

PARTE QUINTA
Rapporti con i cittadini

13. RAPPORTI CON I CITTADINI

NORMATIVA

La valorizzazione dei rapporti con i cittadini costituisce una delle principali innovazioni che hanno accompagnato il processo di aziendalizzazione introdotto dalla riforma del Servizio Sanitario Nazionale: l'art. 14 del DLvo n. 502/93 fissa i principi in materia di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione e nel diritto all'informazione i principali fattori di qualità dei servizi sanitari e indicando le azioni finalizzate al miglioramento dei rapporti con i cittadini, quali:

- attivazione di un efficace sistema di informazione su prestazioni e servizi offerti e sulle modalità di fruizione;
- promozione del diritto al reclamo e rilevazione ed analisi delle segnalazioni di disservizio;
- rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei clienti / utenti;
- consultazione dei cittadini e delle organizzazioni di tutela dei loro diritti;
- definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità.

Gli strumenti organizzativi e operativi atti a garantire lo svolgimento di tali attività sono indicati da provvedimenti normativi specifici, tra cui si segnalano:

a) *A livello nazionale*

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 – Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico;
- DPCM 19 maggio 1995 – Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”.

b) *A livello regionale*

- DGR n. 2677/97 che definisce le linee guida per la costituzione e il funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP);
- DGR n. 4777/97 con cui viene promosso un progetto per l'informatizzazione degli URP;
- DGR n. 2280/98 di approvazione di uno schema tipo di “Regolamento di pubblica tutela per gli utenti del Servizio Sanitario Regionale”.

c) *A livello aziendale*

- L'adozione della Carta dei Servizi da parte di tutte le Aziende Sanitarie del Veneto

Tutte le Aziende sanitarie del Veneto si sono dotate di un Ufficio Relazioni con il Pubblico fino dalla loro istituzione (1995).

Le caratteristiche più evidenti con riferimento al complesso gli URP delle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto sono:

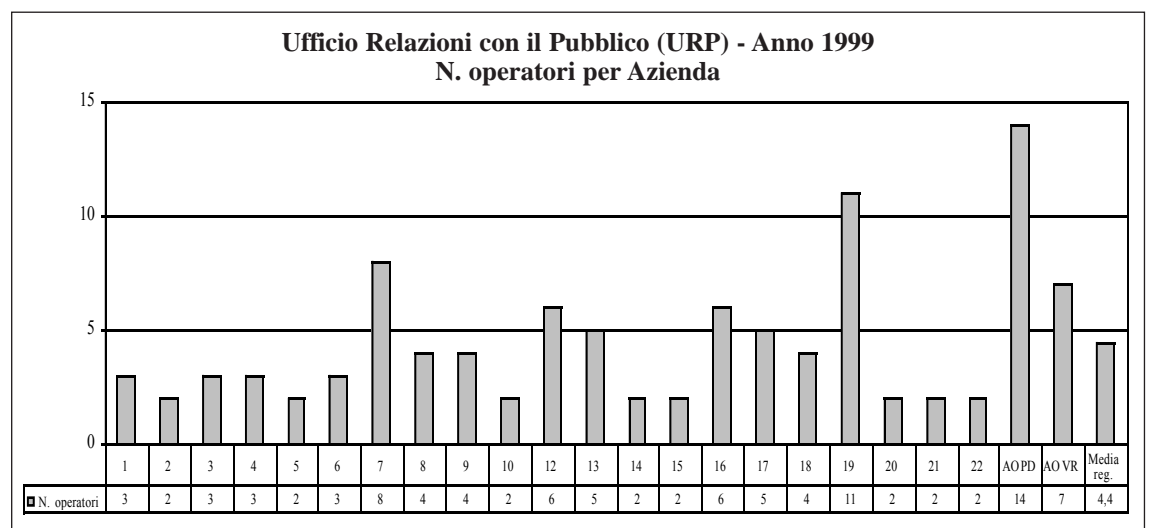
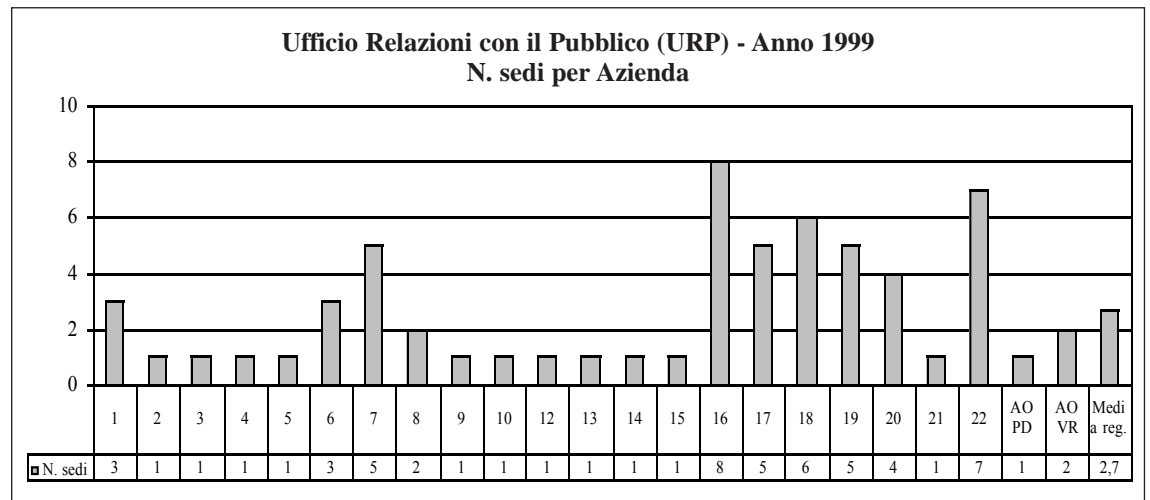
- orientamento di tipo prevalentemente amministrativo: due terzi degli operatori totali, e in particolare tutti i responsabili tranne uno, hanno una professionalità amministrativa;
- ruolo e collocazione all'interno dell'Azienda non completamente valorizzati: solo 13 dei 23 responsabili hanno profili dirigenziali e di questi la maggioranza (8) riveste responsabilità di direzione anche in altri servizi / unità operative;

Ufficio Relazioni con il Pubblico - Quadro sintetico - Anno 1999

| | | |
|---|-------------|------|
| URP | n. | 23 |
| Sedi | n. | 62 |
| | medie x URP | 2,7 |
| Operatori totali (responsabili inclusi) | n. | 102 |
| | medi x URP | 4,4 |
| di cui: | | |
| - a tempo parziale | n. | 33 |
| | % | 32,4 |
| - personale amministrativo | n. | 65 |
| | % | 63,7 |
| - personale infermieristico | n. | 13 |
| | % | 12,7 |

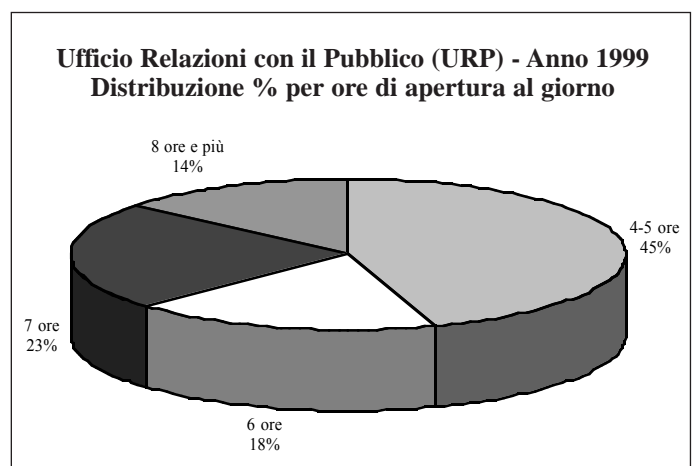
UFFICI RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

- presenza significativa di personale a tempo parziale, che, date le funzioni dell'URP, può rivelarsi un punto di forza, in quanto garantisce il collegamento con le strutture aziendali maggiormente interessate dall'attività dello stesso, ma può anche comportare rischi di mancanza di continuità e di "distrazione" degli operatori.



I modelli organizzativi adottati dalle singole Aziende appaiono molto disomogenei, in particolare rispetto a:

- accessibilità: 13 URP sono organizzati in un'unica sede, mentre per i rimanenti in numero di sedi varia da 2 fino a 8; l'articolazione in sedi non risulta sempre coerente a particolari esigenze territoriali, quali la complessità dell'organizzazione urbana o le caratteristiche orografiche. Anche gli orari di apertura al pubblico sono differenziati a livello locale e appaiono nel complesso ridotti: solo 3 URP rimangono aperti per almeno 8 ore e solo 2 garantiscono l'apertura il sabato mattina.
- dotazione di personale: per la maggioranza degli URP appare decisamente carente (al massimo tre addetti, responsabile incluso), in particolare si segnalano le situazioni critiche delle ULSS 3, 5, 14, 15 e 21, in cui le scarse risorse umane sono oltretutto a tempo parziale. Gli URP delle ULSS 12, 13, 16 e 17 e delle Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona sembra



no i più strutturati. Da segnalare infine le situazioni particolari degli URP delle ULSS 7 e 19, con un numero decisamente elevato di addetti, ma tutti a tempo parziale;

- professionalità degli operatori: l'orientamento esclusivamente amministrativo caratterizza la quasi totalità dagli URP, fatta eccezione per quelli delle ULSS 18, 19, 21 e 22 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova in cui gli operatori sono equamente distribuiti fra professionalità amministrativa e sanitaria (infermieri).

La strutturazione degli URP precedente alla emanazione di linee guida regionali finalizzate alla realizzazione di modelli funzionali e organizzativi omogenei fra le diverse Aziende è presumibilmente alla base delle differenze territoriali osservate.

Dal settembre 1995, praticamente fin dalla loro istituzione, gli URP delle Aziende sanitarie del Veneto si sono organizzati in un "Coordinamento URP", promosso dall'Assessorato alle Politiche Sanitarie, con finalità, da un lato, di scambio e confronto di esperienze, e, dall'altro, di sostenere un processo di omogeneizzazione funzionale, organizzativo e operativo.

Il Coordinamento ha avuto una funzione importante nel garantire una omogeneità di base nelle azioni intraprese dagli URP in riferimento a:

- definizione di un modello operativo gestionale;
- definizione dell'iter per la gestione de reclami – tutela – inserito nel più ampio processo di qualità aziendale;
- promozione di uno stile di ascolto e di attenzione verso il cittadino, da parte sia delle istituzioni sanitarie che degli operatori;
- comunicazione interna ed esterna (marketing interno ed esterno);
- modalità di percorsi partecipativi da parte delle associazioni di volontariato;
- formazione degli operatori URP e de responsabili;
- informatizzazione URP, anche in rete regionale;
- predisposizione della Carta dei Servizi, individuando nell'URP il referente per la gestione di iniziative collegate.

Fra le aree di intervento su cui investire in futuro il Coordinamento indica come prioritarie le seguenti:

- rinforzare il ruolo dell'URP all'interno del sistema di qualità aziendale, come referente principale per la dimensione della qualità percepita dall'utente, nell'ambito del processo di umanizzazione e di accreditamento delle Aziende;
- promozione di iniziative volte alla formazione degli operatori;
- informatizzazione URP "a tutto campo";
- definizione di standard dell'URP (personale assegnato, tipologia di qualifica, spazi e strumenti);
- sostenere i processi di formazione dei responsabili e degli operatori dell'URP (es. master);
- potenziare i percorsi di partecipazione da parte delle associazioni di volontariato;
- coordinamento come elemento sinergico nel sistema regionale;
- URP comunicatore pubblico interno ed esterno.

FONTI

- *Regione Veneto:*
 - Assessorato Politiche Sanitarie – Coordinamento URP – Report dal 1995 al 1999
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- *Tesi di laurea del dr. Michele TRIGLIONE presso l'Università degli studi di Padova – Facoltà di Scienze Politiche*

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 13.1/R

