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. La necessità della valutazione della qualità dei servizi offerti diviene quindi un “must” imprescindibile, dal quale non si può sottrarre l'organizzazione e la gestione dell'Urp, così come peraltro previsto dalle disposizioni normative<sup>41</sup>.

L'Urp, infatti, proprio per la sua prerogativa di “sensore”, una sorta di “soggetto terzo”, è in grado di rendere intelligibile le dinamiche che si sviluppano all'esterno (la percezione del servizio da parte dei cittadini) e all'interno (le modalità che portano all'erogazione del servizio) acquisendo, così, una prospettiva strategica nella valutazione della qualità dei servizi sanitari.

La qualità sanitaria a livello metodologico può essere intesa attraverso i seguenti principi [Cipolla 2002b: 15-16]: *equità, appropriatezza, efficienza, efficacia e soddisfazione*. Con *equità* si intende il diritto del cittadino ad avere un uguale trattamento sanitario al di là delle loro condizioni economiche; l'*appropriatezza* si riferisce all'individuazione del trattamento terapeutico più adatto alle necessità di cura del cittadino; il principio dell'*efficienza* riguarda la razionalità del processo di cura, ovvero il fatto di ottenere il migliore risultato terapeutico con il minore impegno economico; l'*efficacia* riguarda la capacità di

---

<sup>41</sup> Secondo la Dpcm 10/05/1995: «La funzione della partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso, anche attraverso le seguenti modalità: [...]rilevazione del gradimento, da parte dell'utenza, della prestazione sanitaria (controllo di qualità). Ogni Uls provvede a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle Associazioni di Volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi. La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli standards indicati dalle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti significative (Leggi Regionali sui diritti dei cittadini, Carte dei diritti del cittadino malato, ecc.) dovrà prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e il comfort offerto. Il controllo di qualità, inoltre, dovrà essere effettuato sia in fase di prenotazione ed erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale). La qualità del servizio erogato dovrà, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione (griglie e questionari), anche mediante gruppi di monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei fatti osservati, documentati o riferiti. L'andamento dei servizi, quale conseguenza della rilevazione, sarà periodicamente oggetto di studio da parte della Conferenza dei Servizi che in ogni Usl verrà appositamente convocata dal Direttore Generale e, in mancanza, dalla Regione. Ogni Usl avrà cura di pubblicizzare le risultanze delle rilevazioni effettuate [...]».

raggiungere gli obiettivi prefissati e, infine, la *soddisfazione* inerente alla qualità percepita dal cittadino. Tali principi possono essere tradotti in quattro aree concrete di valutazione che sono: l'area *organizzativa* composta dalle dotazioni strutturali e strumentali; l'aspetto *professionale* legato alle competenze del personale dell'organizzazione sanitaria; l'area *relazionale/personale* è la capacità attiva e relazionale del personale medico di soddisfare le necessità dei cittadini fruitori dei servizi; l'area *ambientale* riguarda il comfort alberghiero della struttura sanitaria.

In sostanza, la nuova stagione della qualità<sup>42</sup> sembra essere caratterizzata da una «valutazione integrata quale premessa necessaria per una stagione integrata della qualità stessa dei servizi sanitari» [Giarelli 2002b: 433]. Ciò implica andare oltre l'esclusività dei punti di vista sulla qualità privilegiata dal management<sup>43</sup> (dimensione organizzativo-gestionale), oltre la qualità tipica del professionista (dimensione tecnica) ed oltre la qualità privilegiata dal cittadino (dimensione relazionale) per giungere ad una visione pluralista e multidimensionale in grado di mettere in interconnessione le varie dimensioni secondo un approccio correlazionale [Cipolla 1997].

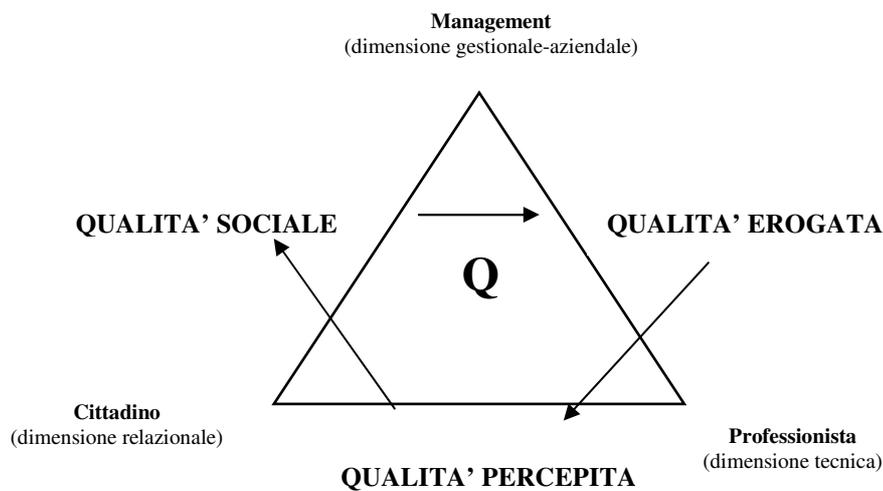
---

<sup>42</sup> Si possono individuare tre stagioni della qualità dei servizi sanitari che si sono susseguite portando modelli di analisi e piani di interpretazione via via più complessi e al tempo stesso più completi. Il primo periodo vede protagonista la *Quality Assurance (QA)*, essa sorge negli Stati Uniti sin dagli inizi del XX secolo, ed è intesa come forma di controllo dell'alta variabilità degli esiti terapeutici grazie ad un processo formalizzato e sistematico volto a misurare il livello qualitativo delle cure mediche. I limiti manifestati dalla QA riguardano il rischio di ridurre la qualità alla sola dimensione tecnico-professionale con effetti particolarmente penalizzanti per gli operatori. Con la seconda stagione, che vede l'affermarsi del Total Quality Management (TQM), l'attenzione si sposta decisamente sugli aspetti organizzativo gestionali. «Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari viene visto come il frutto di una reingegnerizzazione dei processi assistenziali secondo un ciclo di miglioramento della performance in tutte le fasi della produzione del servizio» [Giarelli 2002 b: 431]. Il terzo paradigma vede protagonista il paziente come punto di riferimento assieme a quella del professionista e dell'organizzazione. Le *Patients' Charters* e gli studi di *customer satisfaction* sono il prodotto di questa nuova stagione apertasi negli anni '90 e che arrivano in Italia nella seconda metà del decennio con la Dpcm dell'11 ottobre 1994 che istituisce gli Uffici relazioni con il pubblico (Urp) e la Dpcm del 19 maggio 1995 che fornisce lo schema di riferimento per la creazione della Carta dei servizi pubblici sanitari.

<sup>43</sup> È la qualità progettata intesa come: «definizione di soluzioni in grado di soddisfare i bisogni, le esigenze e le aspettative del cittadino nel rispetto delle condizioni di vincolo, tecniche ed economiche, eventualmente presenti all'interno dell'azienda sanitaria» [Attolini et al 2003: 231].

Le tre correlazioni che ne risultano possono essere lette come altrettanti lati di un ipotetico triangolo della qualità [Giarelli 2002b; 2005] nel quale non vi è più la prevalenza di un punto di vista su un altro, ma l'interconnessione delle varie dimensioni.

Fig. 1 – Il triangolo della qualità [Giarelli 2005: 28]



Tali dimensioni sono:

- la *qualità erogata*: frutto dell'interconnessione fra la qualità progettata organizzativo-professionale e quella tecnico-professionale. È inerente a ciò che effettivamente un servizio sanitario eroga, ma non si deve considerare come esclusivamente il risultato di una buona qualità tecnica, ovvero di un'adeguata competenza professionale. Infatti, è indispensabile valorizzare, all'interno di questa relazione, il ruolo del cittadino/paziente come co-produttore della prestazione sanitaria, ovvero come «partner del professionista e dei servizi sanitari, rispetto ai quali la sua prerogativa principale è quella di partecipazione secondo diversi

livelli di *empowerment*, ossia di poter di influire sulle decisioni fondamentali relative alla erogazione dei servizi» [Giarelli 2005: 35].

- la *qualità sociale*: frutto dell'interconnessione fra la qualità progettata e qualità attesa/percepita dai cittadini. È il grado di risposta ai bisogni di salute e alle preferenze dei cittadini espresse in uno specifico contesto sociale da parte della qualità progettata dal management aziendale. «La qualità sociale implica la necessità di tener conto, nella definizione della priorità e nella progettazione delle attività sanitarie, delle diversità dei bisogni e delle attese dei cittadini» [Giarelli 2005: 29].
- la *qualità organizzativa*: il risultato dell'interconnessione fra qualità gestionale e qualità tecnico-professionale. Essa è l'incontro tra le necessità di efficienza del management e di efficacia del professionista. Il punto d'incontro di tale esigenze può consistere in una gestione delle risorse umane in grado di valorizzare «le potenzialità nel contesto organizzativo in cui esse operano sulla base di una cultura organizzativa condivisa e, in particolare, della creazione di un clima organizzativo in grado di recepire le istanze e i significati espressi dagli operatori» [Giarelli 2005: 33].

Il triangolo della qualità permette di costruire un modello di riferimento per l'analisi della qualità a diversi livelli funzionali ed organizzativi [Giarelli 2002; 2005]:

- livello *macro*: per quanto riguarda un sistema sanitario nel suo complesso;
- a livello *meso*: per la valutazione della qualità in organizzazioni complesse come aziende sanitarie ed ospedaliere;
- a livello *micro*: per la valutazione clinica di determinate prestazioni e servizi sanitari.

Nei servizi spesso l'innovazione è frutto di diversa combinazione di informazioni, di sinergie, di cura del particolare, di nuovi atteggiamenti. Solo l'impegno sistematico, continuativo, organizzativo, creativo di tutte i professionisti verso il miglioramento dei servizi e dell'organizzazione che li eroga consente di cogliere, interpretare e soddisfare i bisogni (anche latenti) dei cittadini.

In questo quadro l'Urp, grazie alla sua posizione di confine fra l'organizzazione sanitaria e i cittadini, è in grado di cogliere, più di qualsiasi altro organismo interno, il giudizio che i soggetti hanno in merito alle prestazioni erogate e ai servizi offerti. Inoltre l'Urp, grazie al particolare rapporto che instaura con i cittadini, in quanto punto di riferimento per le modalità di fruizione dei servizi, è in grado di valorizzare uno dei principi fondamentali per il miglioramento della qualità dell'organizzazione sanitaria: la partecipazione. In cittadino, infatti, non solo può partecipare alla verifica, bensì agisce anche come controllore degli standard. Le operazioni di razionalizzazione della Carta dei servizi<sup>44</sup> devono riguardare oltre che gli obiettivi che si vogliono conseguire con l'erogazione del servizio, il complesso di prestazioni rese, le procedure di erogazione del servizio, i risultati ottenuti, anche e, soprattutto, la valutazione delle aspettative dei cittadini a cui è destinato il servizio. Le indagini di *customer satisfaction* costituiscono uno strumento indispensabile per garantire un approccio alla Carta dei servizi non formale, bensì operativa in cui il cittadino partecipa sia alla fase di definizione degli obiettivi sia di verifica e controllo degli standard erogati. È indispensabile [Cfr. cap. 1] ascoltare la voce del cittadino, sia per acquisire la loro valutazione circa il livello di qualità percepita e attesa, sia per

---

<sup>44</sup> «La Carta dei servizi, all'interno di un sistema di qualità maturo, è uno strumento di comunicazione con cui chi svolge un servizio pubblico, o di pubblica utilità cerca di rendersi trasparente ai cittadini [...] è anche un mezzo con cui l'istituzione, grazie all'aiuto dei cittadini, può migliorare la qualità dei servizi che eroga. Le Carte dei servizi, presupponendo la partecipazione dei cittadini, possono essere interpretate come degli strumenti in grado di incentivare la relazione fiduciaria tra cittadini e istituzioni [...] attraverso: sia strumenti per valutare la qualità dei servizi di cui usufruiscono sia canali di comunicazione diretta nel caso il cittadino abbia delle osservazioni o delle critiche che concernono la fruizione dei servizi e la loro qualità» [Venturini 2002: 282].

individuare gli aspetti che in misura maggiore o minore incidono sulla percezione della qualità, in modo da condurre la percezione dell'utente all'interno dell'azienda per ripensare alla stessa gestione del servizio in modo coerente con le opinioni ed i criteri di valutazione dei cittadini.

### 3.3. L'Urp come organizzazione correlazionale

Gli ampi apporti normativi che si sono susseguiti in questo ultimo decennio, inquadrano in sostanza l'Urp come un ufficio dedicato esclusivamente a funzioni di comunicazione nelle organizzazioni, orientate alla soddisfazione dei bisogni informativo-comunicativi dei cittadini in relazione ai servizi offerti e alle modalità di accesso e del personale che compone le organizzazioni stesse. Nelle intenzioni del legislatore l'Urp risulta un servizio di comunicazione con una doppia natura [Ducci 2001]:

1. *Struttura di una comunicazione e immagine per le istituzioni:* ufficio che cura gli aspetti comunicativi legati alla promozione dell'istituzione che si mostra in grado di fornire reali servizi al cittadino con l'obiettivo di ottenere consenso e legittimità;
2. *Struttura che consente di produrre un reale valore aggiunto* in una duplice direzione: per il *cittadino/utente* dei servizi pubblici (realtà esterna all'organizzazione) e per l'*organizzazione* stessa (realtà interna), diventando quindi non solo uno strumento di comunicazione esterna, ma anche leva di innovazione organizzativa.

L'Urp sembra fungere da cerniera fra l'ambiente esterno (cittadini) e l'ambiente interno (l'organizzazione sanitaria). Esso rappresenta quello che potremmo definire un "terzo attore" all'interno dell'organizzazione del sistema sanitario. Esso si pone da interfaccia fra l'ambiente interno (l'azienda sanitaria od ospedaliera) e l'ambiente esterno (i cittadini e il Terzo settore). È un soggetto che, proprio per questa specificità, compie due operazioni di codifica di flussi comunicativi che si possono definire circolari:



L'Urp, nei confronti dell'ambiente esterno, ha il compito di accoglienza ed informazione dei servizi, inoltre sta all'Urp recepire le dinamiche che si svolgono all'esterno dell'organizzazione attraverso la raccolta delle osservazioni e delle istanze che i cittadini hanno del servizio erogato (ad es. la raccolta e l'elaborazione dei reclami). Una volta in possesso di queste informazioni, è l'Urp a distribuirle in direzione delle aree organizzative interessate al fine di migliorarne l'organizzazione, e a restituire ai cittadini la risposta in merito alle problematiche sollevate.

Il secondo flusso parte dall'azienda sanitaria od ospedaliera. La struttura eroga i servizi. Spetta all'Urp informare i cittadini in merito ai tempi e ai modi dell'erogazione del servizio. Infine, compete all'Urp, attraverso apposite indagini, rilevare in livello di gradimento dei servizi da parte dell'utenza e analizzarne i risultati al fine di migliorare il servizio erogato (interno).

L'Urp diviene una struttura situata ai confini dell'organizzazione che consente a quest'ultima di sintonizzarsi con gli altri sistemi rappresentati dai cittadini e dall'azienda sanitaria, traendo arricchimento da questa esperienza apportando di volta, in volta modificazioni strutturali ed organizzative. L'interattività si completa nel momento in cui gli input, provenienti o dall'interno o dall'esterno dell'organizzazione sanitaria, divengono risorsa ed elaborati dando luogo a un ri-orientamento continuo della struttura. In quest'ottica è come se l'Urp di dovesse rapportare ad un "doppio acquirente": quello esterno (il cittadino e il Terzo settore) e quello interno (i membri dell'organizzazione di riferimento), entrambi di volta in volta "clienti e fornitori" l'uno per l'altro. Attraverso gli Urp la cittadinanza, i membri dell'organizzazione e il sistema-organizzazione si pongono sullo stesso piano relazionale e co-partecipano e alla creazione di un dominio consensuale che si esplica in servizi, norme, ecc..

Si è di fronte ad una concezione di organizzazione che potremmo definire correlazionale [Cipolla 1997]<sup>45</sup> che assume i connotati del pluralismo, della

---

<sup>45</sup> Correlazionale come «epistemologia che cerca di abbattere confini, astrazioni, ontologie, unilateralità monoparadigmatiche e che si propone in un'ottica pluralistica» [Cipolla 1997: 574];

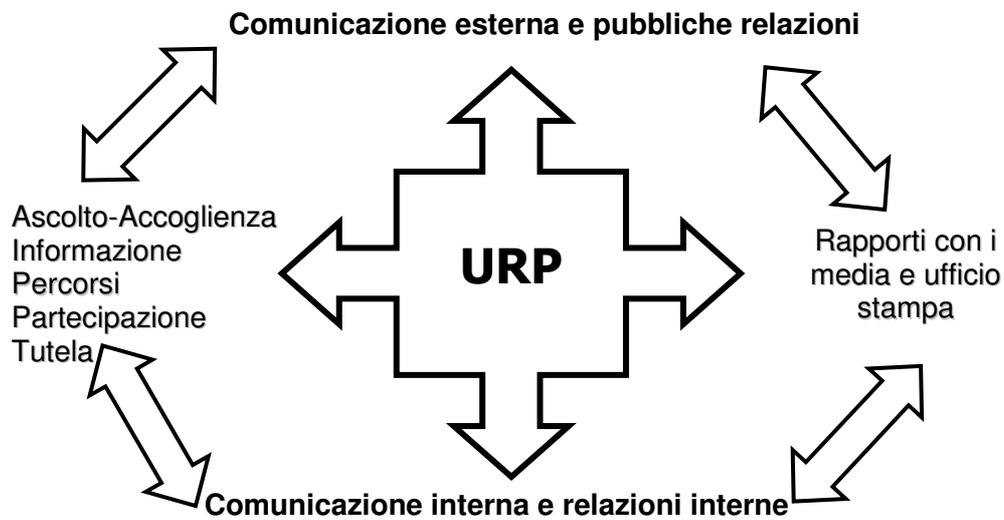
multidimensionalità e della co-integrazione. È un sistema che richiama a sé diverse prospettive che ricomprende e fa coesistere, disgiungendo e congiungendo diverse prospettive. È un flusso continuo e circolare di informazioni tra interno-esterno che porta quasi a rendere obsoleta una tale distinzione comunicativa. È sempre più difficile separare i messaggi rivolti verso l'esterno da quelli rivolti all'interno e viceversa, per cui diventa necessario integrarli. Per questo oggi si tende a parlare di "comunicazione organizzativa" intesa come: «l'insieme dei processi di creazione di scambio, e di condivisione di messaggi informativi e valoriali all'interno delle diverse reti di relazioni che costituiscono l'essenza dell'organizzazione e della sua collocazione nel suo ambiente. Essa coinvolge i membri interni, i collaboratori interno-esterni e tutti i soggetti esterni in qualche modo interessati o coinvolti nella vita dell'organizzazione compresi i suoi clienti effettivi o potenziali. Essa costituisce parte integrante dei processi produttivi e decisionali e dei rapporti con gli ambienti esterni; viene usata per definire e condividere la missione, la cultura, i valori dell'istituzione; viene impiegata per sviluppare la qualità dei servizi; favorisce la visibilità all'interno e all'esterno di tutta l'organizzazione [...]» [Invernizzi 1996: 172].

Questa definizione pone al centro del concetto di comunicazione nelle organizzazioni l'integrazione fra tutti i processi comunicazionali che supportano la vita e lo sviluppo del sistema organizzativo: «comunicazione interna ed esterna devono essere fortemente integrate, vale a dire che i contenuti di entrambe devono essere coerenti. In tal senso occorre un unico presidio delle attività di comunicazione complessive dell'azienda che, nel caso delle organizzazioni pubbliche, vede l'Urp da protagonista» [Ducci 2001: 75].

*Fig. 2 – La centralità dell'Urp* [Fonte: Ufficio relazioni con il pubblico, Azienda Usl di Ferrara]

---

come epistemologia «che si avvale di tanti apporti metodologici, che cerca continuamente di ricomporre, di combinare, di integrare fra di loro per parti e per prove ed errori, al fine di una verità più piena ed attendibile» [ibidem: 575].



L'Urp diviene attore e portatore dei nuovi paradigmi in sanità: comunicazione, partecipazione e tutela [Cfr cap. 1]. Ad esso, infatti, sono attribuite queste peculiarità funzionali che contrassegnano i nuovi percorsi delle nuove organizzazioni socio-sanitarie. È chiaro, dunque, che l'Urp diviene *strumento strategico per l'intera gestione aziendale come interfaccia tra l'Azienda ed i cittadini*, con i loro problemi, le loro aspettative e le loro necessità di comunicazione, partecipazione e tutela.

## **4. Gli aspetti tecnici della gestione dei reclami**

La funzione relativa alla tutela dei cittadini che usufruiscono del Servizio sanitario nazionale viene assolta attraverso diversi strumenti<sup>46</sup>. In particolare spetta all' Uffici relazioni per il pubblico il contatto diretto con il pubblico, attivare le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e ricevere reclami garantendone l'istruzione e la trasmissione alla Direzione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere per la decisione nel merito.

Specificatamente agli Urp spetta:

- ricevere le osservazioni, le opposizioni e di reclami;
  - dare un'immediata risposta per quei reclami di facili risoluzione;
  - predisporre l'istruttoria per i casi non risolvibili con immediatezza, in modo da acquisire tutti i dati e gli elementi necessari;
  - convocare la Commissione conciliativa se le segnalazioni provengono dalle associazioni di volontariato;
  - predisporre la lettera di risposta sottoscritta dal Direttore generale;
  - attivare la procedura di riesame qualora il cittadino si dichiari insoddisfatto;
- informare il Comitato Permanente.

Gli Uffici relazioni per il pubblico (Urp), quindi, già identificati come luogo privilegiato all'ascolto dei cittadini, acquistano più che in altri settori sempre maggiore significato nell'ambito di un processo che focalizza la necessità di una sempre maggiore attenzione al cittadino e alle sue aspettative, identificando la gestione del reclamo come risorsa essenziale per l'organizzazione.

---

<sup>46</sup> Vedi cap. 2, par. 2.3.2.

#### **4.1. Il reclamo nel quadrante della qualità percepita**

Il reclamo rappresenta un innovativo strumento gestionale che si inquadra nell'ambito del processo di riforma dei servizi sanitari pubblici (D.Lgs. 502/92) e di attuazione delle disposizioni legislative previste dall'articolo 14 del suddetto decreto.

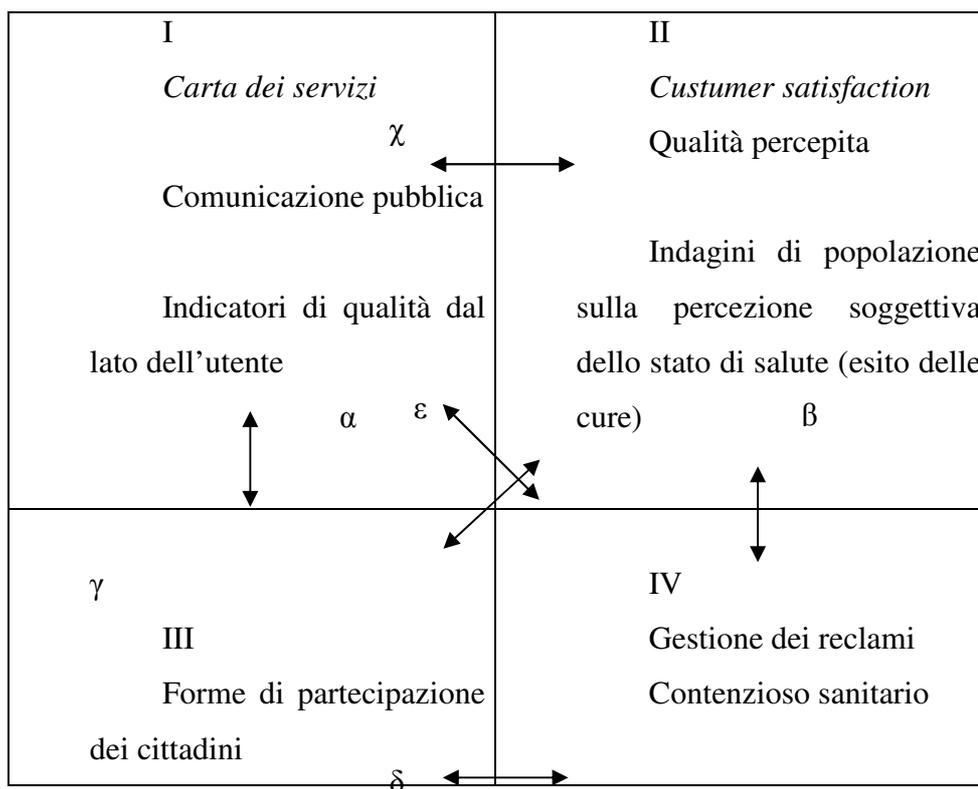
Una delle più importanti innovazioni introdotte da tale decreto sta nella maggior attenzione attribuita al cittadino in quanto fruitore dei servizi sanitari individuando, così, precisi impegni e valori ai quali le aziende sanitarie dovrebbero orientare sia le azioni sia la verifica qualitativa di esse. La volontà nel cercare ed accertare la soddisfazione del cittadino pone la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di individuare modalità attraverso le quali “dar voce” agli utenti in tutte le fasi del ciclo erogativo: non solo nella progettazione del prodotto/servizio, ma anche nelle verifiche di mantenimento degli standard e nella valutazione dei risultati [Cinotti e Sturlese 2003: 17]. Per questo un sistema di gestione del reclamo deve essere concettualizzato ed applicato nel contesto di un progetto di miglioramento integrale della qualità dei servizi: Carta e Conferenza dei servizi, standard ed indicatori di qualità, indagini di *customer satisfaction*, forme di partecipazione, sono tutti strumenti che possono e devono essere utilizzati dall'azienda sanitaria per rilevare la qualità percepita delle cure dal punto di vista dei cittadini/utenti.

Per capire meglio quanto appena enunciato si fa prezioso un importante strumento concettuale, il cosiddetto “quadrante della qualità percepita” [cfr Figura 1].

Tale strumento fu proposto, nel 2000 dalla *Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria*, allora diretta da Costantino Cipolla, nell'ambito del

Programma ministeriale *Percezione della qualità e del risultato delle cure: costituzione di una rete di osservatori regionali della qualità percepita*. Il quadrante si è prestato egregiamente, come “bussola e guida”, alle numerose rilevazioni previste da Programma [Cinotti e Cipolla 2003].

*Fig. 1 – Il quadrante della qualità percepita*



Nel primo quadrante troviamo la realizzazione della Carta dei Servizi alla quale seguono indispensabili forme di comunicazione ed informazione pubblica per la conoscenza e la divulgazione di quanto previsto nella Carta stessa. Sono qui collocate anche le modalità d’impiego degli indicatori oggettivi previsti dalla normativa (ex – art. 14 D.lgs. 502/92) utili per rilevare la qualità dei servizi e delle prestazioni dal punto di vista degli assistiti.

Il secondo quadrante è costituito da tutte le modalità d'indagine volte a rilevare la qualità percepita dal punto di vista del cittadino: tecniche di tipo quantitativo come i questionari di soddisfazione o gradimento del paziente/utente (*customer satisfaction*) e tecniche di tipo qualitativo come interviste in profondità, *focus group*, storie di malattia, ecc. Da sottolineare è l'importanza dell'integrazione metodologica fra tecniche quanti e qualitative, infatti, come sostiene Cipolla: «il vero problema non sta nel riflettere sulla qualità o sulla quantità, ma nelle loro reciproche relazioni procedurali» [Cipolla 1997: 2313]. Appare sempre più evidente la possibilità di “convivenza” tra queste due modalità di indagine «ripartendosi i compiti nella prassi della ricerca: sono le fasi della stessa, nonché il suo oggetto, a suggerire quale approccio utilizzare» [Maturò 1998: 113].

Nel terzo quadrante troviamo le forme di partecipazione e coinvolgimento istituzionale dei cittadini adottate al fine di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate (Comitati Consultivi Misti, giurie di cittadini, *consensus conference*, ecc.).

Infine, nel quarto, ed ultimo, quadrante si colloca la gestione dei reclami (la raccolta, l'analisi del contenuto, la catalogazione e le modalità e i tempi di risposta) e i casi di contenzioso sanitario.

Tutti i quadranti sono in correlazione fra loro, in particolare appare di particolare interesse analizzare le interazioni che vedono coinvolto il quarto quadrante, nonché oggetto del nostro disquisire. La correlazione verticale ( $\beta$ ) rappresenta l'interazione fra lo il grado di soddisfazione/insoddisfazione dei servizi e lo stato/bisogni di salute. La correlazione orizzontale ( $\delta$ ) è espressione della possibilità da parte del cittadino di tutelare i propri diritti in vista del ruolo sempre più importante che assume nella partecipazione alle scelte dei bisogni di salute. Infine, la correlazione diagonale ( $\epsilon$ ) è la possibilità del cittadino di sporgere reclamo grazie alla formalizzazione e alla conoscenza dei diritti di cui è portatore (Carta dei Servizi).

Da questa analisi emerge in modo chiaro ed inequivocabile l'importante ruolo svolto dal reclamo. È un tassello fondamentale all'interno del processo generale di miglioramento della qualità dei servizi che può contribuire a migliorare il livello delle prestazioni offerte e costituire funzione di controllo volta a potenziare la credibilità del sistema sanitario agli occhi del cittadino.

## 4.2. Per una definizione del reclamo

Prima di addentrarci in aspetti più tecnici e particolareggiati è opportuno cercare di capire cosa si intende con il termine reclamo sanitario.

Esistono diverse definizioni possibili del termine. Partiamo da quella del vocabolario Zingarelli (ed. 2000) dove alla voce “reclamo” si legge: «1. Protesta o lamentela espressa a voce o per iscritto a chi di dovere; 2. Documento con cui si reclama». Questa definizione utile a comprendere le diverse accezioni semantiche della parola, non è utilizzabile da un'azienda sanitaria, infatti, non si tratta di darne una definizione teorica, quanto piuttosto di individuare una modalità utile per selezionare, tra tutti i contatti che si instaurano tra i cittadini e gli uffici dell'azienda, quelli definibili come reclami.

“*The citizen's charter complaint task force*”<sup>47</sup> definisce il reclamo come: qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta. Questa definizione è peraltro già utilizzata da diverse aziende sanitarie le quali, in via generale, seppure non adottando una definizione codificata, lasciano al cittadino la libertà di decidere. Se un utente si rivolge all'azienda

---

<sup>47</sup> The citizen's charter complaint task force, *Good practice guide*, HMSO, giugno 1995.

con l'intenzione di sporgere reclamo, quello è sicuramente un reclamo a prescindere da ogni altra considerazione. Tuttavia, questa definizione si concentra unicamente sull'accezione negativa che connota il termine reclamo, trascurando la dimensione positiva del ruolo svolto dal cittadino nel presentare, oltre ai reclami, suggerimenti e proposte. Questo non solo a partire da una personale condizione di insoddisfazione dell'utente, ma anche da osservazioni o suggerimenti su operatività semplicemente rilevate malfunzionanti o comunque migliorabili, pur non producendo disagi o limiti di erogazione dei servizi e dell'assistenza.

Questa accezione permette un ulteriore approfondimento che pone in luce un altro importante aspetto. Il fatto di considerare il reclamo solo o prevalentemente un mezzo per il miglioramento del servizio a volte induce ad ignorare, o quanto meno a trascurare, la valenza di protesta-denuncia del reclamo stesso, aspetto sicuramente più difficile da gestire in quanto volto a rimuovere o fare giustizia di violazioni più o meno gravi. Questo è un aspetto particolarmente delicato e conduce inevitabilmente ad un fenomeno attuale e in costante crescita: il contenzioso sanitario [cfr. Cipolla 2004]. Non è questa la sede atta ad approfondire un argomento tanto complesso, tuttavia non si può sottovalutare il fatto che «dal reclamo, ancora limitato alla protesta, si giunga al “contenzioso” attraverso una richiesta formale del risarcimento danni subiti. Tale domanda può trasformarsi in una causa civile di fronte alla magistratura o finire con una transazione di natura pregiudiziarica» [Cipolla 2004: 15]. Emerge, quindi, con chiarezza l'importante “funzione preventiva” prodotta da un laborioso sistema di gestione dei reclami: attivo nel catalizzare disservizi e pronto ad accogliere tali istanze attraverso azioni d'ascolto volte al miglioramento dei servizi e delle prestazioni erogate.

Molte Aziende sanitarie percepiscono ancora il reclamo come un'azione connotata da un'accezione eccessivamente negativa, una denuncia di gravi lacune nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi,

svilente per chi cerca di svolgere il proprio lavoro al meglio. Questo non deve portare, erroneamente, a concludere che l'assenza di reclami significhi l'erogazione di servizi e di prestazioni di buona qualità. In realtà, pochi reclami spesso possono essere indice di sfiducia nell'organizzazione sanitaria, di basse aspettative e di non conoscenza dei diritti da parte del cittadino. È, quindi, utopistico immaginare un'organizzazione sanitaria che sia esente da critiche dei suoi utenti, così com'è difficile pensare che un'azienda possa impostare delle azioni di miglioramento della qualità senza tener conto dell'opinione dei cittadini, soprattutto senza ascoltare coloro i quali si dichiarano insoddisfatti.

Per avere un quadro interpretativo completo bisogna tener conto che il processo attraverso il quale il cittadino pone all'attenzione di un'azienda sanitaria uno stato di disagio o di insoddisfazione non è così semplice e scontato. Il rapporto fra utente-istituzione è stato storicamente caratterizzato da una forte asimmetria e subalternità sia per il grande squilibrio di conoscenze e di potere sia per il prevalere all'interno dell'istituzione di una logica "burocratica" che ha finito per porre in secondo piano i bisogni del cittadino. Per molto tempo le Aziende sanitarie non sono riuscite a venire a conoscenza dei disagi provati dai cittadini che, molto spesso, si limitavano a subire il disagio senza manifestarlo attraverso le modalità e i canali preposti a farlo. La sfiducia nelle istituzioni, la mancata consapevolezza dei propri diritti, la vergogna e la paura delle "ritorsioni" sono tutti fattori che per molto tempo hanno costituito, e in alcuni casi ancora costituiscono, una barriera all'aperta manifestazione del reclamo.

Oggigiorno le organizzazioni sanitarie al fine di porre soluzioni correttive a queste forme di criticità hanno implementato una diffusa e adeguata "cultura del reclamo". Questo significa implementare un sistema di gestione dei reclami che sia un vero e proprio "strumento d'ascolto" per dar voce ai cittadini. In questa ottica i reclami, se opportunamente raccolti ed

analizzati, costituiscono una risposta di grande valore e una preziosa occasione per identificare e correggere gli errori, migliorare la qualità dei servizi offerti e aumentare la fiducia nei cittadini.

L'organizzazione sanitaria che investe nell'istituzione di un sistema di gestione dei reclami mostra di voler valutare i propri servizi a partire dall'opinione dei cittadini. Chi presenta un reclamo, infatti, compie un gesto attivo di partecipazione diretta e costruttiva, dimostrando, comunque, la sua fiducia nell'istituzione. Quest'ultima per dimostrare di meritare tale fiducia deve, a sua volta, identificare e riconoscere i propri errori e garantire che vengano intraprese soluzioni atte a migliorare i servizi dimostrando, così, ai cittadini che le loro azioni non cadranno nel vuoto, ma prese in seria considerazione per migliorare i servizi. Queste rappresentano le condizioni essenziali per innescare il "circolo virtuoso" che porta il cittadino alla presentazione dei reclami e, quindi, al miglioramento del servizio erogato.

Tirando le fila del discorso e accogliendo e raccogliendo tutte le accezioni valoriali emerse dal termine "reclamo" si propone una "definizione" meno restrittiva possibile, ma che includa le seguenti particolarità:

- *Strumento d'ascolto per i cittadini*: l'organizzazione sanitaria deve assumersi la responsabilità di recepire e rispondere alle manifestazioni di disagio dimostrate dai cittadini. «L'inerzia e il silenzio delle amministrazioni sono caratteristiche ed immagini negative del servizio; spesso il cittadino preferisce la negazione e il conflitto piuttosto che il silenzio» [Catena 2002: 192], per cui la risposta al reclamo non deve essere un mero atto formale a seguito di disposizioni normative (legge 241/90), ma un'occasione preziosa che l'azienda sanitaria ha per migliorare la comunicazione ed aumentare la fiducia nei cittadini.

- *Flessibilità*: il reclamo può essere rimostranza, lamentela, protesta, ma anche suggerimento, proposta, osservazione. Oltre che in questo la

flessibilità deve emergere dal fatto che la presentazione del reclamo non può essere legato ad un solo luogo (la buchetta o lo sportello dell'URP), ma piuttosto attraverso una complessa relazione di punti d'ascolto; il cittadino, quindi, non deve sapere a priori come organizzare il reclamo, ma deve essere il servizio che interpreta, gestisce e cataloga le comunicazioni in reclami o suggerimenti, critiche o proposte.

- *Miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari*: il reclamo deve essere uno stimolo per ottimizzare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate. Fattore di non poco conto, se si considera che con «il processo di accreditamento delle strutture sanitarie diventa fondamentale per rendere “attrattivo” il proprio servizio. Una prestazione non erogata a causa dell'abbandono del cittadino è una remunerazione persa sul sistema di finanziamento e quindi rappresenta una perdita economica» [Catena 2002: 192].

### **4.3. Il valore della comunicazione nel percorso del reclamo**

La schematizzazione proposta da Spinsanti [1996] identifica e collega le diverse fasi dello sviluppo dell'etica medica con il diverso ruolo degli operatori e dei “pazienti”. Se nell'epoca pre-moderna, il fine della medicina è quello di portare il maggior beneficio al paziente, il modello prevalente nell'ideale medico si può ricondurre ad un “paternalismo benevolo” al quale corrisponde un atteggiamento di *compliance* obbediente da parte del buon paziente che si affida alla scienza e coscienza del medico senza metterne in discussione l'autorità. Questo modello per molto tempo ha costituito un punto di riferimento sia per i professionisti sia per i pazienti, tuttavia in

questi due ultimi decenni ne è apparsa evidente la crisi affermandosi la consapevolezza della necessità di considerare il malato come persona autonoma, capace di autodeterminarsi, e in grado di assumersi il peso e la responsabilità delle decisioni che lo riguardano.

In questa nuova prospettiva è evidente che anche i reclami devono essere riconsiderati e gestiti avendo come punto di riferimento la complessità dei processi di cambiamento in atto ed, in particolare, l'evoluzione del rapporto medico-paziente, che va strutturandosi nel senso più moderno della autodeterminazione.

Ai primordi l'Ufficio Relazioni con il Pubblico si è caratterizzato in sanità accogliendo, oltre ai reclami propriamente detti, richieste di informazioni più o meno semplici che esprimevano in realtà un'enorme esigenza di orientamento, o per meglio dire un certo disorientamento, che sembra spesso radicarsi nella difficoltà a stabilire una comunicazione, o ad entrare in relazione, con la struttura attraverso l'operatore sanitario che avrebbe dovuto rispondere a quella esigenza.

La comunicazione, infatti, anche oggi che il cittadino è più consapevole e partecipativo, appare come un vero e proprio snodo nella relazione con la struttura sanitari. Il cittadino deve percepire di essere ascoltato al fine di stabilire quale sia il problema per capire se vi è stata la violazione di un diritto e comunque in che termini si può rimediare. Si deve cercare di capire il nodo centrale dell'aspettativa delusa il cittadino. Molto spesso l'insoddisfazione nasce dal sentirsi estraneo e non considerato nell'organizzazione, anche se efficiente, del sistema. Specie in una situazione di debolezza e comunque di preoccupazione, si rafforza il bisogno di essere preso in considerazione nella propria individualità e unità.

Quindi, l'importanza dell'aspetto relazionale sia nella trattazione del reclamo sia a monte, nel momento in cui viene percepito il disservizio e si forma la volontà di manifestare formalmente il proprio disagio, fino ad affermare che proprio questa "relazione mancata", è molto spesso alla radice

del formarsi della percezione negativa. «Nell'esperienza della gestione dei reclami, appare molto evidente la stretta connessione esistente fra la percezione negativa della qualità della cura (anche se questa dal punto di vista strettamente tecnico, è stata ineccepibile) e il conseguente reclamo e la carenza relazionale-comunicativa rilevata nei confronti dei sanitari o degli operatori» [Venturelli 2005: 46].

Spesso l'insoddisfazione nasce da una incomprensione, da una carenza di comunicazione, specialmente in sanità, proprio per la particolare tipologia dei bisogni e dei servizi che si sforzano di rispondervi.

Questo aspetto si evidenzia particolarmente nell'insoddisfazione sulla qualità delle cure, ma è comunemente rilevabile anche al monte, per così dire, dei reclami più banali, come i disservizi di carattere organizzativo, abbastanza frequenti in strutture pubbliche complesse come quelle sanitarie. Una coda allo sportello o un ritardo sull'inizio della visita delude una legittima aspettativa, ma viene facilmente superato se viene giustificato. È importante, quindi, instaurare una corretta comunicazione con il cittadino al fine di fargli percepire di essere comunque preso in considerazione. Per contro, se nessuno mostra di preoccuparsi dell'accaduto né di dare spiegazioni alle persone in attesa, più facilmente si trasforma in insoddisfazione che si riflette negativamente anche sulla percezione della prestazione vera e propria, con il conseguente reclamo.

L'importanza dell'aspetto relazionale è insito nel farsi stesso della prestazione sanitaria che, per quanto standardizzata o semplice, è costituita anche, e non in piccola parte, da uno scambio relazionale fra cittadino/paziente e operatore. Infatti, è sempre meno tollerata la fretteolosità o l'impersonalità nell'erogazione delle prestazioni. Il paziente capisce che l'importante è essere curato bene, può accettare un trattamento spartano, una stanza disadorna, ma non un atteggiamento indifferente o troppo distaccato.



#### **4.4. Il circolo virtuoso del reclamo**

La struttura sanitaria per essere in grado di comprendere tutte le peculiarità e gli aspetti contenuti in un reclamo allo scopo, non solo di dare risposta adeguata al cittadino, ma anche di valersene come strumento atto a migliorare i servizi sanitari, deve adottare un procedimento opportuno e chiaro per la loro analisi.

I procedimenti che portano ad un'analisi efficace dei reclami possono essere riassunti in tre fasi.

La fase iniziale del processo di analisi dei reclami dovrebbe essere dedicata all'elaborazione ed alla tabulazione dei dati allo scopo di ottenere un quadro generale di riferimento.

In un secondo momento è opportuno “leggere” risultati ottenuti nella stadio precedente, e costruire su di essi dei percorsi di riflessione e di analisi in grado di stabilire, nel modo più oggettivo possibile, le priorità indicate dai cittadini che hanno sporto reclamo.

Infine, per poter definire delle priorità di intervento che abbiano reali possibilità di successo, si rende necessario valutare, per ciascun problema individuato, la capacità aziendale di mettere in atto azioni correttive rapide ed efficaci, facendo leva sulle risorse e sulle competenze disponibili ed attivabili.

L'analisi dei reclami, oltre a permettere all'azienda di monitorare i disservizi e svolgere azioni destinate a prevenire la loro reiterazione, può fornire un contributo per mettere in atto programmi atti ad aumentare il livello di soddisfazione dei cittadini in relazione ai servizi offerti dall'azienda. A questo proposito, va detto che i reclami pongono in evidenza solo alcuni aspetti dell'insoddisfazione, visto che la “soglia” del reclamo è variabile in funzione alla gravità del disservizio ed a caratteristiche sociali e culturali di tipo individuale. Per questo motivo, alcuni aspetti importanti

nella determinazione dell'insoddisfazione non vengono captati dall'analisi dei reclami.

In termini generali, l'analisi dei reclami, insieme al corredo di strumenti utilizzabili per verificare la qualità dei servizi, può fornire contributi importanti al processo metodologico che porta alla definizione degli standard di qualità, e può addirittura svolgere un ruolo determinante per il loro monitoraggio. «È però necessario puntualizzare che uno standard di qualità non dovrebbe essere definito a partire di un indicatore legato alla rilevazione dei reclami. La logica dello standard implica una valenza di tipo positivo: garantire semplicemente il controllo del disservizio è diverso dall'assumersi un impegno con i cittadini per migliorare gli aspetti legati ad un fattore di qualità» [Maturò e Pizzardo 2005: 208].

Come si è già avuto modo di osservare, il presentare reclamo, inoltre, è di per sé indice di fiducia nell'istituzione. Chi presenta reclamo pensa che le sue istanze possano venire accettate e, di conseguenza, che le cose possano cambiare. Il reclamo, quindi, è allo stesso tempo un atto comunicativo e un atto partecipativo. Se esso viene:

1. co-istituito (il reclamo non si “raccolge” perché è da un lato l'esito di un'intenzione, dall'altro il risultato della possibilità di vederlo accettato dall'istituzione);
2. elaborato (attraverso la sua classificazione);
3. interpretato (durante la fase dell'istruttoria interna);
4. speso (intervento per il miglioramento della qualità).

allora, lungo questo “ciclo metodologico” [cfr. Cipolla 1998], la fiducia viene riprodotta.

In termini grafici, il *circolo virtuoso del reclamo* può essere così modellizzato:

Fig. 2 - Circolo virtuoso del reclamo



Perché il “circolo virtuoso” del reclamo si instauri è importante che siano presenti all’interno dell’Azienda delle modalità e degli strumenti atti a garantirne la riproducibilità. A monte della fiducia del cittadino c’è la consapevolezza dei propri diritti. Quindi, a tal scopo, è chiara l’importanza della Carta dei Servizi quale strumento essenziale di conoscenza degli impegni che l’amministrazione ha assunto con i cittadini. Infatti, la possibilità di avere un sistema di reclami efficace è legato alla consapevolezza dei propri diritti. Se il cittadino non è informato sui propri diritti, e quali aspettative può riporre nei confronti dell’organizzazione sanitaria, è difficile che possa partecipare per il miglioramento del servizio.

La fiducia, quindi, è il motore del “circolo virtuoso” che si alimenta non solo con la consapevolezza dei diritti acquisiti, ma anche con i provvedimenti intrapresi dall’organizzazione sanitaria, a seguito del reclamo, al fine di promuovere il miglioramento del servizio. Fiducia che si fonda, quindi, sulla speranza da parte del cittadino, che il reclamo possa servire a qualcosa. Specificatamente si possono distinguere due aspettative [Baraldo et al 2005]:

1. La riparazione dei torti subiti sottintende l’aspettativa del cittadino di avere riparazione per il disservizio subito. In molti casi è sufficiente l’ascolto da parte del responsabile del servizio, o può bastare una comunicazione verbale adeguata o un semplice atto di scusa, magari direttamente dall’operatore che quel giorno non è riuscito ad avere un comportamento all’altezza della situazione, o che può spiegare al cittadino i

motivi del disservizio. In altri casi, sono necessarie spiegazioni scritte. La risposta “contrattualistica”, di riparazione agli inadempimenti contrattuali attraverso l’erogazione del servizio secondo le dichiarazioni della Carta dei Servizi o i requisiti di accreditamento previsti, deve comunque essere accompagnata da un momento comunicativo efficace e personalizzato.

2. Il secondo tipo di esito riguarda utenti che dicono semplicemente di intervenire perché non vogliono che ciò che è accaduto a loro si ripeta ancora, segnalandolo ai responsabili e invitandoli al cambiamento: la sfida è trasformare il reclamo in un’azione civica di partecipazione al miglioramento dei servizi. La soddisfazione individuale al reclamo deve essere accompagnata dalla seria considerazione delle indicazioni dei “nostri azionisti” e incidere effettivamente sull’organizzazione del servizio.

Ancora, secondo il punto di vista psicologico, è importante considerare il filtro emotivo del cittadino. Al di là della razionale richiesta di “riparazione del torto subito”, desidera anche essere compensato per la delusione avuta. Richiede che, prima di ogni cosa si riconosca empaticamente il suo sentimento [...]. La gestione “fredda” e razionale del disservizio non soddisfa pienamente il cliente, cui occorre rispondere con “calore”. Ancora una volta egli è globalmente presente sulla scena, con la mente e con il cuore, ed è anche ai sentimenti che bisogna rispondere [Grandis 1999].

A conclusione di questo “Ciclo virtuoso del reclamo” una particolare considerazione va al “reclamo non detto”, indice di situazioni in cui persone in stato di debolezza e di necessità e il soggetto erogatore del servizio non sono in alcun modo sullo stesso piano. Il disservizio percepito da un anziano ospite di una casa di riposo non è lo stesso di un cittadino che va allo sportello per una tessera sanitaria. Ci sono situazioni di debolezza soggettiva o oggettiva che possono incidere profondamente sulla possibilità del cittadino di presentare un reclamo, dove l’assenza di reclami non deve mai farci pensare che va tutto bene. Quest’ultima considerazione denota che

pochi reclami possono non essere indice di buona qualità, ma spesso di sfiducia e di basse aspettative. Lo scarso numero dei reclami può essere indice di non conoscenza dei diritti e della difficoltà ad instaurare il rapporto comunicativo.

#### **4.5. Le classificazioni dei reclami**

Prima che il reclamo divenga strumento di miglioramento della qualità esso deve venire “elaborato”. Un aspetto molto importante affinché il reclamo venga opportunamente elaborato riguarda il modo attraverso cui esso viene classificato.

Le classificazioni servono a dare senso alla realtà. Si possono utilizzare diverse classificazioni per semantizzare lo stesso fenomeno e ogni modalità classificatoria fornirà una rappresentazione differente di ciò che si sta osservando. «L’attività di classificare è connaturata all’agire umano. Per fare un esempio banale, noi possiamo classificare una cena in diversi modi – attraverso diversi *fundamenta divisionis* direbbe un filosofo. Possiamo classificarla lungo l’aspetto della sua economicità; della bontà del cibo; della gradevolezza della compagnia etc.

Vi sono classificazioni semplici e classificazioni complesse. Una classificazione complessa si articola lungo diversi livelli: generi – specie – subspecie etc... Insomma, la classificazione è un modo per dare forma a ciò che accade» [Maturo e Pizzardo 2005: 203].

Confrontando classificazioni di diverse istituzioni sanitarie ci si può rendere conto delle diverse culture organizzative che stanno dietro all'erogazione dei servizi alle persone.

Una modalità di raccolta delle segnalazioni condivisa da tutte le strutture sanitarie della Regione permette, alle istituzioni centrali, di compilare e raggruppare in modo rapido dati e statistiche riguardanti tutto il territorio. In tal modo, si viene in possesso in modo quasi istantaneo di informazioni connesse alla soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari (seppure le due cose non siano corrispondenti). «Una delle funzioni principali di una classificazione regionale è infatti la possibilità, intrinseca allo strumento, di comparazioni *sincroniche* inter-strutture e comparazioni *diacroniche* tra singole strutture o nella stessa in tempi differenti» [Maturò e Pizzardo 2005: 204]. La costruzione di un sistema omogeneo di classificazione dei reclami assolve anche altre, molteplici, funzioni.

La segnalazione è un tipo di comunicazione che il cittadino trasmette all'istituzione. Quindi, è il sintomo di un disagio che ha oltrepassato una certa soglia per rendersi manifesto. Recenti studi sostengono che, in ambito sanitario, i reclami, nella grande maggioranza dei casi, sono prodotti da disfunzioni organizzative e/o comunicative abbastanza prevedibili: «C'è un detto: “per ogni problema complesso c'è una soluzione semplice...ed è sbagliata”, e si può applicare a molti problemi sanitari. Molte iniziative si sono concentrate sull'aumento della competenza individuale, non della competenza del sistema. Probabilmente il 98% del tempo e degli sforzi fatti per migliorare la qualità è stato speso per provare la competenza e la pratica individuali, e circa il 2% sul miglioramento del sistema, anche se uno studio ha trovato che il 15% degli errori è dovuto agli individui e l'85% a carenze dei sistemi» [Øvretveit 2001: 6].

Le possibilità di neutralizzare la fonte del disturbo causato al cittadino sono quindi abbastanza elevate. Tuttavia, la cultura amministrativa italiana a

lungo ha considerato i reclami più come un grattacapo da scansare, o da mettere tra parentesi, che come uno stimolo alla valutazione e al miglioramento della qualità organizzativa e sociale dell'istituzione.

Opportunamente etichettato e classificato, in modo da indicare l'area da cui proviene, il reclamo può essere invece visto proprio come una precisa richiesta di intervento che il cittadino rivolge all'organizzazione. La dimensione quantitativa rende inoltre manifesto il "peso" di queste richieste.

La possibilità di far sentire la propria "voce" e di conoscere la procedura attraverso cui la propria segnalazione verrà trattata dall'organizzazione rappresenta, inoltre, l'esempio più calzante di quell'orientamento, che ha preso corpo negli anni novanta, teso a rendere esplicita la funzione di tutela che le istituzioni debbono garantire nei confronti dei cittadini che utilizzano i loro servizi.

In sintesi, un sistema di classificazione dei reclami regionale, permette:

- alla Regione (Agenzia Sanitaria, Assessorato) di avere un sistema di classificazione dei reclami omogeneo per tutto il territorio e quindi avere a disposizione un "termometro" della soddisfazione dei cittadini periodicamente aggiornato – anche se va ribadito che i reclami non possono essere considerati come una misura diretta della soddisfazione. Dovrebbe essere quindi possibile svolgere comparazioni, anche attraverso elaborazioni statistiche, tra le varie realtà territoriali e implementare i conseguenti interventi migliorativi di carattere generale, ove necessario.

- alle singole ASL, di avere a disposizione uno strumento validato per la classificazione dei reclami e quindi per dare vita a interventi organizzativi tesi al miglioramento della qualità del servizio.

Inoltre, la crescita della consapevolezza dell'importanza del cultura del reclamo dovrebbe essere considerato uno stimolo per il miglioramento della qualità e non una seccatura da nascondere o minimizzare.

Di seguito, a scopo di esempio, vengono presentate le macro-aree in cui sono suddivise le classificazioni regionali di Marche, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia.

Come si può notare non vi sono differenze radicali tra le classificazioni, eccetto, forse, una maggiore analiticità (lieve) nella classificazione delle Marche (che di per sé nulla toglie alle altre perché è dalle categorie contenute nelle macro-aree che si misura la “sensibilità” di una classificazione). Vale la pena, però, tentare di svolgere la comparazione in modo più mirato.

Tab.1 - Classificazioni regionali dei reclami – macroaree [Fonte: Maturo 2005]

LOMBARDIA	TOSCANA
Informazione	Aspetti relazionali
Accessibilità	Umanizzazione
Aspetti strutturali e comfort	Informazioni
<i>Umanizzazione e privacy</i>	Tempo
Prestazioni	Aspetti alberghieri
Aspetti economici	Struttura e logistica
Rilascio referti	Aspetti burocratici e amministrativi
Contenzioso	Aspetti tecnico-professionali
Varie	Richieste improprie
Encomi	
MARCHE	EMILIA-ROMAGNA
Informazioni sulla/nella struttura	Aspetti strutturali
Informazione clinica	Informazione
Accessibilità	Aspetti organizzativi-burocratici-amministrativi
<i>Tempo</i>	Aspetti tecnici professionali
Relazioni	Umanizzazione e aspetti relazionali
Aspetti strutturali	Aspetti alberghieri e comfort
Umanizzazione-riservatezza-privacy	Tempi
Prestazioni-cure	Aspetti economici
Aspetti organizzativi	Altro
Aspetti economici	Impropri
Richieste risarcimento	
Varie	
Encomi	

Ora, da questo allineamento di macro-aree che considerazioni si possono trarre? Probabilmente poche. Perché una risposta così drastica? Semplicemente perché le macro-aree in sé sono scarsamente esplicative se non si prendono in considerazione i loro contenuti ovvero le categorie (e le eventuali sotto-categorie che esse contengono).

Tra le considerazioni che comunque si possono sviluppare va segnalato il fatto che sin da questo tipo “ampio” di classificazione risulterebbe difficile una comparazione punto-a-punto che ci desse dei risultati realmente confrontabili. Se ad esempio si confrontasse il numero di reclami contenuti nell’area “Accessibilità” della Lombardia si troveranno un numero di reclami, in proporzione sul totale, molto maggiore rispetto a quelli contenuti nell’area medesima delle Marche. Oltre ad evidenti differenze di popolazione, va infatti rilevato che nell’area “Accessibilità” della Lombardia confluiscono anche i reclami che nelle Marche afferiscono all’area “Tempo” (che molto spesso sono tra i più numerosi). In tal senso, anche una comparazione svolta in termini percentuali vedrebbe una percentuale presumibilmente molto più alta nella voce lombarda rispetto a quella delle Marche, le Marche infatti “spalmano” i reclami che la Lombardia incasella in “Accessibilità” lungo due, e non una, area: “Tempo” e “Accessibilità”.

Lo stesso discorso vale per una comparazione tra l’area “Aspetti burocratici e amministrativi” della Toscana e l’area “Aspetti organizzativi-burocratici-amministrativi” dell’Emilia-Romagna. Anche senza entrare nel merito di cosa siano gli aspetti organizzativi dell’Emilia-Romagna, si può subito rilevare che la Toscana ingloba gli “Aspetti economici” nell’area “Aspetti burocratici e amministrativi”, mentre l’Emilia-Romagna li tiene separati. In questo caso, quindi, sarà la Toscana ad avere un numero (anche in percentuale sul totale) di reclami molto elevato in tale area e giocoforza

apparire più “indietro” rispetto all’Emilia-Romagna nell’organizzazione dei servizi<sup>48</sup>.

«In sintesi si può quindi affermare che le classificazioni hanno un elevatissimo valore per le singole regioni, ma che, a livello inter-regionale, uno sguardo comparativo affrettato potrebbe rivelarsi estremamente fallace.

Come fare per superare questa aporia? Una modalità potrebbe essere quella di volgersi alle singole voci analitiche – le categorie – comparando, ad esempio, il numero di lamentele per i tempi di attesa tra diverse regioni» [Maturò e Pizzardo 2005: 205]. In questo caso va ovviamente considerata anche la popolazione di riferimento delle singole regioni, la percentuale di reclami di questo tipo sul totale dei reclami regionali e va posta attenzione ai diversi tipi di reclamo per tempi di attesa contenuti, spesso, in più categorie (es. per visite specialistiche, per trattamenti etc.) e non in una sola. Infatti, un imperativo da cui non si può prescindere laddove si svolgano delle comparazioni riguarda gli oggetti su cui la comparazione ha luogo: essi debbono essere dello stesso tipo logico.

---

<sup>48</sup> Posto che l’elevato numero di reclami sia indice di bassa qualità organizzativa – cosa non affatto scontata e spesso di significato opposto.

## 4.6. Il sistema di gestione dei reclami<sup>49</sup>

Istituire un sistema di gestione dei reclami garantisce un'opportunità di crescita all'azienda sanitaria che vede aumentate le sue capacità di ascolto, di coinvolgimento, di correzione dei disservizi e di miglioramento qualitativo. In tale contesto l'opinione del cittadino sul servizio si trasforma nell'input fondamentale che orienta le decisioni strategiche del management del servizio.

In quest'ottica gli obiettivi specifici del sistema di gestione dei reclami sono due<sup>50</sup>:

1. *Dotare l'organizzazione di uno strumento sensibile a rilevare ed a rispondere rapidamente alle situazioni di disagio ed insoddisfazione espresse dal singolo cittadino.* Si tratta di mettere in atto un sistema di sensori della qualità percepita che accresca la relazione di fiducia e di comunicazione del cittadino con il servizio. In questo contesto la risposta rapida e chiara al disservizio rappresenta un "fattore di compensazione in sé" che valorizza l'esistenza di un impegno istituzionale sulla qualità che si esprime nella Carta dei Servizi.

2. *Implementare un sistema di analisi dei reclami per orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi.* L'analisi dell'insieme dei reclami pone l'azienda in grado di identificare i punti deboli dell'organizzazione, correggere disservizi e programmare interventi di miglioramento di cui saranno beneficiari tutti i cittadini che si rivolgeranno a quello specifico servizio.

L'organizzazione di un sistema di gestione dei reclami non è subordinata ad alcun vincolo di natura istituzionale e procedurale<sup>51</sup>. Questo

---

<sup>49</sup> Molte classificazioni e spunti del presente paragrafo sono state tratte da: Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione, *Il sistema di gestione dei reclami*, dicembre 1997.

<sup>50</sup> Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione, *Il sistema di gestione dei reclami*, dicembre 1997

non esime dal considerare come la presenza di specifiche caratteristiche strutturali, organizzative e di metodo all'interno della struttura sanitaria influisca significativamente sulla funzionalità dell'intera gestione del sistema.

In prima istanza è di fondamentale importanza *la volontà della dirigenza aziendale* di investire sul sistema di raccolta e di gestione dei reclami come risorsa strategica al fine di orientare le proprie politiche di miglioramento della qualità dei servizi e dei rapporti con i cittadini. Tale riconoscimento è, inoltre, un fattore indispensabile per rafforzare l'immagine dell'Urp, conferendogli visibilità, credibilità e autorevolezza. I sistemi per la gestione dei reclami, infatti, non sono pienamente efficaci se non godono del sostegno dei dirigenti di alto livello. Un Direttore Generale o un Direttore Sanitario che manifesti chiaramente il proprio interesse nella gestione dei reclami, vista come una componente importante dell'attività dell'organizzazione, produrrà

degli effetti riscontrabili a tutti i livelli dell'organizzazione. In questo senso i dirigenti dovrebbero:

- esaminare regolarmente le informazioni relative ai reclami;
- intraprendere azioni correttive del servizio in base alle informazioni raccolte;
- accertarsi che la gestione dei reclami diventi parte integrante dei piani aziendali e strategici dell'organizzazione e venga trattata nelle relazioni annuali.

Un altro fattore che rende il sistema di gestione dei reclami maggiormente efficace ed incisivo consiste, senza dubbio, nella presenza

---

<sup>51</sup> Ci si riferisce alla forma organizzativa e non al principio di introduzione del reclamo nell'azienda sanitaria che è sancito dall' art. 14 L. 502/92

della *Carta dei Servizi aziendali*, quale “patto” fra i cittadini e l’azienda in grado di definire:

- *Servizi erogati e modalità di accesso degli stessi*. L’attività di informazione e di comunicazione svolta dalla Carta dei Servizi offre uno strumento indispensabile affinché il cittadino apprenda con precisione sia quali tipi di servizi sono erogati presso una specifica struttura sia quali modalità e requisiti sono necessari per poterne usufruire. In questo modo il cittadino potrà facilmente individuare i difetti/pregi di erogazione e/o organizzazione fonti di aspettative/disagio.

- *Diritti e responsabilità*. La dichiarazione pubblica dei diritti dei cittadini eleva notevolmente il livello di consapevolezza del torto occorso e facilita la presentazione del reclamo, nonché rende lo maggiormente efficace per individuare particolari punti critici nell’organizzazione e nella gestione dei servizi. Accanto ai diritti dei cittadini, in quanto fruitori di un servizio, troviamo, inoltre, le responsabilità che loro hanno nell’utilizzo corretto delle strutture e delle prestazioni.

- *Standard di servizio*. La sezione della Carta contenente gli standard dei servizi è l’impegno ad offrire specifici livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni e dei servizi erogati. Per questo costituisce uno dei più prerequisiti più importanti per la presentazione del reclamo. Il cittadino a questo punto è consapevole di quanto può aspettarsi e di quanto può attendersi dal servizio a cui si rivolge.

In sintesi, quindi, per avviare un sistema di gestione dei reclami è utile partire dall’analisi del contesto operativo esistente, valutando i punti di forza da valorizzare e i punti di debolezza da perfezionare. È molto importante, infatti, concentrarsi sugli stimoli provenienti dagli elementi di criticità allo scopo di rimuoverli poiché solo attraverso la compresenza delle situazioni sopra elencate (volontà politica, Carta dei Servizi, URP) è possibile

prevedere uno sviluppo positivo del sistema di gestione che, in mancanza di tali elementi, potrebbe costituire più che una risorsa per l'organizzazione un fattore generatore di conflitti interni.

Vi sono specifici aspetti che un sistema di gestione dei reclami deve valorizzare per implementare per un servizio valido ed funzionale<sup>52</sup>:

- *La valenza dell'assetto organizzativo.* La capacità di raccogliere e analizzare i segnali provenienti dall'esterno dell'organizzazione e, in particolar modo, da coloro che usufruiscono dei servizi erogati è una condizione essenziale e di partenza per allestire un sistema di gestione dei reclami. Si tratta di creare un sistema di tipo professionale in grado di gestire tutte le fasi, compresa l'identificazione dei problemi strutturali e procedurali, nonché la proposta di azioni di miglioramento organizzativo. A tal fine è indispensabile fornire risorse adeguate, anche in termini di competenze professionali, all'ufficio che sarà preposto alla gestione dei reclami al fine di consentire al personale di procurare all'azienda sanitaria prodotti di alto valore. È necessario che ogni azienda faccia una valutazione attenta circa la quantità necessaria di risorse per garantire tale adeguatezza; tuttavia, sotto il profilo qualitativo è possibile fornire alcune indicazioni basilari. La risorsa fondamentale di cui l'ufficio deve poter disporre è costituita dalla qualità del personale ad esso assegnato. Uno dei criteri da utilizzare, nella selezione del personale destinato ad incarichi in cui è prevista la gestione dei reclami, dovrebbe essere l'abilità dei candidati nella gestione dei rapporti interpersonali. Il secondo criterio è quello della conoscenza della struttura organizzativa nel suo complesso. Le persone che gestiscono i reclami dovranno, infatti, dialogare attivamente con ciascun reparto e ciascun servizio esistenti in azienda: una buona conoscenza dei meccanismi di funzionamento e del personale aziendale potrà sicuramente agevolare lo

---

<sup>52</sup> Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione, *Il sistema di gestione dei reclami*, dicembre 1997.

svolgimento della funzione istruttoria, il fornire risposte immediate ai cittadini, nonché l'individuazione delle maggiori criticità da cui deriva l'eventuale disservizio segnalato. All'interno dell'ufficio dovrebbero trovare, inoltre, spazio persone con capacità di analisi e gestione delle informazioni, anche a fini di progettazione di innovazioni migliorative della qualità dei servizi. Per quanto attiene la gestione delle risorse dedicate al sistema reclami, l'azienda dovrebbe costantemente prestare attenzione al fatto che il personale a diretto contatto con il pubblico ed, in particolare, coloro i quali sono dedicati alla ricezione dei reclami sono sottoposti a pressioni emotive, a volte, logoranti. È importante che venga fornito il massimo sostegno ai dipendenti per aiutarli a svolgere il loro lavoro.

- *Il coinvolgimento degli operatori.* Per un adeguato funzionamento della gestione dei reclami è necessario il coinvolgimento di tutti gli operatori, non solo di quelli che sono addetti direttamente nel processo, ma dell'intero personale della struttura sanitaria. Gli elementi di base per raggiungere questo obiettivo sono quattro:

- far conoscere e condividere: dare a conoscere al personale e condividere il significato, gli obiettivi, le modalità e le responsabilità del sistema di gestione dei reclami.;

- mettere in grado: ovvero permettere al personale di agire secondo quanto richiesto e quindi rimuovere i vincoli tecnici, professionali o organizzativi che impediscono di operare nel modo auspicato e di predisporre le azioni atte a superarli;

- responsabilizzare: ovvero attribuire delle responsabilità ai singoli operatori in maniera che agiscano in vista di risultati e non semplicemente all'adempimento e al rispetto della procedura;

- riconoscere: come immancabile corollario alla responsabilizzazione va particolarmente curato il riconoscimento (non necessariamente economico) come un indispensabile fattore di rinforzo.

Il livello di coinvolgimento del personale sarà tanto più elevato e ampio quanto più l'azienda avrà lavorato per far conoscere il significato e i contenuti di ciò che intende perseguire con il sistema di gestione dei reclami, per dar modo ai professionisti di operare di conseguenza, per responsabilizzarli, per dare riconoscimento dei comportamenti e atteggiamenti congruenti e dei risultati. In mancanza di un coinvolgimento molto forte vi è il rischio che il sistema di gestione dei reclami possa essere visto dagli operatori come un ulteriore adempimento burocratico e normativo al quale rispondere.

- *La partecipazione degli attori coinvolti.* È il tema dei rapporti che esistono tra sistema aziendale di gestione dei reclami e associazioni di tutela e volontariato. Storicamente la gestione dei reclami è stata svolta all'esterno dell'organizzazione. Ciò ha comportato che le associazioni, nei confronti delle strutture sanitarie svolgessero, tra gli altri, un fondamentale ruolo di "dar voce e dignità al malcontento". Nel momento in cui il sistema sanitario prende coscienza dell'importanza dei canali di ascolto dei cittadini (siano essi soddisfatti o meno del servizio prestato) ed utilizza il reclamo non come inosservanza di una norma giuridico burocratica ma come partecipazione al miglioramento il ruolo delle associazioni è destinato a mutare radicalmente. Questo, fermo restando l'autonomia decisionale di ciascuna associazione o organismo di rappresentanza riguardo alla propria collocazione nei confronti del sistema sanitario stesso. Questo cambiamento può costituire anche un punto critico nel rapporto con le associazioni, le quali invece di considerare un risultato positivo la maggiore attenzione prestata dall'istituzione al cittadino, possono viverlo come una diminuzione della propria identità. È, quindi, necessaria una riflessione su come questi mutamenti si riversano nei rapporti che le singole aziende hanno con le associazioni e gli organismi di rappresentanza. Prima ancora di entrare nel dettaglio della partecipazione al sistema di gestione dei reclami, è opportuno realizzare alcune considerazioni generali che possono essere così enunciate.

- Per migliorare la capacità di ascolto dei cittadini, è opportuno mantenere un canale di comunicazione costantemente aperto con le loro organizzazioni poiché queste possono costituire una forma di mediazione delle esigenze dei singoli e quelle dell'organizzazione. Le associazioni, infatti, attraverso la conoscenza della “macchina” organizzativa possono esprimere le aspettative dei cittadini in forma

maggiormente consapevole.

- Per valutare la qualità dei servizi erogati ed il grado di apprezzamento delle azioni di miglioramento della stessa, ogni azienda ha la necessità di ottenere il parere e lo stimolo di soggetti esterni in grado di seguire non solo i singoli accadimenti ma, soprattutto, lo sviluppo nel tempo dei processi organizzativi; sede naturale dove tali osservazioni trovano la necessaria concretizzazione è senza dubbio la Conferenza dei servizi (L.502/92 art.14).

A livello più operativo affinché i cittadini possano esprimere un reclamo ogni qualvolta si sentano insoddisfatti è importante che, a monte della gestione dei reclami, si implementino i seguenti i seguenti aspetti<sup>53</sup>:

1. *Informazione*: nell'ambito delle attività di comunicazione verso i cittadini è possibile e doveroso informare su quali sono i loro diritti e i doveri nella fruizione dei servizi. Se da un lato, in effetti, i cittadini devono essere informati dei loro diritti in quanto fruitori di un servizio pubblico, è vero anche che gli stessi hanno delle responsabilità nei confronti della struttura che si traducono in precisi doveri. La presenza di obblighi reciproci dà al rapporto tra struttura e cittadino una caratteristica più marcata di bilateralità che costituisce la base per un rapporto di tipo negoziale, una

---

<sup>53</sup> Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione, *Il sistema di gestione dei reclami*, dicembre 1997.

sorta di doppia responsabilità che rende il rapporto più trasparente e partecipativo.

È importante che gli operatori dell'Urp, nel momento in cui un cittadino sporge reclamo, diano garanzie di riservatezza, questo per mettere al riparo l'utente dal sospetto della ritorsione o della pubblicizzazione di situazioni private, nel momento in cui effettua il reclamo. Un secondo punto sul quale i cittadini devono essere correttamente informati è quello relativo alle finalità del reclamo stesso: il reclamo è un diritto/dovere che ha lo scopo di canalizzare l'insoddisfazione del singolo cittadino, fornire delle risposte da parte dell'organizzazione sanitaria, ma soprattutto di migliorare il servizio erogato dalla struttura. Quindi, è necessario che il cittadino sia consapevole delle circostanze nelle quali possono reclamare, ovvero su che cosa e quando l'utente insoddisfatto può reclamare. In tal senso è fondamentale il ruolo svolto dalla Carta dei servizi che deve essere ampiamente pubblicizzata al fine di rendere noti il più possibile gli standard di servizio che costituiscono il punto di riferimento per determinare la violazione o meno di un diritto. È questo lo scopo preciso degli standard di servizio che devono quindi essere comunicati in maniera univoca, chiara e comprensibile. Un ultimo aspetto da tenere presente nell'informazione al cittadino è il "come" reclamare pubblicizzando chiaramente le modalità attraverso le quali è possibile presentare il reclamo e i luoghi dove è possibile farlo (con indicazione degli orari nel caso si tratti di sportello o di ricezione telefonica). I servizi pubblici sanitari devono raggiungere con questa attività di comunicazione tutti i loro utenti e in questa ottica è necessario considerare con cura quali sono le modalità da utilizzare.

2. *Facilitazione*: il secondo livello sul quale agire è quello di facilitare l'accesso al reclamo attraverso interventi gestionali e strutturali sulla postazione addetta alla ricezione del reclamo. Un aspetto di vitale importanza per garantire l'accesso del cittadino al reclamo è la distribuzione

di “punti” (uffici, sportelli, personale addetto, cassette, ecc.) per la raccolta dei reclami che deve essere organizzata all’interno di tutta la rete di servizi: in termini ideali in ciascun presidio dovrebbe esistere un punto di raccolta. La decisione sulle modalità specifiche dell’organizzazione dei punti di raccolta deve essere presa in stretta relazione con il flusso generale degli utenti. Quanto più esiste una distribuzione sul territorio dei punti di raccolta tanto più saranno utilizzati da persone intenzionate ad esprimere un loro parere e quindi a presentare un reclamo. La rete deve comunque prevedere una centralizzazione dei dati e l’utilizzo di un’unica procedura che possa permettere alla direzione dell’azienda di avere una visione generale dell’andamento dei reclami. Una caratteristica importante è che i punti a disposizione del cittadino abbiano la necessaria visibilità, per cui è importante che la segnaletica sia chiara e leggibile, indicando all’interno della struttura con adeguati cartelli la localizzazione dell’ufficio o del punto dove trovare il personale addetto alla ricezione dei reclami. Anche l’accessibilità diretta agli uffici è un altro elemento altrettanto importante. L’Urp deve essere su orari ampi e flessibili, sia per quanto riguarda l’apertura degli uffici sia in merito al funzionamento dello sportello telefonico. È importante che l’Urp sia dotato nel numero più ampio di media (fax, telefono, invio postale, posta elettronica) attraverso i quali è possibile presentare un reclamo: presenza di un maggior numero di possibilità per la presentazione del reclamo rende il sistema maggiormente flessibile alle particolarità e alle esigenze dei cittadini, quindi, ne rende più facile l’accesso.

3. *Rapporto*: questo terzo aspetto è inerente al rapporto ovvero agli aspetti comunicativi e relazionali del particolare rapporto interpersonale che si stabilisce tra il cittadino che presenta il reclamo e operatore che lo riceve. La modalità di come tale rapporto si instaura è uno dei fattori più importanti per l’espressione del reclamo in maniera corretta. Gli elementi che debbono caratterizzare il comportamento degli operatori sono quelli della cortesia,

della disponibilità e la capacità di ascolto, in particolar modo da parte del personale addetto alla ricezione dei reclami. In effetti, sicuramente uno dei fattori che inibisce maggiormente il cittadino è rapportarsi con una persona indifferente, scontrosa, “maleducata” o che mette in soggezione i cittadini che si rivolgono alla struttura sanitaria. Il positivo atteggiamento ricettivo improntato alla cortesia, disponibilità e capacità di ascolto e la gestione del rapporto interpersonale tuttavia non esauriscono i compiti e le responsabilità degli operatori che raccolgono i reclami. In effetti, è opportuno che questi forniscano un supporto al cittadino che sporge il reclamo. La struttura deve fare in modo che gli operatori, se necessario, forniscano tale assistenza. A completamento delle indicazioni per un buon rapporto con l’utente che reclama è opportuno fare riferimento all’atteggiamento generale al quale l’operatore può ispirarsi. Si tratta di un atteggiamento positivo ovvero una propensione mentale a percepire l’aspetto positivo del reclamo e a trasmettere tale propensione all’utente durante il rapporto. L’operatore in altri termini è invitato a non porsi su una posizione difensiva quanto piuttosto su una posizione di accettazione (“i reclami sono bene accetti”) e di valorizzazione del reclamo.

#### **4.7. La gestione dei reclami per la risposta al cittadino**

Nell'ambito di una logica di processo possiamo considerare la procedura di gestione dei reclami in quattro fasi:

1. *La co-istituzione*: è la fase della “raccolta” del reclamo. Questa fase è molto importante, e più che in altre, diviene fondamentale il ruolo svolto dall'operatore dell'Urp che deve essere di cogliere tutte le informazioni necessarie per formulare l'istruttoria, oltre che essere in grado di aiutare il cittadino a tradurre il disagio e il carico emotivo connesso, in una comunicazione completa ed esauriente che metta in grado il sistema di gestione dei reclami di raggiungere i suoi obiettivi. I passi procedurali sono i seguenti:

- *raccolta delle informazioni rilevanti*: per accertare il tipo di evento che ha provocato il disagio nell'utente, lo svolgimento dei fatti, i danni subiti e le aspettative dell'utente ognuno di questi punti deve essere indagato in maniera decisa anche se cortese e rispettosa. Centrale in questa fase è capire effettivamente cosa è successo attraverso l'opinione del cittadino. Devono a questo riguardo essere chiarite esaurientemente le circostanze al fine dell'eventuale istruttoria che seguirà;

- *classificazione del reclamo in base a categorie predefinite*: è lo strumento cardine del sistema di gestione dei reclami per potere distinguere in maniera adeguata con semplicità e chiarezza tra i diversi tipi di reclami che giungono alla struttura sanitaria sia fornire una risposta adeguata al singolo reclamo sia, soprattutto, per progettare il miglioramento del servizio più in generale;

- *decisione sull'iter da seguire*: comporta la decisione fondamentale se aprire o meno un'istruttoria. Come è stato già accennato precedentemente, in molti casi in effetti può essere data una risposta immediata senza ricorrere all'istruttoria. I casi in cui l'istruttoria dovrà essere aperta possono essere quelli in cui l'episodio fa riferimento a condizioni non immediatamente verificabili e non già conosciute dalla

struttura stessa (mancanza di determinati servizi, liste d'attesa troppo lunghe, ecc.) le quali possono dar luogo a risposte standardizzate immediate.

2. *Istruttoria*: è l'indagine interna per l'accertamento dell'accaduto, è una delle fasi più delicate per quanto riguarda i rapporti interni all'azienda e investe direttamente il problema delle responsabilità. I passi procedurali possono essere così sintetizzati:

- *affidamento dell'istruttoria*: consiste nell'individuazione del livello di responsabilità per la conduzione dell'indagine. Insieme alla responsabilità devono inoltre essere identificati gli elementi necessari per la formulazione del giudizio, della risposta. Devono cioè essere definite le informazioni da rilevare per verificare l'episodio denunciato dal reclamo, al fine di verificare lo svolgimento dei fatti;

- *verifica di congruenza e completezza*: verifica che tutti gli elementi informativi richiesti siano presenti al fine di poter formulare e comunicare la risposta al cittadino. Nello schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" viene indicato il termine massimo di tre giorni dalla ricezione per l'avvio dell'istruttoria. Per l'indagine sono previsti un massimo di 7 giorni. Tuttavia questo standard generale può essere adattato alla realtà delle singole strutture (maggiore o minore complessità del presidio, maggiore o minore flusso di reclami).

3. *Formulazione e comunicazione della risposta*: può essere immediata nei casi di immediata verificabilità, oppure può essere data dopo un'attività di istruttoria e indagine. In ambedue i casi un aspetto critico è quello di non riuscire a soddisfare con la risposta prevista le aspettative del cittadino che ha presentato il reclamo. In quest'ottica è opportuno rendere la formulazione della risposta il più possibile flessibile e personalizzabile sulle specifiche aspettative dell'utente. Ciò può essere realizzato attraverso un ampliamento delle possibili alternative di risposta e un rapporto negoziale con il cittadino nel momento della comunicazione finale. La negoziazione

della risposta implica ovviamente un certo margine di autonomia per il responsabile dell'Urp.

4. *Il riesame*: in caso di insoddisfazione da parte del cittadino può essere prevista una fase di riesame. È possibile differenziare due tipi di riesame: quello interno o informale e quello esterno o formale. Il riesame informale o interno è quello che la struttura fa autonomamente una volta che riscontra l'insoddisfazione del cittadino o dietro sua richiesta, in quei casi in cui, ad esempio, c'è una contestazione in merito all'accertamento dei fatti o c'è una rettifica rispetto a quanto denunciato in origine. In questo caso la procedura e i tempi sono gli stessi della fase di istruttoria. Si ricorre al riesame esterno quando il riesame interno non ha comunque soddisfatto il cittadino (la documentazione del riesame esterno è l'intera pratica) o quando fin dall'inizio non esistono le condizioni per avviare una pratica interna con buone probabilità di successo. Oltre al riesame va comunque considerata la possibilità di ricorso per via giurisdizionale, in effetti, nello schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" viene ribadito, citando l'articolo 14 del decreto legislativo 502/92, che la presentazione dei reclami non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

#### **4.8. La gestione dei reclami per il miglioramento dei servizi**

Sono fondamentalmente due le modalità attraverso le quali le Aziende possono introdurre azioni di miglioramento della qualità a partire dall'analisi delle segnalazioni dei cittadini. La prima modalità consente di mettere in atto misure di tipo correttivo, atte a prevenire, in tempi brevi, la ripetizione di disservizi frequentemente riportati dai cittadini. La seconda modalità prevede la programmazione di attività a maggior contenuto strategico, che contribuiscano, nel medio e lungo termine, ad accrescere la soddisfazione dei cittadini in relazione alla qualità dei servizi. L'obiettivo principale delle azioni di tipo correttivo è quello di agire su situazioni improprie presenti in determinati servizi, allo scopo di ripristinare le condizioni normali di lavoro. Le azioni di tipo correttivo devono essere programmate a partire dall'osservazione della frequenza dei reclami nelle varie tipologie e dalla conoscenza dei servizi più frequentemente oggetto delle segnalazioni dei cittadini. È soprattutto l'incrocio tra queste due variabili - il tipo di reclamo ed il luogo nel quale esso avviene (perché e dove) - ad offrire indicazioni operative per identificare le priorità di intervento. Ad esempio, l'osservazione di un'elevata frequenza di reclami di tipo relazionale, associata alla conoscenza delle unità operative più frequentemente segnalate dai cittadini per questo tipo di reclamo, permette di programmare azioni specifiche di sensibilizzazione e formazione rivolta agli operatori di front-line delle unità coinvolte. L'analisi dei reclami, oltre a permettere all'Azienda di monitorare i disservizi (la "non qualità") e svolgere azioni destinate a prevenire la loro ripetizione, può fornire un contributo per mettere in atto programmi atti ad accrescere il livello di soddisfazione dei cittadini in relazione ai servizi offerti dall'azienda. A questo proposito, va detto che i reclami mettono in evidenza solo alcuni aspetti

dell'insoddisfazione dal momento che la “soglia” del reclamo è variabile in funzione alla gravità del disservizio ed ad caratteristiche sociali e culturali di tipo individuale. Per questo motivo, alcuni aspetti importanti nella determinazione dell'insoddisfazione non possono venire rilevati dall'analisi dei reclami. In termini generali, l'analisi dei reclami, insieme all'arsenale di strumenti utilizzabili per verificare la qualità dei servizi, può fornire contributi importanti al processo metodologico che porta alla definizione degli standard di qualità, e può addirittura svolgere un ruolo determinante per il loro monitoraggio. È, però, altrettanto importante specificare che uno standard di qualità non dovrebbe essere definito a partire di un indicatore legato alla rilevazione dei reclami. La logica dello standard implica una valenza di tipo positivo: garantire semplicemente il controllo del disservizio è diverso dall'assumersi un impegno con i cittadini per migliorare gli aspetti legati ad un fattore di qualità. Gli indicatori costruiti a partire dal sistema dei reclami possono però essere utilizzati con successo in modo indiretto, per suggerire la necessità di definire uno o più standard in relazione a fattori di qualità particolarmente segnalati dai cittadini e per verificare il suo raggiungimento. Ad esempio, l'osservazione di un'alta frequenza di reclami relativa a lunghi tempi d'attesa per le visite specialistiche ambulatoriali, può indurre la necessità di definire uno standard quantitativo che si impegna a rispettare un tempo massimo d'attesa. L'obiettivo dichiarato dall'azienda nella formulazione di questo standard (il valore atteso) non è l'assenza di reclami per lunghi tempi d'attesa, ma il rispetto di un tempo massimo definito.

## **5. Il Veneto e gli Uffici per le relazioni con il pubblico in sanità**

La ricerca oggetto di questo lavoro, che verrà affrontata nel capitolo successivo, si fonda sui reclami provenienti dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere della regione Veneto raccolti dagli Uffici per le relazioni con il pubblico<sup>54</sup>. Per questo motivo, prima di entrare nel merito specifico della ricerca, è sembrato opportuno costruire un quadro di riferimento concettuale, normativo e statistico sul contesto dell'indagine.

### **5.1. Lo stato di salute e i servizi sanitari del territorio veneto<sup>55</sup>**

Il Veneto è composto di sette province suddivise in 581 comuni ed ha una superficie pari a 18.390,7 Km quadrati. Un alto numero di Comuni per Provincia indica la frammentazione degli insediamenti abitativi che caratterizzano il Veneto e la conseguente criticità relativa all'implementazione e allo sviluppo di servizi socio-sanitari nel territorio.

Secondo i dati ISTAT, al 31 dicembre 2002 la popolazione residente nel Veneto ammontava a 4.577.408 unità, ovvero 47.585 unità in più rispetto all'anno 2001. Questo incremento va attribuito in gran parte al fenomeno immigratorio (più 46.485 unità) e in misura decisamente minore al saldo naturale che segnala 1.100 nati vivi in più rispetto ai morti. La componente naturale è il risultato di due fenomeni contrapposti: la natalità e la mortalità. Per quanto riguarda il primo

---

<sup>54</sup> Per la trattazione completa della ricerca si rimanda al cap. 6 del presente lavoro.

<sup>55</sup> Tutti i dati statistici che sono riportati nel seguente paragrafo sono tratti dalla Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto, anno 2004 (dati 2002-2003).

fenomeno nel 2002 il numero di nati vivi in Veneto ammonta a 43.434, mentre i decessi risultano pari a 42.334 unità. Di conseguenza il tasso di incremento naturale, ossia la differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità, risulta pari a 0,2 per mille residenti. Confrontando questi dati con quelli medi nazionali, si osserva, per l'Italia, un eccedenza di morti rispetto ai nati vivi, da cui deriva un saldo naturale negativo che conferma la tendenza degli anni precedenti (1999: - 0,6 per mille residenti; 2002: - 0,3 per mille residenti). Approfondendo l'analisi sul territorio della Regione Veneto emerge si può rilevare una certa variabilità tra le province. Specificatamente a Rovigo, Venezia e Belluno il numero dei morti non è bilanciato dal numero dei nati vivi, mentre a Vicenza si registra non solo il più basso tasso di mortalità, ma anche il più alto tasso di natalità.

Aumentando il livello di dettaglio territoriale e, quindi, passando all'analisi per singola Ulss, colpisce particolarmente il valore, fortemente negativo del saldo naturale registrato nell'Ulss Veneziana (- 1198) e il valore più basso del movimento migratorio, quindi, in questa Ulss non solo il numero dei morti eccede il numero dei nati vivi, ma i trasferiti sono di poco coperti dai nuovi iscritti, di conseguenza il tasso di crescita totale risulta essere il più basso tra tutte le Ulss del Veneto. All'Ulss Veneziana si contrappongono le Ulss di Bussolengo e Vicenza, nelle quali il tasso di crescita totale si aggira attorno a 19 su mille abitanti.

Considerando la struttura per età e sesso della popolazione veneta<sup>56</sup> emerge che il 17% della popolazione è rappresentato da minorenni. Se a questi sommiamo la popolazione di età compresa tra 19 e i 24 anni possiamo affermare che circa 1 veneto su 4 è compreso nella fascia di età più giovane. Confrontando la struttura per età dell'Italia con quella del Veneto si nota, per entrambe, una netta prevalenza della classe di età compresa tra i 25 e i 45 anni. La struttura per età dell'Italia si differenzia particolarmente da quella del Veneto per la distribuzione della classe d'età 0-15. Passando, infatti dai 15 ai 0 anni, si osserva per l'Italia un costante riduzione dei numero dei soggetti, al contrario di quanto accade nel Veneto per la stessa classe d'età.

---

<sup>56</sup> Dati Istat 2001.

La distribuzione per età sul territorio veneto mostra una certa variabilità tra le province. Belluno e Rovigo presentano la percentuale maggiore di anziani (21% oltre i 64 anni), superando addirittura la media nazionale, e insieme a Venezia si distinguono anche per il minor peso relativo di bambini (tra l'11% e il 12%) e adolescenti (attorno al 3%). Al contrario Vicenza vanta la struttura più giovane d'età registrando allo stesso tempo la maggior percentuale di bambini e la più bassa percentuale di anziani.

Analizzando il fenomeno per singola Ulss, risulta che quella Veneziana è la più anziana, infatti oltre il 22% della popolazione ha più di 64 anni ed è anche l'Ulss con il valore più allarmante per l'indice di vecchiaia (212,4%). Fanno seguito le Ulss di Rovigo e Feltre con una percentuale di anziani oltre i 65 anni di poco inferiore al 22% e Belluno e Adria per le quali questa percentuale si aggira attorno al 21%. A queste si contrappone l'Ulss Alta Padovana che, oltre a presentare la più bassa percentuale di popolazione anziana (15,3%), si distingue anche per la struttura più giovane per età, infatti vanta la maggior percentuale di giovani di età compresa tra 0 e 24 anni. Con tutta probabilità, le percentuali di suddivisione della popolazione riscontrate nel 2001 saranno confermate anche nel biennio 2002-2003, con un ulteriore aumento della popolazione anziana. In tal senso, secondo i dati Istat la popolazione risulta pari a 4.642.899 unità mentre alla stessa data del 2002 ammontava 4.577.408 residenti. Nel 2003 si è registrato quindi un incremento della popolazione residente pari all'1,4%, tale incremento è in larga parte dovuto alle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli stranieri presenti in Italia mediante "sanatoria".

Le donne costituiscono il 51,13% della popolazione per un totale di 2.373.724 a fronte di un numero di uomini pari a 2.269.175 unità (48,87%). La maggior percentuale di individui di sesso femminile è tipica delle società a forte invecchiamento ed è dovuta ad una maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini.

La popolazione del Veneto rappresenta l'8,02% della popolazione Italiana. La provincia più popolata risulta essere quella di Padova con 871.190 abitanti

seguono Verona, Treviso, Venezia, Vicenza, Rovigo e infine Belluno. Come avviene ormai da quattro anni il saldo naturale è positivo, ovvero il numero dei nati vivi supera il numero dei decessi. Tuttavia, il saldo naturale del 2003, pari a + 124 unità, è il più contenuto registrato a partire dal 2000. Tra le province si registra saldi negativi a Belluno, Venezia, Rovigo e Verona, mentre le province di Treviso, Vicenza e Padova presentano saldi naturali positivi. L'invecchiamento progressivo della popolazione determina un numero di morti in costante crescita, ma l'incremento osservato nel 2003 è dovuto alle particolari condizioni climatiche di quell'anno. Infatti, nei mesi estivi da giugno a settembre è stato rilevato un aumento dei decessi pari all'8% fronte dell'1,4% registrato nel corso dell'anno.

In merito alla famiglie e alla loro composizione si può rilevare una crescita costante dal 1991 al 2000, mentre se ne può registrare un leggero decremento tra il 2001 e il 2002. Il numero medio di componenti della famiglia è di 2,7 persone, infatti il Veneto si caratterizza ancora, rispetto alla media nazionale, per una percentuale di famiglie estese, ovvero composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate. Continuano a diminuire i nuclei familiari costituite da coppie con figli, in questo caso il dato veneto si pone al di sotto del dato medio nazionale.

In merito allo stato di salute della popolazione veneta si può rilevare che la speranza di vita alla nascita continua ad aumentare nella Regione Veneto per entrambi i sessi. Ciò evidenzia un ulteriore miglioramento dello stato di salute dei cittadini rispetto al recente passato che si riflette in una minore mortalità anche nelle età avanzate. Le donne si caratterizzano per una aspettativa di vita alla nascita maggiore rispetto agli uomini, fattore che può essere spiegato generalmente con due ragioni. La prima è uno svantaggio biologico degli uomini che si traduce in 3 anni in media di vita in meno rispetto alle donne; la seconda è la maggiore esposizione ai fattori di rischi da parte degli uomini come tabacco, alcool, traumi sul lavoro, guida senza cinture di sicurezza, ecc... .

Le principali tre cause di morte nella Regione Veneto sono:

- i *tumori maligni*, sono la prima causa di morte tra gli adulti con un rischi tra gli uomini doppio rispetto alle donne. L'importanza della patologia tumorale per la Regione Veneto viene messa in evidenza dal confronto dai tassi di mortalità per infarto al miocardio e per tumore del Veneto con quello degli altri paese industrializzati;
- le *malattie cardiocircolatorie*, sono la prima causa di morte negli anziani e la seconda tra gli adulti, più frequenti nei maschi rispetto alle femmine in tutte le classi d'età tranne che in quelle più avanzate;
- la *cirrosi epatica*, è la terza causa di morte nei maschi e la quarta nelle donne tra i 45 e i 65 anni d'età, tra i maschi con più di 45 anni il rischi di cirrosi è due volte e mezza rispetto a quello tra le donne.

Nel Veneto, l'evoluzione del quadro epidemiologico durante il XX secolo ha comportato una drastica riduzione delle malattie infettive e una diffusione delle malattie non trasmissibili. La mortalità e anche la morbosità per malattie infettive immunizzabili dell'infanzia ha raggiunto frequenze molto basse in conseguenza degli elevati tassi di copertura vaccinale degli interventi di profilassi introdotti negli ultimi cinquant'anni in Italia e nel Veneto. Inoltre, la mortalità per Aids è diminuita negli ultimi 5 anni in conseguenza dei progressi terapeutici ottenuti con i farmaci e alla riduzione della trasmissione tra tossicodipendenti. Le patologie non trasmissibili hanno seguito un andamento inverso rispetto alle malattie infettive superandole. La diminuzione della mortalità per neoplasie è stata più limitata ed è iniziata più recentemente rispetto alle malattie cardiovascolari e ciò si è tradotto in un incremento dell'importanza relativa dei tumori come causa di morte in entrambi i sessi. L'invecchiamento della popolazione è l'altro fattore che ha fatto aumentare l'importanza in termini assoluti e relativi delle morti da tumore in quanto l'incidenza, e quindi la mortalità per neoplasie, aumenta con l'età avanzata. Paradossalmente l'aumento della proporzione di morti per tumori è segno dell'aumentata longevità della popolazione. Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche degli ultimi come dei futuri decenni hanno e sempre avranno

conseguenze notevolissime sui bisogni della popolazione, sulle strutture della società e quindi sulla progettazione dei servizi socio-sanitari.

Il Servizio sanitario della regione Veneto si articola su 21 Aziende Usl e 60 Distretti.

*Tab. 1 - Numeri e strutture del Servizio Sanitario della Regione Veneto\**

Popolazione residente al 31.12.2002	4.577.408
Comuni	581
Aziende Usl	21
Distretti	60
Aziende Ospedaliere	2
Ospedali a gestione diretta	61
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	0
Istituti a carattere scientifico-sedi distaccate	0
Ospedali classificati	8
Case di cura accreditate	16
Posti letto pubblici	21.855
Posti letto privati accreditati	1.262
Ambulatori e laboratori pubblici	446
Strutture residenziali pubbliche	153
Ambulatori e laboratori privati	332
Strutture residenziali private	494

\* Dati SIS – Anno 2001, Rilevazione ASSR – Anno 2003

L'evoluzione che interessa attualmente il Sistema Sanitario Regionale tende gradualmente a determinare un riequilibrio tra il modello tradizionale di servizio sanitario, inteso esclusivamente in chiave diagnostico-terapeutica, ed il modello più avanzato che agisce nell'ambito della prevenzione, della promozione e dell'educazione alla salute. Questo comporta indubbe difficoltà dal momento che tale paradigma considera l'individuo come soggetto interagente con l'ambiente che lo circonda, con i luoghi dove vive, lavora, studia e ovviamente dove viene curato. Questo significa qualificare la persona umana come facente parte di tutti questi macro e micro sistemi. In particolare i settori di azione previsti dalla Regione Veneto sono i seguenti:

- sorveglianza e prevenzione epidemiologica delle malattie infettive;
- sicurezza nei luoghi di lavoro;

- igiene di alimenti e bevande;
- sanità veterinaria;
- servizi di igiene pubblica.

Nel Veneto l'assistenza ospedaliera si caratterizza per 2 Aziende ospedaliere e 61 ospedali a gestione diretta, offrendo un numero di posti letto, fra strutture pubbliche e privato convenzionato, pari a 23.117. L'assistenza ospedaliera, così come per le altre regioni, costituisce uno dei nodi di un sistema a rete in cui l'ospedale è una componente insieme ai distretti socio-sanitari, ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ai dipartimenti di prevenzione. Nello specifico, all'interno degli ospedali sono attualmente rilevabili due aree assistenziali:

- aree orientate ad interventi rapidi e di grande complessità e specialità riservate a pazienti con forme acute, caratterizzate da numeri di letti e tempi di degenza sempre più contenuti. La costituzione ed il consolidamento di queste aree fanno parte di un processo che si colloca attualmente nella sua fase iniziale per la maggior parte delle aziende sanitarie venete;
- aree destinate all'assistenza in fase di post-acuzie e per riabilitazione al fine di affrontare la cronicizzazione delle forme neoplastiche ed in generale di tutte le forme cronico-degenerative. Anche in questo caso, per le aziende sanitarie del Veneto, la suddivisione di queste ultime aree non è ancora così precisa e delimitata.

Tali evidenze segnalano la necessità di ri-orientare l'assistenza ospedaliera veneta affinché si caratterizzi per una forte interiorizzazione di approcci organizzativi e gestionali più legati alle manifeste necessità e maggiormente in grado di dare risposta ai bisogni di salute espressi dalla popolazione veneta.

## 5.2. Il modello socio-sanitario ed assistenziale del Veneto

Il modello sanitario della Regione Veneto si fonda su una forte tradizione di integrazione socio-sanitaria che risale alle principali scelte effettuate negli anni 1994-95: la costituzione di aziende Ulss (unità locali socio-sanitarie) e l'attribuzione alle stesse di una centralità nella programmazione sanitaria complessiva, anche ospedaliera, che ha portato alla costituzione di due sole Aziende ospedaliere nei centri universitari di Padova e Verona.

Questi valori sono confermati dalle scelte successive, che prevedono la valorizzazione della funzione del distretto socio-sanitario e l'unicità dello strumento programmatico per definire strategie comuni di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. Ciò avviene a livello regionale, tramite il Piano socio-sanitario regionale e a livello locale, con il pieno raccordo tra il PAT<sup>57</sup> (Programma delle Attività dei Distretti) e il Piano di Zona dei servizi sociali e sociosanitari<sup>58</sup>, tramite la stipula dell'accordo di programma tra ogni Ulss ed i Comuni dell'ambito territoriale della stessa Ulss.

Le principali finalità<sup>59</sup> del Piano socio-sanitario regionale 1996-1998 ancora vigente<sup>60</sup> sono:

1. la *promozione* e la *tutela della salute* individuale e collettiva fisica, psichica e sociale dei singoli così come dei gruppi e delle comunità attraverso interventi finalizzati alla rimozione della cause di malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento garantendo altresì una continuità terapeutica e da assistenziale;
2. l'erogazione di *livelli uniformi di assistenza* che siano in grado di superare gli squilibri fra domanda e offerta di servizi socio-sanitari

---

<sup>57</sup> Previsto dal d.lgs. 229/99

<sup>58</sup> Previsto dall'art. 19 della legge quadro dei servizi sociali n. 328/2000.

<sup>59</sup> Piano Socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998, capo I, art 2.

<sup>60</sup> La proposta di Piano socio-sanitario 2003-05 è ancora in fase di approvazione.

nelle diverse aree del territorio regionale perseguendo in maniera diffusa livelli qualitativi elevati di assistenza, nonché la garanzia per i cittadini di eque opportunità di accesso alle attività e alle prestazioni sanitarie erogate;

3. il raggiungimento di una più elevata *efficacia e produttività* del sistema di servizi socio-sanitari attraverso il miglioramento della qualità dei servizi e la razionalizzazione dell'uso delle risorse;
4. l'*umanizzazione* dei servizi, la realizzazione della piena integrazione programmatica tra servizi sanitari e socio-assistenziali, la valorizzazione della solidarietà organizzata e della famiglia.

Come si diceva sopra, la regione Veneto si caratterizza per una forte dimensione d'integrazione socio-sanitaria, esplicitata anche nel Piano Socio-sanitario<sup>61</sup>, integrazione che si attua attraverso la gestione unitaria dei servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale socio-sanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati. L'integrazione viene attuata dal Direttore Generale attraverso il Direttore dei Servizi sociali che fornisce il supporto per l'elaborazione del Piano di zona e che ne segue l'attuazione. Il Distretto socio-sanitario è la sede in cui avviene l'integrazione operativa sulla base dei contenuti e della modalità previste dall'Accordo di programma o dall'atto di delega. Il distretto, pertanto, costruisce centro di riferimento dei cittadini per le attività dei servizi sanitari e socio-assistenziali sul territorio, sia specifiche che tra loro integrate.

### *5.2.1. Sviluppi e sperimentazioni: il piano socio-sanitario 2003-2005<sup>62</sup>*

---

<sup>61</sup> Piano Socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998, capo II, art 1.

<sup>62</sup> Lo schema del Piano Socio-sanitario è stato approvato dalla Giunta regionale come disegno di legge n. 12 del 10.06.03 senza, tuttavia superare l'esame del Consiglio regionale.

Il PSSR 2003-2005 “Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità”, approvato dalla Giunta regionale nella seduta del 10 giugno 2003, ha come obiettivo la modernizzazione del sistema che, sul piano territoriale, si fonda su tre assi fondamentali:

1. individuazione di ambiti territoriali sopranazionali in cui collocare la gestione dei servizi maggiormente suscettibili di raggiungere più elevate economie di scala con dimensioni territoriali più ampie (gestione di servizi di area vasta);
2. ristrutturazione interna del sistema con accentuazione delle terzietà delle funzioni di finanziamento delle strutture rispetto a quelle di produzione delle prestazioni, con assoluta parità fra produttori accreditati e forte legame con il fabbisogno socio-sanitario;
3. riorganizzazione della funzione ospedaliera all'interno delle aziende ULSS al fine di consentirne l'effettiva responsabilizzazione ed il governo.

Nella proposta di Piano Socio-Sanitario 2003-2005 si prevedono importanti innovazioni nell'assetto programmatico e gestionale:

- si definiscono i criteri di “area vasta”, con i quali la Regione promuove la realizzazione di compiti di programmazione e gestione di servizi in rete, che interessino più ambiti aziendali, anche interprovinciali. Il riferimento prioritario è quello all'attività svolta dai servizi territoriali e ospedalieri in rete, all'urgenza-emergenza, alle attività ospedaliere ad altissima specializzazione il cui bacino di afferenza è individuato in aree sovranazionali;
- sperimentazione di integrazione istituzionale: si ipotizza un nuovo modello di governo di tutti i servizi con nuove forme di collaborazione tra Regione e Comuni, attraverso la costituzione di Aziende Unitarie Locali per i Servizi alla Persona (AULSP). Le Aziende dovrebbero incorporare tutte le funzioni attualmente garantite dalle ULSS e quelle oggetto di gestione da parte dei Comuni. La sperimentazione gestionale a valenza istituzionale è finalizzata a verificare l'affidabilità e le condizioni di

generalizzabilità di un nuovo modello di gestione dei servizi alle persone della Regione Veneto, che si radica sulle esperienze di integrazione più consolidate e le porta ad ulteriori traguardi. Queste Aziende conserveranno l'attuale organizzazione nelle tre strutture primarie aziendali "Dipartimento di prevenzione, Ospedale e Distretto Socio Sanitario, al quale vanno ricondotte sotto il profilo operativo tutte le attività sociali dell'azienda" . La gestione delle risorse è gestita con modalità unitarie, con assegnazione di budget ai tre macro livelli di assistenza: sanitaria, sociosanitaria e sociale. Anche la erogazione dei Lea (sanitari, sociosanitari e sociali) è incardinata in questa logica.

- Sperimentazione del distretto ad elevata autonomia gestionale: in analogia a quanto previsto per le sperimentazioni gestionali a livello aziendale, potranno essere realizzate sperimentazioni finalizzate a garantire una gestione unitaria di tutti i servizi sanitari, sociosanitari e sociali ricompresi nei livelli essenziali di assistenza di ambito distrettuale.

È inoltre in corso la ridefinizione della rete delle residenze sanitarie assistenziali e, per garantire alla popolazione anziana la continuità tra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale, è stata avviata la sperimentazione delle residenze sanitarie distrettuali. Nascono quindi gli Ospedali di comunità, riservati a pazienti con età superiore a 65 anni, con posti letto destinati a pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri per acuti che devono ancora consolidare la condizione fisica o che devono continuare in modo intensivo il processo di recupero, con permanenza non superiore a tre mesi. La proposta di PSSR 2003-2005 prevede, inoltre, che la programmazione locale integri le scelte previste dal Programma attuativo locale (PAT) e dal Piano di zona, portando i due strumenti ad una sintesi unitaria con uno strumento organico e coordinato di programmazione.

### **5.3. Gli aspetti normativi degli Uffici per le relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie del Veneto**

La regione Veneto recepisce e accoglie tutte le disposizioni normative in materia di Ufficio per le relazioni con il pubblico in sanità attraverso l'approvazione delle "Linee guida per la costituzione ed il funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie del Veneto"<sup>63</sup>.

Quindi, alla luce delle disposizioni di legge in materia di trasparenza, accesso e di informazione al cittadino viene stabilito che l'attività degli Uffici relazioni con il pubblico deve essere finalizzata a:

- comunicazione e promozione, interna ed esterna, dei contenuti della Carta dei Servizi. Tale comunicazione deve essere esercitata tenendo conto dei bisogni dei destinatari e del contesto in cui riceve l'informazione. Inoltre, nella relazione domanda/offerta viene sottolineata la centralità del cittadino trovandosi, quest'ultimo, in una situazione che necessita di attenzione ed aiuto nonché di informazioni di elevata qualità;
- promozione delle attività di rilevazione dei bisogni qualitativi e quantitativi e del livello di gradimento dell'utenza al fine di implementare modalità atte a conoscere e ad individuare le aspettative dei cittadini;
- tutela del cittadino, intesa anche come risorsa da utilizzare nel processo di miglioramento organizzativo del sistema gestionale e della qualità dei servizi erogati.

---

<sup>63</sup> Deliberazione della Giunta Regionale 22 luglio 1997, n. 2677.

Il Dpcm 19.5.1995<sup>64</sup> attribuisce agli Uffici relazioni con il pubblico le funzioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione che, nelle suddette Linee guida si sostanziano nelle seguenti attività:

- orientamento del cittadino;
- iniziative di comunicazione con particolare attenzione alla diffusione di iniziative della Carta dei servizi all'esterno dell'azienda;
- iniziative di comunicazione all'interno dell'azienda allo scopo di aumentare la conoscenza e la condivisione dei contenuti della Carta dei servizi e alla formazione e responsabilizzazione degli operatori sanitari;
- collaborazione allo sviluppo della rilevazione dell'*audit* interno;
- raccolta e gestione dei reclami;
- rapporti con le associazioni.

Le Linee guida prevedono per informazione, accoglienza, tutela e partecipazione specifiche definizioni e articolazioni funzionali.

L'*informazione* consiste nell'organizzazione e la raccolta delle informazioni sulle prestazioni sanitarie e relative modalità di accesso verso l'esterno ai fini dell'orientamento ai cittadini, oltre che nell'organizzazione e la raccolta delle informazioni verso l'interno ai fini della valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi erogati da parte della direzione strategica dell'azienda. La qualità dell'informazione è la base per un buon dialogo tra l'azienda e i cittadini, informazione che deve contenere indicazioni su: la tipologia e la disponibilità delle prestazioni; il percorso assistenziale/amministrativo; gli oneri a carico del cittadino; la possibilità, da parte dei soggetti, di partecipare al processo di miglioramento della qualità del servizio.

Quindi, allo scopo di assicurare un'efficace informazione le Linee guida prevedono:

---

<sup>64</sup> Per ulteriore approfondimenti si rimanda al capitolo 2, par. 2.3.2.

- l'individuazione delle tipologie dei soggetti che usufruiscono i servizi (cittadino, cittadino/paziente ricoverato o in attesa di accertamenti diagnostici, ecc..) e le conseguenti attese di comunicazione;
- la definizione delle modalità di comunicazione al fine di utilizzare canali specifici per ogni categoria di soggetti destinatari;
- adattamento del messaggio alle capacità e al tempo a disposizione del cittadino;
- la comunicazione tra gli Urp della Sanità e degli altri settori dell'Amministrazione pubblica della Regione e con la stessa Regione, allo scopo di favorire un costante scambio informativo, in una logica integrata e diffusa dell'informazione.

Conseguentemente vengono riportate delle indicazioni organizzative relative alla funzione dell'informazione:

- la predisposizione di materiale informativo per rendere note le prestazioni erogati e i servizi disponibili;
- l'apertura di punti di informazione facilmente accessibili e en individuabili con funzioni di front-office che riportano direttamente all'Urp;
- l'impiego di personale con approfondita conoscenza della struttura organizzativa dell'azienda di appartenenza, adeguatamente formato sulle tematiche della comunicazione e delle dinamiche relazionali;
- l'orario indicativo di apertura al pubblico di 6 ore su 5;
- l'assegnazione di personale, di norma dedicato, atto a garantire il servizio in relazione ala dimensione, all'organizzazione dell'azienda;
- la dotazione di strumenti informatici tali da consentire il collegamento in rete tra gli Urp di tutte le aziende sanitarie venete.

Alla funzione dell'*accoglienza* sono connesse le azioni volte all'umanizzazione e personalizzazione dei servizi e delle relazioni tra cittadino e personale aziendale. In merito a tale funzione l'Urp svolge attività promozionale

di raccolta di segnali di disservizio e, quindi, svolge attività che si intersecano con le attività espressione della funzione di tutela e che si caratterizzano per la predisposizione di opuscoli informativi per i cittadini relativamente alle prestazioni, ai servizi offerti e ai diritti tutelati.

Relativamente alla funzione di *tutela* le Linee guida sottolineano il ruolo di primaria importanza svolto dagli Urp e dai punti di informazione. Il reclamo viene inteso come manifestazione di insoddisfazione sul servizio erogato e la raccolta e la gestione degli stessi viene individuata come attività specifica dell'Urp al fine del miglioramento della qualità di ogni azienda sanitaria. Agli Urp, inoltre, spetta la funzione di referente degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti afferenti alle aziende sanitarie quali interlocutori istituzionali delle stesse. È previsto, infatti, che l'Urp partecipi in collaborazione con il Volontariato alla realizzazione di progetti operativi per favorire:

- l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- la semplificazione delle procedure di accesso;
- lo sviluppo dell'*audit* interno;
- il monitoraggio del flusso informativo relativo alle specifiche funzioni di informazione e tutela al fine della valutazione della qualità percepita dai cittadini.

Specificatamente alla funzione di tutela la regione Veneto ha approvato lo “*Schema-tipo di Regolamento di pubblica tutela per gli utenti del Servizio Sanitario Regionale*”<sup>65</sup> che ne regola le specificità e le funzioni. I

Il Regolamento prevede le modalità di presentazione di osservazioni, reclami, denunce ed opposizioni. Il reclamo viene definito come l'esito conseguente a comportamenti o ad atti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale erogati da aziende sanitarie o

---

<sup>65</sup> Deliberazione della Giunta regionale 22 giugno 1998, n. 2280.

situazioni di disservizio che costituiscono violazione della L. 241/90 e il Dpcm 19/05/1995.

Specificatamente si prevede che:

- gli utenti, parenti o affini, gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti afferenti l'azienda sanitaria possono presentare osservazioni, reclami, denunce ed opposizioni entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti;
- i soggetti possono presentare reclamo rivolgendosi all'Urp dell'azienda interessata con lettera, fax, oppure mediante colloquio o telefonata del quale l'addetto alla ricezione deve redigere apposita scheda-verbale. È previsto che alla segnalazione telefonica dovrà seguire segnalazione scritta con lettera o fax;
- qualora il reclamo o la denuncia sia presentata da soggetto diverso dal diretto interessato, l'Urp deve darne immediata comunicazione allo stesso e in caso di opposizione di quest'ultimo, la procedura dovrà venire archiviata, anche se l'Urp dovrà continuare l'istruttoria per l'eliminazione dell'eventuale disservizio senza nessun specifico riferimento ad esso;
- la presentazione dei reclami, denunce ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale o paragiurisdizionale.

Il Regolamento prevede due procedure di gestione del reclamo diverse a seconda che si tratti di un reclamo semplice o complesso.

Nel caso in cui si tratti di semplici segnalazioni o di reclami e denunce di univoca ed immediata soluzione, si parla di "reclamo semplice" nei confronti del quale il responsabile dell'Urp provvede direttamente all'istruttoria, alla definizione e comunicazione della risposta al cittadino su delega del Direttore generale. Inoltre, è compito dell'Urp dare immediata comunicazione delle

segnalazioni, reclami e denunce al responsabile della struttura sanitaria interessata ed informare periodicamente il Direttore generale sull'andamento degli stessi.

Diversa è la situazione se l'Urp si dovesse trovare di fronte ad un "reclamo complesso" che non si presti, cioè, ad una immediata definizione. In questo caso l'Urp invia la documentazione relativa al responsabile della struttura primaria interessata, affinché provveda all'istruttoria richiedendo relazioni o pareri ai responsabili di tutte le unità operative coinvolte. È previsto, quindi, che l'istruttoria, redatta dal responsabile della struttura completa di relazione illustrativa, sia trasmessa all'Urp il quale predispone la risposta, a firma del Direttore generale, da inviare entro 30 giorni dalla data di ricezione del reclamo<sup>66</sup>.

Il Regolamento prosegue con la descrizione delle modalità e delle funzioni della Commissione mista conciliativa che entra in gioco nel momento in cui non si riesca a portare a compimento una procedura di gestione del reclamo oppure nel caso in cui il cittadino non si ritenga soddisfatto della risposta ricevuta. La Commissione mista conciliativa deve essere istituita presso ogni azienda sanitaria è nominata dal Direttore generale e dura in carica tre anni. La Commissione è composta da il presidente, designato dal Difensore civico regionale, da due membri designati dal Direttore generale tra il personale dell'azienda e infine da un membro designato dalle associazioni di volontariato.

Il funzionamento della Commissione e le prerogative del suo presidente sono definiti, per ogni azienda sanitaria, nel regolamento di pubblica tutela approvato dal Direttore generale. La Commissione esamina il reclamo<sup>67</sup> sulla base della documentazione predisposta dall'Urp e può predisporre ulteriore attività istruttoria, compresa il coinvolgimento e l'ascolto degli utenti coinvolti. Spetta, infine, al Direttore generale, entro 15 giorni dal ricevimento della decisione, a

---

<sup>66</sup> Il Regolamento, all'art. 4 comma 3 prevede che «qualora, per particolare complessità del caso, il procedimento non sia concluso entro il termine in cui al comma precedente, l'URP provvede a darne tempestiva comunicazione all'interessato motivando adeguatamente i motivi del ritardo».

<sup>67</sup> Il Regolamento all'art. 6, comma 4 prevede che il riesame si debba concludere con una decisione comunicata al Direttore generale entro 60 giorni dalla richiesta.

comunicare al cittadino ed alla Commissione le determinazioni assunte in merito alla decisione stessa ed a quanto in essa eventualmente proposto ed osservato.

Il cittadino, esperite tutte le procedure di tutela previste, può comunque accedere alla forma di tutela del Difensore civico regionale che promuove incontri periodici tra i presidenti delle commissioni al fine di garantire omogeneità di comportamenti nell'esercizio della tutela delle Commissioni miste conciliative aziendali ed il monitoraggio dell'andamento dell'attività delle medesime.

Il Regolamento conclude con l'esercizio della tutela nelle strutture private accreditate nelle quali il diritto alla tutela e le modalità per il suo esercizio sono garantite dal suddetto Regolamento e dalle disposizioni su citate.

#### **5.4. Una ricerca sullo stato dell'arte degli Urp in sanità del Veneto**

Dopo avere analizzato la parte normativa degli Uffici per le relazioni con il pubblico e la gestione dei reclami, di seguito verranno presentati i risultati di una ricerca<sup>68</sup> che mostrano l'attuale stato dell'arte degli URP specificatamente in relazione alle disposizioni normative previste per legge, in sostanza l'indagine ha avuto lo scopo di verificare l'aderenza o gli scostamenti esistenti negli Urp della sanità della regione Veneto rispetto all'idealtipo delineato dalla normativa nazionale e regionale in materia di informazione e comunicazione<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> I dati della presente ricerca sono stati raccolti ed elaborati dal Dr. Michele Triglione (Coordinamento Urp Sanità Veneto).

<sup>69</sup> Vedi cap. 2

Lo strumento utilizzato per la ricerca è stato un questionario composto da 40 domande chiuse, somministrato a tutti i Responsabili Urp della sanità della Regione Veneto<sup>70</sup> nel mese di settembre 2006. Nel questionario sono state affrontate diverse aree tematiche in grado di rilevare il livello di organizzazione funzionale e gestionale degli Urp.

In merito alla struttura organizzativa emerge che solo 8 Urp su 19 hanno ridefinito i compiti e riorganizzato il servizio secondo le disposizioni previste dalla legge 150/2000<sup>71</sup>. Gli Urp nella maggior parte dei casi (20 su 21) sono in staff alla Direzione generale e si trovano a svolgere la funzione di informazione e comunicazione assieme agli Uffici stampa. L'amministrazione, in meno della metà dei casi (8 Urp su 21) ha assicurato il raccordo operativo tra segmenti di comunicazione attivati prevedendo forme di organizzazione e di coordinamento delle attività di comunicazione.

I profili professionali dei Responsabile Urp sono i più vari. Si possono contare fino a 9 professionalità diverse, le più frequenti sono il dirigente amministrativo e il collaboratore amministrativo professionale esperto. Nella metà dei casi all'Urp non è proposto alcun Dirigente<sup>72</sup>, anche nella maggior parte di casi (14 su 21) il Responsabile dell'Urp ha una propria autonomia nella promozione di iniziative volte al miglioramento dei servizi per il pubblico. Autonomia resa possibile anche dall'adeguata formazione che i Responsabili Urp hanno effettuato che nell'80% dei casi si concretizza con oltre 120 ore di formazione a carico.

In merito ai compiti e le funzioni, 17 Urp su 21 hanno dichiarato di garantire l'esercizio dei diritti d'informazione e di partecipazione<sup>73</sup>, soprattutto attraverso la richiesta di accesso diretta all'Urp stesso (vedi Graf.1)

---

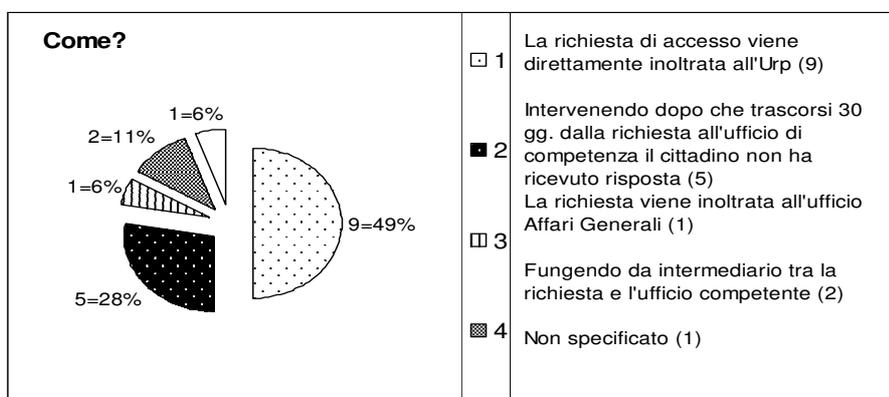
<sup>70</sup> Le aziende sanitarie venete sono 21, mentre quelle ospedaliere 2. Hanno risposto 19, aziende Ulss ed entrambe quelle ospedaliere.

<sup>71</sup> Cfr. par. 2.2.5

<sup>72</sup> Come previsto dalla Circolare n. 17/93 del 27.04.1993 (vedi par. 2.2.2) e dalla Direttiva dell'11.10.1994 (vedi par. 2.2.4).

<sup>73</sup> Secondo quanto previsto dalla L. 241/1990 e successive modificazioni.

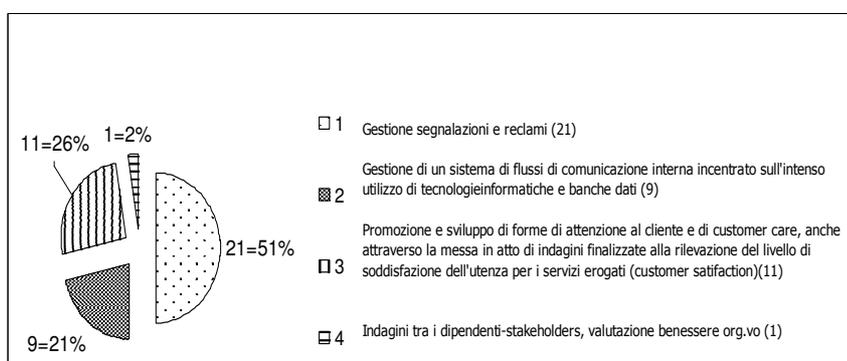
Graf. 1 – Modalità di accesso all'URP



I servizi di informazione al fine di favorire l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini nella maggior parte dei casi vengono svolti attraverso l'impiego di depliant, locandine e libretti illustrativi e l'uso dei siti internet aziendali.

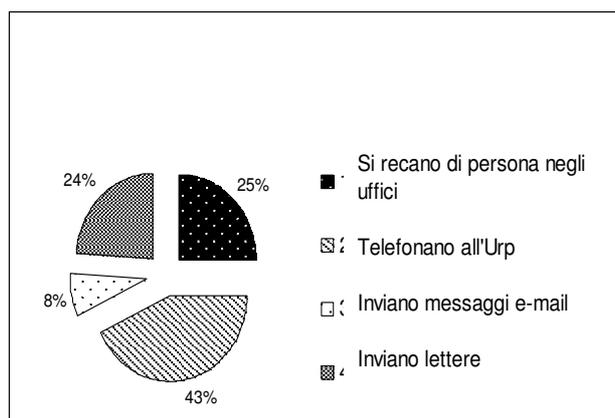
La funzione di ascolto dei cittadini, nonché la verifica della qualità dei servizi e del loro gradimento viene svolta attraverso la raccolta dei reclami seguiti dalle indagini di *customer care* (vedi Graf. 2).

Graf. 2 – Modalità di esercizio della funzione di ascolto dei cittadini



Le modalità di accesso agli Urp da parte dei cittadini si concretizzano principalmente attraverso l'invio di lettere o il presentarsi in prima persona presso l'Ufficio al pari del contatto telefonico. Ancora poco consueto l'uso delle mail (vedi Graf. 3).

Graf. 3 – Modalità di utilizzo da parte dei cittadini dell'Urp (media delle stime)



La relazione dei reclami viene chiesta dalla Direzione generale nella maggior parte dei casi (12 su 21) con frequenza annuale, seguita da quella semestrale.

Emerge, così come previsto dal Dpcm 19.05.1995, che è compito dell'Urp il compito di coordinare e realizzare la Carta dei Servizi, nonché di farsi carico dei rapporti con le associazioni di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini. In tutte le Aziende è istituita la Commissione Conciliativa Mista.

Per la logistica, dalla ricerca emerge che il 71% degli Urp sono istituiti e svolgono la loro attività nel luogo di maggior contatto con i cittadini e nell'80% dei casi l'accesso alla struttura è favorito da ampia ricettività. L'orario indicativo di apertura dell'Urp è di 6 ore su su 5 giornate lavorative nel 48% dei casi, mentre 17 Urp su 21 dichiarano l'orario di ricevimento anche al pomeriggio. Il 76% degli

Urp è dotato di sistemi automatizzati di raccolta dei documenti attraverso l'impiego del personal computer.

In conclusione, dall'analisi complessiva dei dati si possono ricavare le seguenti conclusioni per aree di organizzazione e gestione degli Urp in sanità del Veneto. Per quanto riguarda la *struttura* e l'*organizzazione* degli Urp emerge che:

- all'interno delle Aziende, ad 11 anni dall'istituzione degli Urp, e a sei anni dalla legge 150/2000, la ridefinizione dell'organizzazione degli Urp è stata attuata in appena la metà delle Aziende rispondenti;
- l'Urp è sostanzialmente di staff alla Direzione;
- Gli Uffici stampa sono stati istituiti nell'80% delle Aziende ed il raccordo tra le due figure dell'informazione e della comunicazione è ancora timido (38% dei casi).

In merito agli *addetti* e la loro *formazione*:

- la figura del Dirigente è preposta nel 48% dei casi. Denota una non volontà di sviluppo di tali uffici se si considera che rispetto a cinque anni fa i dirigenti negli Urp erano presenti in poco più del 50% delle Aziende;
- buona l'autonomia del responsabile Urp (66%);
- la formazione sia dei Responsabili sia del personale di staff, oltre che essere stata attuata da quasi tutti gli Urp, risulta di buon livello considerate le fonti.

Relativamente ai *compiti* e alle *funzioni* si può concludere che:

- emergono con forza i compiti fondamentali dell'Urp, ovvero la gestione dei reclami, l'attivazione della Commissione Mista Conciliativa, i rapporti con le Associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e la stesura della Carta dei servizi.
- Si rileva l'assoluta mancanza di una pianificazione strategica della comunicazione (Piano della Comunicazione), redatto solo nel 24% delle Aziende. Gli Urp, almeno dai dati, non sono al momento i depositari della responsabilità di realizzare, in accordo con il livello strategico dell'Azienda, il piano di comunicazione. Piano che dovrebbe essere lo

strumento principale attraverso cui si promuovono i cambiamenti e le innovazioni.

La *logistica*:

- l'accesso e la collocazione dell'Urp non risulta ancora ad un livello ottimale, così come le sue dimensioni e le risorse assegnate, pur dando al pubblico indicazioni e coordinate utili per raggiungerlo;
- gli orari di accesso sono molto variegati e rispecchiano le risorse ed i compiti assegnati. Meno ore aperte al pubblico stanno ad indicare che il personale dell'Urp è dedicato ad altre attività non prettamente pertinenti i compiti di tale ufficio.

Infine dall'analisi delle variabili relative alla *tecnologia* emerge che:

- la dotazione tecnologica è discreta ed in via di miglioramento;
- pur risultando evidente la collaborazione tra l'Urp e l'ufficio informatico (circa 50% dei casi) tuttavia il coordinamento della creazione/aggiornamento dei contenuti del sito è ancora molto frammentato.

## **5.5. Alcuni dati sui reclami pervenuti agli Urp delle aziende sanitarie venete**

Vista una ricerca che mostra lo stato attuale dell'organizzazione degli Urp nelle aziende sanitarie ed ospedaliere venete, per completare il quadro di riferimento è sembrato opportuno riportare qualche dato relativamente all'incidenza dei reclami pervenuti agli Urp<sup>74</sup>. In particolare verranno portati a confronto i dati del periodo 2002-2005.

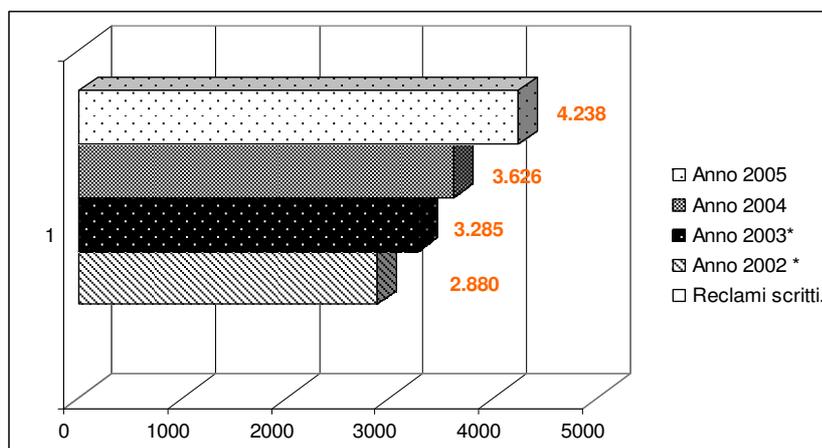
Gli aspetti presi in considerazione sono quelli presenti nella classificazione adattata dal Veneto per la classificazione dei reclami:

---

<sup>74</sup> I dati sono raccolti ed elaborati dal Coordinamento URP Sanità Veneto, in particolare i dati dei grafici che verranno riportati sono a cura del dr. Michele Triglione (Coordinamento Urp).

- *Aspetti relazionali:* cortesia, gentilezza, cura della persona, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento, riconoscibilità degli operatori;
- *Aspetti tecnico- professionali:* prestazioni clinico-sanitarie;
- *Informazione ed organizzazione interna:* servizi, sulle prestazioni, sugli orari, adeguatezza della segnaletica, informazioni ai familiari, leggibilità della documentazione, possibilità di conoscere le liste di attesa).
- *Aspetti strutturali e strumentali (logistica):* accessibilità fisica ai servizi e barriere architettoniche, parcheggi, dislocazione territoriale dei servizi);
- *Tempo di attesa per ottenere delle prestazioni medico-specialistiche e/o diagnostiche;*
- *Aspetti burocratico-amministrativi:* procedura per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, per pagamenti o rimborsi ticket, trasparenza sull'iter delle pratiche).
- *Aspetti alberghieri e comfort:* qualità, temperatura e orario dei pasti, adeguatezza e pulizia dei servizi igienici, n. di letti nelle stanze di degenza, pulizia silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti).

Graf.4 – Totale dei reclami scritti pervenuti alle Asl e Ao ne periodo 2002-2005



\* Gli anni 2002 e 2003 riguardano 20 aziende sanitarie (su 21) e 1 aziende ospedaliere, mentre gli anni 2004 e 2005 riguardano i dati di tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere.

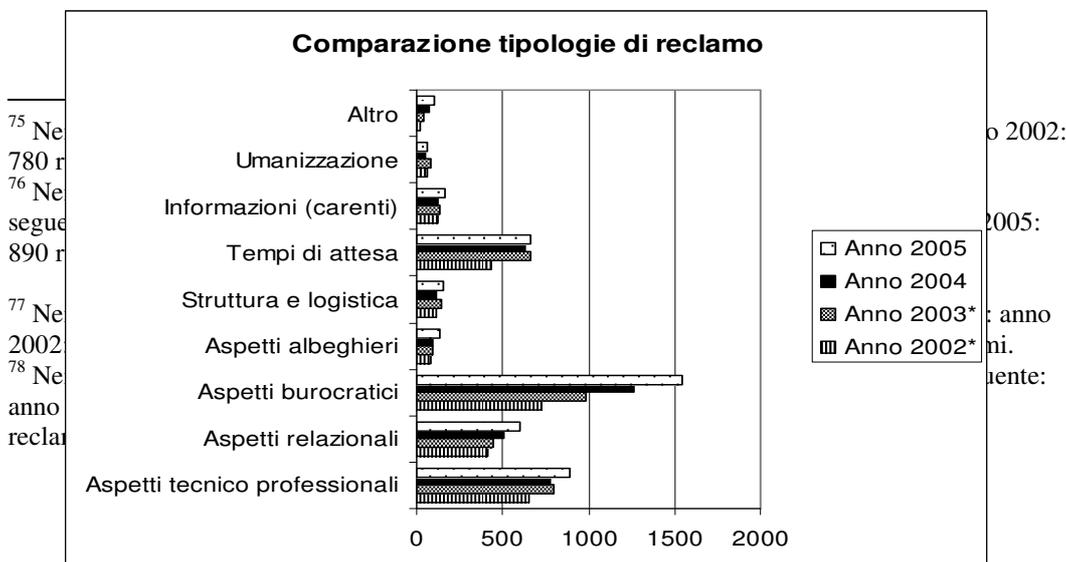
Come si può notare si può osservare un trend di aumento del numero dei reclami negli anni 2002-2005, tale evidenza può avere una doppia lettura:

1. peggioramento nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi;
2. più fiducia da parte del cittadino verso le aziende sanitarie in quanto, contrariamente al passato, ora, attraverso un apposito Ufficio (l'Urp) riceve risposta alle sue segnalazioni, e quindi si rivolge più volentieri.

Analizzando le tipologie di reclamo si può rilevare che gli aspetti burocratici<sup>75</sup> sono al primo posto, seguiti dagli aspetti tecnico-professionali<sup>76</sup>.

Al terzo posto si trovano i reclami per i tempi di attesa<sup>77</sup> seguiti dagli aspetti relazionali<sup>78</sup>. Minore e quasi con simile incidenza, invece, i reclami per aspetti alberghieri, relativi struttura e alla logistica, alle informazioni e all'umanizzazione.

Graf. 5 – Comparazione tipologie di reclamo nel periodo 2002-2005



\* Gli anni 2002 e 2003 riguardano 20 aziende sanitarie (su 21) e 1 aziende ospedaliere, mentre gli anni 2004 e 2005 riguardano i dati di tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere.

Un'attenta lettura delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini-utenti può certamente contribuire a migliorare i servizi ed a limitare potenzialmente gli incidenti. Infatti, in un contesto di fattori che influenzano la pratica clinica, i dati in possesso dell'Urp si incasellano in due aspetti essenziali che si possono riassumere in: organizzazione e comunicazione. È necessario, pertanto, porre l'attenzione non sul singolo episodio, ma sull'organizzazione, prendendo in considerazione non gli errori commessi dal singolo operatore, ma l'intero processo organizzativo e comunicativo.

## 6. Una ricerca sul reclamo oltre il reclamo

### 6.1. La metodologia utilizzata: un approccio integrato e pluridimensionale

I presupposti metodologici che stanno alla base della ricerca si rifanno all'approccio correlazionale [Cipolla 1997; 1998], inteso come una prospettiva multidimensionale ed interdisciplinare che considera ed abbraccia più livelli analitici, coordinandoli e integrandoli tra loro. Esso cerca di prendere in considerazione varie ipotesi teorico-interpretative e di «ricomporle in una prospettiva meno uni-laterale e più co-analitica, capace di leggere il fenomeno salute in modo flessibile, storicamente e geograficamente tarato, ricompositivo, senza nella concedere a logiche di natura equi-valente o equi-pollente, portate a privilegiare solo l'indifferenza» [Cipolla 2002a: 19]. La proposta metodologica dalla quale si parte è l'adduzione<sup>79</sup> intesa come «modalità di ricerca che permette al sociologo di mediare tra varie dimensioni concettuali e diversi metodi che devono essere il più possibile funzionali al contenuto dell'indagine, senza peraltro imporsi ad essa [...] significa andare oltre la semplice sommatoria di diverse modalità di ricerca, verso procedure capaci di reggersi su binari paralleli [...] verso logiche investigative lungo percorsi tra loro coordinati» [Cipolla 1998 et al: 19].

Adottare la metodologia intergrata significa accogliere la complessità e la multidimensionalità di qualsiasi fenomeno sociale e per questo studiarlo nella sua stessa insita complessità senza cercarne una banale semplificazione. Allo scopo si deve far ricorso all'utilizzo cooperativo di più tecniche complementari in grado,

---

<sup>79</sup> La logica aduttiva rifiuta e supera sia la logica deduttiva, intesa come il fatto di anteporre costrutti teorici e ipotesi concettuali alla ricerca empirica, sia quella induttiva, intesa come la subordinazione della prassi nei confronti della teoria.

ognuno di queste, di osservare il fenomeno da più punti di vista e da più prospettive con l'obiettivo finale di una ricomposizione integrata<sup>80</sup>.

A livello metodologico significa, in particolar modo, innescare una circolarità virtuosa tra tre livelli di integrazione metodologica: quello teorico-epistemologico, quello metodologico e quello operativo. Tale circolarità<sup>81</sup> presuppone una interazione costante tra questi tre aspetti ineludibili in ogni ricerca sociale senza accordare il primato all'uno o all'altro, ma presupponendo una cooperazione in funzione di una conoscenza costantemente in evoluzione. Entrando nella specifico, le tre aree di integrazione dei quali si deve soddisfare ed implementare la circolarità sono [Cipolla *et al* 1998]:

- *Area teorica*: è il livello della riflessione su uno specifico fenomeno, senza interrogarsi su come entrare in contatto con esso, per capire e far emergere gli elementi e le relazioni che sottendono al fenomeno stesso. È la dimensione sociologica a cui spetta sostanzialmente stabilire le linee guida concettuali e le ipotesi, poi da verificare, nell'area empirica. In quest'ottica assume un ruolo fondamentale l'epistemologia<sup>82</sup> come modalità attraverso la quale ovviare agli eventuali tentativi autoreferenziali della teoria evitando che quest'ultima possa divenire solo frutto di sé stessa.
- *Area empirica*: è il livello strettamente correlato alla ricerca che riceve dall'area teorica i presupposti da testare tramite il procedimento scientifico che potrà confermare le disposizioni teoriche di partenza o addirittura produrre un mutamento concettuale dell'iniziale quadro concettuale. Gli elementi, quindi, emersi dalla ricerca empirica sono utili al fine di

---

<sup>80</sup> «Assumere il principio dell'integrazione non significa rinnegare l'impostazione contraria agli "ismi" ed alle rigidità concettuali: tale processo, infatti, deve sapersi fermare, poiché oltre un certo limite apporti diversificati non forniscono più alcun incremento conoscitivo» [Cipolla *et al* 1998: 26].

<sup>81</sup> «Circolarità come epistemologia che postula, per suo principio costitutivo, l'esistenza di autonomie relative, le quali, possono benissimo attivare rapporti di natura circolare [...]. Circolarità come un vincolo che non è un vincolo, come agire che non è un interagire, come comunicare che è diffondere senza ruoli informativi ben circoscritti» [Cipolla 1997: 378]

<sup>82</sup> L'epistemologia è «sapere finalizzato alla scoperta dei criteri che rendono scientifica la una teoria che deve necessariamente ancorarsi alla realtà, suo costante livello di riferimento» [Cipolla *et al* 1998: 24].

produrre nuovi parametri concettuali e/o rivedere quanto già assunto nel quadro iniziale.

- *Area operativa*: è l'azione concreta, è il momento della spendibilità dei risultati raggiunti, è il processo di conferma e/o di revisione dei presupposti teorici, è l'operatività degli interventi nella vita sociale. Ciò esprime con estrema chiarezza, pur nelle specifiche autonomie delle diverse aree, l'inevitabile co-relazione fra i diversi livelli della ricerca sociale che si modificano, si alimentano, si integrano fra loro reciprocamente.

Ogni ricerca sociale, che aspiri ad essere scientificamente valida ed attendibile, deve essere costruita su un metodo rigoroso, caratterizzato da passaggi imprescindibili. È il ciclo<sup>83</sup> metodologico dell'informazione scientifica «sequenza ordinata ed integrata di passaggi obbligati che danno un senso ad ogni informazione» [Cipolla 1997: 1409]. Esso è basato sulla «integrazione metodologica orizzontale, ovvero su una rete compatibile e fruttuosa di procedure e tecniche sociologiche» [ivi] che nell'ambito della ricerca empirica, sono impiegate in modo tra loro coordinato al fine di approssimarsi alla conoscenza e che, in questo contesto specifico, richiama l'attenzione sull'imprescindibile accordo che deve esistere tra i vari passi che costituiscono la ricerca sociale, che non possono essere pensati come elementi autonomi e autofondati, ma in necessario collegamento entro un quadro unitario, diverso in ogni singola indagine perché pensato a partire dalle caratteristiche distintive dello studio che si vuole compiere.

Il ciclo metodologico dell'informazione si compone di quattro fasi [Cipolla 1993; 1998]:

---

<sup>83</sup> Nel termine “ciclo” è presente «il principio di interdipendenza delle fasi col quale si intende che nessun passo del processo gode di dignità ed autonomia, è atto in sé sufficiente ed esaustivo nel decretare la “scientificità” del lavoro svolto [...]» [Cremonini 1998: 66]. Inoltre, al concetto di “ciclo” sottostà il principio dell'importanza imprescindibile di ogni fase perché il ciclo, essendo costituito da «una sequenza coordinata e compatibile non può permettersi di saltare nessun passaggio, pena l'impossibilità e l'insensatezza del tutto» [Cipolla 1997: 279]

1. *Co-istituzione della informazione elementare*: è la fase di incremento conoscitivo, consiste in un primo approccio al fenomeno oggetto di studio mediante il reperimento delle informazioni<sup>84</sup> basilari sul tema, con lo scopo di elaborare quelle ipotesi generali e concrete che costituiscono il fondamento delle scelte metodologiche ed operative. In questo ambito si inserisce l'annoso dilemma tra tecniche di ricerca qualitative e quantitative, tuttavia all'interno della logica integrata del ciclo metodologico della ricerca sociale, la scelta ricade verso l'uso contemporaneo di entrambe le tecniche. I metodi qualitativi e i metodi quantitativi possono convivere, ripartendosi i compiti nella prassi di una ricerca a seconda della fase e dell'oggetto in itinere: «le differenti forme nelle quali si articola la qualità e le innumerevoli, per quanto minori, forme nella quali si concretizza la quantità possono interagire tra loro secondo molteplici relazioni che ne mutano il senso e la direzione anche nell'ambito di un medesimo tipo di ricerca» [Cipolla 1997: 2317]. In sostanza si può arrivare alla quantità attraverso la qualità e viceversa, di conseguenza è inutile concentrarsi sulle peculiarità delle singole tecniche di ricerca cercando di individuare il primato di una sull'altra, ma è importante concentrarsi sulle loro reciproche relazioni procedurali al fine di arrivare ad una metodologia integrata e multidimensionale.
2. *Trattamento e l'elaborazione dei dati*: in questa fase del ciclo si procede, a seconda del tipo di informazione elementare, all'elaborazione statistica (mediante l'utilizzo di pacchetti statistici appropriati) od empatica (analisi del contenuto).
3. *Interpretazione delle informazioni trattate*: è la fase nella quale più di tutte risente della sensibilità e dell'acume del ricercatore. È il momento

---

<sup>84</sup> Si distinguono informazioni elementari di tipo numerico e di tipo orale, letterario o iconico. Le ricerche sociologiche condotte con metodi statistici (questionario o la griglia di rilevazione) privilegiano le informazioni di tipo numerico, mentre le ricerche sociologiche condotte con metodi empatici (intervista, storie di vita, osservazione partecipante, le diverse tecniche della sociologia visuale) privilegiano informazioni di tipo orale, letterario o iconico.

dell' incremento conoscitivo in cui si confermano e meno le ipotesi teoriche iniziali rispetto alle quali si possono aprire nuove possibilità di approfondimento e di studio. L'interpretazione può essere intesa come «metodologia che smonta, penetra, dà conto della realtà tramite strumenti e categorie esplicative, di vario genere e natura e non necessariamente causali, indissolubilmente e per forza attraversate da molte dimensioni simboliche e di senso» [Cipolla 1997: 1429].

4. *Spendibilità e/o diffusione dei risultati*: questa fase, anche se l'ultima, ha pari dignità rispetto alle altre ed ha il medesimo valore metodologico all'interno del ciclo dove, per stessa logica concettuale, non esiste un primo e un ultimo, una inizio ed una fine. È il controllo intersoggettivo, l'incremento del patrimonio conoscitivo e la realizzazione della spendibilità operativa che dà linfa al ciclo metodologico per ripartire verso altri presupposti teorici da indagare.

## 6.2. Le finalità della ricerca

L'indagine rientra all'interno di un progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata della Regione Veneto<sup>85</sup> (RSF 193/04). L'obiettivo generale del progetto era comprendere come i cittadini veneti fruiscono dei servizi sanitari, pubblici o privati, individuando strumenti, tecniche e metodi per la realizzazione di un sistema di monitoraggio continuo della qualità percepita dei servizi sanitari, al fine di orientare l'allocazione delle risorse disponibili in un'ottica di coscienza della limitatezza delle risorse, di responsabilità civica e di centralità del cittadino. Per raggiungere tali obiettivi il progetto prevedeva più approcci e più aree sulle quali intervenire, in particolare la presente indagine si occupa, alla luce della pluri-specificità funzionale dell'Urp, di approfondire i motivi che inducono al reclamo e di carpire l'immagine latente che spesso sottende il reclamo. In sostanza, implementare un quadro interpretativo che riesca a cogliere la complessità del fenomeno e che possa divenire strategico al fine di attivare progetti di miglioramento e iniziative di comunicazione vicine alla sensibilità del cittadino. Si tratta, dunque, di proporre un metodo che non sostituisce l'analisi quantitativa standard dei reclami, ma la integra e la completa.

Sono due le prospettive che si possono indagare attraverso lo studio dei reclami. La prima prospettiva è quella dell'*organizzazione sanitaria*: attraverso l'analisi dei reclami si possono rilevare gli elementi di criticità, ma anche di qualità, di specifici ambiti e settori delle aziende sanitarie. Il reclamo, infatti, rappresenta un'ottima cartina di tornasole per interrogarsi e capire dove orientare maggiormente gli interventi di miglioramento della qualità dei servizi.

La seconda prospettiva è quella del *cittadino*: capire chi reclama, perché reclama, i *gap* comunicativi, partecipativi e di tutela, l'emotività presente in percorso di malattia – che a volte viene trascurata – e, allo stesso tempo, la forza

---

<sup>85</sup> Il progetto finanziato dalla Regione Veneto è stato ideato dalla dott.ssa Annarita Furlanetto, dal dott. Onofrio La Manna e dal dott. Giorgio Roberti.

di un cittadino che si dimostra sempre più attivo e partecipe nell'organizzazione dei servizi sanitari e nella gestione del bene personalissimo che è la salute.

Inoltre, attraverso lo studio e l'analisi dei reclami, si andrà a verificare la validità della classificazione attualmente utilizzata a livello regionale per i reclami, al fine di pensare all'implementazione di nuovi approcci alla gestione delle segnalazioni che pervengono dai cittadini, orientati a valorizzare le informazioni oggettive che le segnalazioni forniscono.

### **6. 3. La co-istituzione dell'informazione elementare: i reclami**

L'informazione elementare del ciclo metodologico della ricerca è una fonte documentaria<sup>86</sup> istituzionale cartacea<sup>87</sup>, ovvero i reclami<sup>88</sup> pervenuti agli Urp delle Aziende sanitarie<sup>89</sup> ed ospedaliere<sup>90</sup> del Veneto. I reclami analizzati sono il frutto di tre specifici momenti di raccolta<sup>91</sup> mensili: novembre 2005 e febbraio e maggio del 2006. I reclami sono pervenuti per lo più in formato elettronico.

---

<sup>86</sup> «Per documento intendiamo materiale informativo su un determinato fenomeno sociale che esiste indipendentemente dall'azione del ricercatore. Esso, quindi, viene prodotto da singoli individui o dalle istituzioni per finalità diverse da quelle della ricerca sociale. Questa tuttavia se ne può impossessare per l'utilizzarlo ai propri fini conoscitivi» [Corbetta 1999: 437].

<sup>87</sup> Con il termine "cartacea" si intende tutto ciò che non è "in forma orale". I reclami possono essere presentati per iscritto con due modalità, su carta o su supporto informatico tramite le mail. Questo non deve far pensare che non ci possa essere un reclamo in forma orale da parte di un cittadino, ma significa che questo reclamo dovrà comunque essere raccolto e codificato in forma "cartacea" dagli Urp, o con la scrittura a mano, o con l'ausilio di programmi informatici.

<sup>88</sup> "The citizen's charter complaint task force" definisce il reclamo come: qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta. Questa definizione è peraltro già utilizzata da diverse aziende sanitarie le quali, in via generale, seppure non adottando una definizione codificata, lasciano al cittadino la libertà di decidere. Se un cittadino si rivolge all'Azienda con l'intenzione di sporgere reclamo, quello è sicuramente un reclamo a prescindere da ogni altra considerazione.

<sup>89</sup> Hanno partecipato alla raccolta dei dati 19 Aziende sanitarie su le 21 presenti nel territorio veneto.

<sup>90</sup> Hanno partecipato alla raccolta dei reclami entrambe le Aziende ospedaliere (Padova e Verona) presenti sul territorio regionale.

<sup>91</sup> Per comodità e chiarezza esplicitiva si userà spesso l'accezione "reclami raccolti", tuttavia l'espressione più corretta è: «co-istituito, il reclamo, infatti, non si "raccolge" perché è da un lato l'esito di un'intenzione, dall'altro il risultato della possibilità di vederlo accettato dall'istituzione» [Maturò e Pizzardo 2005: 209].

Questo non perché nella maggioranza inviati via mail agli Urp, ma perché, per esigenze strettamente correlate alla ricerca in particolare dell'Università di Padova, è stato chiesto ai responsabili degli Uffici di riportare i reclami, in eventuale formato cartaceo (a mano), su supporto informatico.

Da ogni reclamo sono stati tolti, da parte dei Responsabili Urp, tutti i dati personali (nome, cognome, data di nascita, indirizzo, numero di telefono) al fine di rispettare la privacy<sup>92</sup> dei cittadini ed evitarne la violazione da parte delle strutture sanitarie coinvolte. Per questo motivo, agli Urp, è stato chiesto di indicare per ogni reclamo almeno il sesso del reclamante e il l'area sanitaria-organizzativa oggetto del reclamo.

È opportuno notare in questa sede che è stato dato compito agli Urp di raccogliere i reclami, non gli elogi, per cui molte Aziende, nonostante abbiano ricevuto elogi non li hanno inseriti per attenersi al mandato originario della ricerca.

#### **6.4. Il trattamento dei dati: il reclamo fra qualità e quantità**

L'idea di fondo, che guida la scelta delle tecniche di elaborazione della presente ricerca, è che il reclamo, date le sue molteplici peculiarità<sup>93</sup>, sia in grado di esprimere un valore sia dal punto di vista qualitativo sia quantitativo. Infatti, esso può palesare sia il sesso del reclamante così come il suo stato emotivo. Due elementi altrettanto importanti, ma con risvolti metodologici completamente differenti che richiedono tecniche di elaborazione diverse, indispensabili al fine di fare emergere tutte le potenzialità insite nell'informazione elementare.

Il punto di partenza adottato per il trattamento dei dati è stata la classificazione dei reclami utilizzata dagli Urp delle aziende sanitarie della

---

<sup>92</sup> Si veda il "Codice in materia di protezione di dati personali", D.lgs 196/2003.

<sup>93</sup> Vedi cap. 4

Regione Veneto<sup>94</sup>. A questa classificazione sono state poi aggiunte delle variabili sia quantitative<sup>95</sup>, sia qualitative<sup>96</sup> con lo scopo di aumentare e completare, senza pretese finite, il quadro concettuale ed interpretativo del reclamo. In sostanza, la classificazione istituzionale è stata adottata, e modificata, per divenire sia griglia di rilevazione per i dati statistici – ove possibile<sup>97</sup> –, sia griglia concettuale di riferimento per l'analisi del contenuto strutturata metodologicamente sia *ex ante* sia *ex post*<sup>98</sup> [Tuzzi 2003]. Sono vari gli approcci<sup>99</sup> che si possono adottare per

---

<sup>94</sup> La griglia è costituita da diverse aree: Aspetti alberghieri e di comfort; Aspetti burocratici-amministrativi; Aspetti relazionali; Aspetti tecnico-professionali; Informazioni; Strutture e logistica; Tempo; Umanizzazione. Ogni voce, poi, è suddivisa in ulteriori articolazioni che entrano maggiormente nello specifico del reclamo.

<sup>95</sup> Le variabili di tipo quantitativo aggiunte all'originale griglia di classificazione sono state: il genere, la natura del reclamante (se si reclama per sé o per altri), la presenza o meno dei saluti e della richiesta di risposta. Tutti questi dati molto spesso non erano presenti in tutti i reclami raccolti. Per quanto riguarda il genere, nel caso in cui non fosse stato indicato dagli Urp, la lettura del testo ne ha permesso, nel maggiore dei casi, l'identificazione. Ben più arduo si è dimostrato il tentativo di risalire, nel caso in cui non fosse presente, all'area medico-organizzativa coinvolta nel reclamo.

<sup>96</sup> Le variabili qualitative, intese come «il risultato di un processo di astrazione dei concetti espressi nel corpus» [Tuzzi 2003: 36] hanno l'arduo compito di esprimere la complessità semantica e concettuale del reclamo. In particolar modo sono andate a rilevare: la presenza di forte coinvolgimento empatico-emotivo, l'aspettativa che il reclamo possa servire ad altre persone perché il disagio non si ripeta più, il reclamo come volontà di partecipazione del cittadino nel miglioramento dei servizi, l'idea che la salute sia un diritto inviolabile, l'importanza del tempo privato a causa del disagio fonte del reclamo.

<sup>97</sup> Le variabili quantitative analizzate, oltre quelle già presenti nella classificazione originale, sono state poche perché il reclamo in sé, come fonte, non ne permette molte altre individuazioni. Inoltre, è indispensabile usare una prudenza metodologica che in questo caso, più che in altri, deve fare riflettere sul rischio di non ottenere una visione, per quanto possibile in altre realtà di ricerca, completa ed organica del fenomeno dal punto di vista quantitativo. Questo a causa sia della mancanza, alcune volte, delle variabili sia della svariata eterogeneità nel numero dei reclami raccolti fra le varie Aziende Sanitarie che, in molti casi, non hanno partecipato a tutte le raccolte previste dalla ricerca (vedi tab.1).

<sup>98</sup> In merito alla costruzione della griglia c'è da sottolineare un suo duplice processo di strutturazione una *ex ante* e una *ex post* [Tuzzi 2003]. Nel processo di strutturazione *ex ante* la griglia concettuale è decisa prima della lettura del corpus, mentre nel caso *ex post* è data ai testi del corpus il compito di definire i concetti utili a descrivere il fenomeno indagato. Nel caso specifico della ricerca è stata costruita attraverso l'utilizzo di entrambe le metodologie di strutturazione, infatti da un lato si è partiti da alcuni riferimenti derivanti dagli approcci concettuali sul reclamo, dall'altra l'analisi del corpus ha fatto emergere *ex post* la rilevanza di altri variabili concettuali che si sono andate ad aggiungere a quelle costruite *ex ante*.

<sup>99</sup> Esistono molte procedure per l'elaborazione le informazioni elementari verbali. Sostanzialmente si possono ricondurre a due filoni, quelle di natura quantitativa: tecniche di rilevazione e di misurazione degli elementi testuali attraverso il loro conteggio (analisi delle frequenze, analisi delle contingenze, analisi degli asserti valutativi) e tecniche di natura qualitativa: l'analisi del discorso, analisi come inchiesta.

l'analisi del contenuto<sup>100</sup>, specificatamente, per la ricerca è stato prediletto un orientamento più qualitativo. Inoltre, nell'ottica di una prospettiva metodologica integrata e multidisciplinare, si è deciso di utilizzare metodologicamente, sia le peculiarità dell'analisi del contenuto "come inchiesta"<sup>101</sup> sia quelle dell'analisi del discorso<sup>102</sup>. Assieme, infatti, date le loro intrinseche specificità, possono offrire un quadro concettuale multiprospettico, in grado di rappresentare una nuova visione del fenomeno, che va oltre l'analisi quantitativa standard – peraltro sempre importante –, per giungere, così, al significato proprio attribuito al reclamo del cittadino, come immagine latente che spesso sottende il reclamo stesso. Va da sé che per abbracciare questa prospettiva altro non si può fare che utilizzare degli strumenti di natura empatica<sup>103</sup> in grado di calarsi nell'orizzonte della vita dell'altro, di mettersi nei suoi "panni", nel senso di cogliere il vissuto coscienziale ed esperienziale di altre persone [Ardigò 1988].

---

<sup>100</sup> È stata utilizzata una codifica manuale dell'approccio classico dell'analisi del contenuto dove l'unità di analisi è rappresentato da un testo (*corpus*) o una porzione di esso. Una volta ripartito il corpus in unità di analisi, il processo di attribuzione alle modalità previste dalla variabile viene svolto in modo manuale, infatti in questa fase deve intervenire un processo di astrazione dei concetti espressi dall'unità di analisi e di classificazione in categorie più generali e generalizzabili.

<sup>101</sup> L'analisi del contenuto come inchiesta cerca di rintracciare, attraverso l'uso di una scheda di rilevazione, le informazioni utili sulla base degli obiettivi dello studio [Nobile 1997: 35-45]. Questo tipo d'analisi può essere definito come analisi interpretativa in senso più diretto, ovvero come «analisi dove viene definitivamente meno la pretesa di una descrizione "obiettiva" del messaggio [...] a tale pretesa si sostituisce la più consapevole finalità di pervenire ad una interpretazione corretta, tra le molte possibili, del messaggio, ove per interpretazione basata su una serie di operazioni di ricerca esplicitate, logicamente congruenti, empiricamente fondate, traducibili in procedure di rilevazione e di elaborazione dei dati; operazioni di ricerca in cui la dimensione "soggettiva" del ricercatore gioca comunque un ruolo rilevante [...] con il compito di penetrare nella sfera delle significazioni più complesse, qualunque sia il tipo di messaggio e qualunque siano i codici comunicativi che lo generano» [Losito 1996: 29].

<sup>102</sup> L'analisi del discorso ha lo scopo di focalizzare i costrutti linguistici, lo stile dell'argomentazione e le strategie comunicative impiegate dai parlanti. «Ogni messaggio verbale, in questa ottica, è considerato come un testo, nel senso etimologico del termine, ovvero come un "tessuto", un "intreccio" di enunciati che può essere analizzato e compreso soltanto nel suo complesso, in ragione delle relazioni interne che lo caratterizzano, in riferimento alla situazione comunicativa che lo genera. Di qui una prospettiva di analisi più propensa a farsi carico, da un lato, della intrinseca unitarietà delle produzioni discorsive e, dall'altro, della componente pragmatica della comunicazione» [Losito 1999: 35].

<sup>103</sup> «È proprio l'empatia a costruire il ponte metodologico capace di confrontare, studiare, comprendere, verificare l'altrui visione del mondo, o meglio, a mostrarsi come l'aggancio più consono a volgere il proprio sguardo a ciò che è totalmente nuovo, diverso, apparentemente incompatibile, nella consapevolezza che ogni autonomia va sempre rispettata» [Cipolla *et al* 1998: 20].

## 6.5. I “valori”del reclamo

I reclami raccolti sono stati 606. Come si può notare dalla tabella sono poche le Aziende sanitarie (6 su 19) che hanno partecipato a tutte le tre le fasi di raccolta dei dati. In modo quasi eguale si distribuiscono anche le Aziende che hanno aderito a due raccolte su tre (7 su 19) e a una su tre (6 su 19). Per quanto riguarda le Aziende ospedaliere entrambe hanno partecipato alla raccolta dei reclami, ma nessuna delle due a tutte le fasi: Padova a due momenti su tre e Verona solo ad uno su tre.

Tab. 1 – Reclami raccolti nelle Aziende sanitarie nei tre mesi di raccolta

<i>Azienda sanitaria/osp.</i>	<i>Novembre</i>	<i>Febbraio</i>	<i>Maggio</i>	<i>Totale</i>
1. Belluno	10	0	5	15
2. Feltre	13	5	14	32
4. Alto Vicentino	24	10	17	51
6. Vicenza	33	33	19	85
7. Pieve di Soligo	11	0	0	11
8. Asolo	0	15	0	15
9. Treviso	13	7	10	30
10. S. Donà di Piave	18	0	0	18
12. Venezia	17	0	0	17
13. Mirano	0	40	73	113
14. Chioggia	3	0	0	3
15. Alta Padovana	7	0	8	15
16. Padova	9	4	0	13
17. Este	3	10	0	13
18. Rovigo	14	13	0	27
19. Adria	0	29	1	30
20. Verona	7	5	11	23
21. Legnago	6	3	4	13
22. Bussolengo	14	13	26	53
Ao Padova	5	0	9	14
Ao Verona	15	0	0	15
<i>Totale</i>	205	187	214	606

Il fatto che siano poche le Aziende sanitarie che hanno partecipato a tutte le rilevazioni e che siano solo tre i mesi (di due anni diversi) di rilevazione dei reclami, porta ad adottare una particolare prudenza metodologica soprattutto per

quanto riguarda le considerazioni inerenti ai dati di tipo quantitativo. Sarebbe un errore metodologico dire che l’Azienda “A” ha ricevuto più reclami dell’Azienda “B” e meno dell’Azienda “C”<sup>104</sup>. Anche per questo, oltre che all’analisi di alcune variabili quantitative, si è proceduto con uno studio di tipo qualitativo orientato, non solo a individuare le presenza o meno di alcuni specifici costrutti semantici, ma altresì a rilevare percezioni e valutazioni di senso del reclamo.

### **6.5.1. Il reclamo è femmina**

Il campione, composto da 606 reclami, vede la presenza per il 59,1% di femmine, il 30,2% di maschi e un 10,7% di reclami che non riportano alcuna indicazione, né esplicita né ricavabile dalla lettura, del sesso del reclamante. È netta, quindi, la preponderanza del genere femminile nell’azione del reclamare. I modelli di salute e di malattia rivelano differenze di genere marcate. Le donne nel loro insieme tendono ad avere un’aspettativa di vita più lunga<sup>105</sup> rispetto agli uomini appartenenti allo stesso contesto socio-economico; tuttavia, nonostante la loro maggiore longevità soffrono più frequentemente di malattie croniche e di stress<sup>106</sup> [Doyal 2001]. Infatti, molte ricerche hanno rilevato come le donne siano,

---

<sup>104</sup> Questo fermo restando il fatto che non vi è una correlazione diretta ed univoca fra il numero dei reclami e la scarsa qualità dei servizi erogati, infatti spesso il fatto che un’Azienda sanitaria/ospedaliera riceva più reclami rispetto ad un’altra sta anche a significare che i cittadini sentono più vicini le istituzioni e che quest’ultime hanno messo in atto delle modalità attraverso le quali gli utenti possono manifestare le loro osservazioni e le loro eventuali rimostranze al fine di migliorare la qualità dei servizi.

<sup>105</sup> Secondo gli Indicatori regionali 2001-2002 resi noti dall’Istat con la pubblicazione “Sistema sanitario e salute della popolazione” [2005] il tasso di mortalità in Italia delle donne nella classe d’età 80-84 è il 54%, mentre per l’uomo sale a 84,48%. Specificatamente per la Regione Veneto rispetto la medesima classe d’età il tasso di mortalità è del 48,12% per le donne e del 83,57% per i maschi.

<sup>106</sup> Secondo i dati Istat [2004] la speranza di vita delle donne è superiore rispetto a quella degli uomini, anche nell’età anziana A 65 anni, le donne possono contare in media ancora su 20 anni di vita, mentre gli uomini solo su 16 anni. Tuttavia, a fronte di un maggior numero di anni vissuti è necessario considerare la qualità della sopravvivenza, la capacità di adattarsi all’ambiente in cui si vive e di conservare la propria autonomia nelle attività quotidiane. La speranza di vita in assenza di disabilità consente di tener conto proprio di questi diversi aspetti. All’età di ingresso nella vecchiaia, una donna può aspettarsi di vivere per almeno 15 anni senza disabilità, ma per altri 5 anni con serie limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Un uomo, invece, a questa stessa età può attendersi di vivere per almeno 14 anni senza disabilità e per altri 2 anni con

in realtà, più esposte alla malattia nel corso della loro vita, ciò è stato definito “paradosso”, poiché la maggiore longevità delle donne è in contraddizione con il loro più elevato tasso di morbilità [Miles 1991; Kane 1991]. Questo dato, nel contesto della ricerca, potrebbe trovare spiegazione, come evidenziato anche da recenti indagini Multiscopo Istat, nella maggiore predisposizione delle donne, rispetto agli uomini, nel rivolgersi ai servizi socio-sanitari<sup>107</sup>. Questo potrebbe indurle ad esprimere, con più frequenza degli uomini, osservazioni e rimostranze nei confronti dei servizi utilizzati.

*Tab. 2 – Reclami per genere*

	<i>% reclami</i>
maschio	59,1
femmina	30,2
missing	10,7
Totale %	100,00
Totale v.a.	606

limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Questo indicatore, pur confermando un vantaggio femminile in termini di maggiore longevità, evidenzia come le donne trascorrono una parte proporzionalmente maggiore della loro vita afflitte da malattia. Anche l’esame di altri indicatori (malattie croniche sofferte, comorbilità, disabilità, ecc.) fa emergere un chiaro svantaggio femminile. Il processo di invecchiamento è caratterizzato in misura più accentuata per le donne rispetto agli uomini da multicronicità (presenza di due o più malattie croniche) riferita a patologie cronico-degenerative (artrosi o artriti, lombosciatalgie, osteoporosi, ipertensione, vene varicose); si tratta di malattie meno letali, ma che tra le donne insorgono più precocemente con un decorso che degenera fino a forme più o meno gravi di multicronicità. Tra gli uomini, invece, appaiono più contenuti sia i tassi di comorbilità che quelli di disabilità.

<sup>107</sup> Secondo i dati Istat [2002a] per quanto riguarda le visite mediche le donne che nell’arco temporale 1999-2000 hanno effettuato una visita nel periodo citato sono, nel complesso, il 25% in più rispetto agli uomini. La medesima tendenza si osserva anche per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri le donne sono pari al 4,1% della popolazione femminile, mentre gli uomini sono il 3,8%. Anche il ricorso agli accertamenti diagnostici è più diffuso tra le donne (138,8 per mille) che tra gli uomini (104 per mille).

Il fatto che le donne, per la loro elevata aspettativa di vita possano ricorrere, nel tempo, maggiormente all'utilizzo di servizi sanitari e conseguentemente divenire protagoniste di reclamo, può essere una delle spiegazioni possibili. Tuttavia, è necessario anche considerare che le donne utilizzano di più i servizi sanitari rispetto agli uomini, soprattutto in giovane età, per eventi fisiologici come la gravidanza e il parto<sup>108</sup>. Inoltre, le donne sono più attente alla loro stato di salute intraprendendo<sup>109</sup>, rispetto all'uomo, più azioni di prevenzione<sup>110</sup> che le può portare ad utilizzare con più frequenza i servizi sanitari e, di seguito, a giudicarli di più.

Il numero più elevato dei reclami esposti da parte del genere femminile potrebbe trovare spiegazione anche nel fatto che le donne, nonostante in questi ultimi anni abbiano aumentato soprattutto nelle fasce d'età più giovani la partecipazione nel mondo del lavoro<sup>111</sup>, risultando ancora meno occupate degli

---

<sup>108</sup> Secondo i dati Istat [2002a] Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici le differenze di genere si manifestano soprattutto nell'età giovanile e adulta: nelle classi d'età 15-44 e 45-64 la quota di donne che effettua accertamenti supera quella degli uomini rispettivamente del 53,2% e del 39,7%. Questo potrebbe trovare spiegazione negli accertamenti effettuati in gravidanza ed in parte di controlli di prevenzione dei tumori femminili. Dato confermato anche per quanto riguarda le visite mediche per le quali il maggior divario fra uomini e donne si registra nelle fasce d'età centrali. Nella fascia d'età 15-44, la quota di donne con almeno una visita medica è del 39% più alta rispetto agli uomini. La differenza è particolarmente marcata in corrispondenza della classe di età 25-34, a causa della presenza delle numerose visite legate alla gravidanza tra le donne in queste fasce d'età. È tra le donne di 25-34 anni che si riscontra, infatti, il maggior ricorso a visite specialistiche di tipo ostetrico-ginecologico. Sempre legato all'esperienza del parto è il dato che vede la percentuale dei ricoveri ospedalieri delle donne nella classe d'età 25-34 più elevata (4,5%) rispetto a quella dei maschi (2%).

<sup>109</sup> Le donne sembrano più orientate verso un utilizzo più elevato dei servizi sanitari rispetto agli uomini soprattutto nell'età giovanile e adulta. In particolare, sembrano più orientate verso specialistiche e diagnostiche di prevenzione (vedi nota seguente), mentre gli uomini, nelle medesime fasce d'età, sembrano orientati ad un uso più d'emergenza dei servizi sanitari. Secondo i dati Istat [2005] il 72,1 per mille degli uomini ha fatto ricorso al Pronto soccorso contro un 59 per mille delle donne.

<sup>110</sup> Le donne mostrano una maggiore propensione verso la diagnosi precoce delle patologie rispetto agli uomini [Istat 2002b]: il 7,3% delle donne fa visite di prevenzione contro il 4,9% degli uomini. Le differenze di genere di manifestano soprattutto nell'età giovanile ed adulta: nella classe di età 18-34 il 6,5% delle donne ha fatto visite mediche in assenza di disturbi o di malattie contro il 3,2% dei coetanei uomini.

<sup>111</sup> Nel 2003 le occupate sono 8 milioni 365 mila, 1 milione 296 mila occupate in più rispetto al 1993. La crescita dell'occupazione femminile fra il 1993-2003 ha fornito un contributo complessivo pari a più dell'80 per cento della rilevante espansione dell'occupazione. La sensibile crescita dell'occupazione delle donne ha determinato un aumento del tasso di occupazione femminile di 7 punti percentuali nel periodo considerato [Istat 2004].

uomini<sup>112</sup>. Per questo si trovano ad usufruire maggiormente i servizi sanitari oltre che per loro, anche per altri familiari (mariti, figli, genitori, ecc.). Inoltre, fra le donne che lavorano bisogna sottolineare che sono molte quelle occupate a tempo parziale<sup>113</sup> rispetto agli uomini. La possibilità di accedere ad un'occupazione a tempo parziale costituisce uno dei principali strumenti che permettono di ridurre le difficoltà nel conciliare il carico familiare con gli impegni di lavoro. In sostanza le donne, volenti o nolenti, si trovano ad avere ancora più tempo non dedicato al lavoro rispetto agli uomini e questo potrebbe essere una determinante importante nella loro elevata partecipazione ai servizi sanitari rispetto agli uomini. Quindi, come dire: più si utilizzano i servizi più vi è la probabilità di incontrare criticità verso le quali si ritiene opportuno sollevare reclamo. Tuttavia, accanto a questo atteggiamento in un certo senso indotto, se ne potrebbe ipotizzare uno più attivo che esula dalla quantità della frequentazione, e che è frutto della qualità dell'approccio partecipativo alla vita sociale da parte delle donne. La preponderanza del genere femminile fra i reclami, si potrebbe motivare anche con la tendenza, rispetto a un tempo, all'aumento della partecipazione sociale delle donne<sup>114</sup>. Accanto a questo fenomeno si registra la loro maggiore partecipazione al sistema d'istruzione arrivando, soprattutto nei livelli più elevati, a superare gli uomini<sup>115</sup> anche per quanto riguarda il rendimento<sup>116</sup>. Questo le può portare ad

---

<sup>112</sup> Nell'anno 2003 il tasso di occupazione delle femmine nella classe d'età 40-44 anni è il 56,8%, mentre degli uomini è il 92,7%.

<sup>113</sup> Il lavoro a tempo parziale è diffuso soprattutto tra le donne. Questa caratteristica si è ulteriormente accentuata nel corso del periodo 1993-2003: le donne con lavoro part-time erano 793 mila nel 1993, sono 1 milione 447 mila nel 2003; gli uomini erano 338 mila all'inizio del periodo, sono 440 mila nel 2003.

<sup>114</sup> Nonostante, sia tra le persone impegnate in associazioni di volontariato sia tra quelle che prestano la loro attività in associazioni di altro tipo, gli uomini presentino tassi più elevati di partecipazione, è importante rilevare che la partecipazione femminile in questi ultimi anni è aumentata, diminuendo il divario con il sesso maschile arrivando, per quanto riguarda l'associazionismo culturale e il volontariato nella fascia d'età 14-24 anni, a superare gli uomini [Istat 2001; 2006a; 2006b].

<sup>115</sup> Nel 2001-2002 le diciannovenni diplomate sono 77 su 100, contro il 67% di diciannovenni diplomati. La quota di laureate sulle venticinquenni è pari al 23%, a fronte del 17% di laureati di sesso maschile [Istat 2004].

<sup>116</sup> Nella scuola, il miglior rendimento femminile è evidenziato dal confronto tra i tassi di ripetenza (quota di ripetenti sugli iscritti) dei due sessi: per tutti e tre i cicli scolastici la percentuale di alunne ripetenti sul totale è costantemente inferiore alla quota relativa agli uomini. Come

essere più istruite e attive sia livello culturale sia a livello sociale e, di conseguenza, ad avere più chiari i diritti che un cittadino ha nei confronti delle organizzazioni che erogano servizi, in questo caso sanitari. Fattore che le può portare le donne ad essere più sensibili e attente verso la qualità dei servizi e delle prestazioni, nonché a divenire più consapevoli dell'importante ruolo che, attraverso la partecipazione, un cittadino può avere nel processo di miglioramento della qualità dei servizi.

### 6.5.2. Reclami per sé o reclami per altri

I reclami pervenuti all'Urp possono essere il frutto di tre distinte azioni dei soggetti reclamanti. Un soggetto può reclamare per sé, per un torto che sente di avere subito in prima persona; un soggetto può reclamare "in seconda persona" per conto di parenti, amici protagonisti del "sopruso", infine, il reclamo può avvenire tramite associazioni di tutela di diritti del malato o avvocati di parte.

Tab. 3 – Reclami per soggetti reclamanti

	<i>% reclami</i>
Reclamo in "prima persona"	75,9
Reclamo in "seconda persona"	23,1
Associazioni/avvocati	1,0
Totale %	100,00
Totale v.a.	606

conseguenza di una minore propensione alla ripetenza, le donne mostrano una minore tendenza ad interrompere il percorso scolastico. Il tasso di successo nel conseguimento del diploma di scuola secondaria vede infatti 84 iscritte al primo anno su 100 conseguire il titolo cinque anni dopo l'iscrizione al primo, laddove gli uomini che riescono a concludere gli studi sono solo il 73 per cento circa. Le studentesse risultano più brillanti dei loro colleghi maschi anche rispetto agli esiti all'esame di fine ciclo. A livello universitario, uno dei principali problemi di rendimento rinvia all'elevata dispersione che contraddistingue i percorsi degli studenti: su 100 immatricolati, poco più di 46 riescono a laurearsi<sup>13</sup>. Le donne dimostrano però rispetto agli uomini una maggiore tenacia: a sei anni dall'avvio degli studi, infatti, la quota di persone che conseguono il titolo è pari al 49,3 per cento per le prime e al 41,8 per cento per i secondi. Le ragazze ottengono risultati migliori degli uomini anche in termini di votazione finale: la quota di profili eccellenti (laureati con lode) è pari a 22,3 per cento tra le prime e a 15,8 per cento per i secondi [Istat 2004].

Come si può notare dal grafico la maggior parte dei reclami, il 75,9%, provengono delle stesse persone protagoniste dell'evento origine del reclamo, mentre il 23,1% dei reclami proviene da soggetti che per conto di altri si rivolgono all'Urp. Solo l'1% dei reclami derivano da associazioni di tutela del malato o da avvocati di parte. È comunque importante sottolineare che circa un reclamo su tre è stato presentato, così come è stato definito, in "seconda persona". In particolar modo, è interessante notare come fra i soggetti per conto dei quali si presenta reclamo risultano nella maggioranza dei casi i figli per il 44,2%, seguono, a distanza, i genitori con il 27,2% assieme ai coniugi con il 22,0%. Nettamente inferiore la percentuale "altri parenti". I "figli" e, un po' meno, i "genitori", quindi, rappresentano le categorie per conto dei quali si reclama di più. Indubbiamente sono entrambe "fasce deboli" le quali, anche se per motivi diversi, si trovano ad essere seguiti nel percorso di malattia da un familiare. Questo sicuramente è più vero per i bambini – poco probabile pensare ad un bimbo in ospedale senza un genitore accanto – , un po' meno per gli anziani che spesso si trovano a vivere soli l'approccio alle strutture sanitarie, anche se magari bisognosi del sostegno o dell'aiuto di qualcuno, infatti come emerge da molti dati sembra che la cura delle persone anziane sia sempre più a carico della famiglia<sup>117</sup>. Ad ogni modo entrambi, si trovano nella condizione (per capacità ancora da acquisire od ormai perse), di non riuscire a manifestare autonomamente le problematiche incontrate o il presunto danno subito. Un'altra caratteristica che accomuna le due categorie è la propensione all'elevato utilizzo dei servizi sanitari dalle visite

---

<sup>117</sup> L'ultimo rapporto dell'OMS sul XXI secolo rileva che nel mondo le aspettative di vita sono passate dai 48 anni del 1955 ai 73 anni stimati nel 2025. L'Italia, insieme alla Svezia, all'Islanda e al Giappone, è tra i paesi più longevi, con un'aspettativa di vita di 74.3 anni per i maschi e 80.7 anni per le femmine. I dati Irp/Cnr confermano che tra trent'anni in Italia, il 40% della popolazione avrà più di 60 anni: oltre 19.000.000 contro i 12.000.000 di ora. L'Italia è attualmente il primo (e per ora unico) paese al mondo dove la percentuale di ultrasessantacinquenni (16%, pari a 9 milioni) ha superato quella dei minori di 15 anni (15%). E comunque la tendenza in tutti i Paesi europei è verso l'aumento delle persone dipendenti (18% in più nel 2010) e verso la modifica dell'equilibrio tra piccoli e anziani dipendenti, dato che appare persino più significativo dell'aumento stesso della dipendenza. Infatti nel 2010 le persone con più di 65 anni saranno il 45% delle persone dipendenti (oggi si attestano sul 35.4%).

mediche<sup>118</sup>. Può sembrare un paradosso data l'elevata speranza di vita in buona salute<sup>119</sup> accompagnata dal bassissimo tasso di mortalità<sup>120</sup> dei bambini. In realtà i bambini - con i loro genitori-, per motivi ovviamente molti diversi rispetto agli anziani, si trovano a frequentare spesso le aziende sanitarie od ospedaliere. Basti pensare alle visite pediatriche<sup>121</sup> alle quali si devono sottoporre sia per controlli di routine sia a causa delle malattie (esantematiche, di raffreddamento, ecc) con elevata morbilità, ma quasi nulla mortalità, alle quali risultano più soggetti rispetto agli adulti. Inoltre, sono da considerare le numerose vaccinazioni<sup>122</sup> alle quali i bambini devono sottoporsi e, la frequenza, più elevata rispetto ad altre fasce d'età, dell'utilizzo del Pronto soccorso a causa di cadute o piccoli incidenti dovuti all'imprudenza dell'età. Al di là di queste considerazioni, che per molti aspetti accomunano bambini ed anziani nella frequenza di utilizzo dei servizi sanitari, la percentuale che differenzia le due categorie è notevole, infatti quasi la metà dei reclami presentati all'Urp in "seconda persona" – il 10% del totale dei reclami raccolti – sono, in sostanza presentati dai genitori per conto dei figli (piccoli).

Tab. 4 – Reclami in "seconda persona" per categorie familiari

	% reclami
Coniugi	27,0
Genitori	44,2

<sup>118</sup> Per quanto riguarda le visite mediche la proporzione di persone che hanno fatto almeno una visita medica nel periodo considerato cresce con l'età fino a raggiungere il 427,3 per mille tra gli ultrasessantacinquenni. In questa tenenza fanno eccezione i bambini (0-14), fra i quali la quota di quelli che hanno fatto almeno una visita medica è relativamente alta (272,7 per mille) a causa del ricorso a visite pediatriche di controllo dell'infanzia. Anche per quanto riguarda il Pronto soccorso è utilizzato in misura maggiore dai bambini fino a 5 anni (67,4 per mille) e dagli adulti a partire dai 60 anni (valori compresi tra 70,9 per mille e 125 per mille) [Istat 2005].

<sup>119</sup> Un bambino nato nel 2000 ha una speranza di vita in buona salute pari a 50,20 contro l'1,60 di un uomo over 75 [Istat 2005].

<sup>120</sup> Il tasso di mortalità dei bambini nella fascia d'età 1-4 anni è dello 0,21% contro il 54,57% degli uomini compresi fra i 75-79 anni e dell'86,48% per quelli compresi fra 80-84 anni.

<sup>121</sup> Secondo i dati Istat [2002a] tra i bambini di 0-14 anni due terzi delle visite è di tipo generico o pediatrico e, tra i bambini fino a 1 anno di età la percentuale di visite di tipo pediatrico supera l'85%.

<sup>122</sup> Si stima che negli ultimi 10 anni il ricorso a prevenzione di tipo vaccinale in età pediatrica è aumentato. Circa tre bambini su quattro fra gli 1-5 anni hanno eseguito la vaccinazione contro la pertosse (74%) [Istat 2002b]

Altri parenti	6,6
Totale %	100,00
Totale v.a.	136

---

Qui, evidentemente, entra in gioco il ruolo importante dei genitori. Infatti, i genitori, che seguono e accompagnano il loro figlio nelle strutture sanitarie, per esami diagnostici o per prestazioni specifiche, divengono una sorta di terzo osservatore sempre presente al quale nulla sfugge e che “scuta” con minuziosa attenzione ogni aspetto, da quello relazionale a quello prettamente tecnico, della prestazione che il figlio sta eseguendo. Il quadro è ancor più aggravato dal particolare stato emotivo in cui si trova il genitore che a fatica riesce ad accettare che il figlio possa essere, potenzialmente o realmente, malato. Questo non significa che i genitori presentino reclami per nulla. Indubbiamente delle rimostranze saranno più che opportune, ma forse alcune di esse derivano dall’aspettativa, e in alcuni casi dalla pretesa, di una prestazione “perfetta” da tutti i punti di vista pretendendo che il medico o l’operatore, che entra in relazione con il bambino, debba mettere in atto tutte le premure, le attenzioni e le capacità che risultano valutate, nella loro qualità, dall’unico punto di vista, in alcuni casi e per specifici aspetti, alterato e non competente, dei genitori stessi.

Un’ultima considerazione deve essere fatta in merito alle percentuali riguardanti i coniugi (22%). In questo caso sarebbe impreciso motivare tale dato solo con la questione dell’impossibilità da parte del soggetto di sporgere reclamo autonomamente. Non è detto che non si reclami solo perché non si può. Un soggetto che si trova in uno stato di presunto (nel caso di accertamenti diagnostici) o reale di malattia può non ritenere importanti alcuni particolari della prestazione che invece magari non sfuggono al coniuge presente. Il quale, essendo in uno stato di ansia per la salute della persona cara e sentendosi impotente di

fronte alle cose, tenderà a controllare con minuzia attenzione che le prestazioni offerte siano qualitativamente e quantitativamente opportune alle necessità del coniuge.

Un'altro dato interessante emerge se si considera il sesso di chi reclama per sé o per altre persone. Come si può notare dal grafico vi è una lieve preponderanza del genere femminile rispetto a quello maschile che tende a reclamare più per sé.

*Tab. 5 - Reclamo in prima o "seconda persona" per genere*

	<i>Prima</i>	<i>Seconda</i>	<i>Totale</i>
Maschio	34,6	31,5	33,7
Femmina	65,4	68,5	66,3
Totale %	100,00	100,00	100,00
Totale v.a.	393	143	536

Questo dato può trovare spiegazione nel ruolo che ha la donna nella famiglia come care-giver, come colei che si prende cura e segue le persone care sia nella quotidianità e tanto più nei momenti di difficoltà come può essere la malattia. In particolare, l'attitudine del "prendersi cura" sembra rinviare a un insieme di competenze, intellettuali e affettive, strettamente legate all'esperienza della maternità<sup>123</sup>. Questa evidenza, però, non si sa quanto possa essere dettata da una reale propensione del genere femminile o quanto ancora da una forzatura legata alle tradizionali modalità di suddivisione del lavoro di cura della famiglia che vedono su questo fronte ancora poco partecipe l'uomo<sup>124</sup>. In sostanza, come si

<sup>123</sup> Vi sono alcuni approcci che considerano la capacità e la propensione della donna di "prendersi cura" una forza in più che la donna possiede rispetto all'uomo e non una debolezza [Gilligan 1987].

<sup>124</sup> Il risultato più sorprendente dello studio – che ha comparato gli esiti delle rilevazioni condotte nel 1988 e nel 2003 dall'Istat sui tempi dedicati da uomini e donne alla cura della casa e dei figli – è dato dal fatto che, a distanza di un quindicennio, nulla sembra essere cambiato. La distribuzione dei carichi familiari, oggi come allora – sottolinea il Rapporto - continua ad essere caratterizzata da un fortissimo squilibrio, che vede la donna, occupata o meno, farsi carico in maniera quasi esclusiva dei lavori domestici e dei figli, cui dedica, mediamente, 6 ore e 25 minuti al giorno, contro le 2 ore e 7 minuti del proprio partner. Nel 1988, le donne dedicavano a queste attività 6 ore e 57 minuti, gli uomini 1 ora e 51 minuti. Nei quindici anni trascorsi tra una rilevazione e l'altra, dunque, è aumentata la partecipazione delle donne al mercato del lavoro, senza che a questo processo si sia accompagnata una sostanziale re-distribuzione dei carichi familiari. Come ha evidenziato Chiara Saraceno, l'Indagine Istat sull'uso del tempo mostra chiaramente come l'essere

evidenzia dai numerosi studi condotti negli anni sulla divisione dei compiti domestici e di cura dei figli fra i due sessi in tutti i paesi e in tutte le situazioni l'insieme dei risultati giunge alla medesima conclusione: nonostante la crescente presenza delle donne nel mercato del lavoro retribuito, che richiederebbe un maggior coinvolgimento del partner sul fronte familiare, il ruolo maschile si è poco modificato. Certamente le differenze tra i due sessi sono un po' diminuite e gli uomini danno un contributo in casa più di quanto non facessero prima, ma altrettanto certamente non lo fanno quanto dovrebbero. Come sottolinea Ventimiglia [2005] i ruoli domestici restano perciò sorprendentemente legati a modelli asimmetrici tradizionali, in generale l'uomo "dà una mano", ma non condivide con la partner la globalità e la trasversalità della responsabilità e del carico di lavoro sia per quanto riguarda i figli sia rispetto alla gestione complessiva del ménage familiare (la sua definizione è: regia per le madri e panchina per i padri).

Infatti, andando ad analizzare chi sporge più reclamo per i figli emerge la preponderanza della madri (46,8) rispetto ai padri (37,2%). Questo significa che tendenzialmente le madri si occupano di più della salute figli<sup>125</sup> accompagnandoli più spesso presso le strutture sanitarie e per questo più attive nello sporgere reclami per i figli rispetto ai mariti. I mariti infatti sia per la tradizionale suddivisione dei ruoli familiari secondo il genere<sup>126</sup> sia per oggettivi impedimenti

---

padri modificano solo marginalmente l'organizzazione della vita quotidiana rispetto a chi padre non è: «L'attività di cura dei padri avviene nel tempo lasciato libero dal lavoro che, a differenza di quello delle madri, non appare toccato dagli impegni di una paternità accidentata» (Saraceno, 2005). Per le donne, al contrario, la nascita di un figlio comporta un'impennata del tempo dedicato ai carichi familiari, che assorbono tre ore in più. «È vero che tra una rilevazione e l'altra è aumentato il tempo dedicato dai padri alla cura dei figli (da 27 a 45 minuti) ma oltre i 3/4 del tempo dedicato dalla coppia al lavoro familiare continua ad essere assorbito dalla donna (78,3%). Le madri dedicano mediamente il 62% del tempo dedicato al lavoro familiare ai lavori domestici; i padri solo il 36,5%» [Sabbadini 2005].

<sup>125</sup> In una recente ricerca sulla conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita, su 2000 intervistati - uomini e donne - l'82%, alla domanda di chi a loro parere dovesse occuparsi di un bambino malato, ha risposto che tale compito appartiene alla madre [Piazza 2000] (a cura), Conciliazione tra vita professionale e familiare. Risorse e vincoli delle famiglie e sostegno istituzionale, Quaderni Regionali di Ricerca n. 25, Regione Lombardia, 1998

<sup>126</sup> Secondo i dati Istat [2005] il 44% dei padri di figli fino a 13 anni nel 2002-2003 risulta per nulla coinvolto nell'attività di cura familiare. Anche se è una percentuale più ridotta (di circa 16

lavorativi<sup>127</sup> si trovano ad essere molto meno partecipi nella cura quotidiana e della salute dei propri figli.

Tab. 6 – Reclamo in “seconda persona” per ruolo familiare e genere

	Maschio	Femmina	Totale
Coniuge	37,2	14,9	21,9
Figli	37,2	46,8	43,8
Genitori	23,2	28,8	27,0
Altri parenti	2,4	9,5	7,3
Totale %	100,00	100,00	100,00
Totale v.a.	43	94	137

Il ruolo di caregiver delle donne, inteso in questo caso specifico, come accompagnamento e sostegno nel percorso di cura, non si esplica solo nei confronti dei figli, ma anche verso i genitori (28,8%) e la parentela più o meno stretta. Meno nei confronti dei mariti che al contrario, sembrano reclamare di più per le loro mogli (37,2%) rispetto a quanto quest’ultime non facciano per loro. Questo potrebbe essere motivato con il fatto che a fronte di un’aspettativa di vita più lunga rispetto all’uomo, la donna, per contro, si trova ad avere una qualità della vita relativamente alla salute decisamente inferiore<sup>128</sup>. Questo potrebbe portarle a frequentare maggiormente i servizi sanitari probabilmente accompagnate dai mariti che, per le loro mogli, possono sporgere reclamo.

---

punti percentuali) rispetto a 14 anni prima, a conferma del fatto che i padri più giovani integrano più spesso di quelli più maturi una dimensione accidentale nel proprio modello di paternità. Quando i padri sono coinvolti, per altro, ciò avviene in modo selettivo, privilegiando le attività ludiche e di socializzazione rispetto a quelle di cura fisica (cambiare, dare da mangiare, sorvegliare). Anzi, nel corso dei 14 anni è diminuita l’incidenza della loro presenza nelle cure fisiche ed anche di sorveglianza nei compiti scolastici, mentre è aumentata quella nelle attività di gioco e interazione.

<sup>127</sup> Secondo una ricerca pubblicata sulla rivista *Pediatrics* i padri sono in grado, in media, di essere presenti, quando si tratta della salute dei propri figli, in una percentuale di casi superiore al 50% quando i bambini hanno un’età inferiore ai 2 anni. La percentuale scende al 40% quando i bambini hanno un’età dai 2 e i 4 anni per crollare a meno del 30% quando i bambini hanno superato i 4 anni. Quasi la metà dei padri oggetto della ricerca ha riferito che erano gli impegni legati al lavoro a costituire l’impedimento maggiormente significativo all’assistenza dei propri bambini.

<sup>128</sup> All’età di ingresso nella vecchiaia, una donna può aspettarsi di vivere per almeno 15 anni senza disabilità, ma per altri 5 anni con serie limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Un uomo, invece, a questa stessa età può attendersi di vivere per almeno 14 anni senza disabilità e per altri 2 anni

### 6.5.3. Le aree del reclamo

Prima di analizzare l'articolazione dei reclami per tipologia è opportuno nuovamente sottolineare che date le modalità di raccolta e la diversità con cui le varie Aziende hanno aderito è d'obbligo usare prudenza prima di formulare conclusioni su un quadro complessivo della tipologia dei reclami pervenuti. D'altro canto il profilo quantitativo - peraltro solo in parte, per i motivi su citati, oggetto della ricerca - completo ed esaustivo dei reclami articolazione viene realizzata dal Coordinamento URP Sanità Veneto di anno in anno.

Poste queste necessarie premesse, analizzando i reclami raccolti secondo l'articolazione nei vari aspetti previsti dalla classificazione regionale, emerge quanto segue<sup>129</sup>. I reclami riguardanti gli aspetti burocratici-amministrativi (189) si affermano rispetto agli altri, seguono il tempo (173), di seguito a breve distanza gli aspetti tecnico-professionali (108) e gli aspetti relazionali (80). A pari livello gli aspetti relative alle informazioni (40) e agli aspetti alberghieri (34). Meno rilevanti appaiono i reclami sollevati rispetto all'umanizzazione (9) e a problemi legati alla logistica e alle strutture (13).

Tab. 7 – Numero di reclami per aspetti

<i>Aspetti del reclamo</i>	<i>N. reclami</i>
Aspetti alberghieri	34
Aspetti burocratici-amministrativi	189
Aspetti relazionali	80
Aspetti tecnico-professionali	108
Informazioni	40
Strutture e logistica	13
Tempo	173
Umanizzazione	9
Totale	646

<sup>129</sup> Si ricorda che un reclamo può essere stato classificato secondo più aspetti, per questo il numero dei reclami secondo l'articolazione per aspetti è superiore al numero di reclami analizzati.

I dati emersi sono pressoché in linea con quelli registrati dal Coordinamento Urp<sup>130</sup>. L'unica diversità è data dall'aspetto relativo al tempo che risulta inferiore rispetto agli aspetti tecnico-professionali. Questo dato potrebbe essere motivato con il fatto che questa sezione è stata ampliata. Infatti, dalla lettura dei reclami si sono evidenziate più articolazioni, di quante presenti nella classificazione regionale, del problema relativo al tempo e per questo si è proceduto, come si vedrà in seguito, ad un sua ulteriore suddivisione.

Analizzando l'articolazione delle aree del reclamo per genere emerge le femmine reclamano principalmente per aspetti burocratici-amministrativi (26,8%), legati al tempo (25,2%), per fattori tecnico-professionali (15,8) e per aspetti relazionali (14,4%). Per i maschi gli aspetti burocratici sono il primo fattore di reclamo (33,3%), seguiti dal tempo (25,1%) e dagli aspetti tecnico-professionali (17,3%).

*Tab. 8 – Distribuzione del genere per gli aspetti del reclamo*

	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	<i>Totale</i>
Aspetti alberghieri	2,7	5,4	5,2
Aspetti burocratici-amministrativi	33,3	26,8	17,3
Aspetti relazionali	11,4	14,5	15,7
Aspetti tecnico-professionali	17,3	15,9	19,1
Informazioni	6,9	8,4	9,2
Strutture e logistica	2,4	1,9	2,3
Tempo	25,1	25,2	29,3
Umanizzazione	0,9	1,9	1,9
Totale %	100,00	100,00	100,00
Totale v.a.	219	428	647

<sup>130</sup> Secondo i dati del Coordinamento Urp Sanità Veneto nell'anno 2005 si sono contati 1.543 reclami per gli aspetti burocratici; 890 per gli aspetti professionali; 660 per il tempo d'attesa; 600 per gli aspetti relazionali; 164 per le informazioni; 153 per la struttura e logistica; 136 per gli aspetti alberghieri; 65 per l'umanizzazione.

Le differenze di genere sono numerose e alquanto significative fra le varie tipologie di reclamo. Le considerazioni complete ed esaustive saranno oggetto di uno apposito paragrafo.

#### 6.5.3.1. Gli aspetti alberghieri

Come si è visto gli aspetti alberghieri e di comfort non rappresentano uno dei motivi più rilevanti per i quali si sporge reclamo. Le ragioni potrebbero essere di due tipi. I servizi offerti sono complessivamente di buona qualità oppure non è aspetto ritenuto importante dai cittadini, forse perchè più presi a considerare altri fattori strettamente legati agli aspetti relativi alla cura. In sostanza, pare che non vi sia ancora la mentalità di considerare il comfort come uno degli aspetti importanti che vanno, nel complesso, a costituire una prestazione e/o un servizio di buona qualità.

#### 6.5.3.2. Gli aspetti burocratici-amministrativi

In sostanza sono gli aspetti burocratici il motivo per i quale i soggetti espongono maggiormente reclami. È un dato che può essere considerato relativamente “confortante” nel senso che da un lato è fisiologico in tutte le organizzazioni complesse, e dall’altro non incide direttamente con lo stato di salute – in senso biomedico – del cittadino.

Aspetti burocratici-amministrativi	N. reclami	Tab. 9 - Aspetti burocratici amministrativi e numero di reclami
Procedure per ottenere documentazione, certificaz.	11	
Procedure per pagamenti, rimborsi ticket	5	
Orari sportello, cassa, disponibilità personale	87*	
Carenza di personale (moduli)	15	
Costo della prestazione	13	
Scarsa vigilanza	3	
Difficoltà accesso telefonico	12	
Scarsa collegamento organizzativo tra UO	15	
Errori nelle prenotazioni	8	
Smarrimento/errori consegna referti	9	
Esami errati o non eseguiti	9	
Trasparenza sull'iter delle pratiche	1	
Orario di apertura ambulatori e uffici	1	
<b>Totale</b>	<b>189</b>	
Personale poco informato		
Procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie	11	

\* In questa voce sono state inserite tutte le richieste di rimborso ticket presentate attraverso i reclami dai cittadini

Tuttavia, nelle organizzazioni sanitarie gli inconvenienti di tipo burocratico-amministrativo sono percepiti in modo del tutto diverso rispetto alle altre organizzazioni. Una persona che teme di avere perso, o ha già perso, il bene salute tollera meno gli inconvenienti, i ritardi, le incomprensioni che il sistema produce. Quindi è meno disposto ad accettare che un esito non si trovi o che la cartella clinica risulti smarrita o il pagamento di un ticket improprio. In sostanza non sono fattori che incidono direttamente sulla *disease*, ma con idea di salute intesa in un modo globale e complessivo<sup>131</sup>.

Il pagamento del ticket, in particolare, rappresenta quasi la metà (46.2%) del totale dei reclami in ambito burocratico-amministrativo.

---

<sup>131</sup>Siamo, quindi, di fronte ad un nuovo modello di lettura più complesso del paradigma salute/malattia che va al di là della mera concezione biomedica. È un concetto altamente complesso e articolato, può essere interpretato almeno secondo tre dimensioni: «quella soggettiva del sano/malato, quella professionale del medico e quella oggettiva degli strumenti tecnici che la possono segnalare, misurare, rappresentare in vario modo e che possono concorrere ad influenzare l'atteggiamento del medico, senza necessariamente coincidere con esso». [Cipolla 2002b: 12]. In particolar modo, nel linguaggio anglosassone, la malattia, intesa come patologia organica, è detta *disease*. Tale accezione pone in evidenza la disfunzione organica del corpo inteso come oggetto, come un'insieme di componenti organiche dotate di specifiche funzionalità. Questa accezione, però, omette un aspetto altrettanto importante, quello soggettivo. È il concetto di *illness* che coincide con le percezioni che l'individuo vive e sente relativamente al suo stato di malattia. Tuttavia, il significato che il soggetto dà della propria malattia, non è del tutto soggettivo, infatti è influenzato dal contesto socio-culturale nel quale si esplica il percorso di malattia. Si introduce così il concetto di *sickness* che intende la modalità con cui la società rappresenta la malattia stessa.

In particolar modo le incomprensioni più grandi si registrano nel pagamento dei ticket al Pronto soccorso<sup>132</sup>. L'elemento di criticità che conduce al reclamo non risiede nell'importo della cifra del ticket, ma piuttosto sul fatto di doverlo pagare.

In molti casi il cittadino sa come deve essere usato il Pronto soccorso, ovvero sa che non deve abusarne perché principalmente riservato alle urgenze.

«[...] Spero che chi di dovere [...] si adoperi per far capire al personale del Pronto soccorso che spesso chi si rivolge a loro è in un reale stato di necessità e non va là il venerdì pomeriggio solo per rompere le scatole!!! [...]» [Asl 21, maggio]

«In considerazione di questo e del fatto che certi bisogni possono essere affrontati con le cure di base, ho ritenuto di non trascurare la mia salute ma senza pesare sulla struttura del Pronto Soccorso (come spesso a noi utenti viene raccomandato)» [Asl 18, Novembre].

Il ticket, proprio a fronte della consapevolezza, viene percepito dal cittadino come una sorta di sanzione per averne usufruito in modo improprio.

Il problema sembra nascere proprio qui: quello che per il cittadino è percepito come urgenza per la struttura sanitaria spesso non lo è. Le persone che si trovano di fronte ad un repentino cambiamento dello stato di salute, vuoi per un incidente vuoi per un improvviso malore, non possiedono né le competenze tecniche - proprie del medico - né la razionalità emotiva per valutare se i sintomi manifestati siano poco gravi o possano condurre ad un esito infausto, per cui, in particolar modo nel fine settimana, molte persone decidono di rivolgersi al Pronto soccorso.

In sostanza nel reclamo il cittadino manifesta la contrarietà a pagare un ticket per uno stato di salute che a priori non era in grado di valutare come grave o meno.

«Innanzitutto contesto la classificazione della prestazione come "non urgente", pare, infatti, come mi è stato spiegato da una Vs gentile operatrice, colla quale ho parlato al telefono, che sia questa la discriminante tra una prestazione a titolo gratuito ed una a pagamento. Io non discuto sulla gravità del mio infortunio, tanto che ho accettato senza protestare (a differenza di altri astanti), di attendere quasi 3 ore (!!!), come risulta dal verbale di prestazione, ma, circa il suo carattere d'urgenza, come si può metterlo in

---

<sup>132</sup> Secondo la normativa prima solo regionale, ora nazionale, le prestazioni ritenute codici bianchi devono pagare il ticket.

dubbio? Gravità dell'infortunio e urgenza, intesa come necessità immediata, non differibile, di assistenza medica, se non altro per attestarne proprio l'entità, sono due cose ben distinte. Dopo un violento impatto, con un dolore crescente al braccio, che si gonfiava e appariva sempre più edematoso, non avendo competenze mediche, a chi dovevo rivolgermi per sapere se si era rotto qualche cosa e quali erano gli interventi più appropriati, se non al pronto soccorso? Non mi sembra di aver fatto nulla con il mero scopo di saltare una fila, o prendere una scorciatoia qualsiasi!» [Asl 18, Novembre].

«Dopo una notte di dolori terribili, non sapevo come mettermi, dubitai qualcosa di serio. Al mattino mi alzai con tanta forza di volontà e mi presentai al pronto soccorso. Ero caduta accidentalmente a casa. Con meraviglia non hanno riscontrato fratture [...] sono una signora di X anni con una pensione di ...Euro al mese e non sono una che si presenta facilmente al Pronto soccorso se l'ho fatto è stato solo perché avevo tanto male» [Asl 12, Maggio].

#### 6.5.3.3. *Gli aspetti relazionali*

Gli aspetti relazionali rappresentano il 12,4% del motivo di reclami. È un dato significativo da segnalare perché, nonostante non sia un fattore che incide direttamente sull'esito della prestazione (un medico può essere bravissimo e al tempo stesso molto maleducato) il cittadino lo percepisce come integrante della prestazione giudicando una eventuale mancanza in tal senso degna di reclamo. Questo è il sintomo di come stia cambiando il concetto di salute<sup>133</sup> da una parte, e

---

<sup>133</sup> Il termine "salute" si è evoluto dal significato di benessere fisico o equilibrio fisiologico nell'accezione biomedica a quello più articolato di «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di malattia o infermità» [Who 1946:1]. Questa definizione include una nuova molteplicità di fattori - sociali, relazionali, culturali - con i quali i professionisti della salute devono necessariamente confrontarsi. Tale cambiamento di prospettiva ha, infatti, modificato la domanda rivolta al settore sanitario, al quale non viene più richiesto solo di affrontare lo stato patologico, o di prevenirlo, ma di essere capace di erogare servizi e prestazioni tenendo conto della pluralità del nuovo concetto di salute, all'interno del quale il dialogo diventa componente di valore imprescindibile della prestazione sanitaria come strumento non solo diagnostico, ma anche come vera e propria terapia di educazione e di benessere. I cittadini, potenziali utilizzatori, dei servizi sanitari, sono sempre più istruiti, più consapevoli delle proprie necessità, sempre più partecipativi nell'organizzazione sanitaria e sempre meno disposti ad accettare il tradizionale rapporto paternalistico nei confronti del personale sanitario. A loro volta i medici non sono più visti come soggetti detentori di un sapere irraggiungibile e mai messo in discussione, ma professionisti dotati di una preparazione specialistica che mettono a disposizione dei soggetti. I cittadini, quindi, non sono più disposti a subire un trattamento, ma impongono la necessità di instaurare una relazione interpersonale con il personale medico e con i referenti della struttura sanitaria.

dall'altra come si stia modificando il rapporto con gli operatori sanitari<sup>134</sup>. Il fatto già di esporre reclamo dimostra un cambiamento in tal senso, ma ciò è ancor più vero per i fattori strettamente relazionali.

Questo particolare aspetto deve fare riflettere l'intera organizzazione sanitaria. Infatti, la qualità del rapporto tra medico e paziente sembra giocare un ruolo importante sia nella probabilità di esporre reclamo sia nell'intenzione di intentare un'eventuale azione legale nei confronti del medico ritenuto responsabile di un danno subito<sup>135</sup>.

*Tab. 10 - Aspetti relazionali e numero di reclami*

<i>Aspetti relazionali</i>	<i>N. reclami</i>
Congruità dell'abbigliamento	0
Cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento	54
Cura della persona	4
Indisponibilità, discontinuità	8
Riconducibilità degli operatori	2
Rispetto del divieto di fumo	1
Scarso dialogo	11
Totale	80

La classificazione ufficiale dei reclami, adottata dagli Urp veneti, suddivide questo aspetto in più fattori. Ad alcune voci non fa riferimento nessun reclamo forse perché non ritenute rilevanti, perciò non considerate, ai fini di una buona relazione con gli operatori. Mentre la voce a cui si possono ricondurre il

<sup>134</sup> I cittadini, potenziali utilizzatori, dei servizi sanitari, sono sempre più istruiti, più consapevoli delle proprie necessità, sempre più partecipativi nell'organizzazione sanitaria e sempre meno disposti ad accettare il tradizionale rapporto paternalistico nei confronti del personale sanitario. A loro volta i medici non sono più visti come soggetti detentori di un sapere irraggiungibile e mai messo in discussione, ma professionisti dotati di una preparazione specialistica che mettono a disposizione dei soggetti. I cittadini, quindi, non sono più disposti a subire un trattamento, ma impongono la necessità di instaurare una relazione interpersonale con il personale medico e con i referenti della struttura sanitaria. Inoltre, i cittadini pretendono che i servizi erogati, che sono a loro rivolti, debbano tener conto nella loro costruzione, così come nella loro valutazione, anche del loro contributo.

<sup>135</sup> Alcuni studi [Levinson et al 1997] hanno dimostrato che i medici con uno stile comunicativo più povero e meno attento ai bisogni informativi e relazionali del paziente hanno una probabilità maggiore di divenire oggetto di azione legale.

maggior numero è la “cortesìa, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento” (54 reclami):

«Colgo l’occasione per porre alla Sua attenzione il modo di fare sgarbato ed insofferente della dr.ssa X dimostrato in più occasioni nei confronti miei e dei miei famigliari» [Asl 6, Novembre]

«In data.....effettuavo vaccinazione [...] sono stato trattato dal dr. X con poco rispetto e scarsissimo tatto» [Asl 17, febbraio].

«[...] dunque ribadisco che mio marito non gradisce più le prestazioni del dott. X per mancanza di educazione e per il modo in cui svolge il suo lavoro a domicilio [...]» [Asl 20, novembre].

«[...] Oltre il disagio che mi è stato recato nel dovermi recare a Feltre, il mio disappore si basa nel come sono stata trattata, perché credo che un medico per essere completo oltre alla preparazione, debba avere umanità e gentilezza [...]» [Asl 2, novembre]

In realtà, questa voce, che raccoglie il maggior numero di reclami all’interno degli aspetti relazionali, forse meriterebbe di essere articolata in modo diverso, più analitico. La disponibilità e il rispetto, ad esempio, rientrano entrambe nell’ambito degli aspetti di una buona educazione, tuttavia in campo medico assumono connotazioni differenti degni di differenziazione in modo che l’organizzazione sanitaria sia in grado di rilevare in modo chiaro e non equivoco gli aspetti di criticità sollevate attraverso i reclami.

#### *6.5.3.4. Gli aspetti tecnico-professionali*

Gli aspetti tecnico-professionali rappresentano il 16,7% dei fattori che portano a sporgere reclamo. È un dato confortante che comprova complessivamente la buona qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

*Tab. 11 - Aspetti tecnico-professionali e numero di reclami*

<i>Aspetti tecnico-professionali</i>	<i>N. reclami</i>	
Mancata/inadeguata prestazione	65	
Prestazioni clinico-sanitarie	6	Questo è
Richiesta relazione sanitaria/errori di diagnosi	19	
Richiesta risarcimento danni	15	un campo
Richiesta ulteriori informazioni su prestazioni sanitarie	3	particolarmente
Totale	108	delicato perché

conduce nel merito di specifiche abilità tecnico-professionali. Cercando di entrare nel merito, escludendo i casi in cui vi è un oggettivo errore medico<sup>136</sup>, si può ipotizzare che alcuni reclami siano il frutto di una diversa visione nella quale dove si scontrano due modalità diverse di percepire la prestazione sanitaria. Da un lato si ha il paziente con delle aspettative basate anche su aspetti che esulano dalle specifiche competenze, dall'altro il medico che eroga la prestazione secondo protocollo, ma trovandosi alle volte a gestire problemi logistici dovuti ad emergenze, imprevisti, problemi strumentali, ecc...

---

<sup>136</sup> Per ulteriori approfondimenti sul tema si rimanda a C. Cipolla (a cura di) (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*, Angeli, Milano.

Come si può rilevare (vedi tabella 11) all'interno dei reclami per gli aspetti tecnico-professionali il numero maggiore è dato dalle cause è dato dalla voce “mancata/inadeguata prestazione”. In realtà sono due situazioni che nonostante siano trattate assieme dentro la classificazione sono caratterizzate da situazioni molto diverse tra loro sia per quanto riguarda il paziente sia per quanto riguarda il medico. È vero che in un certo senso entrambe le situazioni portano ad una mancata soluzione del problema, ma è altrettanto vero che un conto è non essere curati ed un'altra è esserlo malamente. Infatti, la “mancata prestazione” viene vissuta dal paziente come frustrante soprattutto per la perdita di tempo. Mancanza che potrebbe non essere diretta causa del medico che può trovarsi di fronte a situazioni, indipendenti dalla sua diretta volontà, che gli impediscono di erogare la prestazione:

«Mi chiamo X [...] mi è stato riscontrato il timpano sx bucato (timpano aperto). Ho fatto la mia trafila per avere un appuntamento che era per il 13-02-06 ore 14.30, in questa visita mi dovevano applicare un patch all'interno del timpano. Il 13-02-06 ore 13.00 mi viene detto che il medico non è presente e di ritornare al giorno dopo ore 14.30. Il 14-02-06 alle 14.20 mi presento allo sportello e un'infermiera rincorre un medico, la stessa mi dice che il medico presumibilmente ritornerà entro ½ ora. A questo punto chiedo di parlare con il direttore sanitario per esporre una mia personale lamentela su come viene trattato un paziente, il mancato rispetto e sensibilità verso chi ha bisogno (senza nessun motivo urgente per assentarsi) capisco un giorno, ma 2 volte consecutive non mi stanno bene» [Asl 8, febbraio]

La “prestazione inadeguata” porta anch'essa ad una posticipazione della soluzione del problema, tuttavia, a differenza delle “prestazione mancata” che vede il paziente in uno stato di attesa, la prestazione inadeguata conduce il paziente all'interno di un vortice nel quale si rincorrono svariati servizi sanitari al fine di risolvere definitivamente e adeguatamente il problema di salute. Quindi, in questo caso la responsabilità del medico appare un po' più diretta:

«I primi giorni di dicembre spinta da un fortissimo dolore all'occhio sinistro consulta il medico di famiglia il dr. X il quale non riesce a definire la causa e la cura e dopo qualche altro giorno di lancinanti dolori mi indirizza al pronto soccorso dell'ospedale di Treviso [...]. Non ottenendo alcun miglioramento dopo altri giorni di varie cure mi rivolgo nuovamente al pronto soccorso il 26-12 con l'esito negativo.

Dopo altri giorni di sofferenza chiedo una visita a pagamento il 4 -01-06 e trovo il dr. X che riscontra una abrasione consigliandomi rimedi (colliri e pomate) come nelle volte precedenti. Dopo altri due giorni lo stesso dottore mi visita e afferma che il caso non è più di sua competenza e mi indirizza verso un controllo neurologico.

Prendo vari appuntamenti, passano i giorni d'attesa e passano gli euro sostenuti, ma il risultato è sempre lo stesso un continuo peggioramento della mia condizione. A questo punto disperata dal non riuscire a trovare un aiuto a Treviso mi rivolgo all'azienda ospedaliera di Padova e una equipe di dottori mi visitano ed il dr. X riscontra nuovamente l'abrasione, mi consiglia una pomata diversa, mi benda l'occhio e mi chiede di tornare dopo altri due giorni. Nella seconda visita riscontrando un netto miglioramento mi consiglia di continuare con la cura per altri due giorni. Con sole due visite, pochi giorni e pochi euro (18,90) sono riuscita ad avere quello che in sessanta giorni, molte visite, molta confusione e molti euro a Treviso non sono riuscita a trovare» [Asl 8, febbraio].

#### 6.5.3.5. *Le informazioni*

I reclami registrati per carenza di informazione sono 40. In modo particolare i cittadini veneti hanno lamentato carenze informative in merito ai “servizi, alle prestazioni, sugli orari , procedure, accesso”.

*Tab. 12 –Informazioni e numero di reclami*

<i>Informazioni</i>	<i>N. reclami</i>
Adeguatezza e completezza della segnaletica	6
Diagnosi e trattamenti terapeutici	1
Informaz. sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, procedure, accesso	25
Informaz. sulle modalità di comportamento, informaz. ai familiari	8
Leggibilità della documentazione	0
Possibilità di conoscere le liste d’attesa	0
Totale	40

Il numero dei reclami registrati non è elevato. Questo potrebbe significare due cose: che il cittadino è adeguatamente informato e che, di conseguenza, non manifesta alcuna carenza in tal senso, oppure che l’informazione non è ancora considerata come un elemento peculiare, come un diritto che se violato merita reclamo. Probabilmente viene percepito come qualcosa di meno grave rispetto ad

altri aspetti, come se non fosse stato ancora acquisito dai cittadini che essere informati sui servizi e sulle prestazioni è importante quanto la sua modalità di erogazione. Questo potrebbe essere comprovato anche dall'assenza di reclami per "leggibilità della documentazione" e la "possibilità di conoscere le liste d'attesa", aspetti informativi "per esperti" nel senso che nonostante siano riconosciuti a livello normativo sono pochi i cittadini che a conoscenza di questa possibilità, in sostanza, è difficile reclamare per qualcosa che non si ritiene legittimamente di diritto.

È un dato che deve indubbiamente fare riflettere l'Azienda. È il classico caso in cui l'assenza di reclamo non è sintomo di assenza di problematicità, ma di un vuoto culturale oltre che informativo. Un cittadino informato è in grado di muoversi meglio all'interno dei servizi sanitari creando all'Azienda stessa meno problemi di logistica e organizzazione.

#### 6.5.3.6. Strutture e logistica

Come si può notare sono i reclami per le strutture e la logistica sono pochi, ancor meno di quelli relativi agli aspetti alberghieri e di comfort.

*Tab. 13 - Strutture e logistica e numero di reclami*

<i>Strutture e logistica</i>	<i>N. reclami</i>
Carenza e obsolescenza delle strutture	6
Dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi e barriere architettoniche	2
Parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi	5
Totale	13

Probabilmente le strutture sanitarie sono ben dislocate e facilmente raggiungibili con i trasporti pubblici e privati, inoltre, se ci pensa, le barriere

architettoniche sono ormai state completamente abbattute in quasi tutte le istituzioni pubbliche per cui è difficile che si possa reclamare in tal senso.

Un'ulteriore spiegazione del dato potrebbe essere che, ancor più degli aspetti legati al confort, questi sono sentiti lontani dagli aspetti relativi alle prestazioni sanitarie. Se un cittadino si reca all'ospedale e non riesce a trovare parcheggio probabilmente non considera il fatto un valido motivo per fare reclamo perchè esula dal motivo per cui vi si reca e non fa parte delle aspettative che ha nei confronti di un'organizzazione sanitaria.

#### 6.5.3.7. *Il tempo*

Questo aspetto merita un'attenzione particolare perché rappresenta uno dei motivi per cui il cittadino reclama di più, infatti quando c'è di mezzo la salute è difficile pensare di aspettare, di accettare l'attesa<sup>137</sup>. Si vorrebbe che il problema, attraverso la diagnostica o specifiche prestazioni, fosse subito risolto. Oltre a

---

<sup>137</sup> La letteratura di riferimento sul grado di accettabilità dei tempi ha indagato diversi fattori, fra i quali l'impatto dell'attesa sul deterioramento dello stato di salute e sull'esito finale del trattamento. In generale, oltre all'approccio degli esperti clinici [Naylor et al. 1991] e dei politici [Hanging et al. 1998], si è delineato un terzo possibile approccio, quello dei pazienti, che contribuisce in maniera diversa al processo di determinazione delle attese massime [Sanmartin 2001]. L'approccio del paziente fornisce un'interessante valutazione della tolleranza pubblica associata ai tempi di attesa, nonostante i fattori associabili siano ancora poco esplorati, ad eccezione di alcuni studi retrospettivi canadesi sulla chirurgia di protesi d'anca e del ginocchio [Coyte et al. 1994; Ho et al., 1994] e di due studi di natura prospettica sulla chirurgia della cataratta [Anderson et al., 1997; Dunn et al., 1997]. Da questi lavori emerge una sostanziale accettabilità dei tempi di attesa in relazione alle caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti. Una particolare interpretazione sull'accettabilità dei tempi d'attesa da parte del paziente è proposto dall'Health Belief Model [Becker et al. 1977]. Modello ampiamente utilizzato per prevedere il comportamento in ambito sanitario e in particolare il modo in cui le persone malate percepiscono i propri sintomi (*illness behavior*). Secondo tale modello, l'adozione del comportamento (grado di tolleranza ai tempi di attesa) è il risultato di una valutazione congiunta del grado di minaccia associato a una malattia, e dei benefici e dei costi dell'azione da intraprendere. La percezione della minaccia di malattia è influenzata dalla misura in cui il soggetto si sente personalmente vulnerabile al rischio nei confronti di una data malattia (percezione di vulnerabilità) e dalle credenze circa la gravità delle conseguenze associate alla malattia (percezione di gravità). Il modello include anche altri elementi, come fattori demografici (età, sesso) e socio-psicologici (classe sociale, personalità, gruppi di riferimento) che agiscono come moderatori nella percezione della minaccia di malattia, ed elementi induttori necessari per stimolare il comportamento. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a: *Le liste d'attesa dal punto di vista del cittadino*, Dossier 93-2004, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna.

questo c'è da porre in evidenza che il cittadino connota il tempo sempre più come un bene prezioso. Infatti, sembra sempre meno disposto ad aspettare non solo perché avendo un problema di salute spera di risolverlo al più presto, ma anche perché il tempo impiegato nell'utilizzo dei servizi sanitari spesso è ritagliato all'interno di una giornata lavorativa. In sostanza i tempi sono sempre più frenetici, la cura della salute è un appuntamento come tanti altri all'interno della giornata, per cui il cittadino è sempre meno disposto in ambito sanitario, così come in altri, ad aspettare. È proprio il caso di “il tempo è denaro”:

«Voglio far capire che, come chi lavora all'interno delle strutture ospedaliere non ha tempo da perdere, tanto meno ce l'hanno i pazienti che, oltre al loro status, hanno il dispiacere di incappare in questi disservizi» [Asl 12, maggio]

« [...] Tutto ciò ha comportato la perdita di un giorno lavorativo oltre al denaro» [Asl 22, febbraio].

« [...] Richiedo gentilmente una risposta da parte del responsabile del servizio sanitario in merito ai disservizi, di cui sono stato oggetto, considerando: il tempo d'attesa, fra prenotazione e visita, i chilometri percorsi inutilmente e il pomeriggio perso» [Asl 6, novembre]

« [...] dovrò chiedere un ulteriore appuntamento quindi un ulteriore giornata di lavoro persa [...]» [Asl 19, febbraio].

« [...] Non ho altro a dire. GRAZIE, ho perso mezza giornata di lavoro» [Asl 2, novembre]

«In totale per avere gli esiti ho impiegato 45 minuti. Mi pare inutile, eccessivo, soprattutto se chi abbisogna del servizio è un lavoratore» [Asl 17, febbraio].

Quando si parla di tempo, nei servizi sanitari subito si pensa all'annoso problema delle liste d'attesa. Come si avrà modo di osservare in seguito, questo indubbiamente rappresenta un aspetto rilevante e molto sentito dall'opinione pubblica, tuttavia non è l'unico. La lettura dei reclami, infatti, ha fatto emergere diversi aspetti del problema tempo e, di conseguenza, ha reso necessaria

un'ulteriore articolazione<sup>138</sup> di questa area rispetto a quella presente nella classificazione utilizzata dagli Urp delle aziende sanitarie ed ospedaliere del Veneto<sup>139</sup>.

Come si diceva, infatti, l'attesa può essere presente durante diverse circostanze di utilizzo dei servizi sanitari ed ognuna ha una sua specificità e valenza dal punto di vista del cittadino che non può essere trascurata ed accomunata ad altre.

Tab. 14 – Tempo e numero di reclami

<i>Tempo</i>	<i>N. reclami</i>
Tempi di attesa al pronto soccorso	17
Tempi di attesa negli uff. amm.vi	5
Attesa per riuscire a prenotare lunga fila allo sportello, lunga attesa telefonica)	19
Attesa per avere una prestazione: lista d'attesa (visite specialistiche, esami, ecc)	40
Attesa per essere chiamati per un intervento programmato	14
Attesa per ricevere la prestazione (attesa fuori dall'ambulatorio)	51
Attesa illimitata, liste full o non presenti.	12
Tempi di attesa per la consegna documentaz. e certificati	9
Tempi di attesa presso MMG e PLS	3
Tempi di attesa per la consegna di presidi e ausili	3
Totale	173

Il maggior numero di reclami si registra per “l'attesa di ricevere una prestazione” (51), in sostanza è l'attesa fuori da un ambulatorio per una visita o

<sup>138</sup> Nella classificazione utilizzata dagli Urp delle Aziende sanitarie ed Ospedaliere del Veneto l'aspetto del tempo è articolato nel seguente modo: tempo di attesa al Pronto soccorso; tempi di attesa negli uffici amministrativi; tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri programmati; tempi di attesa per la consegna documentazione e certificati; tempi di attesa presso gli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

<sup>139</sup> Probabilmente l'articolazione dell'aspetto del tempo ha posto in evidenza anche altri aspetti collegati al reclamo, questa potrebbe essere il motivo (senza mai dimenticare i limiti quantitativi della raccolta dei reclami) che esalta tale aspetto rispetto a quanto emerso dai dati del Coordinamento Urp Sanità Veneto nell'anno 2005 dove si sono contati 1.543 reclami per gli aspetti burocratici; 890 per gli aspetti professionali; 660 per il tempo d'attesa; 600 per gli aspetti relazionali; 164 per le informazioni; 153 per la struttura e logistica; 136 per gli aspetti alberghieri; 65 per l'umanizzazione.

per un esame di diagnostica<sup>140</sup>. È una forma di attesa che crea particolare disagio ai cittadini, sia perché lo stato d'animo non è quello di quando si aspetta il proprio turno all'ufficio postale sia perché il ritardo, soprattutto nelle persone che lavorano o che hanno particolari impegni familiari, crea un forte disagio nella gestione dell'organizzazione della giornata.

«Alle ore 11 odierne sono in attesa di visita ambulatoriale ortopedica più di cinquanta pazienti, tutti ammassati in una angusta sala di attesa e in condizioni di grande disagio soprattutto per quanti si trovano in carrozzina. Da notare che sono in attesa di visita anche le persone arrivate dalle ore 8 per l'appuntamento di quest'ora. Ci dicono che la causa di questo enorme ritardo è dovuto alla diminuzione del personale medico da 3 a 2. Conseguenza di ciò comporta maggior lavoro per i due medici, disagi che pesano sui pazienti e orari di attesa interminabili [...]» [Asl 6, novembre].

«A seguito di una prenotazione per ecografia ostetrica con appuntamento alle ore 8.30 ho atteso, per assenza di personale disponibile, fino alle ore 10.00 per poter ricevere la prestazione. Un'ora e mezza di ritardo mi sembra troppo» [Asl 12, novembre].

Seguono i reclami per il problema delle liste d'attesa (40). Il tema delle liste d'attesa è spesso al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica come indicatore di malasanità. Non ci sono tuttavia studi di approfondimento che entrano nel merito del giudizio dei cittadini rispetto a tale fenomeno. Ciò ha portato a generalizzare una situazione che in realtà non è espressione di una "oggettività" fenomenica, ma prende avvio da opinioni raccolte e giudizi frutto di processi di percezione sociale. Il punto di vista del cittadino rappresenta pertanto una chiave di lettura ulteriore per comprendere le liste d'attesa, che tanto peso rivestono nelle scelte di politica sanitaria. Questa prospettiva permetterebbe di verificare l'eventuale esistenza di punti di contatto con le strategie dei tecnici del settore e di considerare anche azioni mirate verso un ambito meno tangibile ma estremamente influente quale le idee e le opinioni che i cittadini si formano. L'approfondimento sulla percezione sociale del fenomeno liste d'attesa è dunque fondamentale per perfezionare nuove strategie di governo e gestione che considerino anche questa chiave di lettura.

---

<sup>140</sup> Il tempo di attesa nella sala d'aspetto e il tempo dedicato dal professionista [Dansky e Miles 1997]) sembrano rappresentare le variabili più predittive della soddisfazione del paziente, la cui gestione diventa un aspetto cruciale.

Sicuramente la percezione delle liste d'attesa, così come dell'attesa in generale come si è avuto modo di osservare, è un fattore importante per un'adeguata comprensione del fenomeno. Tuttavia, di fronte a certe dimensioni "oggettive" del fenomeno al cittadino altro non resta che sporgere reclamo:

«Oggi 23-11-2005 mi reco al CUP per prenotare una risonanza magnetica al cervello e tronco encefalica per mia moglie che accusa episodi lipotimici ricorrenti. L'appuntamento per tale esame viene fissato per il giorno 19-02-2007, quindi tra 15 mesi!!! Ritengo assurdo il tempo di attesa e mi reco all'ufficio relazioni con il pubblico e quindi alla direzione sanitaria dove vengo invitato ad attendere gli sviluppi della presente protesta» [Asl 9, novembre].

«Eccessiva attesa per esame urodinamico invasivo (prenotazione: 4-11-05; esame: 10-04-06). L'attesa risulta maggiormente gravosa considerate le condizioni di salute» [Asl 6, novembre]

Un altro aspetto strettamente legato ai lunghi tempi per l'erogazione di una prestazione o di un esame, si lega in alcuni casi alla mancanza di possibilità di prenotare la prestazione perché la lista è ormai piena oppure ancora non sono state rese disponibili al CUP i calendari per i mesi successivi. Questo è un aspetto che lascia il cittadino sconcertato più che di fronte ad un'attesa molto lunga, è come dire che la prestazione non si sa quando potrà essere erogata, che non c'è, non si può eseguire:

«Sono un utente e segnalo la seguente situazione: ho necessità di prenotare una visita di controllo per mia mamma programmata dallo specialista Dr. X servizio di patologia osteoarticolare per fine aprile; nel mese di gennaio ho telefonato 2 volte al CUP ed una volta mi sono recato di persona per prenotare ed ho avuto come risposta che non era possibile per esaurimento disponibilità fino a giugno e sono stato invitato a riprovare nei giorni successivi in quanto dovrebbero essere riaperte le liste; in data 31/01 ho contattato il servizio di patologia e mi è stata confermata la situazione e mi è stato detto che il 15/02 saranno disponibili altri posti e di riprovare a telefonare in tale data. Con la presente sono a lamentare il disagio provocato da tale situazione; un cittadino non può telefonare continuamente per queste disponibilità date a singhiozzo o fare la corsa " ai saldi in alcune date" sperando di arrivare in tempo quando la prenotazione potrebbe essere data direttamente dal servizio interessato in fase di prescrizione» [Asl 18, febbraio].

«In data 07-02-06 mi sono recata presso lo sportello prenotazioni di cardiologia per prenotare un esame Eco color doppler tronchi sovra aortici precisando che il periodo in cui eseguire l'esame fosse per la prima decade di settembre 2006. Mi è stato riferito che le prenotazioni sono tutte esaurite sino al 31-12-2006 e quindi non è possibile eseguire l'esame richiesto (se non a pagamento) [...]. Credo che con questo anticipo di oltre 7 mesi non sia possibile ottenere una tale risposta. Preciso che detta prenotazione era a

nome di mio marito cardiopatico e che ci siamo sempre serviti della struttura ospedaliera e cardiologica di Noventa Vicentina» [Asl 6, febbraio].

«Devo prenotare 2 ecografie [...]. Le prenotazioni sono chiuse. Chiedo di avere la possibilità di effettuare l'esame» [Asl 6, febbraio]

Un'altra forse di attesa che registra un significativo numero di reclami (19) è quella allo sportello o al telefono per prenotare la prestazione. È la prima forma d'attesa che il cittadino può incontrare nell'utilizzo dei servizi sanitari:

«Martedì 8 novembre ho fatto due volte la coda davanti al CUP dell'Ospedale di S. Donà. Tempo medio di attesa 20 minuti» [Asl 10, novembre].

«Con la presente sono a segnalare il malfunzionamento del CUP (Sportello telefonico). In data odierna ho provato a contattare detto sportello dalle 15.35 alle 15.45 per avere una prenotazione ad una visita specialistica, non avendo alcuna risposta» [Asl 10, novembre]

È necessario sviluppare un altro tipo di discorso per quanto riguarda i reclami relativi all'attesa al Pronto Soccorso (19). Fermo restando che in molti casi vi è un tempo d'attesa oggettivamente elevato è importante sottolineare che a questo si somma la condizione emotiva e fisica del tutto particolare dei soggetti che devono rivolgersi al Pronto Soccorso. Le persone che si trovano di fronte ad un repentino cambiamento dello stato di salute sentono forte la necessità di chiarirne al più presto le cause, ne consegue, più che in altri casi, una minore propensione all'attesa dal momento che percepiscono in gioco né il tempo né il denaro, ma il bene più prezioso: la salute

«Desidero lamentare una lunga attesa al pronto soccorso per un incidente occorso alla mia congiunta in data odierna. Dopo 2 ore di attesa ho deciso di recarmi in direzione e segnalare questa disfunzione» [Asl 8, febbraio].

«Sono indignato! [...] 8 ore per una radiografia al ginocchio ed una specie di visita ortopedica [...]»

Infine, risultano numericamente rilevanti i reclami per le lunghe attese per gli interventi programmati (14). Il cittadino, dopo avere superato tutto l'iter diagnostico, sa di avere un problema di salute che può trovare soluzione solo attraverso un intervento chirurgico. È consapevole di dovere aspettare, ma nell'attesa convive con il suo stato di salute precario, nella speranza quotidiana di ricevere una telefonata, per cui per il paziente rispettare il presunto tempo di attesa comunicato, anche se lungo, acquisisce un significato molto importante:

« [...] Mia suocera [...] il giorno 23 maggio 2005 si è recata presso l'ambulatorio Ortopedico dell'Ospedale di Camposampiero per una visita, in quanto sofferente ai ginocchi. Per la gravità del suo problema è stato previsto un intervento ad entrambi i ginocchi con applicazione di protesi, tempo di attesa un anno, accettato con rassegnazione e sofferenza in quanto si pone la massima fiducia nell'equipe di Camposampiero, considerata altamente specializzata. Dall'inizio del 2006, in conseguenza dei forti dolori con i quali è costretta a convivere, mia suocera ha più volte telefonato in Reparto per chiedere se era stata fissata la data per il suo ricovero, ma la risposta era quella che era in lista e sarebbe stata chiamata. Ai primi di maggio scorso, per capire meglio se vi erano eventuali problemi, ho telefonato io personalmente in Ortopedia, e mi è stato riferito che il suo nominativo non risultava nella lista degli interventi programmati [...]. Espresso il mio stupore, ho fatto presente il caso di mia suocera, costretta all'uso continuo di farmaci "pesanti" per ovviare ai dolori [...]. L'intervento è l'unica speranza per migliorare la sua qualità di vita quotidiana. [...] *considerato l'anno di attesa trascorso e comunque comunicato, preventivato ed accettato, un tempo che si presume doveva essere rispettato (i tempi dovrebbero essere massimi e non minimi, anche per non illudere le persone)* [corsivo mio], o se per sfortuna sono avvenuti disgraziati intoppi, o se per malsana abitudine le liste di attesa sono di elastico e quindi allungabili e non si sa fino a quando *persone anziane e ammalate sono costrette a vivere quotidianamente aspettando una telefonata* [corsivo mio]» [Asl 15, maggio].

Le modalità e le forme di attesa sono molte ed ognuna si fa portatrice di un disagio e di un carico emotivo differente. Considerate singolarmente alcune non sono numericamente molto rilevanti, ma dal punto di vista del cittadino, che potenzialmente per risolvere problema di salute comincia con l'attesa per prenotare e finisce con quella per l'intervento programmato, possono indubbiamente divenire un carico gravoso da sostenere. In sostanza, le forme d'attesa si sommano e vanno a portare via tempo e denaro all'economia di una quotidianità sempre più convulsa. Forse è per questo che il cittadino tende ad enfatizzare questo problema connotandolo spesso come "malasanità". Con questo

non si sta affermando che il problema non esiste, tuttavia non è il primo motivo di reclamo, nonostante, dato quanto se ne sente parlare l'opinione pubblica, possa apparire così. A volte, per contenere il disagio dell'attesa forse basterebbe dare qualche informazione in più allora il cittadino si sentirebbe meno frustrato e in balia di eventi che non è in grado di cogliere:

«Io capisco se per qualche emergenza ci sono ritardi, ma si deve dare informazioni. Dire: tornate fra un'ora – tornate nel pomeriggio – dare un altro appuntamento. I pazienti si possono lasciare come pacchi per ore in deposito» [Asl 21, novembre].

#### 6.5.3.7. Umanizzazione

Come si è già avuto modo di osservare<sup>141</sup> il concetto di salute negli anni è profondamente cambiato passando da una concezione strettamente bio-medica ad una visione olistica nella quale il benessere di un soggetto è inteso, non solo dal punto di vista fisico, ma anche psicologico, morale ed emotivo. Anche le Aziende sanitarie ed ospedaliere hanno accolto progressivamente questo nuovo approccio concentrandosi per l'appunto sulla umanizzazione delle cure<sup>142</sup>.

I reclami ricevuti dagli Urp per l'umanizzazione sono molto pochi (1,8%). Le considerazioni che si possono proporre di fronte a questo dato sono due:

- la classificazione dei reclami attuale non è in grado di cogliere specifici aspetti che potrebbero essere, assieme a quelli già indicati<sup>143</sup>, propri dell'umanizzazione. Mi riferisco in particolare modo allo stato emotivo del cittadino di fronte alla specifica situazione di disagio. È qualcosa che va al di là di elementi oggetti quantitativi misurabili, ma sono altrettanto importanti per l'Azienda al fine di

---

<sup>141</sup> Vedi nota 53

<sup>142</sup> In particolare modo la Regione Veneto nel 2005 ha implementato un *Manuale del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione* per occuparsi in modo sistemico e globale di questo aspetto.

<sup>143</sup> Gli aspetti considerati all'interno della classificazione in merito all'Umanizzazione sono: letti per familiari nei reparti bambini, sale da gioco per bambini; omogeneità dei comportamenti ed equità, rispetto idee religiose; orari delle visite; possibilità di presenza rispetto della privacy, della sofferenza, della morte prolungata di un familiare.

cogliere forse il senso più profondo del disagio che va oltre la conta degli indicatori;

- nell'attuale mentalità dei cittadini gli aspetti relativi all'umanizzazione non vengono considerati come elementi propri della prestazione sanitaria, per cui se non rispettati non vengono percepiti come un "diritto mancato" per il quale vale la pena sporgere reclamo.

## **6.6. Aspetti del reclamo e differenze di genere**

Complessivamente per entrambi i generi gli aspetti più importanti per i quali si ritiene opportuno reclamare sono gli aspetti burocratici-amministrativi, il tempo e le competenze tecnico-professionali. In realtà vi sono significative differenze fra maschi e femmine all'interno delle aree di reclamo. Gli uomini rispetto alle donne vivono con maggior disagio gli impedimenti, i disagi e le incongruenze dell'erogazione dei servizi valutando al contempo con più attenzione la qualità. Mentre, le donne ad eccezione del fattore "tempo", sembrano un po' più attente ad aspetti non strettamente correlati alle specificità tecnico-professionali delle prestazioni erogate.

Tab. 15 – Aspetti del reclamo e genere

	Maschio	Femmina	Totale
Asp. Alberghieri	2,7	5,4	5,2
Asp. Burocratici-Amministrativi	33,3	26,8	17,3
Asp. Relazionali	11,4	14,5	15,6
Asp. Tecnico-Profess.	17,3	15,9	19,2
Informazioni	6,9	8,4	9,3
Asp. Struttura-Logistica	2,4	1,9	2,3
Tempo	25,1	25,2	29,3
Umanizzazione	0,9	1,9	1,8
Totale v.a.	219	428	647
Totale %	100,0	100,0	100,0

Infatti, i maschi reclamano più delle femmine per questioni burocratico-amministrative (33,3%) e tecnico professionali (17,3%). Il fattore tempo è importante nella stessa misura per entrambi i generi.

Le femmine, invece, sono più sensibili agli aspetti relazionali (14,5%) e legate all'informazione (8,4%). Questo potrebbe essere dovuto sia ad una maggiore sensibilità di genere sia alle particolari esperienze vissute dalla donna, come il parto e la gravidanza, che richiedono sicuramente un buon supporto medico-tecnico, ma un altrettanto forte sostegno emotivo e psicologico:

«Poca sensibilità da parte di alcuni operatori del reparto di ostetricia e del nido nei confronti dello stato psicotico dei pazienti»

«Nell'ambito del mio ricovero in Punto Parto [...] mi trovavo con il marito e la mia bimba, così come previsto dall'orario di visita esposto al pubblico e nelle stanze di degenza [...]. Mio marito che nel frattempo aveva la bambina in braccio è uscito dalla stanza stando nel corridoio antistante. Successivamente il Medico di turno dr. ....ha richiamato mio marito perché non avrebbe potuto stare con la bimba in corridoio. Mio marito però si è giustificato segnalando la presenza dell'Infermiera in stanza. Di lì a poco si è spalancata la porta della stanza ed è apparsa un'altra infermiera ..... che urlando mi ha rimproverato aspramente dicendo: "Signora Lei lo sa che i bambini devono stare nella culla e non in braccio al marito? Io ho risposto spiegandole che mio marito si era spostato di qualche metro per permettere all'infermiera di entrare in stanza per le medicazioni. A questo punto l'Infermiera agitandosi di più ha preso la bambina dalle braccia di mio marito e bruscamente l'ha deposta nella culla dicendo: "Volete che io vada in galera per voi?" Poi si è allontanata in silenzio e non ha più parlato. Io non ho accettato il modo violento con il quale l'infermiera si è proposta e

relazionata con me, ma non potendo reagire in altro modo mi sono messa a piangere» [Asl 17, febbraio].

In sostanza, emerge che la donna ha una idea della qualità del servizio erogato più complessivo rispetto all'uomo che tende a giudicare solo se la prestazione è ben fatta e se è eseguita in fretta. Il fatto che le donne non diano importanza a fattori strettamente correlati alla prestazione sanitaria in senso bio-medico afferma un'idea di salute e di benessere più completo e articolato rispetto all'uomo che si manifesta, come si è visto, anche attraverso nelle modalità differenti di ricorrere ai servizi sanitari.

## **6.7. Oltre la classificazione. Quali altri aspetti nel reclamo?**

### **6.7.1. Il reclamo come “evento sentinella”**

Dalla lettura dei reclami emerge che, su 606, solo 15 presentano esplicitamente una richiesta (o una “minaccia”) di risarcimento danni per il torto subito.

«[...] Chiedo di essere informato sui provvedimenti che sono stati presi e chiedo di essere risarcita per i danni morali causatimi» [AO Padova, novembre].

«[...]Ritengo di essere stata pienamente danneggiata per cui mi riservo di agire eventualmente per vie legali» [Asl 8, febbraio]

« [...] Resta inteso che in presenza di danni conseguenti all'imprecisione ed ambiguità della lettera di dimissione lo scrivente si rivolgerà all'avvocato di famiglia per la tutela dei propri diritti» [Asl 9, febbraio].

Questo dimostra che i cittadini sporgono reclamo con la prima intenzione di manifestare il disagio, rendere noto il problema, più che con la mera finalità di

ottenere un risarcimento economico a seguito dall'accaduto. È come se risultasse più importante essere ascoltati e considerati che essere liquidati con una somma economica. Ciò però non deve far sottovalutare la valenza del reclamo in qualità di "evento sentinella" in grado di fare emergere le criticità e le problematiche al fine di evitare in possibile futuro possibili casi di contenzioso. La valenza di protesta-denuncia del reclamo stesso è un aspetto sicuramente più difficile da gestire in quanto volto a rimuovere o fare giustizia di violazioni più o meno gravi. Questo è un aspetto particolarmente delicato e conduce inevitabilmente ad un fenomeno attuale e in costante crescita: il contenzioso sanitario [cfr. Cipolla 2004]. Non è questa la sede atta ad approfondire un argomento tanto complesso, tuttavia non si può sottovalutare il fatto che «dal reclamo, ancora limitato alla protesta, si giunga al "contenzioso" attraverso una richiesta formale del risarcimento danni subiti. Tale domanda può trasformarsi in una causa civile di fronte alla magistratura o finire con una transazione di natura pre-giudiziaria» [Cipolla 2004: 15]. Emerge, quindi, con chiarezza l'importante "funzione preventiva" prodotta da un laborioso sistema di gestione dei reclami: attivo nel catalizzare disservizi e pronto ad accogliere tali istanze attraverso azioni d'ascolto volte al miglioramento dei servizi e delle prestazioni erogate.

### **6.7.2. Il perché del reclamo fra disservizio ed emotività**

Dietro ad ogni reclamo presentato c'è ovviamente una persona che, in proporzione al disagio rilevato, carica la situazione di un'emotività e di una sensibilità della quale è ovviamente portatrice.

Non bisogna dimenticare che il bene e il diritto in questione, la salute, ha peculiarità molto particolari e di fronte ad una sua possibile perdita o violazione il cittadino sente, più che in altri casi, il timore, la paura, la frustrazione,

«[...] sono rammaricata [...]a farne le spese saranno le persone toccate nel loro punto più fragile: la salute» [Asl 6, novembre]

«[...] Vorrei solamente dire che trovo ingiusto il modo i cui persone ammalate, già quindi debilitate nel corpo e nello spirito, si trovano ad essere trattate [...]» [Asl 10, novembre].

sentendosi a tutti gli effetti vittima:

«Con la presente sono a segnalare un grave disagio del quale sono stata vittima» [Asl 7, novembre]

In sostanza, accanto ad un disagio oggettivo si può rilevare un disagio soggettivo carico di stati d'animo diversi. Di conseguenza il reclamo deve essere interpretato oltre che come una modalità attraverso la quale i cittadini denunciano il torto subito, anche come un modo per manifestare e rendere noto lo stato d'animo in cui si trovavano di fronte all'accaduto.

«Le scrivo per raccontarle la mia personale odissea [...]» [Asl 9, febbraio].

«Con la presente intendo segnalare la “via crucis” percorsa da mio marito [...]» [Asl 6, febbraio]

Il cittadino si trova quindi a subire due volte, il disagio effettivo e lo stress emotivo frutto del primo. È un malessere forte, ragguardevole che dà piena l'idea dello stato di difficoltà che il disservizio ha creato. Sembra che il cittadino si trovi come spaesato di fronte all'accaduto, come se fosse in lui presente un'idea pregressa di struttura sanitaria come luogo in cui sempre si è in grado di tutelare il cittadino, insomma un posto in cui “sentirsi al sicuro”:

«[...] Mi sono sentita abbandonata a me stessa, ma quel che è peggio mi è sembrato sbattere contro un muro di gomma, pensavo che almeno in un ambiente come quello ospedaliero le persone avessero diritto quanto meno ad un maggiore rispetto.» [Asl 6, novembre]

«Credetemi, le mie parole non riescono a descrivere lo spavento, l'umiliazione la violenza morale e psicologica che ho subito: tremavo tutta. Non è giusto essere trattata così [...]. È inutile ricordare che quando si entra in un ospedale il minimo che ci si aspetta è essere trattati con umanità, indipendentemente da problemi personali o di lavoro» [Asl 4, novembre].

«[...] Stressati ed arrabbiati per un servizio di cui abbiamo assoluto bisogno» [Asl 9, novembre]

Lo stress emotivo è ancor più alto se a causa di un errore diagnostico il paziente crede di essere malato. Quindi, a fronte di un piccolo e “banale” errore di laboratorio si crea un elevato stress emotivo che il cittadino non riesce a gestire da solo:

«[...] vorrei avere delucidazioni riguardo all’esito dell’esame in oggetto. Il giorno di Mercoledì 26-10-05 mi sono recata presso l’ospedale per effettuare il prelievo del sangue è [...]. Il mattino seguente giovedì 27-10-05 mi è stato recapitato, tramite posta, l’esito dell’esame relativo al prelievo effettuato il giorno precedente. Quando letto l’esito mi sono sentita male, come potete vedere dall’esito allegato in copia, il valore indicato è 124, io ho effettuato il prelievo alla 13 settimana di gravidanza, ed un valore del genere significa che c’è un problema grave o meglio ancora che la gravidanza non è più in atto! Mi sono spaventata, disperata e non so spiegarVi cosa non abbia sofferto, avendo già avuto un aborto spontaneo un anno fa [...]» [Asl 6, novembre].

«Il 14 Novembre 2002 mi sono sottoposto agli esami di controllo per l’Antig Prostatico Specie. (P.S.A.) rilevato nella misura di 0,6. ad un nuovo controllo del 21/12/2004 il marcatore risultava di 6,0 mettendo in allarme sia me che il mio medico curante che mi inviava ad una visita urologica seguita da prelievo per l’esame istologico. La risposta risulta negativa e all’esame del sangue il marcatore P.S.A. risulta di 0,7 come da documenti allegati. Evidentemente c’è stato un errore, costato al sottoscritto sofferenze fisiche e psicologiche nonché danno economico, di cui chiede di essere risarcito» [Asl 8, febbraio].

È importante, quindi che l’organizzazione sanitaria sia pronta a gestire questi stati di emotività che, se non seguiti adeguatamente, potrebbero indurre a casi di contenzioso. In alcuni casi al cittadino basterebbero le scuse sull’accaduto e un po’ di comprensione psicologica per superare lo stress subito.

«Ritengo che il comportamento adottato dai medici sia assolutamente riprovevole in quanto è un errore grave, inoltre la diagnosi infausta mi è stata trasmessa quand’ero sola e *non è mai stato riconosciuto l’errore commesso* [corsivo mio]. Chiedo anche di essere informata sui provvedimenti che sono stati presi in seguito alla mia denuncia e richiedo di essere risarcita per i danni morali causatimi» [AO Padova, Novembre]

### 6.7.3. I reclami e il ricorso ai servizi privati

Spesso nei reclami si fa riferimento al futuro possibile ricorso ai servizi privati come inevitabile conseguenza dei disagi e delle problematiche incontrate nel servizio pubblico.

In prima istanza bisogna sottolineare che il cittadino tende sempre a rivolgersi ai servizi pubblici, non solo perché meno costosi rispetto al privato, ma perché il servizio sanitario nazionale è percepito come un sistema che si è realizzato, e continua a prodursi, sugli sforzi di tutta la collettività attraverso le imposizioni fiscali

«Io sono una cittadina che paga le tasse e solo di prestazioni sanitarie ogni anno sborsa in tickets molto denaro, questo lo faccio volentieri se ai costi corrisponde una prestazione di qualità, perché buttare i soldi, credo, non faccia piacere a nessuno» [Asl 15, maggio]

«[...] Non pago forse per un servizio sanitario che dovrebbe garantire assistenza? [...]» [Asl 13, maggio]

Per questo il cittadino desidera, e si aspetta, che il pubblico sia in grado di offrire gli stessi servizi sia dal punto di vista qualitativo sia qualitativo del privato

«[...] Ritengo che la struttura pubblica debba avere la stessa qualità della struttura privata» [Asl 6, maggio].

Il fatto, però, di rivolgersi al privato diventa quasi un atto obbligato di fronte alle lunghe liste d'attese del servizio pubblico, in sostanza è un costrizione più che una scelta

«[...] Come potete ben capire molti utenti non possono permettersi di aspettare 4 mesi per procedere con una visita, lo stesso è valso per me, *mi sono vista costretta ad avvalermi del servizio privato*, accorciando decisamente i tempi, ma aumentando le mie spese [...]» [AO Padova, Maggio]

#### **6.7.4. Il reclamo come atto di partecipazione verso nuovi diritti e doveri**

Attraverso i reclami emerge nella sua interezza la figura del soggetto che usufruisce dei servizi sanitari inteso come “cittadino” ovvero come «un legittimo portatore di diritti e di doveri e, benché la genesi del termine sia etico-giuridica, essa non chiude la porta alle sue evidenti implicazioni sociologiche. Il cittadino è infatti un soggetto di diritti sociali: il primo dei quali è l’assistenza sanitaria» [Cipolla 2002b: 20]. Il cittadino, quindi, è un soggetto che partecipa attivamente alla costruzione e al miglioramento dei servizi sanitari consapevole dei suoi diritti e dei suoi doveri.

Sarà scontato, ma il primo atto di partecipazione importante è presentare il reclamo. Il cittadino, vuole fare “sentire la sua voce” e si aspetta coerentemente una risposta<sup>144</sup>. Di conseguenza l’organizzazione sanitaria, di fronte a tale manifestazione di fiducia, deve assumersi la responsabilità di recepire le manifestazioni di disagio dimostrate dai cittadini. «L’inerzia e il silenzio delle amministrazioni sono caratteristiche ed immagini negative del servizio; spesso il cittadino preferisce la negazione e il conflitto piuttosto che il silenzio» [Catena 2002: 192], per cui la risposta al reclamo non deve essere un mero atto formale a seguito di disposizioni normative (legge 241/90), ma un’occasione preziosa che l’azienda sanitaria ha per migliorare la comunicazione ed aumentare la fiducia nei cittadini.

Ma perché il cittadino reclama? Sicuramente per rendere nota la sua specifica istanza soggettiva, nella speranza che venga accolta, ma non solo. Reclama perché consapevole di essere portatore di diritti e di doveri.

In particolare il cittadino sente il dovere alla partecipazione che, in questo caso, viene esercitata attraverso due forme.

---

<sup>144</sup> Dalla lettura dei reclami emerge che il 21% dei soggetti reclamanti esplicitano la necessità di ricevere risposta al problema sollevato attraverso frasi che spesso non sono solo dettate dalla sola formalità « [...]Sicuro di un suo interessamento [...]» [Asl 16, novembre]; «[...]In attesa di sollecita e motivata In attesa di una vostra cortese [...]» [Asl 18, novembre]; «Chiederei gentilmente una risposta al mio reclamo» [Asl 21, novembre].

Il primo “dovere” alla partecipazione si manifesta nella speranza dichiarata che il disagio subito dal soggetto reclamante non debba essere più tale da parte di nessun altro cittadino:

«[...] Le scrivo queste righe affinché si possa risparmiare ad altri le difficoltà ed i dolori che ho vissuto [...]» [Asl 9, febbraio].

«È per quest’ultimo motivo che sento il dovere di scrivere queste poche righe con l’unica finalità di rendere impossibile ad un’altra donna gravida di passare, anche soltanto per poche ore, e senza alcun auto psicologico quello che ho passato io [...]» [Asl 6, novembre]

«Ritengo superfluo ogni ulteriore commento, ma auspico che situazioni del genere non debbano mai più ripetersi [...] in luogo dove la sofferenza fisica e morale accompagnano gran parte dell’utenza. [Asl 6, novembre]

«Spero che questa segnalazione possa almeno servire a far sì che altre persone non vengano trattate in questo modo [...]» [Asl 10, novembre].

«Mi riservo di procedere per vie legali, non tanto per tutelare i mie interessi, che sono sacrosanti, in quanto non si può “scherzare” sulla pelle delle persone, ma per salvaguardare anche altri utenti [...]» [Asl 7, novembre].

Il secondo “dovere alla partecipazione” si manifesta attraverso un uso del reclamo, non come critica sterile, ma come prassi attraverso la quale suggerire e implementare nuove modalità che possano servire a rendere servizi più adeguati ed efficienti<sup>145</sup>.

«Le assicuro che questa mia comunicazione vuole essere uno spunto per migliorare il servizio e non una critica sterile [...]» [Asl 18, febbraio]

«Scrivo tutto ciò non per lamentarmi e basta, ma per dare un contributo, se possibile, a un miglior funzionamento di un servizio [...]» [Asl 8, febbraio].

---

<sup>145</sup> L’organizzazione sanitaria che investe nell’istituzione di un sistema di gestione dei reclami mostra di voler valutare i propri servizi a partire dall’opinione dei cittadini. Chi presenta un reclamo, infatti, compie un gesto attivo di partecipazione diretta e costruttiva, dimostrando, comunque, la sua fiducia nell’istituzione. Quest’ultima per dimostrare di meritare tale fiducia deve, a sua volta, identificare e riconoscere i propri errori e garantire che vengano intraprese soluzioni atte a migliorare i servizi dimostrando, così, ai cittadini che le loro opinioni sono state prese in seria considerazione. Queste rappresentano le condizioni essenziali per innescare il “circolo virtuoso” che porta il cittadino alla presentazione dei reclami e, quindi, al miglioramento del servizio erogato.

«Sperando di fare cosa gradita nel segnalare disagi e disfunzioni auspico che si possano prendere dei provvedimenti atti a migliorare la qualità e funzionalità di tali servizi [...]» [Asl 16, novembre]

«[...] Si tratta di una segnalazione costitutiva e non punitiva [...]» [Asl 12, maggio].

Il cittadino, accanto alla volontà di partecipazione, dimostra di essere sempre più consapevole e informato sui propri diritti in merito alla salute:

«[...] Mi permetto di esporre integralmente ciò che enuncia l'art. 32 della Costituzione Italiana [...]. La giurisprudenza attuale pone in essere il diritto di scelta che prevede che l'utente ha il diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio [...]» [Asl 1, maggio].

«[...] è assodato che ogni cittadino ha il diritto di ottenere l'intera documentazione del carteggio ambulatoriale che lo riguarda [...]» [Asl 8, maggio].

In particolar modo il cittadino è sempre più consapevole di avere diritto ad una modalità diversa delle cure. Ha la consapevolezza di avere il diritto di essere trattato prima di tutto come “persona” nella sua interezza e non solo curato per la malattia che manifesta. “Persona” che, in quanto tale, ha delle esigenze e delle aspettative che devono essere considerate e rispettate da parte dell'organizzazione sanitaria e dei suoi operatori:

Nel merito mi ritrovo il diritto di segnalare che la diverticolite ha un nome, il mio, e che io sino a prova contrario sono una nullità ma pur sempre essere umano e che temporaneamente soffre di diverticolite acuta. Mentre invece la sensazione che si ha nel vostro reparto è quello di essere trattato come una diverticolite della serie “l'intervento è tecnicamente riuscito, il paziente è morto”. Ora mi si potrà dire che sono un rompi..., ma se vi stesste realmente a cuore il malato, l'essere umano, non vi preoccupereste un po' di più di lui [...]. [...] Il guaio è che per soddisfare esigenze o aspettative bisogna conoscerle e per conoscerle bisogna ammettere che si ha a che fare con degli esseri umani, infatti è scientificamente dimostrato che le diverticoliti non hanno aspettative [...]» [Asl 8, febbraio].

«Credo che l'ammalato sia prima di tutto una persona che deve essere rispettata» [Asl 18, novembre].

«[...] Mio marito non è una macchina e il dottore non è un meccanico [...]» [Asl 20, novembre]

« [...] Vi ricordo che le persone non sono numeri e pertanto vanno trattate come tali, con educazione e un po' di umanità!» [Asl 12, maggio].

È importante che l'organizzazione sanitaria si dimostri sensibile a questi aspetti che poco hanno che fare con la cortesia, l'educazione, la disponibilità. Meriterebbero, quindi, una particolare attenzione all'interno della classificazione o quanto meno sarebbe necessario individuare delle modalità per registrarli e renderli noti agli operatori – a qualsiasi livello – della struttura sanitaria al fine di implementare una cultura che valorizzi l'empatia e l'umanizzazione delle cure.

## **6.8. Alcune ipotesi di miglioramento per la classificazione dei reclami**

La classificazione adottata dagli Urp della Regione Veneto per i reclami è indubbiamente ampiamente articolata e adeguatamente complessa nel merito degli aspetti considerati.

Tuttavia, la lettura dei reclami e il conseguente impiego della classificazione, ha portato in evidenza alcune osservazioni che possono divenire utili al fine di un eventuale ripensamento di alcune sue articolazioni. Le considerazioni emerse possono essere così riprese:

- La *sovrapposizione* di alcune parti porta ad una dispersione dei reclami e, nel complesso, ad una fuorviante collocazione. Ad esempio, le macro aree “Aspetti tecnico professionali” e “Informazioni” riportano una voce per alcuni aspetti simile che è per la prima: “Richiesta ulteriori informazioni su prestazioni sanitarie”, mentre per la seconda: “Informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, procedure, accesso”. Indubbiamente la seconda è più articolata e contiene più

punti di criticità, tuttavia un eventuale reclamo per carenza di informazioni sulle prestazioni sanitarie potrebbe essere inserito sia in un'area sia nell'altra.

- Alcune voci della classificazione sono *scarsamente utilizzate* (Adeguatezza degli ascensori, Congruità dell'abbigliamento, Divieto di fumo, ecc), forse per non appesantire la sua articolazione potrebbero essere opportuno accorparle con altre voci all'interno delle macro aree delle quali fanno parte.
- Vi sono lemmi *troppo articolati* che non mettono in luce in modo definito e specifico gli aspetti di criticità nei confronti dei quali l'organizzazione sanitaria dovrà prendere provvedimenti al fine di migliorare il servizio. Un esempio, è il caso, all'interno dell'area "Aspetti tecnico-professionali" della voce "Mancata/inadeguata prestazione". Come si è avuto modo di osservare, è diverso il disagio provato da un cittadino per una prestazione mancata rispetto ad una inadeguata ed è diverso anche dal punto di vista della struttura sanitaria: ben diverso è un problema tecnico-professionale che uno di tipo organizzativo-burocratico. Ne consegue che al fine di una corretta rilevazione delle problematiche è importante che gli aspetti siano chiari ed univoci al fine di implementare strategie mirate al miglioramento dei servizi.

Un altro aspetto che merita di essere citato come esempio è il caso degli aspetti relazionali, una voce, in particolare si dimostra molto articolata: "Cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento". Come si è già avuto modo di osservare, la disponibilità e il rispetto, nonostante rientrino nella stessa voce, assumono connotazioni differenti degne di differenziazione. Un operatore sanitario può essere molto disponibile, ma altrettanto poco rispettoso, le componenti relazionali sono molto diverse tra loro. Per cui se l'organizzazione sanitaria vuole capire su

quali peculiarità lavorare con i suoi operatori è importante che, per aspetti così delicati, vi sia una classificazione certa e non equivoca.

- Alcune parti *non sono adeguatamente articolate*. È il caso della macro-area relativa al “Tempo”, essa, infatti, non presenta sovrapposizioni, ma non è in grado di mettere in evidenza tutte le peculiarità e gli aspetti del problema “attesa” nei servizi sanitari. È importante, a mio avviso, che un problema così delicato e complesso venga considerato in tutti i suoi aspetti. Dietro ogni forma d’attesa vi sono specificità e problematicità diverse che conseguentemente richiedono soluzioni distinte da parte dell’organizzazione sanitaria.
- Un’area in particolare *non connota ed articola a sufficienza* il problema. L’area dell’umanizzazione registra una percentuale di reclami molto bassa forse perché le voci che la compongono non sono in grado di cogliere alcuni specifici e importanti aspetti legati all’umanizzazione delle cure. Come si è avuto modo di osservare, soprattutto attraverso l’analisi qualitativa dei reclami, emergono molte criticità relativamente alla scarsa considerazione del paziente nella sua interezza si rileva, inoltre, la forte emotività e la richiesta d’empatia che accompagnano molti reclami. Sono elementi importanti da cogliere, che sono di più e qualcosa di diverso degli aspetti relazionali, importanti al fine di meglio comprendere le esigenze e le aspettative del cittadino che si accinge a frequentare i servizi sanitari.

## Conclusioni

La ricerca ha messo in evidenza importanti prospettive delle quali è portatore il reclamo attraverso gli Uffici per le relazioni con il pubblico.

Una premessa prima di trarre conclusioni dai dati osservati è d'obbligo. È importante sottolineare che tutte le persone che subiscono un disservizio, un danno, non presentano reclamo per cui le criticità emerse sono, probabilmente, solo alcune di quelle realmente esistenti all'interno di un'organizzazione sanitaria sia per quanto riguarda il "peso" del fenomeno sia per il merito specifico. Questo non significa che lo strumento del reclamo non sia uno strumento valido ai fini di rilevare criticità, una sorta di "campanello d'allarme" utile a implementare processi di miglioramento, tuttavia per un'azienda sanitaria sarebbe limitativo pensare che le uniche problematiche presenti sono quelle emerse attraverso questo strumento. Questa premessa è doverosa al fine di dare il giusto peso ai dati rilevati.

I dati quantitativi hanno permesso di individuare un modesto<sup>146</sup> identikit dei soggetti che sporgono reclamo. Ciò che emerge in prima istanza è l'elevata percentuale del genere femminile rispetto a quello maschile. Le donne, quindi, appaiono più propense rispetto agli uomini a presentare reclamo. Per motivare tale evidenza si sono ipotizzate sia spiegazioni legate alle frequenze (più si usano i servizi più è probabile che si riscontri un disservizio) sia legate ad alcune peculiarità specifiche qualitative che caratterizzano in merito il genere femminile:

1. le donne, nonostante abbiano una aspettativa di vita maggiore rispetto agli uomini, hanno una minore aspettativa di vita in salute. Questo

---

<sup>146</sup> Come si è avuto modo di ribadire in più parti di questo lavoro gli unici dati quantitativi a disposizione e, quindi, analizzati, sono stati il sesso, la modalità di presentazione del reclamo ("prima" o "seconda" persona), e le unità operative coinvolte. Questo ultimo aspetto, in particolare, essendo riportato in pochi reclami, non ha permesso di ricavare dati quantitativamente significanti. Ancora una volta, quindi, è importante ricordare di usare, per questa e per altre motivazioni già evidenziate, una particolare prudenza nel trarre conclusioni piene ed esaustive sulla figura di chi e come espone un reclamo.

potrebbe indurle ad usufruire maggiormente i servizi sanitari e di conseguenza a manifestare con più frequenza i disservizi;

2. le donne intraprendono maggiori azioni di prevenzione rispetto agli uomini. Questo aspetto può avere la medesima incidenza sui reclami rispetto a quanto riportato al punto sopra: più si utilizzano i servizi più vi è la probabilità di incontrare criticità verso le quali si ritiene opportuno sollevare reclamo;

3. le donne, nonostante in questi ultimi anni abbiano aumentato soprattutto nelle fasce d'età più giovani la partecipazione nel mondo del lavoro, risultando ancora meno occupate degli uomini. Inoltre, bisogna sottolineare che sono molte le donne occupate a tempo parziale rispetto agli uomini. In sostanza le donne, volenti o nolenti, si trovano ad avere ancora più tempo non dedicato al lavoro rispetto agli uomini e questo potrebbe essere una determinante importante nella loro elevata partecipazione ai servizi sanitari rispetto agli uomini;

4. la tendenza, rispetto a un tempo, all'aumento della partecipazione sociale delle donne. È un atteggiamento attivo, che esula dalla quantità della frequentazione, e che, invece, frutto della qualità dell'approccio partecipativo alla vita sociale da parte delle donne;

5. la loro maggiore partecipazione delle donne al sistema d'istruzione arriva, soprattutto nei livelli più elevati, a superare gli uomini anche per quanto riguarda il rendimento. Questo può portare le può portare ad essere più istruite e attive sia livello culturale sia a livello sociale e, di conseguenza, ad avere più chiari i diritti che un cittadino ha nei confronti delle organizzazioni che erogano servizi, in questo caso sanitari. Fattore che le può portare le donne ad essere più sensibili e attente verso la qualità dei servizi e delle prestazione, nonché a divenire più consapevoli dell'importante ruolo che, attraverso la partecipazione, un cittadino può avere nel processo di miglioramento della qualità dei servizi.

Un altro aspetto che viene messo in luce dai dati di tipo quantitativo è la modalità di presentazione del reclamo che si è definito in “prima persona” e “seconda persona”. È emerso che la maggior parte dei reclamanti è soggetto stesso vittima del disservizio, tuttavia è significativo il dato che rileva come un reclamo su tre sia presentato in “seconda” persona. Tale dato connota un aspetto del reclamo che va al di là dell’idea di reclamo inteso come un’azione personale-individuale, ma fa intendere che dietro tale azione si muovono anche altre persone, solitamente parenti, vicine al soggetto che, in quanto tali, si sentono di segnalare il disservizio per la persona che l’ha subito in “prima persona”. Si reclama di più per i figli seguono, a distanza, i genitori. Entrambi i ruoli rappresentano un grado di parentela molto stretta, quindi, con più probabilità i soggetti condividono con loro il percorso di cura e di malattia. Tuttavia, questa non è l’unica prospettiva di senso adottata. Infatti, sia i figli – piccoli – sia i genitori – anziani – rappresentano due “fasce deboli” nel senso che con più difficoltà, per la loro condizione connotata da condizioni bio-psichiche diverse, si trovano, per motivi intrinseci e specifici al loro status, a vivere meno in solitudine l’approccio con i servizi sanitari e al contempo ad utilizzarli più spesso.

Entrando nel merito della distribuzione di genere per questo specifico aspetto emerge che le donne reclamano relativamente di più in “seconda persona” rispetto agli uomini. Le motivazioni che si sono sviluppate a fronte di questo dato sono legate al ruolo della donna nella famiglia. La donna è il care-giver, colei che si prende cura e segue le persone care sia nella quotidianità e tanto più nei momenti di difficoltà come può essere la malattia. In particolare, l’attitudine del “prendersi cura” sembra rinviare a un insieme di competenze, intellettuali e affettive, strettamente legate all’esperienza della maternità. Questa specificità, tuttavia, non si sa quanto possa essere dettata da una reale propensione del genere femminile o quanto ancora da una forzatura legata alle tradizionali modalità di suddivisione del lavoro di cura della famiglia che vedono, su questo fronte, ancora poco partecipe l’uomo. Infatti, andando ad analizzare chi sporge più reclamo per i figli emerge la preponderanza della madri rispetto ai padri. Questo significa che,

tendenzialmente, le madri si occupano di più della salute figli accompagnandoli più spesso presso le strutture sanitarie e per questo, con probabilità, più attive nello sporgere reclami per i figli rispetto ai mariti. I mariti infatti sia per la tradizionale suddivisione dei ruoli familiari secondo il genere sia per oggettivi impedimenti lavorativi si trovano ad essere molto meno partecipi nella cura quotidiana e della salute dei propri figli. Il ruolo di *caregiver* delle donne, inteso in questo caso specifico, come accompagnamento e sostegno nel percorso di cura, non si esplica solo nei confronti dei figli, ma anche verso i genitori e la parentela più o meno stretta. In sostanza, emerge che la donna reclama di più per sé e per gli altri in proporzione al genere maschile.

I dati quantitativi hanno messo in evidenza gli aspetti per i quali si reclama di più: gli aspetti burocratici-amministrativi si affermano rispetto agli altri, seguono il tempo, seguiti a breve distanza dagli aspetti tecnico-professionali e dagli aspetti relazionali. Ogni aspetto, come si ha avuto modo di osservare, ha delle specifiche implicazioni e articolazioni che ne denotano la complessità e da cui derivano, conseguentemente, diverse possibili azioni correttive e di miglioramento da parte dell'organizzazione sanitaria.

I dati quantitativi hanno messo in evidenza solo alcune specificità del reclamo, per questo, così come si è avuto modo di osservare nell'introduzione metodologica, al fine di fare emergere anche altri aspetti del reclamo non prettamente legati al "peso" del fenomeno.

Dai dati di tipo qualitativo si rileva, in prima istanza, che la funzione prima e peculiare del reclamo è quella di essere lo strumento grazie al quale il cittadino manifesta un'insoddisfazione dei servizi e delle prestazioni ricevute e che ne garantisce la tutela dei diritti. È il mezzo che permette all'istituzione di dare "voce ai cittadini". Dietro questa "semplice" specificità funzionale si sviluppano altre importanti implicazioni sia per il cittadino sia per l'organizzazione sanitaria.

Per il cittadino il reclamo rappresenta una modalità di partecipazione alla costruzione e alla gestione dei servizi sanitari. Qualcosa di più di manifestare un disservizio, ma la consapevolezza e la speranza che attraverso questa istanza si

possa contribuire al miglioramento delle prestazioni erogate in un'ottica non solo individuale, ma collettiva. È un gesto di cittadinanza attiva attraverso il quale si manifesta un diritto, la tutela, ma non solo. In quest'ottica la partecipazione attraverso il reclamo diviene una sorta di dovere con il quale si manifesta un "senso civico". Il cittadino vede il reclamo non come critica sterile, ma come prassi attraverso la quale suggerire e implementare nuove modalità che possano servire a rendere servizi più adeguati ed efficienti perché il servizio sanitario nazionale è percepito come un sistema che si è realizzato, e continua a prodursi, sugli sforzi di tutta la collettività.

Attraverso il reclamo si manifesta non solo un disagio proveniente da un disservizio oggettivo. Il reclamo, come si ha avuto modo di osservare, è portatore di emotività, è espressione di soggettività. Quindi, ha un valore "aggiunto" che va oltre il reclamo stesso, un valore che le istituzioni sanitarie devono sapere cogliere perché parte inscindibile e imprescindibile del soggetto che si presta all'utilizzo dei servizi. Questo non significa che l'organizzazione sanitaria possa tenere conto di tutte le singole specificità individuali, ma che sviluppi sensibilità e attenzione verso il cittadino/paziente. In sostanza, si richiede capacità di empatia per implementare un sistema che tenga conto, oltre del mero disservizio, anche del particolare stato emotivo in cui si trova il paziente nel percorso di malattia. Questo potrebbe rendere il cittadino più compreso e considerato da parte dell'organizzazione sanitaria e, di conseguenza, diminuire l'incidenza dei reclami e da qui, i possibili casi di contenzioso.

In questo quadro, quindi, è chiaro il ruolo importante che l'Urp svolge come "organizzazione cerniera" fra l'ambiente esterno (cittadini) e l'ambiente interno (l'organizzazione sanitaria). Esso rappresenta quello che potremmo definire un "terzo attore" all'interno dell'organizzazione del sistema sanitario che si pone da interfaccia fra l'ambiente interno (l'azienda sanitaria od ospedaliera) e l'ambiente esterno (i cittadini e il Terzo settore). L'Urp, nei confronti dell'ambiente esterno, ha il compito di accoglienza ed informazione dei servizi, inoltre sta all'Urp recepire le dinamiche che si svolgono all'esterno

dell'organizzazione attraverso la raccolta delle osservazioni e delle istanze che i cittadini hanno del servizio erogato (ad es. la raccolta e l'elaborazione dei reclami). Una volta in possesso di queste informazioni, è l'Urp a distribuirle in direzione delle aree organizzative interessate al fine di migliorarne l'organizzazione, e a restituire ai cittadini la risposta in merito alle problematiche sollevate.

Il secondo flusso parte dall'azienda sanitaria od ospedaliera. La struttura eroga i servizi. Spetta all'Urp informare i cittadini in merito ai tempi e ai modi dell'erogazione del servizio. Infine, compete all'Urp, attraverso apposite indagini, rilevare in livello di gradimento dei servizi da parte dell'utenza e analizzarne i risultati al fine di migliorare il servizio erogato (interno).

L'Urp diviene una struttura situata ai confini dell'organizzazione che consente a quest'ultima di sintonizzarsi con gli altri sistemi rappresentati dai cittadini e dall'azienda sanitaria, traendo arricchimento da questa esperienza apportando di volta, in volta modificazioni strutturali ed organizzative. L'interattività si completa nel momento in cui gli input, provenienti o dall'interno o dall'esterno dell'organizzazione sanitaria, divengono risorsa ed elaborati dando luogo a un ri-orientamento continuo della struttura. In quest'ottica è come se l'Urp di dovesse rapportare ad un "doppio acquirente": quello esterno (il cittadino e il Terzo settore) e quello interno (i membri dell'organizzazione di riferimento), entrambi di volta in volta "clienti e fornitori" l'uno per l'altro. Per questo è importante che le aziende sanitarie investano maggiormente sugli Urp valorizzandone le competenze e le funzioni, infatti attraverso gli Urp la cittadinanza, i membri dell'organizzazione e il sistema-organizzazione si pongono sullo stesso piano relazionale e co-partecipano e alla creazione di un dominio consensuale per il miglioramento complessivo della qualità dei servizi erogati.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alfano A. (2001), *La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- (2003), *Qualità percepita e management sanitario*, in Cinotti R., Cipolla C. (a cura di), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*, “Salute e Società”, a.I, n.2, Angeli, Milano.
- Altieri L. (2002), “Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi”, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L. (2004), “La partecipazione alla salute”, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Ambrosiani A. M. (2001) (a cura di), *Urp on-line: indagine sullo stato di attuazione degli Uffici per le relazioni con il pubblico*, Soveria Mannelli, Rubettino.
- Ambrosini A.M. (2004), *Quadro normativo riguardante l’informazione e la comunicazione*, Primo modulo del Corso di formazione per Dirigenti degli Urp nelle aziende sanitarie, Istituto Superiore di sanità, ISS, Roma.
- Coyte P.C., Wright J.G., Hawker G.A., Bombardier C., Dittus R.S., Paul J.E., Freund D.A., Ho E. Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario, *The New England Journal of Medicine*, 331 (16): 1068-1071, 1994.
- Anderson, R. N. (2002), *Deaths: Leading causes for 2000. National vital statistics reports*, vol. 50 n. 16. Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.

- Asch, S. M., E. A. Kerr, et al. (2000), *Quality of Care for Oncologic Conditions and HIV: A Review of the Literature and Quality Indicators*, Santa Monica, CA, RAND.
- Asch, S. M., E. A. Kerr, et al. (2001), *A new approach for measuring quality of care for women with hypertension*, Arch Intern Med 161(10): 1329-35.
- Asch, S. M., E. M. Sloss, et al. (2000), *Measuring underuse of necessary care among elderly medicare beneficiaries using inpatient and outpatient claims*, JAMA, 284(18): 2325-33.
- Associazione italiana della comunicazione pubblica e istituzionale Emilia-Romagna (1994), *Ufficio relazioni con il pubblico: profilo tecnico e organizzativo*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- (1997) *Per una rete degli URP in Emilia-Romagna*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
  - (1997) *URP: trasparenza, semplificazione, comunicazione*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- Attolini L. et al (2003), *Customer care in organizzazioni di servizio di cura*, Franco Angeli, Milano.
- Baccetti S. (2001), *La comunicazione interculturale in sanità*, Centro Scientifico, Torino.
- Baraldo G., Bortolami S., Cipolla C. (a cura di) (2005), *Le segnalazioni degli utenti in sanità. Dalla tutela alla partecipazione: il circolo virtuoso del reclamo*, FrancoAngeli, Milano.
- Bates, D. W., L. L. Leape, et al. (1998), *Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors*, JAMA, 280(15): 1311-6.
- Becker M.H., Haefner D.P., Kasl S.V., Kirscht J.P. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors, Medical Care, 15 (5 supplement): 27-46, 1977.
- Begg, C. B., L. D. Cramer, et al. (1998), *Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery*, JAMA, 280(20): 1747-51.

- Bergmann, M. M., T. Byers, et al. (1998), *Validity of self-reported diagnoses leading to hospitalization: a comparison of self-reports with hospital records in a prospective study of American adults*, Am J Epidemiol, 147(10): 969-77.
- Berry, C. C. (1992), *The kappa statistic*, JAMA, 268(18): 2513-4.
- Bertolazzi A. (2004), "Paradigmi sociologici della salute, Angeli", in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertazzoni M. e De Angeli A. (2004) (a cura di), *Etica, comunicazione e salute*, Angeli, Milano,
- Berwick, D. M. (1989), *Continuous improvement as an ideal in health care*, N Engl J Med, 320(1): 53-6.
- Blumenthal, D. and C. M. Kilo (1998), *A report card on continuous quality improvement*, Milbank, 76(4): 625-48.
- Bocci L., *Politica sociale e analisi del territorio: Uffici relazioni con il pubblico nelle Aziende sanitarie locali in Abruzzo*, Il piccolo libro, Teramo.
- Bodenheimer, T. and L. Casalino (1999), *Executives with white coats--the work and world view of managed-care medical directors. Second of two parts*, N Engl J Med, 341(26): 2029-32.
- C. Gilligan (1987), *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, tr. it. Ed. Feltrinelli, Milano.
- Caligiuri M. (1997), *Lineamenti di comunicazione pubblica*, Rubbettino, Messina.
- Cappelli C. (1997), *La qualità dal lato dell'utente-cliente: la sperimentazione della procedura dei reclami presso l'Ufficio relazioni con il pubblico*, Tesi di Laurea, Biblioteca del Dipartimento di Sociologia.
- Carlzon J. (1989), *La piramide rovesciata*, FrancoAngeli, Milano.
- Carr C.(1991), *Il servizio al cliente sulla front line*, FrancoAngeli, Milano.
- Catena G., *L'Ufficio relazioni con il pubblico: modelli organizzativi e strategie operative*, in Cipolla C., Giarelli G. e Altieri L. (cura di) (2002), op. cit.

- Catena G., Piatti L. (2005), “Una buona comunicazione per la salute” in *Manuale di sociologia della salute. III Spendibilità*, FrancoAngeli, Milano
- Cattorini P. (1998), *Etica e giustizia in sanità. Questioni filosofiche, principi operativi, assetti organizzativi*, FrancoAngeli, Milano.
- (2002), *La centralità del paziente: una prospettiva bioetica*, UNI, Milano.
- Cavallone M., Colleoni L. (1999), *Il marketing degli enti locali*, FrancoAngeli, Milano.
- Cebul, R. D., R. J. Snow, et al. (1998), *Indications, outcomes, and provider volumes for carotid endarterectomy*, JAMA 279(16): 282-7.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001), *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*, Centers for Disease Control and Prevention. 2001.
- Cherubini S. (1996), *Il marketing dei servizi*, FrancoAngeli, Milano.
- (a cura di) (2000), *Esperienze di marketing sanitario*, FrancoAngeli, Milano.
- Cicchetti, D. V. and A. R. Feinstein (1990), *High agreement but low kappa: II. Resolving the paradoxes*, J Clin Epidemiol 43(6): 551-8.
- Cinotti R. e Cipolla C. (a cura di) (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Angeli, Milano.
- Cinotti R. e Sturlese V., *Perché un programma per la valutazione della qualità percepita*, in Cinotti R. e Cipolla C. (a cura di) (2003), op. cit.
- Cinotti R., Ghepardi M., Ballardini F., (2003) (a cura di), *Sistema informativo segnalazioni Urp sanità. Manuale d'uso per gli operatori degli Uffici per le relazioni con il pubblico*, Regione Emilia-Romagna.
- Cinotti R., Nicoli M. A., Sturlese V., Capizzi S. (2005), *Saper ascoltare. Il valore del dialogo con il cittadino*, Dossier n. 105, Regione Emilia-Romagna.
- Cipolla C. (1995), *Teoria della metodologia sociologia: una metodologia integrata per la ricerca sociale*, Angeli, Milano, 5 voll.
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, Angeli, Milano, 5 voll.

- Cipolla C. (a cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2000), *Il co-settore in Italia*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (2000), “Introduzione” in *Il co-settore in Italia*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2002a), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- Cipolla C., Gemini L., e Russo G. (1998), “Un filo sottile e tenace: verso una rete creativa e mutevole”, in Cipolla C. (a cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (2002a), “Introduzione”, in *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (2002b), “Introduzione. Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute”, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di) (2002), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2002c), *La spendibilità del sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- Cipolla C. (2004), *Introduzione*, in Cipolla C. (a cura di) (2004), *Il contenzioso socio-sanitario*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2004), *Manuale di sociologia della salute. I Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2005), *Manuale di sociologia della salute. II Ricerca*, FrancoAngeli, Milano.

- Cipolla C. (a cura di) (2005), *Manuale di sociologia della salute. III Spendibilità*, FrancoAngeli, Milano
- Cipolla C. (cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano.
- Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di) (2002), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Corposanto C. e Passerini A. (2004), *La costruzione partecipata della Carta dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento*, Angeli, Milano,
- Corposanto C., Fazzi L. e Scaglia A. (2004), *Costruire Piani di salute. Una sperimentazione di programmazione sanitaria della Asl 1 di Venosa*, Angeli, Milano.
- Corposanto C. e Fazzi L. (2004), "I Piani di Salute: introduzione al processo di costruzione, in Corposanto C., Fazzi L. e Scaglia A. (2004), *Costruire Piani di salute. Una sperimentazione di programmazione sanitaria della Asl 1 di Venosa*, Angeli, Milano.
- CNCA (2000), *La qualità prende servizio*, Comunità Edizioni, Capodarco di Fermo.
- Coppola Gerardantonio (2003), *L'informazione e la comunicazione in sanità*, Agenzia Sanitaria per i servizi sanitari, Torino.
- Corio Gian Franco (2005), *La comunicazione integrata tra gli Uffici per le relazioni co il pubblico della pubblica amministrazione*, Ceris-Cnr, Moncalieri.
- Coye, M. J. (2001), *No Toyotas in health care: why medical care has not evolved to meet patients' needs*, Health Aff (Millwood) 20(6): 44-56.
- Coyte P.C., Wright J.G., Hawker G.A., Bombardier C., Dittus R.S., Paul J.E., Freund D.A., Ho E. Waiting times for knee-replacement surgery in the United

- States and Ontario, *The New England Journal of Medicine*, 331 (16): 1068-1071, 1994.
- Cremonini F. (1998), Il ciclo metodologico dell'informazione scientifica, in Cipolla C. (a cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano.
- Cunningham, P. J. and L. Kohn (2000), *Health plan switching: choice or circumstance?*, *Health Aff (Millwood)* 19(3): 158-64.
- D'Aprano Luigi (2002), *L'Ufficio per le relazioni con il pubblico: guida pratica per la costituzione e la gestione*, Milanofiori, Assago.
- Dans, P. E. (1998), *Caveat doctor: how to analyze claims-based report cards*, *Jt Comm J Qual Improv* 24(1): 21-30.
- Dansky K., Miles J.A. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: Waiting time and filling time, *Hospital & Health Services Administration*, 42 (2): 165-178, 1997.
- Dunn E., Black C., Alonso J., Norregaard J.C., Anderson G.F. Patients' acceptance of waiting for cataract surgery: What makes a wait too long? *Social Science Medicine*, 44 (11): 1603-1610, 1997.
- Davidow W., Uttal B. (1991), *Il servizio totale al cliente*, FrancoAngeli, Milano.
- Davidson, S. M. and J. D. Restuccia (1998), *Competition and quality among managed care plans in the USA*. Boston University Health Care Management Program Group, *Int J Qual Health Care*
- DCCT (1993), *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulindependent diabetes mellitus*. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT), *N Engl J Med* 329(14): 977-86.
- De Ambrogio U. e Setti Bassanini M. C., (1996) (a cura di), *Tutela dei cittadini e qualità dei servizi*, Angeli, Milano.
- De Lillo A. (a cura di) (1971), *L'analisi del contenuto. Dalla teoria dell'informazione allo strutturalismo*, Il Mulino, Bologna.

- Detmer, D. E. (2000), *Your privacy or your health--will medical privacy legislation stop quality health care?*, Int J Qual Health Care 12(1): 1-3.
- Dexter, P. R., S. Perkins, et al. (2001), *A computerized reminder system to increase the use of preventive care for hospitalized patients*, N Engl J Med 345(13): 965-70.
- Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità (a cura di) (1997a), *Come comunicare la Carta dei Servizi e i suoi contenuti*, Ministero della Sanità, Roma.
- (1999), *La qualità dei servizi al cittadino nel Servizio Sanitario Nazionale: valutazione dello stato di attuazione della Carta dei Servizi e dei risultati delle esperienze di miglioramento della qualità*, Ministero della Sanità, Roma.
- (a cura di) (1997b), *Il sistema di gestione dei reclami: riferimenti metodologici ed esperienze*, Ministero della Sanità, Roma.
- Donabedian A. (1990a), *La qualità dell'assistenza sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- (1990b), *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Donabedian, A. (1982), *The Criteria and Standards of Quality (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 2)*. Ann Arbor, Health Administration Press.
- Dresser, M. V., L. Feingold, et al. (1997), *Clinical quality measurement. Comparing chart review and automated methodologies*, Med Care 35(6): 539-52.
- Ducci G. (2001), *Prove tecniche di interazione. Comunicazione pubblica e contesto organizzativo*, Angeli, Milano.
- Eastman, R. C., J. C. Javitt, et al. (1997), *Model of complications of NIDDM. II. Analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycemia*, Diabetes Care, 20(5): 735-44.

- Elia E. (2004), “Comunicare la salute”, in Cipolla C. (a cura di) , *Manuale di sociologia della salute. I Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Elkin, P. L., A. P. Ruggieri, et al. (2001), *A randomized controlled trial of the accuracy of clinical record retrieval using SNOMED-RT as compared with ICD9-CM*, Proc AMIA Symp: 159-63.
- Enthoven, A. C. (1993), *The history and principles of managed competition*, Health Aff (Millwood), 12(Suppl): 24-48.
- Esposito G. (2000), *Elementi di comunicazione pubblica: per gli operatori degli URP*, Edizioni giuridiche Simone, Napoli.
- Faccioli F. (2000), *Comunicazione Pubblica e cultura del servizio*, Carocci Editore, Roma.
- Favaretti (2003), *Ruolo strategico dell’Urp nell’organizzazione delle Aziende sanitarie*, Istituto Superiore di sanità (2003), *Formazione e specificità dell’Ufficio relazioni con il pubblico in sanità*, ISS, Roma.
- Fedel A. (1998), *Grazie per il reclamo*, FrancoAngeli, Milano
- Feinstein, A. R. and D. V. Cicchetti (1990), *High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes*, J Clin Epidemiol 43(6): 543-9.
- Fiorentini G. (1996), *Il marketing dello Stato. L’ufficio relazioni con il pubblico*, Milano Bibliografica, Milano.
- Fisher, E. S., F. S. Whaley, et al. (1992), *The accuracy of Medicare’s hospital claims data: progress has been made, but problems remain*, Am J Public Health, 82(2): 243-8.
- Fleiss, J. (1981), *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York, John Wiley & Sons.
- Fortney, J. C., S. J. Borowsky, et al. (2002), *VA community-based outpatient clinics: access and utilization performance measures*, Med Care 40(7): 561-9.

- Fowles, J. B., E. Fowler, et al. (1997), *Comparing claims data and self-reported data with the medical record for Pap smear rates*, Eval Health Prof, 20(3): 324-42.
- Fowles, J. B., E. J. Fowler, et al. (1998), *Validation of claims diagnoses and self-reported conditions compared with medical records for selected chronic diseases*, J Ambulatory Care Manage, 21(1): 24-34.
- Friedrich, M. J. (2001), *Medical News & Perspectives: Health Care Practitioners and Organizations Prepare for Approaching HIPAA Deadlines*, JAMA, 286(13): 1563-1565.
- Gabel, J., L. Levitt, et al. (2001), *Job-based health insurance in 2001: inflation hits double digits, managed care retreats*, Health Aff (Millwood) 20(5): 180-6.
- Gardini A. (2002), *Il reclamo come risorsa: oggetto da conoscere per prevenire*, atti del seminario “Il circolo virtuoso del reclamo nelle organizzazioni sanitarie”, 14 maggio 2002, Bologna, consultabile al sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp>.
- Gardner, R. M., T. A. Pryor, et al. (1999), *The HELP hospital information system: update 1998*, Int J Med Inf, 54(3): 169-82.
- Garnick, D. W., A. M. Hendricks, et al. (1994), *Measuring quality of care: fundamental information from administrative datasets*, Int J Qual Health Care, 6(2): 163-77.
- Gerson F.R. (1993), *Come misurare la soddisfazione del cliente*, FrancoAngeli, Milano
- Giannone F. (2003), *La comunicazione pubblica nella sanità*, Aracne, Roma.
- Giarelli G. (1998), *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Angeli, Milano.
- Giarelli G. (2002a), “Convergenza o ambivalenza? Elementi per un’analisi sociologica comparata dei processi di riforma dei sistemi sanitari” in *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano

- Giarelli G. (2002b), “Conclusioni. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità” in, Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G. (2004), “Il sistema sanitario: modelli e paradigmi” in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G. (2005), “Verso un sistema integrato i miglioramento della qualità nei servizi sanitari” in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. III Spendibilità*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario : prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Angeli, Milano.
- Ginsburg, P. B. (1999), *Testimony Before the Senate Finance Committee: Comparing the Traditional Medicare Program to Private Insurance*, Center for Studying Health System Change. [www.hschange.com](http://www.hschange.com). Accessed July 26, 2002.
- Gori E., Vittadini G. (a cura di) (1999), *Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità*, Etaslibri, Milano.
- Gostin, L. O. (2001), National health information privacy: regulations under the Health Insurance Portability and Accountability Act, *JAMA*, 285(23): 3015-21.
- Guala C. (2000), *Metodi della ricerca sociale, la storia, le tecniche, gli indicatori*, Carrocci, Roma
- Guidi G. L. (1995), *Nuovi rapporti tra cittadino e pubblica amministrazione: l'ufficio per le relazioni con il pubblico*, Euroroma, Roma.
- Hannan, E. L., H. Kilburn, Jr., et al. (1992), *Clinical versus administrative data bases for CABG surgery. Does it matter?*, *Med Care*, 30(10): 892-907.
- Hanning M., Lundstrom M. Assessment of the maximum waiting guarantee for cataract surgery. The case of a Swedish policy, *International Journal Technology Assessment Health Care*, 14 (1): 180-193, 1998.

- Heffler, S., S. Smith, et al. (2002), *Health spending projections for 2001-2011: the latest outlook. Faster health spending growth and a slowing economy drive the health spending projection for*
- Hibbard, J. H. and J. J. Jewett (1997), *Will quality report cards help consumers?*, Health Aff (Millwood) 16(3): 218-28.
- Horner, R. D., J. A. Paris, et al. (1991), *Accuracy of patient encounter and billing information in ambulatory care*, J Fam Pract 33(6): 593-8.
- Iezzoni, L. I. (1990), *Using administrative diagnostic data to assess the quality of hospital care. Pitfalls and potential of ICD-9-CM*, Int J Technol Assess Health Care, 6(2): 272-81.
- Iezzoni, L. I., S. M. Foley, et al. (1992), *Comorbidities, complications, and coding bias. Does the number of diagnosis codes matter in predicting in-hospital mortality?*, JAMA 267(16): 2197-203.
- Ingresso M. (2001) (a cura di), *Comunicare la salute*, Franco Angeli, Milano
- Istat (2001), *Rapporto annuale di partecipazione sociale*, Istituto nazionale di statistica, Roma
- Istat (2002a), *Fattori di rischio e tutela della salute: indagine multiscopo sulle famiglie "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari": anni 1999-2000*, Istituto nazionale di statistica, Roma.
- (2002b), *Stili di vita e condizioni di salute : indagine multiscopo annuale su "Aspetti della vita quotidiana": anno 2000*, Istat, Roma.
- (2003), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari : indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari": anni 1999-2000*, Istat, Roma.
- (2004), *"Come cambia la vita delle donne"*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma
- (2005), *Stili di vita e condizioni di salute : indagine multiscopo annuale su "Aspetti della vita quotidiana": anno 2000*, Istat, Roma.
- (2006), *Partecipazione politica e astensionismo secondo un approccio di genere*, Istituto nazionale di statistica, Roma

- Istituto Superiore di sanità (2003), *Formazione e specificità dell'Ufficio relazioni con il pubblico in sanità*, ISS, Roma.
- (2000), *Dirigenti degli Uffici relazioni con il pubblico nelle aziende sanitarie*, ISS, Roma
- Jencks, S. F., E. D. Huff, et al. (2003), *Change in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998- 1999 to 2000-2001*, JAMA 289(3): 305-12.
- Jencks, S. F., T. Cuerdon, et al. (2000), *Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries: A profile at state and national levels*, JAMA 284(13): 1670-6.
- Kashner, T. M. (1998), *Agreement between administrative files and*
- Kerr, E. A., S. M. Asch, et al. (2000), *Quality of Care for Cardiopulmonary Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators.*, Santa Monica, CA, RAND.
- Kerr, E. A., S. M. Asch, et al. (2000), *Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicator*, Santa Monica, CA, RAND.
- Kulynych, J. and D. Korn (2002), *The effect of the new federal medical-privacy rule on research*, N Engl J Med 346(3): 201-4.
- Lansky, D. (1998), *Measuring what matters to the public*, Health Aff (Millwood), 17(4): 40-1.
- Lawthers, A. G., E. P. McCarthy, et al. (2000), *Identification of in-hospital complications from claims data. Is it valid?*, Med Care 38(8): 785-95.
- Lohr, K. N. (1990), *Use of insurance claims data in measuring quality of care*, Int J Technol Assess Health Care, 6(2): 263-71.
- Lohr, K. N., Ed. (1990), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington D.C., National Academy Press.
- Lomaglio B. e Vezzadini S. (2005), "Mediazione interpersonale e salute", in C. Cipolla (a cura di) (2005), *Manuale di Sociologia della salute*. III Spendibilità, Angeli, Milano
- Losito G. (1996), *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*, Angeli, Milano

- Lozano, P., F. A. Connell, et al. (1995), *Use of health services by African-American children with asthma on Medicaid*, JAMA 274(6): 469-73.
- Lucarelli A. (2004), *L'ascolto tra successo e confusione*, in Quaderni di Comunicazione Pubblica, *I sentieri dell' ascolto*, Regione Emilia-Romagna, CLUEB.
- Luck, J., J. W. Peabody, et al. (2000), *How well does chart abstraction measure quality? A prospective comparison of standardized patients with the medical record*, Am J Med 108(8): 642-9.
- Mancinelli A. (1993), *La riforma del pubblico impiego: accesso ai pubblici uffici, processi di mobilità, relazioni con il pubblico*, Euroroma, Roma.
- Martino M. (1996), *L'Ufficio relazioni con il pubblico*, Nocchioli, Firenze.
- Maturo A. (2002), *Le Modalità di classificazione dei reclami in alcune città italiane: una comparazione tra Marche, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia e Az. Osp. Padova*, atti del seminario "Il circolo virtuoso del reclamo nelle organizzazioni sanitarie", 14 maggio 2002, Bologna, consultabile al sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp>.
- Maturo A. e Pizzardo C. (2005), *Reclami per la salute*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. III Spendibilità*, op. cit.
- Maturo A., *Il Picker a Edimburgo: alcune annotazioni metodologiche*, in Altieri L. (a cura di) (2002), op. cit.
- Maturo A., *Tipi di ricerca sociale*, in Cipolla C. (a cura di) (1998), op. cit.
- Maturo A. (2002), "La produzione comunicativa sanitaria e le sue conseguenze sociali: il sociologo della salute come mediatore di senso", in Cipolla C. (a cura di), *La spendibilità del sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- McCarthy, E. P., L. I. Iezzoni, et al. (2000), *Does clinical evidence support ICD-9-CM diagnosis coding of complications?*, Med Care 38(8): 868-76.

- McDonald, C. J., J. M. Overhage, et al. (1997), *A framework for capturing clinical data sets from computerized sources*, *Ann Intern Med* 127(8 Pt 2): 675-82.
- McGlynn, E. A. and R. H. Brook (2001), *Keeping Quality on the Policy Agenda*, *Health Aff (Millwood)* 20(3): 82-90.
- McGlynn, E. A., C. Damberg, et al. (1998), *Health Information Systems: Design Issues and Analytic Applications*, Santa Monica, CA, RAND.
- Meyer, G. S. and M. P. Massagli (2001), *The forgotten component of the quality triad: can we still learn something from "structure"*, *Jt Comm J Qual Improv*, 27(9): 484-93.
- Ministero della Sanità (1997), *Manuale di Comunicazione integrata ed organizzativa in sanità*, A.I.O.P., Roma.
- Ministero della Salute (1997), *Il sistema di gestione dei reclami*, Roma.
- Morelli M. (1997), *La comunicazione d'impresa e la promozione d'immagine*, Angeli, Milano.
- Naylor C.D., Baigrie R.S., Goldman B.S., Cairns J.A., Beanlands D.S., Berman N., Borts D., Fitchett D.H., Haq A., Hess A., Hughes W., Swan J., Tinmouth A., Gunstensen J., Lichtenstein S.V., Salter D., Weisel R.D., Anderson G.M., Basinski A., Lomas J. Assigning priority to patients requiring coronary revascularization: Consensus principles from a panel of cardiologists and cardiac surgeons, *Canadian Journal of Cardiology*, 7: 207-213, 1991.
- Negro Giuseppe (1996), *L'Ufficio relazioni con il pubblico*, Gruppo Galgano, Milano
- Nobile S. (1997), *La credibilità dell'analisi del contenuto*, Angeli, Milano.
- Normann R. (1992), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
- Nucci P. (1998), *Come farsi capire e...amare dai propri pazienti. La comunicazione in medicina*, Lupetti Editore, Milano.

- Oliviero G. (1995), *La comunicazione istituzionale di pubblica utilità e gli Uffici per le relazioni con il pubblico*, CLEAN, Napoli.
- Øvreiveit J. (1996), *La qualità del servizio sanitario*, Edises, Napoli.
- Øvretveit J. (2001), *Errori medici, date al sistema una "scatola nera"*, "Il Sole 24Ore-Sanità", n.46, pp.6-7.
- Pellicelli G. (1997), *Il marketing dei servizi*, UTET, Torino.
- Piazza M. (2000) (a cura), *Conciliazione tra vita professionale e familiare. Risorse e vincoli delle famiglie e sostegno istituzionale*, Quaderni Regionali di Ricerca n.25, Regione Lombardia.
- Pronovost, P. J., M. W. Jenckes, et al. (1999), *Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery*, JAMA, 281(14): 1310-7.
- Ramponi C. (1992), *Migliorare la Sanità nel rispetto dell'autonomia professionale*, "Economia e Management", n. 6.
- Regione Emilia Romagna (1999) - Gruppo di Benchmarking (a cura di), *Il sistema degli URP in Emilia Romagna: materiali di sintesi del lavoro svolto dal gruppo di benchmarking*, Regione Emilia Romagna, sito Internet: <http://www.regione.emilia-romagna.it>
- Regione Emilia Romagna – Gruppo di Benchmarking (a cura di) (1999), *Il sistema degli URP in Emilia Romagna: materiali di sintesi del lavoro svolto dal gruppo di benchmarking*, Regione Emilia Romagna, consultabile al sito Internet: <http://www.regione.emilia-romagna.it>
- Regione Lombardia (2001) – Direzione Generale Sanità – Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Regionale della Qualità dei Servizi Sanitari, *Linee Guida per l'applicazione della norma UNI EN ISO 9001:2000 nelle Strutture Sanitarie*, ed. UNI, Milano.
- Regione Lombardia (2002) – Direzione Generale Sanità – Osservatorio Regionale della Qualità dei Servizi Sanitari, *Report delle attività*, sito Internet <http://www.sanita.regione.lombardia.it/qualitassr/documenti.asp?id=qualita>.

- Regione Lombardia (2002) – Direzione Generale Sanità, *Linee Guida per la Customer Satisfaction. Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie*, sito Internet: <http://www.sanita.regione.lombardia.it/qualitassr/documenti.asp?id=qualita>.
- Regione Lombardia (2002) – Direzione Generale Sanità, *Linee Guida per la Customer Satisfaction. Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie*, sito Internet: <http://www.sanita.regione.lombardia.it/qualitassr/documenti.asp?id=qualita>
- Regione Lombardia (2002), Direzione Generale Sanità, Osservatorio Regionale della Qualità dei Servizi Sanitari *Report delle attività*, sito Internet: <http://www.sanita.regione.lombardia.it/qualitassr/documenti.asp?id=qualita>.
- Rolando S. (a cura di) (2001), *Teoria e tecniche della comunicazione pubblica. Dallo stato sovraordinato alla sussidiarietà*, Etas, Milano.
- Rolla G. (1998), *Gli Uffici relazioni con il pubblico: la comunicazione tra l'ente locale e il cittadino*, Maggioli, Rimini.
- Romano, P. S. and D. H. Mark (1994), *Bias in the coding of hospital discharge data and its implications for quality assessment*, *Med Care* 32(1): 81-90.
- Rosati C. (1996), *L'Ufficio relazioni con il pubblico*, CEL, Gorle.
- Rosenthal, G. E., A. Shah, et al. (1998), *Variations in standardized hospital mortality rates for six common medical diagnoses: implications for profiling hospital quality*, *Med Care* 36(7): 955-64.
- Rovinetti A. (1994), *Comunicazione pubblica. Istruzioni per l'uso*, Calderoni, Bologna.
- Simeoni R. (2003), *Vivere l'URP: vademecum dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico*, SEPEI, Minerbio.
- Simonetti E. (2002), *Guida alla comunicazione istituzionale on-line>: per gli URP e gli altri servizi di comunicazione pubblica*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- Straw P. (2002), *Riscoprire i pazienti*, in Altieri L. (a cura di) (2002), op. cit.

- Sturlese V., Vicoli A., Furbetta G. (2005), *Le segnalazioni dei cittadini agli Urp delle aziende sanitarie. Report regionale 2004*, Dossier n. 114, Regione Emilia-Romagna.
- Tamburini S. (1992), *Marketing e comunicazione sociale*, Lupetti Editore, Milano.
- Tardibuono V. (2001), *Uffici per le relazioni con il pubblico*, Cogras, Palermo.
- Teich, J. M., P. R. Merchia, et al. (2000), *Effects of computerized physician order entry on prescribing practices*, Arch Intern Med 160(18): 2741-7.
- Tinti G. e Pellicciari G. (1995), *Tecniche di ricerca sociale*, Angeli, Milano
- Trabucchi M. (a cura di) (1996), *I cittadini e il servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Tuzzi A. (2003), *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*, Carrocci, Roma.
- Venturelli B. (2005), Tra tutela e nuova consapevolezza: la centralità della comunicazione. Il reclamo in risposta ad una relazione mancata, in Baraldo G., Bortolami S., Cipolla C. (a cura di) (2005), *Le segnalazioni degli utenti in sanità. Dalla tutela alla partecipazione: il circolo virtuoso del reclamo*, FrancoAngeli, Milano.
- Venturini M. (2002), "Accreditamento e qualità sociale dei servizi socio-assistenziali" in Cipolla C. (a cura di), *La spendibilità del sapere sociologico*, Angeli, Milano.
- Vernero S., Leone G., Peano L., Trincali M., Venturella E.(a cura di) (2002), *Un sistema di qualità per la qualità del sistema*, Centro scientifico Editore, Torino.
- Verri A. R. (2000), *Gli Uffici relazioni con il pubblico e le loro strategie comunicative*, tesi di laurea, Biblioteca del Dipartimento di Sociologia, Bologna.
- Vivalda C. (2000), *Il teatro della salute. Costruire un evento culturale – strategie e comunicazione*, Luca Sassella Editore, Roma.

- Weiner, J. P., S. T. Parente, et al. (1995), *Variation in officebased quality. A claims-based profile of care provided to Medicare patients with diabetes [see comments]*, JAMA, 273(19): 1503-8.
- Weingart, S. N., L. I. Iezzoni, et al. (2000), *Use of administrative data to find substandard care: validation of the complications screening program*, Med Care 38(8): 796-806.
- written medical records: a case of the Department of Veterans Affairs*, Med Care 36(9): 1324-36.

**Classificazione dei reclami adottata dagli Uffici relazioni per il pubblico utilizzato dalle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Veneto****Aspetti Alberghieri e di comfort**

Adeguatezza degli ascensori

Adeguatezza e diversificaz. dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita, edicole, telefoni)

Adeguatezza e pulizia dei servizi igienici

Numero dei posti letto

Pulizia, silenziosità, gradevolezza degli ambienti (sala d'attesa, ecc.)

Qualità, temperatura e orario dei pasti

**Aspetti burocratici amministrativi**

Carenza di personale

Costo della prestazione

Difficoltà accesso telefonico

Errori nelle prenotazioni

Esami errati o non eseguiti

Orario di apertura ambulatori e uffici

Personale poco informato

Procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie

Procedure per ottenere documentazione, certificaz.

Procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari sportello, cassa, disponibilità moduli)

Scarsa vigilanza

Scarso collegamento organizzativo tra UO

Smarrimento/errori consegna referti

Trasparenza sull'iter delle pratiche

**Aspetti relazionali**

Congruità dell'abbigliamento

Cortesia, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento

Cura della persona

Indisponibilità, discontinuità

Riconducibilitàdegli operatori

Rispetto del divieto di fumo

Scarso dialogo

<b>Aspetti tecnico-professionali</b>
Mancata/inadeguata prestazione
Prestazioni clinico-sanitarie
Richiesta relazione sanitaria/errori di diagnosi
Richiesta risarcimento danni
Richiesta ulteriori informazioni su prestazioni sanitarie
<b>Informazioni</b>
Adeguatezza e completezza della segnaletica
Diagnosi e trattamenti terapeutici
Informaz. sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, procedure, accesso
Informaz. sulle modalità di comportamento, informaz. ai familiari
Leggibilità della documentazione
Possibilità di conoscere le liste d'attesa
<b>Richieste improprie o non evadibili</b>
Reclami o richieste non pertinenti alla Asl
<b>Strutture e logistica</b>
Carenza/obsolescenza attrezzature
Dislocazione territoriale dei servizi, accessibilità fisica ai servizi e barriere architettoniche
Parcheggi, modalità dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi
<b>Tempo</b>
Tempi di attesa al pronto soccorso
Tempi di attesa negli uff. amm.vi
Tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche
Tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri programmati;
tempi di attesa per la consegna documentazione e certificati
Attesa per ricevere la prestazione (attesa fuori dall'ambulatorio)
Tempi di attesa per la consegna documentaz. e certificati
Tempi di attesa presso MMG e PLS

<b>Umanizzazione</b>
Letti per familiari nei reparti bambini, sale da gioco per bambini

Omogeneità dei comportamenti ed equità, rispetto idee religiose
Orari delle visite
Possibilità di presenza prolungata di un familiare
Rispetto della privacy, della sofferenza, della morte

<b>Classificazione dei reclami rivista</b>
no sex
maschio
femmina
prima p.
seconda p.
reclamo
suggerimenti per migliorare servizio
risposta
ringraziamenti e saluti
empatia/emozioni/
perché non si ripeta, per se e per altri
disponibilità a chiarimenti/partecipazione
diritto dei servizi perché si paga le tasse/uguag/diritto di scelta
elogio
tempo prezioso
<b>Aspetti Alberghieri e di comfort</b>
Adeguatezza degli ascensori
Adeguatezza e diversificaz. dei servizi offerti all'interno dei presidi ospedalieri (punti vendita, edicole, telefoni)
Adeguatezza e pulizia dei servizi igienici
Numero dei posti letto
Pulizia, silenziosità, gradevolezza degli ambienti (sala d'attesa, ecc.)
Qualità, temperatura e orario dei pasti
<b>Aspetti burocratici amministrativi</b>
Carenza di personale
Costo della prestazione
Difficoltà accesso telefonico
Errori nelle prenotazioni
Esami errati o non eseguiti
Orario di apertura ambulatori e uffici
Personale poco informato
Procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie
Procedure per ottenere documentazione, certificaz.
Procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari sportello, cassa, disponibilità moduli)
Scarsa vigilanza
Scarso collegamento organizzativo tra UO
Smarrimento/errori consegna referti
Trasparenza sull'iter delle pratiche
<b>Aspetti relazionali</b>
Congruità dell'abbigliamento

Cortesìa, gentilezza, accondiscendenza, pazienza, rispetto, disponibilit�, congruit� del comportamento
Cura della persona
Indisponibilit�, discontinuit�
Riconducibilit� degli operatori
Rispetto del divieto di fumo
Scarso dialogo
<b>Aspetti tecnico-professionali</b>
Mancata/inadeguata prestazione
Prestazioni clinico-sanitarie
Richiesta relazione sanitaria/errori di diagnosi
Richiesta risarcimento danni
Richiesta ulteriori informazioni su prestazioni sanitarie
<b>Informazioni</b>
Adeguatezza e completezza della segnaletica
Diagnosi e trattamenti terapeutici
Informaz. sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, procedure, accesso
Informaz. sulle modalit� di comportamento, informaz. ai familiari
Leggibilit� della documentazione
Possibilit� di conoscere le liste d'attesa
<b>Richieste improprie o non evadibili</b>
Reclami o richieste non pertinenti alla Asl
<b>Strutture e logistica</b>
Carenza/obsolescenza attrezzature
Dislocazione territoriale dei servizi, accessibilit� fisica ai servizi e barriere architettoniche
Parcheggi, modalit� dei trasporti e degli spostamenti per il raggiungimento delle strutture che erogano i servizi
<b>Tempo</b>
Tempi di attesa al pronto soccorso
Tempi di attesa negli uff. amm.vi
Attesa per riuscire a prenotare lunga fila allo sportella, lunga attesa telefonica)
Attesa per avere una prestazione: lista d'attesa (visite specialistiche, esami, ecc)
Attesa per essere chiamati per un intervento programmato
Attesa per ricevere la prestazione (attesa fuori dall'ambulatorio)
Attesa illimitata, liste full o non presenti.
Tempi di attesa per la consegna documentaz. E certificati
Tempi di attesa presso MMG e PLS
<b>Umanizzazione</b>
Letti per familiari nei reparti bambini, sale da gioco per bambini
Omogeneit� dei comportamenti ed equit�, rispetto idee religiose
Orari delle visite

Possibilità di presenza prolungata di un familiare
Rispetto della privacy, della sofferenza, della morte

## Ringraziamenti

*Grazie al prof. Cipolla che mi ha seguito, con accuratezza e sensibilità, in questi anni per raggiungere questo importante traguardo e che, come direbbe lui “mi ha insegnato a stare al mondo”.*

*Grazie al prof. Balloni e a tutti i suoi collaboratori. Un ringraziamento particolare alla dr.ssa Sette.*

*Grazie a Guido senza il quale non avrei potuto raggiungere questo obiettivo.*

*Grazie a tutti i responsabili degli Uffici per il pubblico delle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Veneto che hanno messo a mia disposizione la loro attività e i loro dati. Un particolare ringraziamento alla dr.ssa Furlanetto, alla dr.ssa Gobetto e al dr. Triglione.*

*Grazie a tutti i miei cari che mi hanno sempre seguito, sostenuto e incoraggiato. Un ringraziamento speciale a Lucia.*

*Grazie ai miei genitori, i miei fari nel mare, che con amore infinito, stima e rispetto mi hanno accompagnato in quest'ennesima avventura. Grazie perché quello che sono e quello che ho fatto, senza di loro, non sarebbe mai stato uguale a com'è.*

*Grazie a Riccardo, l'amore immenso della mia vita. Grazie per il sostegno, l'ammirazione, l'affetto e la comprensione. Grazie per avere deciso di condividere la tua vita con la mia.*

*Grazie a Cinzia.*