

CITTADINI E SALUTE

La soddisfazione degli italiani per la sanità



Quaderni
del Ministero
della Salute



Ministero della Salute

Ministro della Salute: Ferruccio Fazio
Direttore Scientifico: Giovanni Simonetti
Direttore Responsabile: Paolo Casolari
Direttore Editoriale: Daniela Rodorigo
Vicedirettore esecutivo: Ennio Di Paolo

Comitato di Direzione

Francesca Basilico (con funzioni di coordinamento); **Massimo Aquili** (Direttore Ufficio V Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali); **Silvio Borrello** (Direttore Generale Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione); **Massimo Casciello** (Direttore Generale Ricerca Scientifica e Tecnologica); **Giuseppe Celotto** (Direttore Generale Personale, Organizzazione e Bilancio); **Claudio De Giuli** (Capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione); **Marta Di Gennaro** (Capo Dipartimento Innovazione); **Gaetana Ferri** (Direttore Generale Sanità Animale e del Farmaco Veterinario); **Giovanni Leonardi** (Direttore Generale Risorse Umane e Professioni Sanitarie); **Romano Marabelli** (Capo Dipartimento Sanità Pubblica Veterinaria, Nutrizione e Sicurezza degli Alimenti); **Concetta Mirisola** (Segretario Generale del Consiglio Superiore di Sanità); **Fabrizio Oleari** (Direttore Generale Prevenzione Sanitaria); **Filippo Palumbo** (Capo Dipartimento Qualità); **Daniela Rodorigo** (Direttore Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali); **Giuseppe Ruocco** (Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici); **Francesco Schiavone** (Direttore Ufficio II Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali); **Rossana Ugenti** (Direttore Generale Sistema Informativo); **Giuseppe Viggiano** (Direttore Generale Rappresentante del Ministero presso la SISAC)

Comitato Scientifico

Giampaolo Biti (Direttore del Dipartimento di Oncologia e Radioterapia dell'Università di Firenze); **Alessandro Boccanelli** (Direttore del Dipartimento dell'Apparato Cardiocircolatorio dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata – Roma); **Lucio Capurso** (Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri – Roma); **Francesco Cognetti** (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Irccs – Roma); **Alessandro Del Maschio** (Direttore del Dipartimento di Radiologia dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano); **Vincenzo Denaro** (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Responsabile dell'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia del Policlinico Universitario Campus Biomedico – Roma); **Massimo Fini** (Direttore Scientifico dell'Irccs S. Raffaele Pisana – Roma); **Enrico Garaci** (Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità – Roma); **Enrico Gherlone** (Direttore del Servizio di Odontoiatria dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano); **Maria Carla Gilardi** (Ordinario di Bioingegneria Elettronica e Informatica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano – Bicocca); **Renato Lauro** (Rettore dell'Università Tor Vergata – Roma); **Gian Luigi Lenzi** (Ordinario di Clinica Neurologica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università la Sapienza – Roma); **Francesco Antonio Manzoli** (Direttore Scientifico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli – Bologna); **Attilio Maseri** (Presidente della Fondazione "Per il Tuo cuore - Heart Care Foundation Onlus" per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari – Firenze); **Maria Cristina Messa** (Ordinario del Dipartimento di Scienze Chirurgiche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano – Bicocca); **Sergio Ortolani** (Coordinatore dell'Unità di Malattie del Metabolismo Osseo e Reumatologia – Irccs Istituto Auxologico Italiano – Milano); **Roberto Passariello** (Direttore dell'Istituto di Radiologia – Università La Sapienza – Roma); **Antonio Rotondo** (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini – 2ª Università di Napoli); **Armando Santoro** (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia – Irccs Istituto Clinico Humanitas – Rozzano, Mi); **Antonio Emilio Scala** (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vita/Salute San Raffaele – Milano); **Giovanni Simonetti** (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Imaging Molecolare, Radioterapia e Radiologia Interventistica del Policlinico Universitario Tor Vergata – Roma); **Alberto Zangrillo** (Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione dell'Università Vita/Salute San Raffaele e Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano)

Comitato di Redazione

Massimo Ausanio, **Carla Capitani**, **Amelia Frattali**, **Francesca Furiozzi**, **Milena Maccarini**, **Carmela Paolillo**, **Alida Pitzulu**, **Claudia Spicola** (Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute), **Antonietta Pensiero** (Direzione Generale Personale, Organizzazione e Bilancio del Ministero della Salute)

Quaderni del Ministero della Salute

© 2010 - Testata di proprietà del Ministero della Salute

A cura della Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali

Viale Ribotta 5 - 00144 Roma - www.salute.gov.it

Consulenza editoriale e grafica: Wolters Kluwer Health Italy S.r.l.

Stampa: Poligrafico dello Stato

Registrato dal Tribunale di Roma - Sezione per la Stampa e l'Informazione - al n. 82/2010 del Registro con Decreto del 16 marzo 2010

ISSN 2038-5293

Pubblicazione fuori commercio

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte dell'Editore

CITTADINI E SALUTE

La soddisfazione degli italiani per la sanità*

GRUPPO DI LAVORO

Vittoria Coletta, Carla Collicelli, Maria Antonella Di Candia, Tommaso Manacorda,
Fabrizio Oleari, Filippo Palumbo, Lorenzo Pardini, Giovanni Simonetti, Ketty Vaccaro

* Ricerca condotta dalla Fondazione Censis su incarico del Ministero della Salute

Per la Fondazione Censis:

Carla Collicelli – Vice Direttore

Ketty Vaccaro – Responsabile Settore Welfare

Tommaso Manacorda – Ricercatore

Lorenzo Pardini – Ricercatore

Vittoria Coletta – Statistica

Maria Antonella Di Candia – Assistente di segreteria



CITTADINI E SALUTE

La soddisfazione degli italiani per la sanità

Indice

Prefazione	pag. VII
Foreword	pag. XI
Sintesi dei contributi	pag. XV
Parte prima	
Gli italiani e la sanità: un test nazionale	pag. 1
1. I risultati in sintesi	pag. 3
2. Che cosa pensano gli italiani dell'offerta sanitaria	pag. 17
3. La <i>customer satisfaction</i>	pag. 47
Parte seconda	
Valutazione della qualità percepita: stato dell'arte e fattibilità	pag. 103
4. Lo stato dell'arte	pag. 105
5. Le possibili indagini	pag. 117



Prefazione

Italiani soddisfatti dei servizi sanitari. È quanto emerge dall'indagine realizzata dal Censis su aspettative, opinioni e valutazioni dei cittadini sulla sanità, per conto del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Ccm) del Ministero della Salute.

Il giudizio migliore spetta alle farmacie, i cui servizi sono di buona qualità per il 62% degli italiani, sufficienti per il 35%, mediocri o scarsi solo per il 2%. Il medico di medicina generale (per il 92% qualità buona o comunque sufficiente, inadeguata solo per l'8%) continua a rappresentare un elemento cardine del sistema di offerta e un referente di prossimità nel quale gli utenti ripongono grande fiducia. Positive anche le opinioni sui pediatri di libera scelta (promossi dal 90%). Seguono laboratori di analisi pubblici (84%), ambulatori e consultori pubblici (84%), ospedali e pronto soccorso (81%), strutture di riabilitazione pubbliche (73%), assistenza domiciliare (72%).

Il sistema di offerta sanitaria si dimostra capace di rispondere in larga misura alle aspettative e alle esigenze assistenziali dei cittadini. La copertura garantita dai servizi, a partire dalle farmacie e dai medici di medicina generale, risulta nella maggior parte dei casi adeguata, così come la qualità percepita dall'utenza, che ha colto positivamente la trasformazione delle farmacie in presidi sociosanitari. La Legge 69/2009 prevede l'erogazione di servizi di primo livello quali prelievi e misurazione della pressione, la partecipazione della farmacia al servizio di assistenza domiciliare integrata, la dispensazione e la consegna dei farmaci e dei dispositivi medici necessari a domicilio, nonché la possibilità di prenotare le visite ambulatoriali e ospedaliere direttamente in farmacia.

È pari al 64,4% la percentuale di italiani che ritengono che i servizi amministrativi della propria ASL siano efficienti e ben organizzati, contro il 35,6% che si esprime in termini opposti. Questa opinione positiva trova d'accordo soprattutto i residenti del Nord-Ovest e del Nord-Est (rispettivamente il 73,9% e l'83,7%), ma diminuisce nettamente nel Mezzogiorno (54,3%) e al Centro (51,5%).

A fronte di un quadro caratterizzato da una generale soddisfazione, permangono non pochi problemi legati al territorio. Il sistema di offerta è ancora disomogeneo a svantaggio delle regioni meridionali, soprattutto con riferimento a ospedali e pronto soccorso (in questo caso il giudizio negativo supera il 26% contro una media nazionale del 19%), assistenza domiciliare (scarsa per il



34% a fronte del 28% registrato a livello nazionale) e strutture di riabilitazione (34% contro 27%).

Seppure indicati da percentuali minoritarie, emergono problemi anche nel rapporto con il medico di famiglia. Il 13,6% del campione afferma di aver dovuto ricorrere a un medico privato a causa dell'inadeguatezza del servizio fornito dal proprio medico di famiglia. La percentuale sale al 15,3% nel caso del pediatra. E al 10,5% degli italiani è capitato che il medico di famiglia non abbia diagnosticato una patologia emersa successivamente attraverso controlli più approfonditi.

Se 3 italiani su 4 ritengono poco o per nulla frequenti i casi di malasanità (intesi come errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti), la percentuale si riduce al 58,3% al Sud (dove il 34,5% dei residenti li ritiene abbastanza frequenti e il 7,2% molto frequenti), mentre si attesta intorno al 90% nelle regioni settentrionali. Nel Nord-Ovest i casi di malasanità sono ritenuti poco probabili dal 73,6% degli intervistati e per nulla probabili dal 19,5%. Nel Nord-Est tali percentuali divengono, rispettivamente, il 71,3% e il 16,4%.

Valori simili si rilevano in merito all'opinione sulla probabilità che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico: complessivamente lo ritiene poco o per nulla probabile quasi il 70% degli italiani, ma questo dato scende al 51% al Sud.

La valutazione espressa dai pazienti sulla loro esperienza diretta di ricovero rimane nel complesso positiva, benché emergano testimonianze di malfunzionamento e di cattiva gestione, limitate a una minoranza di casi. Il 72,6% dei cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto cure ospedaliere in regime di ricovero ritiene di essere stato sempre informato puntualmente sulle proprie condizioni, contro il 27,4% che pensa l'opposto. L'80% ritiene che il follow-up dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione) sia stato organizzato e gestito adeguatamente. Un paziente su 3, tra quelli che hanno ricevuto un ricovero programmato, dichiara che prima di essere ricoverato ha dovuto farsi visitare privatamente o intramoenia dal medico dell'ospedale, pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico, e la percentuale sale al 41,6% tra i residenti del Sud. Circa il 30% dei pazienti dichiara di aver dovuto seguire una trafila burocratica complessa e faticosa, il 21,4% (quasi il 30% al Centro e nel Mezzogiorno) afferma di aver dovuto ricorrere a conoscenze personali per facilitare l'accesso in ospedale.

Questi sono alcuni dei principali risultati della ricerca realizzata dal Censis per conto del Ministero della Salute, riportati nella prima parte del presente Quaderno.

La domanda di salute ha subito una profonda modificazione in questi ultimi anni: la crescita esponenziale del livello di istruzione ha infatti trasformato radicalmente le attitudini, le propensioni e le aspettative degli italiani nei confronti della salute proprio grazie alla diffusione di livelli di competenza crescente. Un know how che peraltro va ogni giorno arricchendosi grazie al progressivo aumento dello spazio dedicato alle informazioni sulla salute, che hanno ormai assunto un profilo di assoluto rilievo all'interno del mercato della comunicazione. In più, l'avvento di internet ha rivoluzionato e liberalizzato l'accesso all'informazione sanitaria, venendo a costituire, per avanguardie sempre più consistenti, un database infinito, anche se spesso non certificato, di riferimenti e notizie.

Gli italiani costituiscono, dunque, un'utenza sempre più esigente e informata, assumendo un ruolo sempre più rilevante nell'orientamento e nella valutazione competente dell'offerta sanitaria a loro disposizione. Le opinioni e le valutazioni dei cittadini rappresentano, pertanto, un patrimonio da non disperdere e che risulta fondamentale sondare per verificare il grado di efficienza raggiunto dal Servizio Sanitario Nazionale, ma anche per indirizzare la programmazione dei servizi alla luce della sempre più accelerata evoluzione della domanda.

Lo studio del Censis ha quindi concentrato l'attenzione sui seguenti obiettivi conoscitivi:

- *l'individuazione delle priorità di intervento alla luce dei bisogni e delle aspettative espressi dai cittadini;*
- *la misurazione della concreta efficienza del Servizio Sanitario Nazionale tout court e del livello di gradimento espresso da parte dell'utenza;*
- *la ricognizione puntuale delle eventuali falle e/o disservizi caratterizzanti l'offerta sanitaria nell'ottica di una migliore ottimizzazione delle risorse verso la strutturazione di servizi più funzionali e produttivi.*

L'analisi delle opinioni in merito alle caratteristiche generali dei servizi è stata pertanto affiancata da un approfondimento sulla qualità percepita di servizi e prestazioni, attraverso un'analisi di customer satisfaction rivolta a cittadini che hanno usufruito di alcuni specifici servizi, nella convinzione che la valutazione da parte degli utenti sia elemento imprescindibile di validazione e certificazione della qualità.

Di conseguenza, lo studio si è articolato attorno a due modalità principali:



- *l'analisi delle opinioni, degli atteggiamenti e delle aspettative degli italiani in materia di salute e relativamente alle principali caratteristiche dei servizi sanitari (diffusione, accessibilità e liste d'attesa; professionalità, affidabilità e capacità relazionale del personale; disponibilità di attrezzature, appropriatezza, sprechi e costi, informazione ecc.);*
- *l'analisi della qualità percepita degli utenti rispetto ad alcuni servizi sanitari con i quali sono entrati in contatto nell'ultimo anno. In questo caso si è trattato della verifica delle concrete esperienze di interazione con i servizi sanitari maturate dai cittadini nell'ultimo anno, anche al fine di ottenere una valutazione circostanziata da chi effettivamente ha usufruito delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.*

Per la realizzazione del primo modulo è stata effettuata un'indagine di popolazione su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 1184 soggetti, ai quali è stato somministrato telefonicamente un questionario strutturato.

Per quanto concerne il secondo modulo, al fine di evitare potenziali criticità quali quelle costituite dalla mancanza di vividezza del ricordo o dalla genericità delle risposte rispetto alla misurazione del livello di soddisfazione per alcuni dei principali servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, è stato realizzato un approfondimento specifico sottoposto soltanto ai cittadini che hanno vissuto una recente esperienza di interazione con il servizio monitorato; nella fattispecie sono stati presi in considerazione, in accordo con il committente, il ricovero ospedaliero e il ricorso ad alcune prestazioni diagnostiche complesse. In particolare, attraverso l'introduzione di un apposito filtro è stato individuato un secondo campione composto da circa 1000 utenti dei servizi monitorati (499 per l'ospedale e 527 per la diagnostica complessa).

Alla luce dei risultati ottenuti e riportati nel presente Quaderno, tale studio si configura dunque come uno strumento non di statica misurazione, ma capace di incoraggiare il dinamismo del sistema, grazie all'individuazione di eventuali nodi critici, aree scoperte di bisogno (isolando e definendo eventuali sacche di criticità e/o insufficienze legate a quote particolari di cittadini) e quindi di favorire l'innovazione e il fine tuning dei servizi.

Infine, nella seconda parte del Quaderno si rende conto, invece, dell'analisi di fattibilità, realizzata nell'ambito del SIVeAS, della valutazione della qualità percepita in sanità.

Prof. Ferruccio Fazio
Ministro della Salute



Foreword

Italians are satisfied with their health services, according to results of a survey conducted by the Censis (Centro Studi Investimenti Sociali). The survey was conducted to assess expectations and opinions of all citizens regarding their evaluation of the health system. The survey was carried out on behalf of the Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Ccm), part of the Ministry of Health.

Results indicated that pharmacies are highly valued, with 62% of the population considering their services as being of good quality, 35% rating them as sufficient, and only 2% rating them as poor. General practitioners are still a key element within the health system, and they are seen as highly trusted individuals (92% of the population believes they provide good or sufficient services, while only 8% believe their services to be inadequate). Paediatricians are also highly regarded, with an overall positive opinion from 90% of the Italian population. Public test laboratories and public outpatient care facilities were valued by 84% of the population, with appreciation also shown by a large proportion of the population for hospitals and A&E facilities (81%), public rehabilitation centres (73%), and home-care assistance (72%).

The health system has so far proven to be effective in responding to the needs and expectations of all citizens. All services, including pharmacies and general practitioners, have shown a good level of adequacy in most cases, and quality appears to be in line with the expectations of the population, who also welcomed the fact that pharmacies are now also territorial sociomedical aids. More specifically, Regulation 69/2009 allows pharmacies to offer some first-level services such as blood tests, blood pressure measurement, participation of pharmacies in integrated home-care assistance, home distribution of medication and medical devices, as well as the ability to schedule and book GP and hospital appointments.

The administrative services of ASL (Azienda Sanitaria Locale) are considered to be efficient and well organised by 64.4% of the population, while 35.6% have a negative opinion of such services. The overall positive opinion is due mainly to the responses of those living in the north-western and north-eastern areas of the country (with 73.9% and 83.7% of such citizens satisfied, respectively), with smaller proportions expressing satisfaction in the south (54.3%) and central regions (51.5%).



Despite the general satisfaction emerging from this study, some issues remain at a local level. The services provided are still not homogeneous, with issues observed in the southern regions in particular, mainly regarding hospitals and A&Es (in this case over 26% of people have a negative opinion as opposed to a 19% national average), home assistance (34% versus a national average of 28%), and rehabilitation structures (34% versus a national average of 27%).

There are some issues associated with patient relationships with general practitioners, although only for a limited percentage of the population. Of the sample population, 13.6% confirmed that they had to make an appointment with a private practice following an inadequate service offered by their GP. This percentage was found to be approximately 15.3% for paediatricians. Lastly, 10.5% of the Italian population reported that their GPs had not diagnosed a disease that was discovered following further examination.

Three out of four Italians believe that errors in the healthcare field are rare, with reference to diagnostic or therapeutic errors that have significant health consequences. The percentage goes down to 58.3% in the south of Italy (where 34.5% of residents think they are relatively frequent, and 7.2% think they are very frequent), whereas it is around 90% in the north of the country. In the north-west, 73.6% of the population believe that such errors are rare, and 19.5% believe they are highly unlikely. In the north-east these numbers are 71.3% and 16.4%, respectively.

Similar values emerged for the probabilities of severe medical errors happening at hospitals: generally, nearly 70% of the population believe that such errors are very unlikely to happen or completely unlikely to happen, but this number goes down to 51% of the population in the south.

Overall, patients have a positive opinion of their own hospitalisation experiences, even though a small number reported problems relating to a malfunctioning of the system or bad management. Of citizens that were hospitalised in the last year, 72.6% reported that they were appropriately provided information regarding their condition in a timely manner, while 27.4% believe the opposite to be true. Eighty percent believed they received adequate follow-up after discharge (medication, rehabilitation, further visits). One out of three patients amongst those that had a planned hospitalisation confirmed they had to make an appointment with a private practice before the event, or schedule an intramoenia visit with the specialist at the hospital, even if hospitalisation had already been recommended by another doctor, and this percentage increases to 41.6% in the south

of Italy. About 30% of patients declared they had to follow a complex and lengthy bureaucratic path, while 21.4% (nearly 30% in the central and southern regions) confirmed they had to utilise their acquaintances in order to have easier access to hospital services.

These are just the highlights of the main results of a survey conducted by the Censis on behalf of the Ministry of Health and reported in the first part of the current Quaderno issue.

The health needs of the Italian population have changed significantly in recent years: the increase in the education level of the general population has caused a change in the approach to and expectations of citizens in terms of their health, with increasing patient knowledge in the field. This increase in health-related knowledge is also due to a gradual increase in the amount of health-related news, an area which is growing in importance in the communication market. In addition, the internet has revolutionised the way we access health information and has become an vast source of references and news, even if sometimes the quality of information can be not verified.

The Italian population are increasing informed and demanding, and they have come to play a prominent role in steering, driving and evaluating health offerings with some competence. Their opinions and evaluations are therefore important and need to be considered and taken into account when verifying the efficiency of the National Health System, and when planning future services in light of an ever-evolving demand.

The study by the Censis focused on the following goals:

- *identification of priorities for intervention in light of the needs and expectations of citizens;*
- *measurement of the real efficiency of the National Health System in general, and of the appreciation levels of all users;*
- *timely review of all potential failures and issues affecting health services, with a view to optimising resources and creating more functional and productive services.*

We coupled an analysis of all feedback relevant to the overall features of the services we provided with a more detailed evaluation of the perceived quality of all services through a customer-satisfaction approach, involving all citizens that had utilised specific services, on the basis that customer feedback and evaluation is fundamental for validating and certifying quality.

As a consequence, the study was conducted around two main modules:



- *analyse thoughts, behaviours and expectations of the Italian population with reference to their health and the main features of the services offered by the Health System (local presence, accessibility, waiting lists; professional qualities, trustworthiness, relational abilities of personnel; availability of facilities, appropriateness, potential money wasted and costs, information, etc.);*
- *analyse quality as perceived by people that have had access to specific health services in the last year. In this case, we verified real experiences that citizens had had in the last year when interacting with the health system, to obtain a factual evaluation by people that had actually utilised services provided by the National Health System.*

With regard to the first module, we conducted a survey on a sample population representing the Italian people and including 1184 subjects that responded to a structured questionnaire over the phone.

For the second module, we went into more details only with those citizens that had had a recent interaction with the service in question, in order to avoid inaccuracy issues such as those posed by memories of experiences that occurred in the past or by general responses on the overall level of satisfaction with the services provided by the National Health System; in particular, we focused our attention on recent hospitalisation experiences and recent diagnostic procedures that were particularly complex, upon agreement with the commissioner of the survey. We introduced a filter within the questionnaire to identify a subset of the sample population, made up of around 1000 individuals (499 for hospital experiences and 527 for complex diagnostics).

The results that emerged from this study, which are reported in the current issue of the Quaderno del Ministero della Salute, indicate that such an approach represents a tool that does not simply quantify and measure something, but actually encourages change in the system, following the identification of critical aspects and unmet needs (by identifying problems and/or deficiencies identified by specific subsets of the population), and favours innovation and fine-tuning of all services.

In conclusion, the second part of this Quaderno reports a feasibility analysis of the evaluation of the perceived quality of the health system, realised within the SIVeAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria).

Prof. Ferruccio Fazio
Minister of Health

Sintesi dei contributi

Parte prima Gli italiani e la sanità: un test nazionale

1. I risultati in sintesi

Dall'indagine del Censis sulle aspettative, le opinioni e le valutazioni della popolazione italiana generale in merito alla sanità si evince chiaramente che nella maggior parte dei casi si tratta di una relazione positiva e che il sistema dell'offerta sanitaria italiana si dimostra capace di rispondere ampiamente alle aspettative dei cittadini.

Tuttavia, a fronte di una generale soddisfazione occorre sottolineare il permanere di sacche di problematicità, affrontate nel dettaglio in questo capitolo indagando le opinioni e le esperienze degli italiani circa il rapporto con i servizi di cure primarie, in particolare a proposito del proprio medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS), i tempi di attesa, il ricovero ospedaliero, la diagnostica ambulatoriale e l'associazionismo medico.

L'indagine rappresenta un'esperienza pilota fondamentale per la messa a punto di un sistema di valutazione della qualità che funzioni a regime, un sistema nel quale le opinioni dei cittadini devono essere parte integrante di un sistema di monitoraggio, che consenta di costruire indicatori ed elaborare metodologie capaci di intercettare i segnali del malfunzionamento e di individuare i margini di miglioramento.

2. Che cosa pensano gli italiani dell'offerta sanitaria

Nel secondo capitolo sono riportate nel dettaglio le opinioni dei cittadini italiani in merito alla diffusione e all'accessibilità dei servizi sanitari, alla qualità percepita, al sistema delle cure primarie – in particolare il medico di medicina generale (MMG), il pediatra di libera scelta (PLS), il servizio di continuità assistenziale –, all'assistenza farmaceutica e alla distribuzione dei farmaci. L'indagine contempla, in ultimo, anche due argomenti particolarmente attuali: l'errore medico e i casi di malasanità.

Da questa indagine si evince che gli italiani ritengono che le inefficienze della sanità siano soprattutto imputabili al livello amministrativo e politico, attribuendo al decisore la maggior parte della quota di responsabilità. Seguono la scarsità di risorse finanziarie, l'incapacità dei dirigenti delle strutture e dei servizi nel fornire e supervisionare la puntuale erogazione dei servizi, la scarsa disponibilità al miglioramento da parte della classe medica e, infine, la negligenza delle figure professionali non mediche.

3. La *customer satisfaction*

L'indagine realizzata dal Censis ha riguardato, inoltre, due ulteriori campioni: uno di 500 rispondenti residenti in Italia che abbiano ricevuto nel corso dei 12 mesi precedenti all'intervista un ricovero in ospedale, in regime ordinario o di day hospital, e l'altro (sempre 500 rispondenti) composto da persone residenti in Italia che si siano sottoposte nel corso del medesimo arco di tempo ad almeno un accertamento diagnostico in una struttura pubblica o convenzionata, in regime di prestazione ambulatoriale.

La rilevazione è stata condotta nel novembre 2009

e pertanto si riferisce a prestazioni che nel 90% dei casi hanno avuto luogo nel corso del 2009 e nel restante 10% negli ultimi mesi del 2008.

Le opinioni sono state rilevate mediante questionari appositamente strutturati riguardanti: 1. il profilo del paziente, le modalità del ricovero, la scelta dell'ospedale, l'opzione della mobilità, l'ingresso in ospedale (pronto soccorso, ricovero programmato), il ricovero e la degenza, la dimissione e il follow-up; 2. la diagnostica complessa, il sistema di prenotazione degli accertamenti (CUP, contatto telefonico con la struttura scelta, prenotazione allo sportello), le attese e lo svolgimento dell'accertamento diagnostico.

Parte seconda

Valutazione della qualità percepita: stato dell'arte e fattibilità

4. Lo stato dell'arte

È indubbio che anche la dimensione della qualità percepita, da parte sia degli utenti sia degli operatori, è diventata parte integrante dei criteri valutativi in un'ottica complessiva di razionalizzazione e miglioramento del sistema di offerta di servizi sanitari.

Ed è proprio in quest'ottica che per il SSN la qualità percepita da utenti e operatori rappresenta, a sua volta, una fonte inesauribile di input che in-

tegrano quelli finanziari e organizzativi nelle funzioni di governo e regolazione del sistema.

Numerosi sono le indagini e gli interventi a questo proposito e, nello specifico, in questo capitolo si analizzano dapprima la qualità percepita dagli utenti e dagli operatori e, nel dettaglio, l'analisi realizzata per conto del SIVeAS (Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria), l'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi nazionali" a cura dell'Istat e la funzione degli Osservatori Regionali.

5. Le possibili indagini

L'analisi svolta ha permesso di mettere a fuoco la complessità della materia inerente la qualità percepita, pertanto in questo capitolo conclusivo si affrontano le possibili proposte di indagine:

- Osservatorio Nazionale, analizzando nel dettaglio gli obiettivi operativi strategici, le fasi del piano metodologico e gli strumenti operativi;
- Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP);
- indagine annuale per via telematica sulla soddisfazione degli operatori;
- indagine tarata sulle esigenze del SIVeAS (Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria) sulla soddisfazione degli utenti.

Il capitolo si conclude con un approfondimento riguardante il coinvolgimento e le opinioni circa la qualità percepita sia dagli operatori, sia dagli utenti.



Parte prima

Gli italiani e la sanità: un test nazionale

1. I risultati in sintesi

1.1. Le aspettative e le opinioni degli italiani

L'indagine condotta dal Censis sulle aspettative, le opinioni e le valutazioni degli italiani sulla sanità ha permesso di approfondire molti degli elementi che fanno parte del patrimonio di conoscenze sulla relazione che i cittadini quotidianamente intrattengono con i servizi.

L'analisi dei *dati raccolti sulla popolazione italiana generale* mostra in modo chiaro, innanzitutto, che per la maggior parte degli italiani si tratta di una relazione positiva, nell'ambito della quale il sistema dell'offerta sanitaria italiana si dimostra capace di rispondere in larga misura alle aspettative e alle esigenze assistenziali dei cittadini.

In particolare, per quanto riguarda i dati raccolti presso la popolazione generale, è emerso che:

- la copertura territoriale garantita dai servizi, sia da quelli ospedalieri che dalla medicina del territorio e delle cure primarie, risulta nella maggior parte dei casi adeguata, così come la qualità percepita da parte dell'utenza (*Figure da 1.1 a 1.5*);
- il medico di medicina generale (MMG) continua a rappresentare un elemento cardine del sistema di offerta e un referente di prossimità nel quale gli utenti ripongono grande fiducia (*Figura 1.6*), così come sono essenzialmente positive le esperienze e le opinioni relative ai

pediatri di libera scelta (PLS) e al servizio di continuità assistenziale.

A fronte di un quadro caratterizzato da una generalizzata soddisfazione, però, va sottolineato il permanere di sacche di problematicità, legate soprattutto alle specificità del territorio italiano. La capillarità del sistema di offerta, infatti, rimane disomogenea a svantaggio delle regioni meridionali, soprattutto per quel che riguarda la presenza degli ospedali e dei pronto soccorso (ma anche degli ambulatori pubblici), e di quelle centrali per quanto concerne l'accessibilità dei servizi ospedalieri e d'emergenza, in relazione sostanzialmente ai tempi di attesa (*Tabella 1.1*).

Inoltre, seppure indicati da quote minoritarie del campione, emergono dall'analisi dei dati fattispecie di problematicità anche nel rapporto con i servizi di cure primarie, e in particolare a proposito del MMG (*Tabella 1.2*):

- il 13,6% ha indicato di essersi dovuto rivolgere a un medico privato, a causa dell'inadeguatezza del servizio fornito dal proprio MMG, e la percentuale raggiunge il 15,3% a proposito del PLS;
- al 10,5% degli italiani è capitato che il MMG non abbia diagnosticato una patologia emersa invece a controlli più approfonditi (e il medesimo problema si è presentato a proposito del

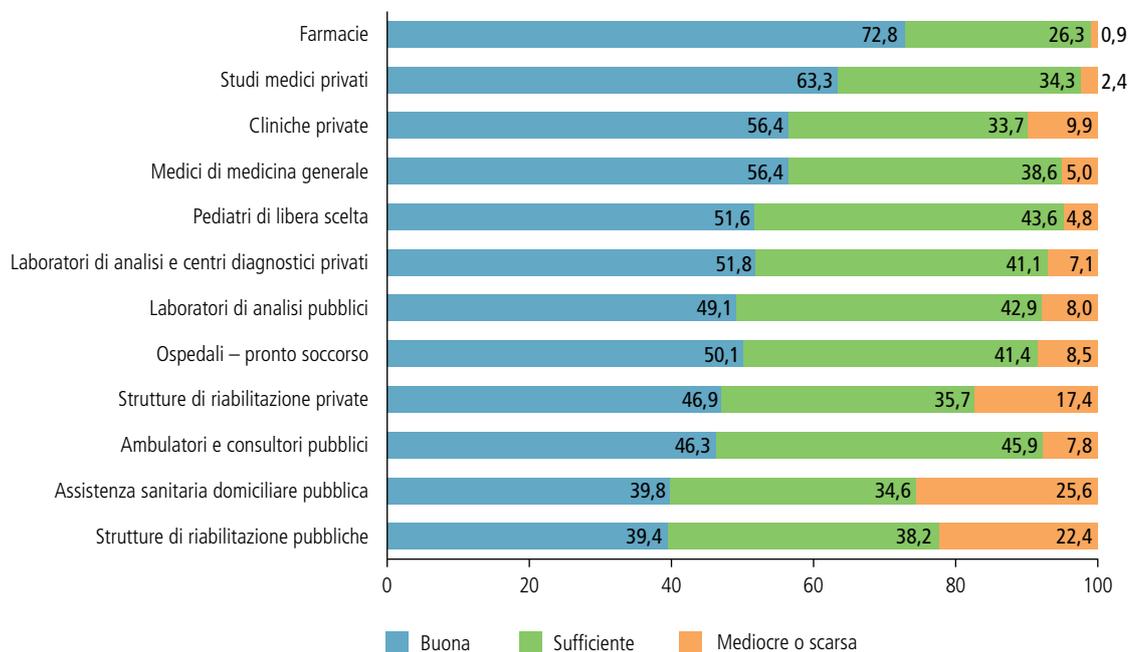


Figura 1.1 Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio – Nord-Ovest (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

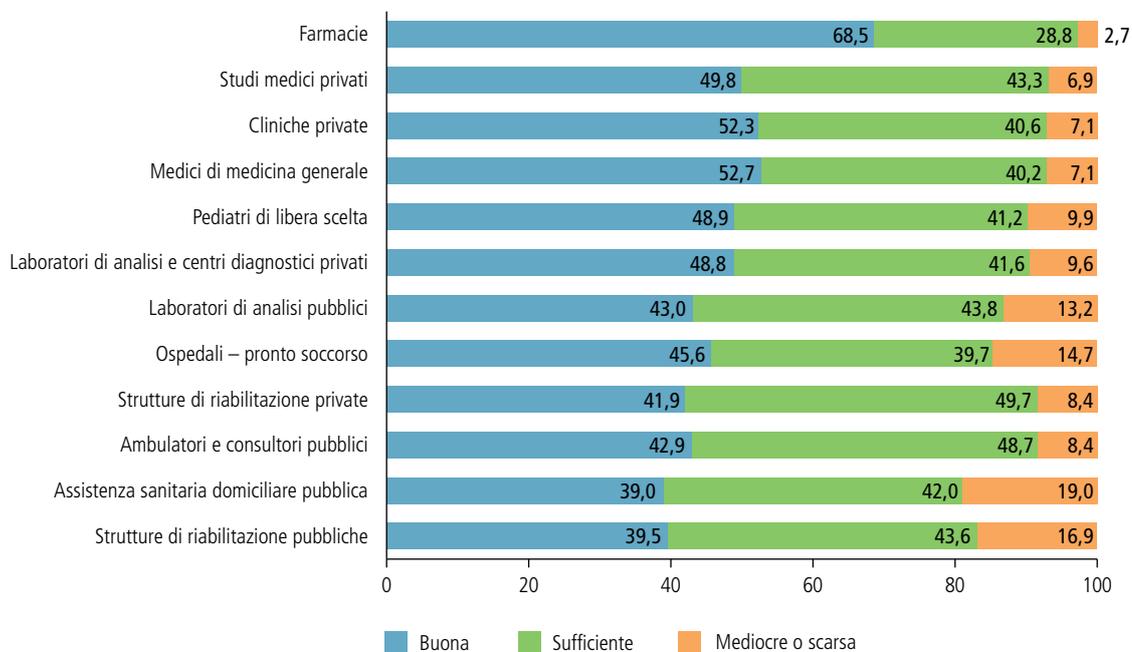


Figura 1.2 Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio – Nord-Est (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

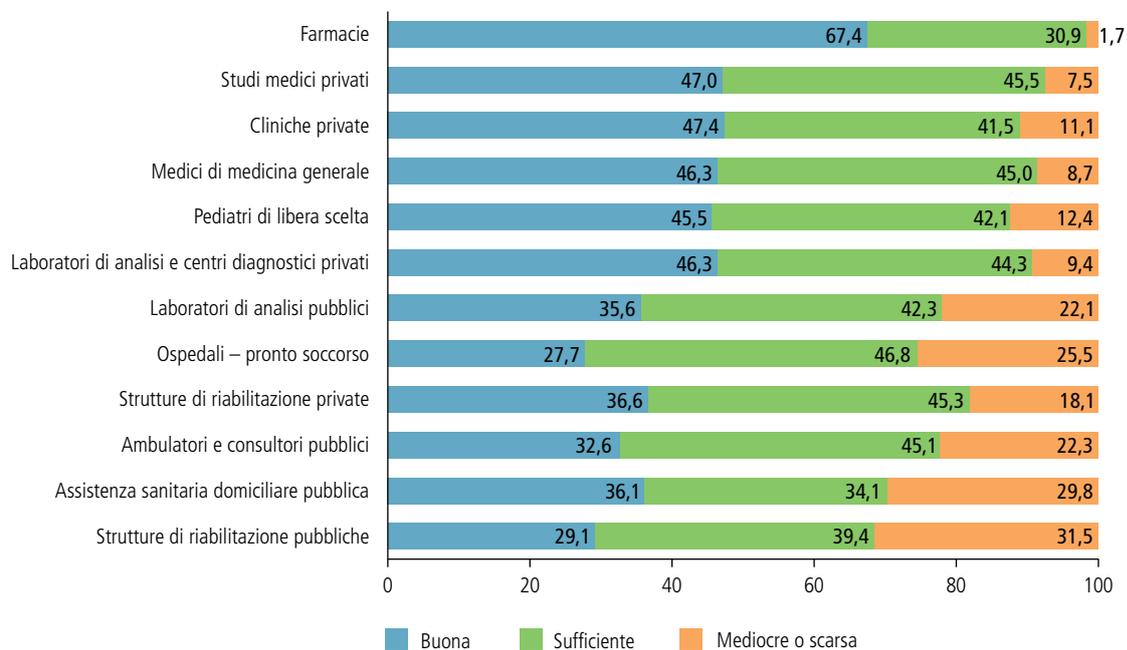


Figura 1.3 Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio – Centro (valori %).
Fonte: Indagine Censis, 2010.

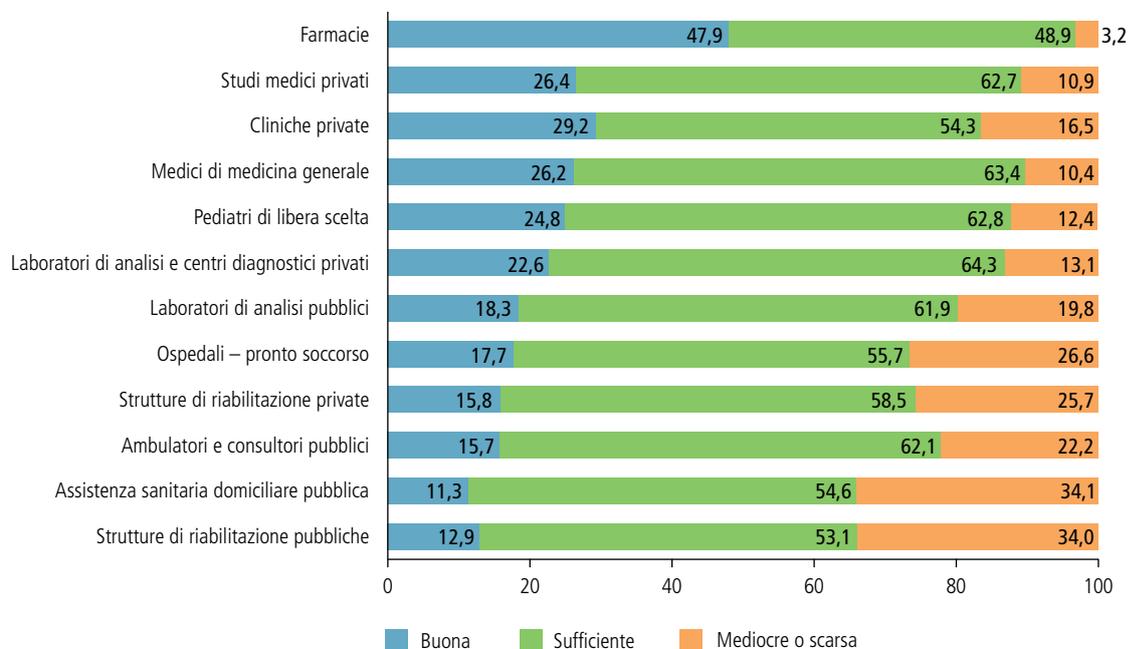


Figura 1.4 Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio – Sud e Isole (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

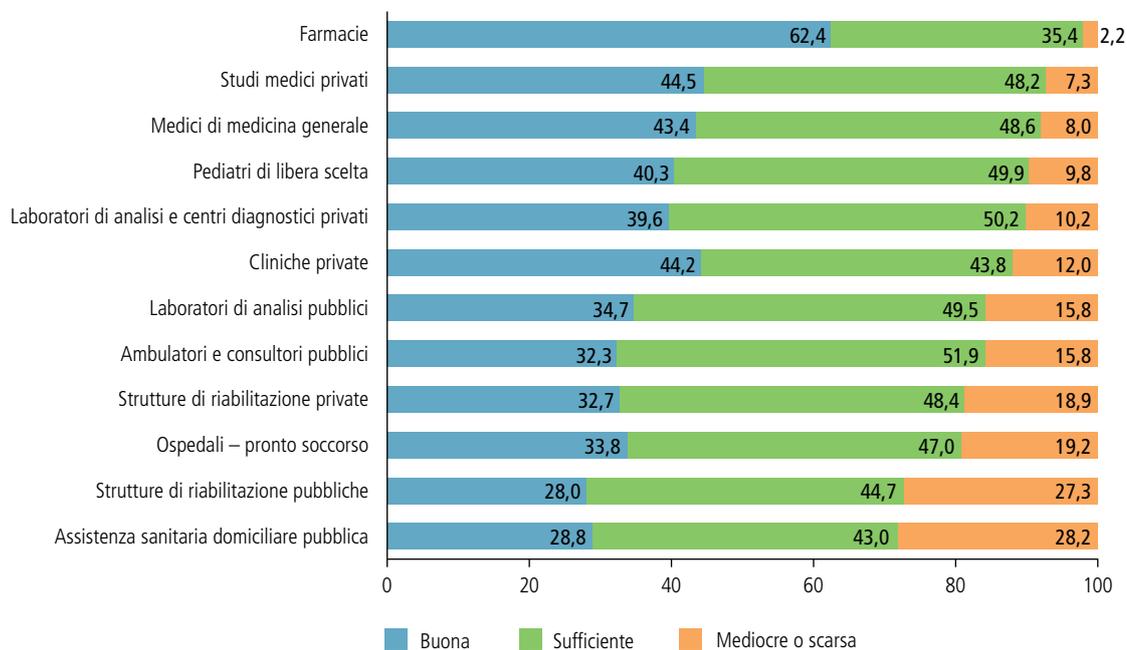


Figura 1.5 Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio (valori %).
Fonte: Indagine Censis, 2010.

pediatra al 9,2% degli intervistati che hanno in famiglia un minore di 13 anni che fa riferimento a un PLS);

- è complessivamente pari al 64,4% la percentuale di italiani che ritengono che i servizi amministrativi della propria ASL siano efficienti e ben organizzati (contro il 36,6% che si esprime in termini opposti); questa opinione positiva trova d'accordo con frequenze nettamente maggiori i rispondenti del Nord-Ovest e del Nord-Est (rispettivamente il 73,9% e l'83,7%, contro il 54,3% del Sud e Isole e il 51,5% al Centro).

Un altro elemento di potenziale criticità riguarda, peraltro, le forme associative dei medici: a fronte di un'ampia diffusione dell'associazionismo medico (secondo il rapporto Osservasalute 2008 è complessivamente il 58% dei medici a far parte di un'associazione, di un gruppo o di una rete), è il 61,6% degli italiani a dichiarare che, per quanto

ne sa, il suo medico non fa parte di alcuna forma associativa, cui si aggiunge il 13,6% che indica di sapere che il proprio medico fa parte di una forma associativa, ma che non saprebbe indicare quale. Il dato suggerisce, dunque, che esista un numero congruo di casi nei quali l'associazione medica (o la rete, il gruppo e quant'altro gli accordi integrativi regionali prevedono) rappresenti un'evoluzione del sistema delle cure esclusivamente sulla carta, senza che i pazienti verifichino un miglioramento tangibile nel loro rapporto quotidiano con il servizio (*Tabella 1.3*).

Infine, se è vero che circa 3 italiani su 4 ritengono poco o per nulla frequenti i casi di *malasanità* (intesi come errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti) nella zona in cui vive, va necessariamente rilevato che questa percentuale si riduce al 58,3% al Sud e Isole (dove il 34,5% degli italiani li ritiene ab-

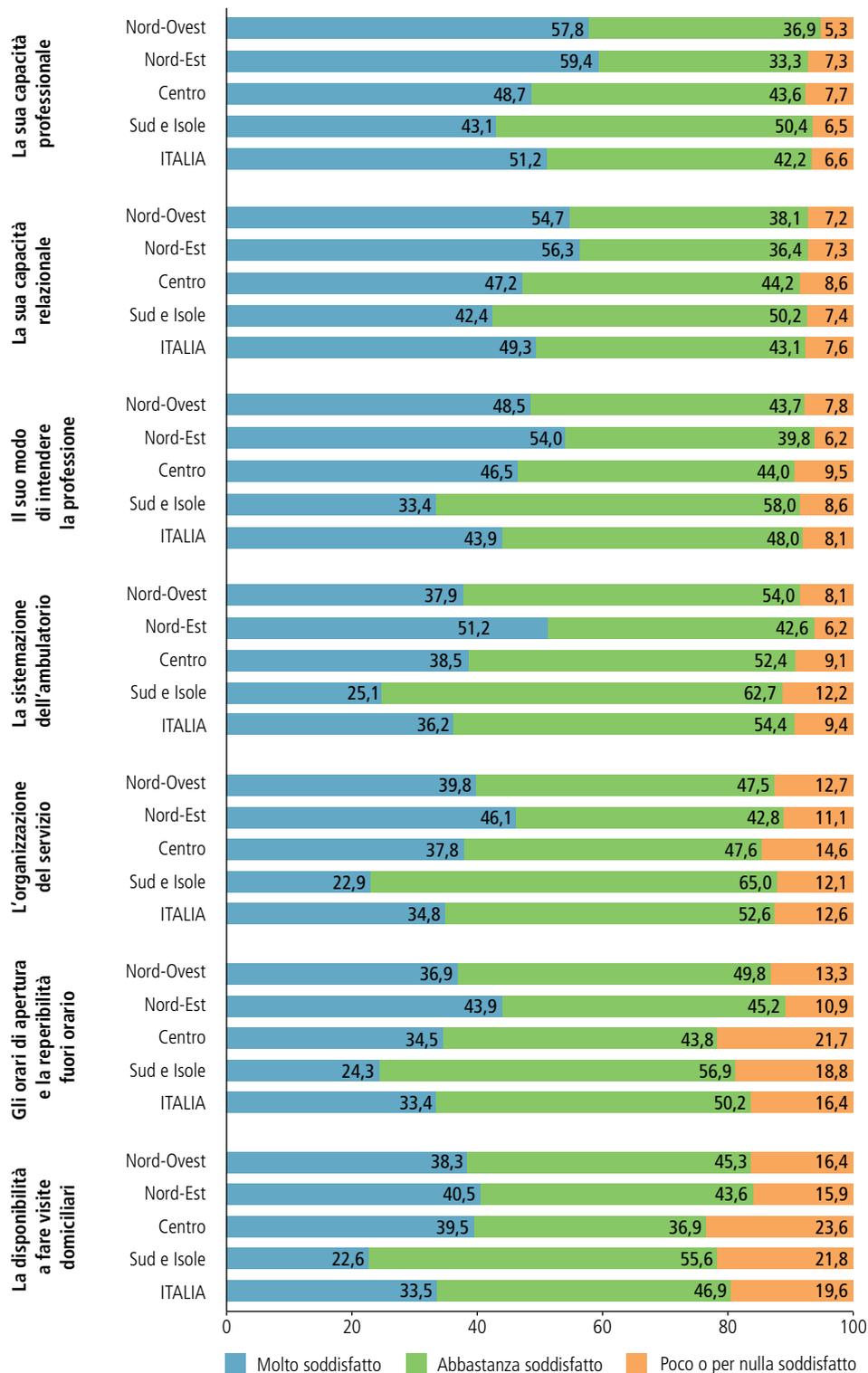


Figura 1.6 Livello di soddisfazione per il proprio medico di medicina generale (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

Tabella 1.1 Problemi di presenza sul territorio e di accessibilità dei servizi sanitari, per ripartizione geografica (valori %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Servizi indicati come scarsamente presenti sul territorio</i>					
Assistenza sanitaria domiciliare pubblica	13,8	14,2	23,0	25,0	19,5
Ospedali e pronto soccorso	4,4	8,8	15,7	26,5	15,0
Ambulatori e consultori pubblici	6,3	15,0	14,0	22,0	14,9
<i>Servizi indicati come non facilmente accessibili a causa dei tempi di attesa</i>					
Ospedali e pronto soccorso	25,9	24,0	53,2	37,8	35,0
Ambulatori specialistici pubblici	24,4	20,4	36,2	34,9	29,6
Laboratori di analisi pubblici (ASL e ospedale)	26,7	17,7	29,9	27,4	25,9

Fonte: Indagine Censis, 2010.

Tabella 1.2 Opinioni in merito al medico di medicina generale (MMG) e al pediatra di libera scelta (PLS), per ripartizione geografica (valori %)

Intervistati che hanno indicato di essersi trovati nelle seguenti circostanze

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
A causa dell'inadeguatezza del proprio MMG è dovuto ricorrere a medici privati	9,1	12,2	18,2	14,7	13,6
Le è capitato che il suo MMG non abbia diagnosticato una condizione patologica emersa a controlli più approfonditi	4,7	6,3	15,2	14,1	10,5
Vorrebbe cambiare MMG, ma non è possibile perché non c'è disponibilità presso altri medici	5,9	2,3	7,4	5,8	5,4
A causa dell'inadeguatezza del suo PLS è dovuto ricorrere a medici privati	11,9	14,6	11,4	20,0	15,3
Le è capitato che il suo PLS non abbia diagnosticato una condizione patologica emersa a controlli più approfonditi	6,8	7,3	–	16,5	9,2
Vorrebbe cambiare PLS, ma non è possibile perché non c'è disponibilità presso altri medici	8,5	4,9	6,8	11,8	8,7
Ritiene che i servizi amministrativi della sua ASL siano efficienti e ben organizzati	73,9	83,7	51,5	54,3	64,4

Fonte: Indagine Censis, 2010.

bastanza frequenti e il 7,2% molto frequenti), mentre si attesta intorno al 90% circa nelle regioni settentrionali (*Tabella 1.4*).

Valori estremamente simili a quelli che si rilevano a proposito dell'opinione sulla probabilità che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico: lo ritiene poco o per nulla probabile il 69,7% complessivo, ma il dato scende al 51,1% al Sud e Isole (*Tabella 1.5*).

1.2. L'esperienza del ricovero ospedaliero

Le esperienze raccolte tra i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto cure ospedaliere in regime di ricovero, invece, confermano, nella sostanza, quanto rilevato in termini di opinioni e aspettative presso la popolazione generale, e i pazienti intervistati indicano in larghissima maggioranza di essere sostanzialmente soddisfatti per la qualità dei servizi

Tabella 1.3 Appartenenza del proprio medico di medicina generale a una forma associativa, per ripartizione geografica (valori %)**Il suo medico di medicina generale fa parte di una forma associativa con altri medici?**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, fa parte di una medicina in associazione	25,6	18,7	10,5	16,3	18,1
Sì, fa parte di una medicina in rete	–	3,7	2,6	2,0	1,9
Sì, fa parte di una medicina di gruppo	6,6	3,7	5,3	2,7	4,5
Sì, fa parte di un'UTAP (Unità territoriale di assistenza primaria) o di una Casa della Salute	–	0,5	0,4	0,2	0,3
Sì, fa parte di una forma associativa, ma non saprei quale	7,9	13,6	22,8	12,9	13,6
Per quanto ne so, no	59,9	59,8	58,4	65,9	61,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2010.

Tabella 1.4 Frequenza di casi di "malasanità" nella propria zona, per ripartizione geografica (valori %)**Secondo lei, quanto sono frequenti nella zona in cui vive i casi di "malasanità" (errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti)?**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto	0,6	2,3	3,6	7,2	3,8
Abbastanza	6,3	10,0	27,1	34,5	20,7
Poco	73,6	71,3	52,6	46,9	59,9
Per nulla	19,5	16,4	16,7	11,4	15,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie, 2010.

Tabella 1.5 Possibilità che un paziente ricoverato possa subire un grave errore medico, per ripartizione geografica (valori %)**Secondo lei, quanto è probabile che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico?**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto	0,9	2,8	5,4	9,2	5,0
Abbastanza	9,5	14,7	31,8	39,7	25,3
Poco	73,1	71,0	51,6	42,9	58,1
Per nulla	16,5	11,5	11,2	8,2	11,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie, 2010.

ricevuti. Sono mediamente circa 9 su 10 i pazienti che si dichiarano molto o abbastanza soddisfatti dei vari aspetti dell'assistenza indagati (dalla qualità degli interventi medici alla chiarezza delle informazioni ricevute, dalla disponibilità e gentilezza

del personale alla qualità delle strutture e dell'accoglienza) [Figura 1.7].

Nell'ambito di una relazione complessivamente positiva, tuttavia, va evidenziato il ricorrere di malfunzionamenti e distorsioni nell'erogazione

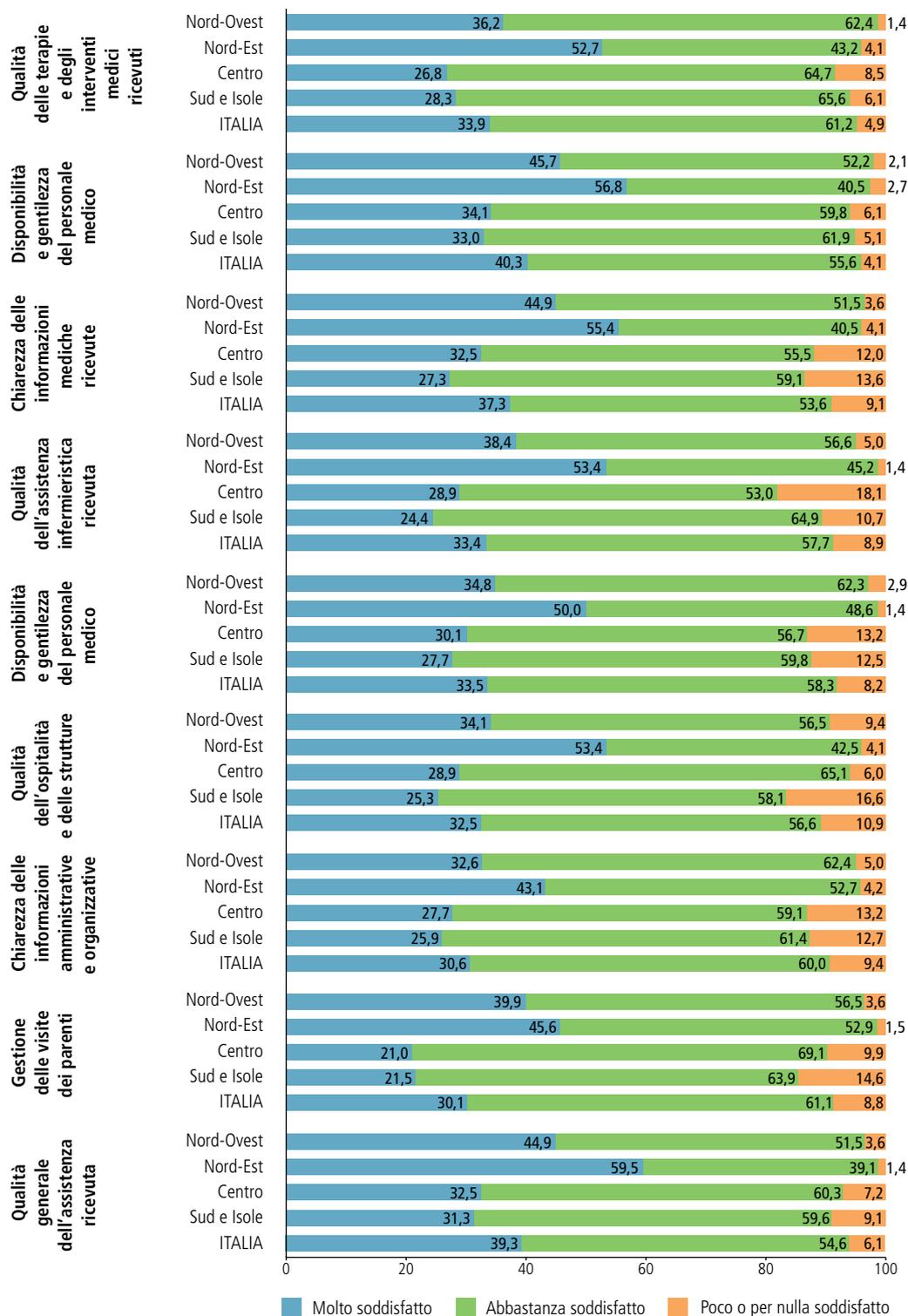


Figura 1.7 Livello di soddisfazione per i vari aspetti della degenza in ospedale: opinioni di chi ha avuto un ricovero nell'ultimo anno, per ripartizione geografica (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

dei servizi ospedalieri che, pur riguardando una minoranza di casi, mantengono una dimensione rilevante, specialmente in determinati contesti territoriali.

Le modalità di accesso al ricovero programmato risultano, per esempio, ancora frequentemente afflitte da una marcata ambiguità dei percorsi di presa in carico, che sconfinano spesso in personalismi e favoritismi, che trovano terreno fertile in strutture organizzative frequentemente percepite come iperburocratizzate e respingenti:

- è infatti 1 paziente su 3, tra quelli che hanno ricevuto un ricovero programmato, a dichiarare che prima di essere ricoverato ha dovuto farsi visitare privatamente o *intramoenia* dal medico dell'ospedale, pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico, e la percentuale sale al 41,6% tra i residenti al Sud e Isole;
- il 30% circa dichiara di aver dovuto seguire una trafila burocratica complessa e faticosa;

- il 21,4% (quasi il 30% al Centro e al Mezzogiorno) indica di aver dovuto ricorrere a conoscenze personali per facilitare il suo accesso in ospedale.

Altri segnali di criticità nell'assistenza, sempre abbondantemente minoritari ma comunque indicativi del persistere di modalità disfunzionali di gestione dei pazienti, sono stati rilevati a proposito della quotidianità nei reparti, ed è l'8% (il 14,5% al Mezzogiorno) ad aver passato almeno una giornata senza essere visitato, né ricevere trattamenti medici, senza che gli fosse chiaro il motivo, mentre è l'11,5% (il 18,1% al Sud e Isole) a indicare di aver ricevuto informazioni diverse da medici differenti (*Figura 1.8*).

Dunque la valutazione espressa dai pazienti sulla loro esperienza di ricovero rimane nel complesso positiva, benché emergano elementi, limitati a una minoranza significativa di casi, di malfunzionamento e di cattiva gestione (*Tabella 1.6*):

- il 3,9% ritiene di aver subito gravi errori dia-

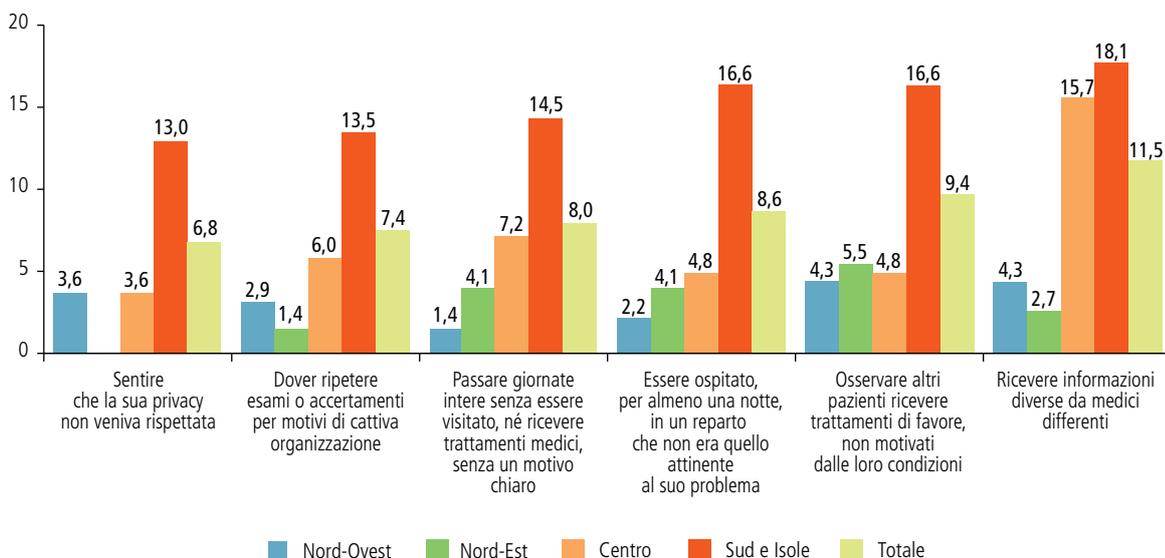


Figura 1.8 Eventi accaduti ai pazienti nel corso del ricovero ospedaliero, per ripartizione geografica (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

Tabella 1.6 Valutazioni ed esperienze relative alla degenza in ospedale, per ripartizione geografica (valori %)

Riguardo alla sua esperienza in ospedale...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Sente di essere stato vittima di disattenzioni sotto il profilo medico?</i>					
Sì	2,9	2,7	9,6	9,6	6,7
No	97,1	97,3	90,4	90,4	93,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ritiene di aver subito gravi errori diagnostici o terapeutici?</i>					
Sì	3,6	5,4	3,6	3,5	3,9
No	96,4	94,6	96,4	96,5	96,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Si è sentito sempre e puntualmente informato in modo corretto sulle sue condizioni e sui trattamenti che riceveva?</i>					
Sì	83,3	64,9	68,7	69,7	72,6
No	16,7	35,1	31,3	30,3	27,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ritiene che il suo follow-up dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione ecc.) sia stato organizzato e gestito adeguatamente?</i>					
Sì	89,9	73,0	74,7	77,8	79,9
No	10,1	27,0	25,3	22,2	20,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie, 2009.

gnostici o terapeutici, mentre il 6,7% pensa di essere stato vittima di disattenzioni sotto il profilo medico;

- è il 72,6% a sentire di essere stato sempre e puntualmente informato sulle sue condizioni, contro il 27,4% che pensa l'opposto;
- è il 79,9% che ritiene che il suo follow-up dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione ecc.) sia stato organizzato e gestito adeguatamente.

1.3. L'esperienza della diagnostica ambulatoriale

Un'ulteriore parte dell'indagine, infine, ha riguardato le opinioni e le esperienze degli *italiani che nel corso dell'ultimo anno si sono sottoposti ad ac-*

certamenti diagnostici strumentali ambulatoriali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

A questo proposito le informazioni raccolte permettono di delineare un quadro piuttosto preciso dei punti di forza e delle problematiche più frequenti. Infatti, è di nuovo un'ampia maggioranza a dichiararsi soddisfatta per la prestazione vera e propria, per quanto riguarda sia gli aspetti relazionali, sia quelli clinici (*Figura 1.9*).

La maggioranza del campione si esprime positivamente anche a proposito della gestione degli appuntamenti e dell'attesa sostenuta in ambulatorio prima di sottoporsi all'esame, per quanto quasi il 20% (valore che sale al 27% circa al Sud e nelle Isole) indichi a questo proposito di essere poco o per nulla soddisfatto, così come è circa 1 paziente su 5 a ritenersi insoddisfatto a proposito

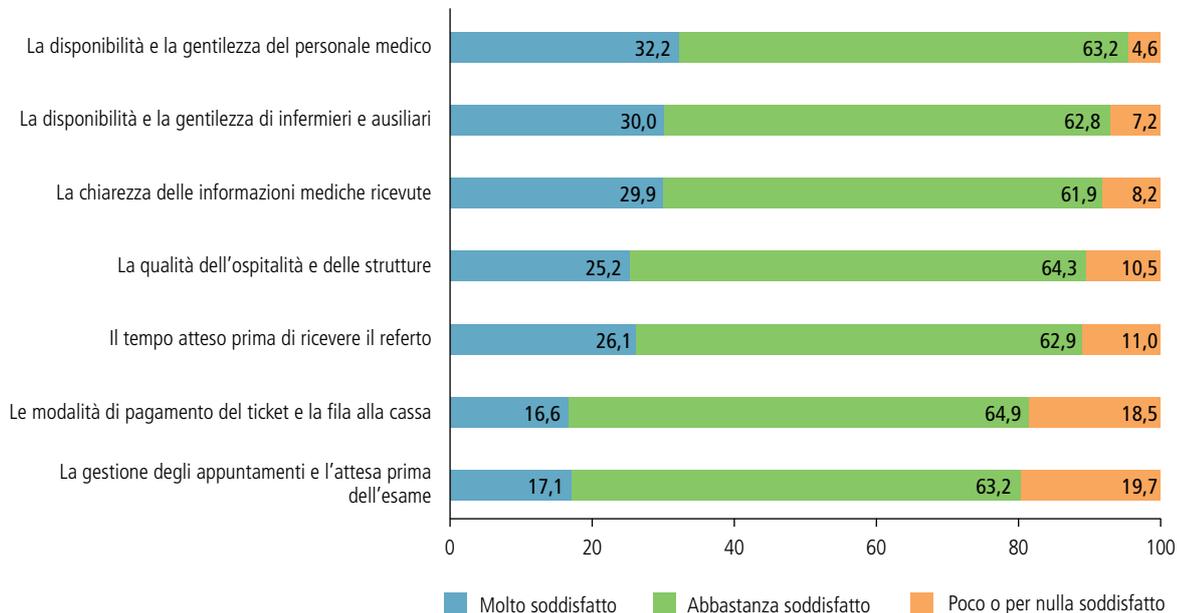


Figura 1.9 Livello di soddisfazione per i vari aspetti dell'erogazione dell'accertamento diagnostico ricevuto: opinioni di chi ha effettuato un accertamento nell'ultimo anno (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

delle modalità del pagamento del ticket e della fila alla cassa.

Ma è soprattutto dall'analisi dei dati relativi alla modalità di prenotazione degli accertamenti e dai giudizi espressi sulla lunghezza delle liste di attesa che emergono i fattori più problematici. Infatti:

- in modo piuttosto omogeneo tra le varie macroaree (seppure con valori più marcati al Sud e Isole) gli utenti si sono rivolti in quote minoritarie ai sistemi di prenotazione telefonica, sia ai Centri Unificati di Prenotazione (CUP) regionali (complessivamente il 31,0%) che ai servizi organizzati dalle singole aziende (il 21,3%), preferendo recarsi direttamente presso la struttura (il 47,7% del campione nazionale, dato che raggiunge il 59,2% al Mezzogiorno);
- tra chi si è rivolto al CUP regionale, il 57,5% ha indicato di aver dovuto attendere a lungo in linea prima di poter parlare con l'operatore, mentre, tra chi si è recato direttamente presso

la struttura in cui aveva scelto di sottoporsi all'esame diagnostico, il 48,7% (il 55,4% al Sud e Isole) ha dichiarato di aver atteso oltre 20 minuti allo sportello;

- il 36,4% ritiene di aver dovuto attendere troppo tempo in lista di attesa e il 17,5% pensa che se non ci fosse stata lista di attesa, o se questa fosse stata più breve, il suo percorso terapeutico sarebbe stato migliore, dunque ritiene che la lista di attesa abbia avuto delle ripercussioni negative sulle sue opportunità di cura.

Ed è proprio quello delle liste di attesa il nodo che, nel sistema di erogazione dei servizi diagnostici ambulatoriali, costituisce nell'opinione degli utenti intervistati l'aspetto che più necessita di un intervento migliorativo: è infatti il 70,6% degli intervistati a esprimersi in questo senso; il 27,2% ha indicato invece gli investimenti in macchinari più nuovi ed efficienti, mentre circa un quarto

Tabella 1.7 Durata media in giorni della lista di attesa, per tipo di struttura erogatrice e modalità di prenotazione (valori medi)

	Ha contattato telefonicamente il CUP regionale	Si è recato allo sportello della struttura scelta	Ha contattato telefonicamente la struttura scelta	Totale
Ospedale pubblico	76 giorni	50 giorni	40 giorni	57 giorni
Poliambulatorio pubblico	78 giorni	46 giorni	25 giorni	57 giorni
Struttura privata convenzionata	72 giorni	21 giorni	31 giorni	27 giorni
Totale	76 giorni	43 giorni	34 giorni	50 giorni

CUP, Centri Unificati di Prenotazione.

Fonte: Indagine Censis – Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie, 2009.

del campione ha indicato l'organizzazione degli appuntamenti (25,5%) e una percentuale pressoché analoga ha fatto riferimento all'organizzazione del sistema di prenotazione (25,9%); rimane invece residuale la percentuale relativa alla disponibilità e alla formazione del personale (6,7%).

Il tema delle attese risulta peraltro correlato in modo piuttosto evidente con la modalità di prenotazione e con il tipo di struttura in cui è stato

effettuato l'accertamento (Tabella 1.7). I tempi di attesa in lista risultano infatti sensibilmente più contenuti nelle strutture private convenzionate (mediamente 27 giorni contro i 50 complessivi), mentre tra chi si è rivolto a una struttura pubblica a rappresentare una determinante decisiva dei tempi di attesa è la modalità di prenotazione: chi si è rivolto al CUP regionale ha infatti dichiarato di aver atteso 76 giorni per l'ospedale pubblico e

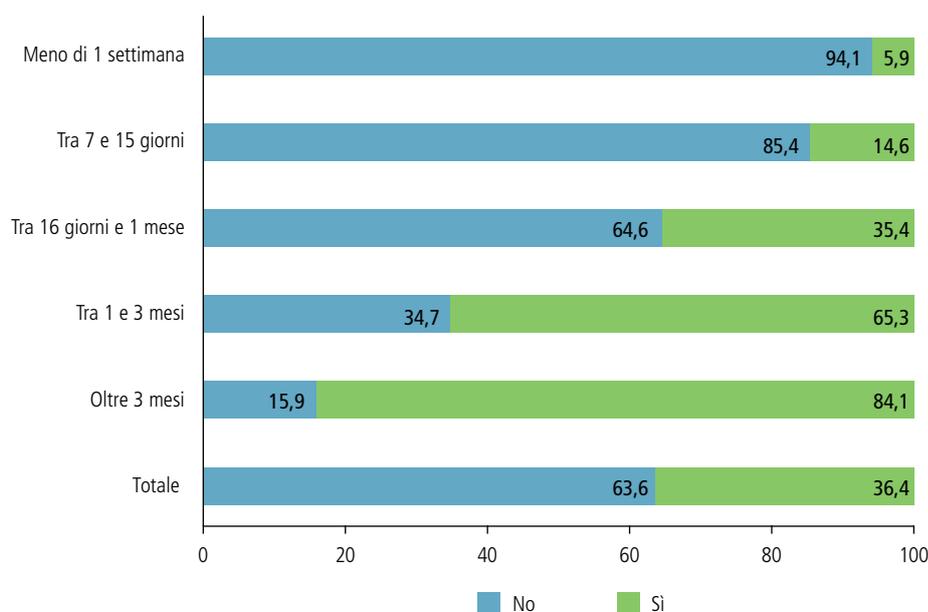


Figura 1.10 Ritiene di aver atteso troppo tempo in lista di attesa, per durata della lista di attesa (valori %). Fonte: Indagine Censis, 2010.

78 per il poliambulatorio territoriale, chi si è recato direttamente allo sportello ha indicato attese di 50 giorni per l'ospedale e 46 per il poliambulatorio, mentre per chi ha prenotato mediante contatto telefonico diretto con la struttura scelta ha poi atteso in lista ancora meno, 40 giorni per l'ospedale e 25 per il poliambulatorio.

I dati raccolti evidenziano, infine, il fatto che la durata di 1 mese sembra rappresentare una sorta di "soglia di tolleranza" della lista di attesa: osservando, infatti, l'andamento dell'opinione secondo la quale l'attesa è stata eccessiva, sulla base del tempo effettivamente atteso, emerge come questa opinione si mantenga minoritaria tra i rispondenti che hanno atteso meno di 1 mese (e raggiunga il 35,4% tra chi ha atteso tra 16 giorni e 1 mese), mentre diventa maggioritaria tra chi ha atteso più di un mese (il 65,3% tra chi ha atteso da 1 a 3 mesi) [Figura 1.10].

1.4. Conclusioni: prospettive e potenzialità

Nel complesso, il giudizio espresso dai cittadini italiani su servizi e prestazioni del SSN appare dunque positivo.

Certo è la natura stessa del SSN, universale e gratuito, a costituire le radici profonde e la ragione essenziale della fiducia dei cittadini: di fronte a un bisogno, importante e psicologicamente destabilizzante quale è il bisogno di salute, il SSN, comunque, risponde.

È con ogni probabilità per questo motivo che è proprio nelle articolazioni più capillari e accessibili, dunque visibili e tangibili del Servizio, quali la medicina generale e la farmaceutica territoriale, che si rilevano le percentuali più elevate di fiducia, nonostante il permanere di criticità, pure segnalate dai cittadini. E nello stesso tempo è la mancata accessibilità, legata alle liste di attesa o al sottodimensionamento dell'offerta (e dunque al suo ra-

zionamento implicito), a costituire nell'opinione degli italiani l'elemento di criticità più marcato. Tuttavia, perché un sistema di valutazione della qualità e di soddisfazione dal punto di vista degli utenti diventi uno strumento reale di miglioramento continuo della qualità dell'offerta, è fondamentale che le opinioni dei cittadini a proposito delle prestazioni ricevute siano parte integrante di un sistema di monitoraggio costante e sistematico, che permetta di costruire indicatori e di elaborare metodologie capaci di intercettare i segnali del malfunzionamento e di individuare i margini di miglioramento.

Lo studio realizzato rappresenta sotto questo punto di vista un'esperienza pilota fondamentale per la messa a punto di un sistema di valutazione della qualità che funzioni a regime.

Alcuni elementi essenziali per il corretto funzionamento del sistema sono già emersi:

- la valutazione di un servizio deve essere ottenuta immediatamente a seguito della fruizione;
- gli strumenti utilizzati devono essere semplici e comprensibili, ma volti a misurare anche aspetti tecnici del servizio, mantenendo sempre e comunque il punto di vista dell'utente;
- l'*audit* clinico rappresenta dunque uno strumento fondamentale per l'individuazione delle disfunzionalità, ma perché la valutazione sviluppi le proprie potenzialità in termini di effettivo miglioramento dei servizi è indispensabile integrare questa attività con un sistema di rilevazione della *customer satisfaction* puntuale e multidimensionale.

La rilevazione sulle *misure soggettive* deve quindi necessariamente coordinarsi con le attività di monitoraggio legate alle *misure oggettive*, e dunque con dati di attività raccolti per mezzo di sistemi di *audit* predisposti dal lato dell'erogatore: l'analisi incrociata dei due flussi rappresenterebbe, infatti,

uno strumento determinante per superare i limiti che ambedue le misure, lette singolarmente, presentano.

La *cross analysis* di opinioni e dati di attività permetterebbe, da un lato, di superare gli innumerevoli *bias*, legati tanto alle aspettative e ai percorsi psicologici individuali quanto alle specificità dei singoli territori, che inevitabilmente le rilevazioni su aspettative e soddisfazione implicano e, dal-

l'altro, offrirebbe l'opportunità di costruire dei *benchmark* finalmente multidimensionali a partire dall'analisi dei dati di erogazione.

L'obiettivo strategico della messa a punto di un tale meccanismo di monitoraggio integrato è chiaramente rappresentato dalla realizzazione di un set di indicatori strutturali e multidimensionali che diverrebbero parte integrante di un sistema di valutazione della qualità complessiva del Servizio.

2. Che cosa pensano gli italiani dell'offerta sanitaria

2.1. Le opinioni sui servizi

2.1.1. La diffusione e l'accessibilità dei servizi sanitari

Le opinioni dei cittadini sulla diffusione dei principali servizi sanitari permettono di mappare le valutazioni sul livello di copertura dell'offerta sanitaria e di verificare eventuali aree di criticità e di carenza. Ne emerge un quadro nel quale è condivisa la sensazione di prossimità con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e più in generale con tutti i soggetti che compongono l'universo dell'offerta sanitaria, che risultano dunque, secondo la maggioranza dei rispondenti, sufficientemente distribuiti. Oltre il 50% degli intervistati appare, infatti, rassicurato dalla presenza di tutte le articolazioni della filiera del servizio sanitario pubblico (a cui si aggiungono percentuali che oscillano tra il 10% e il 20% che addirittura sottolineano una sovrabbondanza di tali servizi/strutture), anche se con intensità che varia non solo rispetto alla tipologia di struttura/servizio (di minore e/o maggiore complessità), ma anche in relazione alle caratteristiche strutturali del campione. Accanto a questo segmento ampiamente maggioritario che giudica adeguata l'articolazione e il radicamento dei servizi permangono, tuttavia, percentuali di popolazione che si esprimono meno fa-

vorevolmente. Nello specifico, le strutture e i servizi pubblici per i quali viene segnalato in misura maggiore il problema del sottodimensionamento sono nell'ordine (*Tabella 2.1, Figure 2.1, 2.2 e 2.3*):

- le strutture di riabilitazione pubbliche e l'assistenza sanitaria domiciliare, rispettivamente dal 21,7% e dal 19,5%;
- gli ospedali/pronto soccorso, scarsamente presenti secondo il 15% dei rispondenti;
- gli ambulatori/consultori pubblici 14,9%.

Vi sono peraltro percentuali non marginali tra i rispondenti che evidenziano la mancanza nella propria zona anche di servizi sanitari privati: secondo il 17,5% degli intervistati la propria area di residenza è sprovvista di un numero sufficiente di cliniche private, così come di strutture private per la riabilitazione secondo il 15,1%.

Una richiesta di ampliamento della platea dei servizi sanitari, dunque, che interessa con numeri di una certa consistenza anche il segmento privato e per il quale si possono ipotizzare diverse motivazioni: da un lato le nuove consapevolezze di un paziente sempre più informato e proattivo richiedono la compresenza di tutta la gamma dei servizi sul territorio, tra i quali sarà poi chiamato a scegliere, dall'altro le inefficienze del servizio pubblico e/o le eventuali esperienze negative consigliano una maggiore diffusione di sanità privata, che

Tabella 2.1 Opinioni circa la diffusione dei principali servizi sanitari presenti nel territorio, per ripartizione geografica (valori %)

Come definirebbe la presenza dei servizi sanitari nel territorio in cui vive?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Ospedali, pronto soccorso</i>					
Eccessivamente presenti	15,7	12,8	4,7	4,5	9,1
Sufficientemente presenti	79,6	76,6	77,9	67,0	74,5
Scarsamente presenti	4,4	8,8	15,7	26,5	15,0
Non sa	0,3	1,8	1,7	2,0	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Medici di medicina generale</i>					
Eccessivamente presenti	18,2	15,5	9,8	9,9	13,2
Sufficientemente presenti	76,8	80,0	87,6	81,4	81,2
Scarsamente presenti	4,1	2,7	1,3	6,7	4,1
Non sa	0,9	1,8	1,3	2,0	1,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Pediatrati di libera scelta</i>					
Eccessivamente presenti	11,3	11,1	5,5	8,7	9,2
Sufficientemente presenti	61,1	59,2	59,1	56,4	58,8
Scarsamente presenti	8,2	4,0	2,6	11,9	7,5
Non sa	19,4	25,7	32,8	23,0	24,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Farmacie</i>					
Eccessivamente presenti	21,0	33,2	18,3	28,0	25,2
Sufficientemente presenti	75,2	64,2	78,2	67,6	71,1
Scarsamente presenti	1,9	0,4	2,6	3,2	2,2
Non sa	1,9	2,2	0,9	1,2	1,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Cliniche private</i>					
Eccessivamente presenti	12,9	12,8	7,7	15,3	12,7
Sufficientemente presenti	64,2	59,4	65,0	49,3	58,3
Scarsamente presenti	10,7	15,0	17,9	24,0	17,5
Non sa	12,2	12,8	9,4	11,4	11,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ambulatori e consultori pubblici</i>					
Eccessivamente presenti	11,6	12,4	5,5	7,4	9,1
Sufficientemente presenti	77,7	64,2	72,0	64,7	69,5
Scarsamente presenti	6,3	15,0	14,0	22,0	14,9
Non sa	4,4	8,4	8,5	5,9	6,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Studi medici privati</i>					
Eccessivamente presenti	17,9	17,7	9,4	14,6	15,0
Sufficientemente presenti	68,6	65,0	68,1	66,1	67,0
Scarsamente presenti	4,7	5,8	10,2	13,1	8,9
Non sa	8,8	11,5	12,3	6,2	9,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(continua)

(segue)

Tabella 2.1 Opinioni circa la diffusione dei principali servizi sanitari presenti nel territorio, per ripartizione geografica (valori %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Laboratori di analisi pubblici (ASL e ospedale)</i>					
Eccessivamente presenti	15,4	16,4	5,1	9,4	11,5
Sufficientemente presenti	75,5	70,7	74,9	71,8	73,2
Scarsamente presenti	6,3	10,2	14,5	15,1	11,7
Non sa	2,8	2,7	5,5	3,7	3,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Assistenza sanitaria domiciliare pubblica</i>					
Eccessivamente presenti	9,4	10,2	4,3	4,7	6,9
Sufficientemente presenti	62,7	55,7	54,0	57,4	57,9
Scarsamente presenti	13,8	14,2	23,0	25,0	19,5
Non sa	14,1	19,9	18,7	12,9	15,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Laboratori di analisi e centri diagnostici privati</i>					
Eccessivamente presenti	14,1	14,2	9,8	11,6	12,4
Sufficientemente presenti	67,4	64,6	69,3	66,9	67,1
Scarsamente presenti	4,4	8,4	7,7	11,4	8,2
Non sa	14,1	12,8	13,2	10,1	12,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Strutture di riabilitazione pubbliche</i>					
Eccessivamente presenti	8,8	8,4	3,0	4,2	6,0
Sufficientemente presenti	66,1	55,3	56,1	55,2	58,4
Scarsamente presenti	15,4	17,7	24,7	27,2	21,7
Non sa	9,7	18,6	16,2	13,4	13,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Strutture di riabilitazione private</i>					
Eccessivamente presenti	9,7	9,7	4,3	7,2	7,8
Sufficientemente presenti	57,7	57,1	60,8	54,5	57,1
Scarsamente presenti	12,2	11,1	11,5	21,9	15,1
Non sa	20,4	22,1	23,4	16,4	20,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

dunque viene richiesta come un'opzione della quale poter nel caso usufruire.

Come emerso dall'indagine, una delle aree di maggiore criticità è rappresentata dalla riabilitazione, per la quale un numero sensibile di italiani rileva scarsa diffusione di strutture (il 21,7% denota la carenza della riabilitazione pubblica e il 15,1% la carenza della riabilitazione privata).

L'analisi dei dati sotto il profilo geografico consente

di verificare come le opinioni circa la diffusione dei servizi siano piuttosto diversificate a seconda dei contesti di riferimento. In particolare, la situazione del Sud e delle Isole si contraddistingue per il maggior numero di segnalazioni relative alla carenza dei servizi/strutture. Le lagnanze vengono espresse da percentuali significative di questa area nei confronti di tutti i servizi pubblici, e in particolare verso alcuni dei perni del SSN, quali le

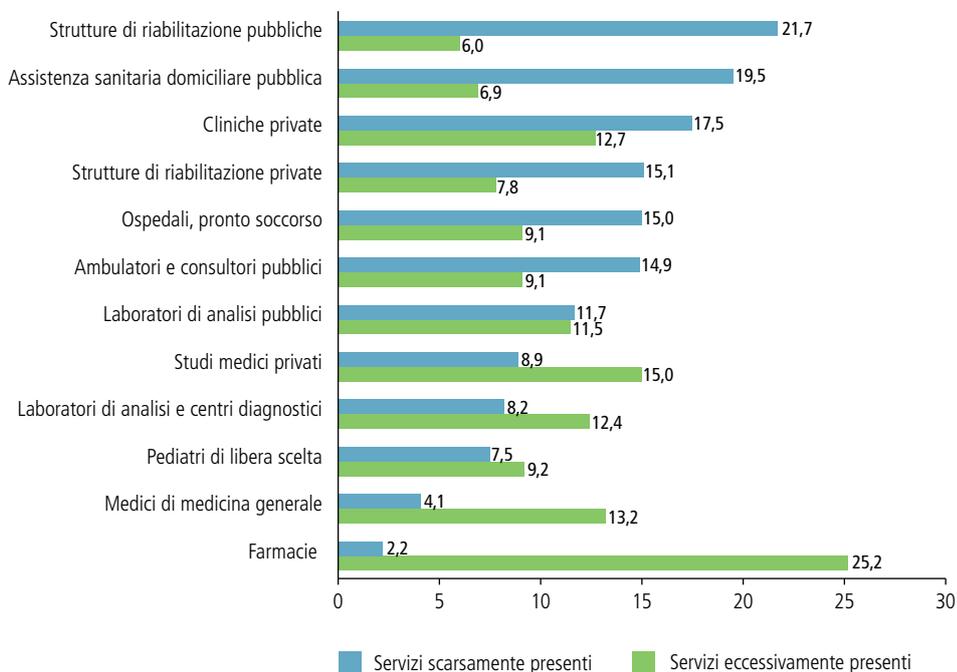


Figura 2.1 Le disfunzioni del servizio sanitario (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

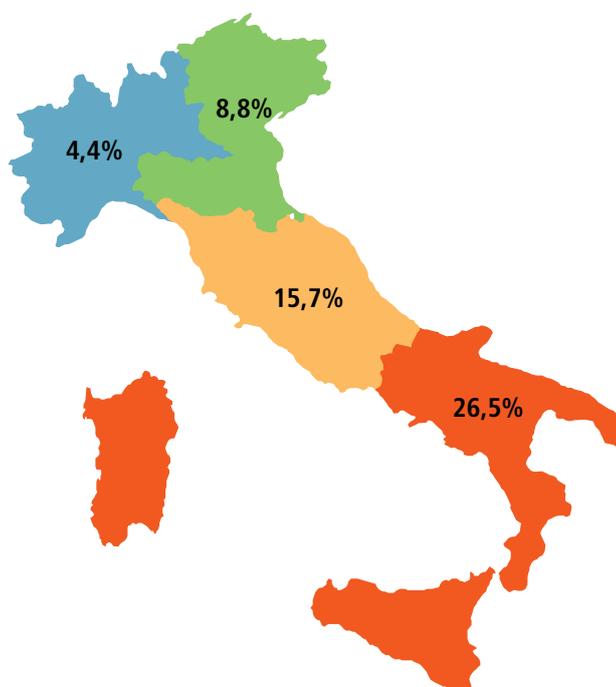


Figura 2.2 Italiani che ritengono gli ospedali/pronto soccorso scarsamente presenti nella propria area di residenza (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

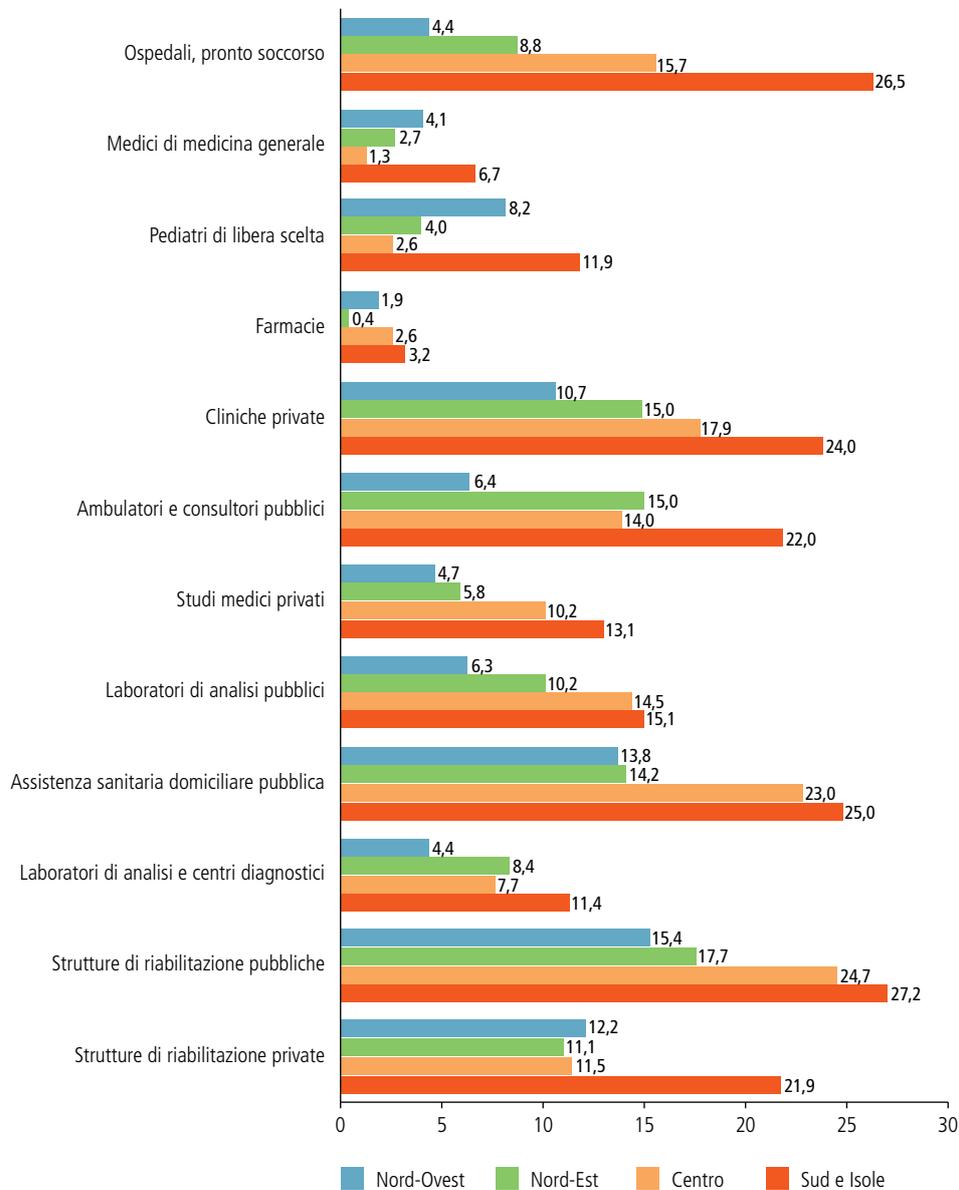


Figura 2.3 Opinione sui servizi sanitari scarsamente presenti, per area geografica (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

strutture pubbliche di riabilitazione (27,2%), l'ospedale/pronto soccorso (26,5%), l'assistenza sanitaria domiciliare pubblica (25,0%), gli ambulatori e i consultori pubblici (22,0%) e il pediatra di libera scelta (11,9%). Una mancanza di servizi sentita da una parte non marginale della popolazione meridionale, che si allarga fino a compren-

dere il comparto privato [le opinioni circa la mancanza delle cliniche private è di poco inferiore (24%) all'indicazione degli ospedali, così come il dato circa le strutture di riabilitazione private (21,9%) è in linea con quello relativo alla mancanza delle strutture pubbliche di riabilitazione]. Al Sud e nelle Isole esiste dunque una percentuale

Tabella 2.2 Opinioni circa l'accessibilità dei servizi sanitari presenti nel territorio, per ripartizione geografica (valori %)

Ritiene che i servizi sanitari pubblici presenti sul territorio in cui vive siano facilmente accessibili?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Ospedali, pronto soccorso</i>					
Sì	69,0	67,4	37,7	48,3	55,4
No, soprattutto per la scarsità di strutture	4,8	5,4	9,1	13,7	8,8
No, soprattutto per i tempi di attesa	25,9	24,0	53,2	37,8	35,0
No, soprattutto per gli orari di apertura	0,3	3,2	–	0,2	0,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Medici di medicina generale</i>					
Sì	87,1	80,0	85,6	77,5	82,1
No, soprattutto per la scarsità di strutture	4,0	4,2	1,3	5,0	3,8
No, soprattutto per i tempi di attesa	4,6	14,4	10,9	14,0	11,0
No, soprattutto per gli orari di apertura	4,3	1,4	2,2	3,5	3,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Farmacie</i>					
Sì	95,6	97,1	97,3	93,2	95,5
No, soprattutto per la scarsità di strutture	0,7	1,9	0,9	3,0	1,7
No, soprattutto per i tempi di attesa	0,7	0,5	1,8	3,0	1,7
No, soprattutto per gli orari di apertura	3,0	0,5	–	0,8	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ambulatori specialistici pubblici</i>					
Sì	72,0	72,6	49,1	52,7	60,9
No, soprattutto per la scarsità di strutture	2,6	6,5	14,7	10,6	8,5
No, soprattutto per i tempi di attesa	24,4	20,4	36,2	34,9	29,6
No, soprattutto per gli orari di apertura	1,0	0,5	–	1,8	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Laboratori di analisi pubblici (ASL e ospedale)</i>					
Sì	70,8	72,5	58,5	62,2	65,7
No, soprattutto per la scarsità di strutture	1,9	8,4	11,6	8,9	7,4
No, soprattutto per i tempi di attesa	26,7	17,7	29,9	27,4	25,9
No, soprattutto per gli orari di apertura	0,6	1,4	–	1,5	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Strutture di riabilitazione pubbliche</i>					
Sì	63,1	68,0	49,5	50,2	56,9
No, soprattutto per la scarsità di strutture	12,1	11,5	28,6	21,8	18,5
No, soprattutto per i tempi di attesa	23,8	19,0	19,5	25,7	22,8
No, soprattutto per gli orari di apertura	1,0	1,5	2,4	2,3	1,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

sensibile di cittadini che si sente poco protetta dalla rete dei servizi sanitari, una sensazione che coinvolge tutti i servizi, a esclusione di due dei servizi cardine della medicina del territorio: il medico di medicina generale (MMG) e la farmacia.

In relazione al tema dell'accesso ai servizi sanitari pubblici, la rilevazione ha permesso di evidenziare come esso non costituisca, per la maggior parte dei rispondenti, un elemento particolarmente problematico (*Tabella 2.2*).

Tuttavia, a fronte di un giudizio generalmente favorevole esistono quote di rispondenti che non omettono di lamentare difficoltà nell'accessibilità ad alcune strutture/servizi, nella maggior parte dei casi legate ai tempi di attesa.

Se si escludono le farmacie e la medicina generale, che maturano percentuali di rispondenti che li giudicano massimamente accessibili (95,5% per le prime e 82,1% per i secondi), le altre fattispecie evidenziano, infatti, tassi di scontenti più consistenti.

Particolarmente complessa appare, secondo i giudizi degli intervistati, la fruizione alle strutture ospedaliere, che risulta limitata per quasi il 45% dei rispondenti, e in particolare per il 35% è resa difficile dalle lunghe liste d'attesa.

Un dato che varia sensibilmente sotto il profilo territoriale: nelle regioni del Centro la situazione appare decisamente critica (oltre il 50% giudica gli ospedali difficilmente accessibili in virtù delle lunghe liste d'attesa), così come al Sud, dove alle complicazioni connesse al tempo di attesa (37,8%) si sommano le indicazioni circa la scarsità di strutture (13,7%).

Peraltro, la considerazione sui tempi di attesa per la fruizione dell'assistenza ospedaliera riguarda anche l'area settentrionale del Paese, laddove un quarto dei residenti concorda nel dichiarare che le strutture ospedaliere e i pronto soccorso sono difficilmente accessibili proprio per questo motivo. La dimensione dell'accesso risulta problematica anche per alcuni servizi della medicina del territorio, e in particolare:

- per quanto concerne gli ambulatori specialistici pubblici, a fronte del 61% circa che li trova facilmente fruibili, il 29,6% segnala le difficoltà connesse ai lunghi tempi di attesa;
- una considerazione che riecheggia anche nei giudizi espressi in relazione ai laboratori di analisi del SSN, laddove a fronte di un maggiore livello di soddisfazione circa la loro accessibilità (il 65,7% li giudica facilmente ac-

cessibili) permane una percentuale consistente di critici (25,9% per i tempi di attesa);

- infine le strutture di riabilitazione, che scontano, così come era emerso in precedenza, la scarsa diffusione sul territorio nazionale che nei fatti diventa un fattore consistente (18,5%) di inaccessibilità e che si affianca alla cronica lentezza dei tempi di accesso (22,8%).

Anche per questa batteria di servizi appare evidente come esista un'Italia a duplice velocità: con il Centro-Sud che rileva maggiori difficoltà di accesso ai servizi sanitari pubblici, in gran parte determinate dai tempi di attesa, o nel caso delle strutture di riabilitazione da una dotazione infrastrutturale meno completa.

Sui giudizi relativi alle difficoltà di accesso all'ospedale pesano, inoltre, fattori di ordine anagrafico e legati al livello di benessere psicofisico dei rispondenti; naturalmente le difficoltà si acuiscono per quelle quote di cittadini più deboli che con maggiore difficoltà si trovano a dover gestire gli ostacoli posti dalla scarsa diffusione e accessibilità.

2.1.2. La qualità percepita

Le opinioni raccolte presso la popolazione generale a proposito della qualità dei principali servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio italiano evidenziano la netta prevalenza dei giudizi positivi, soprattutto per quanto riguarda le farmacie (che garantiscono un servizio di qualità buona secondo il 62,4% dei rispondenti e di qualità sufficiente secondo il 35,4%). Il servizio offerto negli studi medici viene considerato di qualità buona da circa il 44% del campione e sufficiente da circa il 48%, con valori estremamente simili sia per quanto riguarda gli studi medici privati sia quelli dei MMG, mentre i pediatri di libera scelta (PLS) ricevono indicazioni di soddisfazione leggermente inferiori (40,3% buona e

49,9% sufficiente), per quanto comunque ampiamente maggioritarie (Figura 2.4).

Di fatto, seppure con margini di variazione relativamente ampi e che riguardano soprattutto la distribuzione dei giudizi positivi tra gli *item* “buona” e “sufficiente”, la maggior parte degli intervistati ha espresso un’opinione complessivamente favorevole sulla qualità dei servizi disponibili sul suo territorio: i tassi di risposta meno positivi si riscontrano a proposito delle strutture di riabilitazione pubbliche e dell’assistenza sanitaria domiciliare pubblica, servizi per i quali poco meno del 30% ha indicato una qualità mediocre o scarsa, contro il 70% di opinioni di segno inverso.

Osservando i dati nel dettaglio, tuttavia, emergono alcuni spunti meritevoli di approfondimento:

- è solo a proposito delle farmacie che si registra la maggioranza assoluta di indicazioni totalmente positive (62,4% di buona qualità), mentre è solo nel caso delle cliniche private che la valutazione di buona qualità rappresenta il

dato più alto della distribuzione (il 44,2% contro il 43,8% relativo a qualità sufficiente e il 12% di qualità mediocre o scarsa);

- i valori relativi al livello di qualità sufficiente risultano maggioritari (e tendenzialmente simili) per tutti gli altri servizi considerati, a dimostrazione del fatto che, se nel complesso prevale un’opinione positiva, di fatto questa non esclude minimamente l’esistenza di margini di miglioramento importanti;
- in considerazione della centralità che l’ospedale e il pronto soccorso rivestono nel sistema delle cure e dell’assistenza, appare assolutamente significativo il fatto che nella graduatoria della qualità percepita questi servizi si posizionino tra le ultime posizioni (il 33,8% li considera di buona qualità, il 44,7% li definisce sufficienti e il 19,2% mediocri o scarsi);
- similmente, si posizionano al fondo della graduatoria le articolazioni più significative della sanità del territorio, caratterizzate peraltro dai

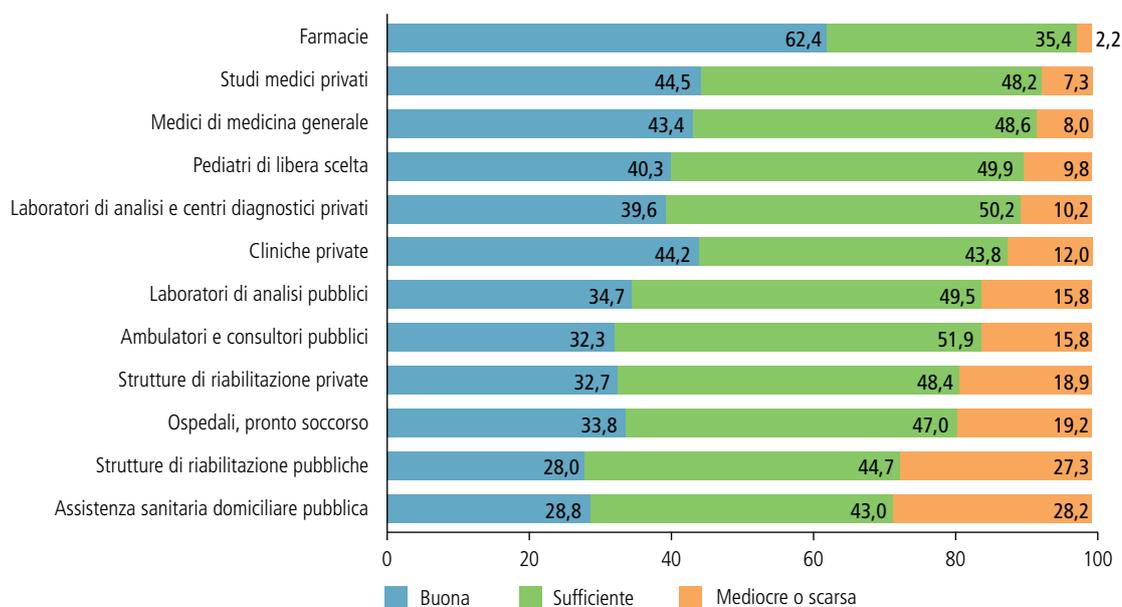


Figura 2.4 Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 2.3 Qualità complessiva percepita dei principali servizi sanitari pubblici disponibili sul territorio, per ripartizione geografica (valori %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Ospedali, pronto soccorso</i>					
Buona	50,1	45,6	27,7	17,7	33,8
Sufficiente	41,4	39,7	46,8	55,7	47,0
Mediocre	6,0	9,8	21,6	19,4	14,4
Scarsa	2,5	4,9	3,9	7,2	4,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ambulatori e consultori pubblici</i>					
Buona	46,3	42,9	32,6	15,7	32,3
Sufficiente	45,9	48,7	45,1	62,1	51,9
Mediocre	6,8	7,5	20,5	17,7	13,4
Scarsa	1,0	0,9	1,8	4,5	2,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Medici di medicina generale</i>					
Buona	56,4	52,7	46,3	26,2	43,4
Sufficiente	38,6	40,2	45,0	63,4	48,6
Mediocre	4,4	5,8	7,8	8,4	6,7
Scarsa	0,6	1,3	0,9	2,0	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Assistenza sanitaria domiciliare pubblica</i>					
Buona	39,8	39,0	36,1	11,3	28,8
Sufficiente	34,6	42,0	34,1	54,6	43,0
Mediocre	17,6	14,9	19,7	18,2	17,7
Scarsa	8,0	4,1	10,1	15,9	10,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Strutture di riabilitazione pubbliche</i>					
Buona	39,4	39,5	29,1	12,9	28,0
Sufficiente	38,2	43,6	39,4	53,1	44,7
Mediocre	14,5	13,8	16,5	21,3	17,2
Scarsa	7,9	3,1	15,0	12,7	10,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

livelli più avanzati di integrazione, ossia l'assistenza sanitaria domiciliare e le strutture di riabilitazione pubbliche (le valutazioni di qualità mediocre o scarsa sono pari, rispettivamente, al 28,2% e al 27,3%).

Come emerso già in numerose indagini condotte dal Censis, la variabile che esercita il peso maggiore sulla qualità dei servizi percepita dai cittadini è rappresentata dalla ripartizione territoriale di residenza dei rispondenti (*Tabella 2.3*).

Si osserva, infatti, a proposito di pressoché tutti i servizi considerati la tendenza delle indicazioni positive a calare lungo l'asse nord-sud, tendenza che si enuclea soprattutto nello spostamento di percentuali piuttosto ampie di indicazioni dalla modalità "buona" a quella "sufficiente".

Inoltre, considerando in particolare i più strategici tra i servizi pubblici si denota il riproporsi di una dinamica osservata spesso a proposito della soddisfazione per i servizi sanitari, pertanto i dati relativi

alle due ripartizioni settentrionali risultano generalmente simili tra loro, e positivi, quelli delle regioni meridionali delineano un quadro di maggiore criticità, mentre quelli del centro si allineano alla media nazionale. Questa tendenza generale fa osservare però alcune variazioni: in particolare, per quanto riguarda i servizi ospedalieri e quelli ambulatoriali i tassi rilevati al Centro risultano più simili a quelli del Mezzogiorno che non a quelli medi nazionali. La qualità degli ospedali è definita mediocre o scarsa dal 25,5% dei residenti al Centro e dal 26,6% di quelli del Sud e Isole, contro il 20% circa della media nazionale, mentre a proposito dei servizi consultoriali e ambulatoriali le indicazioni in questo senso superano il 20% al Centro e al Mezzogiorno, contro l'8% circa delle ripartizioni settentrionali e il 15,8% medio nazionale.

Il *gap* che separa la qualità dei servizi sanitari nelle varie zone del Paese, almeno a livello di percezione dei cittadini, non sembra accennare a ridursi, anzi i dati suggeriscono che, in uno scenario comunque caratterizzato dalla variabilità (sintetizzata dal prevalere delle indicazioni di qualità sufficiente), vadano acuendosi le differenze tra le regioni settentrionali e il resto del Paese, che sembra essere rimasto indietro non solo su quelle articolazioni dei servizi territoriali tradizionalmente deficitarie al di fuori dei contesti d'eccellenza (come i servizi domiciliari e riabilitativi), ma anche per quello che concerne il nucleo storico dell'assistenza sanitaria, ossia l'ospedale, le cure ambulatoriali e, seppure in misura minore, anche le cure primarie.

2.2. Le opinioni sul sistema delle cure primarie

2.2.1. Il medico di medicina generale

L'approfondimento delle opinioni dei cittadini a proposito dell'assistenza sanitaria assicurata dai medici di famiglia, in effetti, permette di osservare

come anche nella solida fiducia che tradizionalmente viene riposta nei MMG esistano delle zone d'ombra, che sembrano riguardare soprattutto alcuni contesti territoriali.

Nel complesso, infatti, la maggior parte degli intervistati si esprime in termini di sostanziale soddisfazione per i vari aspetti del servizio garantito dal proprio MMG: le capacità professionali, quelle relazionali e il modo di intendere la sua professione (aspetti a proposito dei quali circa la metà del campione si considera molto soddisfatto e oltre il 40% abbastanza soddisfatto) costituiscono elementi per i quali la soddisfazione è ampiamente maggioritaria (*Figura 2.5*).

Anche per gli altri aspetti considerati (la sistemazione dell'ambulatorio, l'organizzazione del servizio, gli orari di apertura, la reperibilità fuori orario e la disponibilità a effettuare visite domiciliari) le percentuali di intervistati che si ritengono soddisfatti rimangono maggioritarie, per quanto sulle indicazioni di massima soddisfazione (che oscillano per questi aspetti intorno a valori compresi tra il 33% e il 36% circa) prevalgano in modo più consistente le indicazioni intermedie (i rispondenti sono abbastanza soddisfatti nella metà circa dei casi, con valori che variano dal 54,4% relativo alla sistemazione dell'ambulatorio al 46,9% rilevato per la disponibilità alle visite domiciliari), tendenza che anche in questo caso sottolinea il permanere di margini importanti di miglioramento nella strutturazione e organizzazione dei servizi e anche nelle garanzie di copertura offerte dal servizio. Le indicazioni di poca o nulla soddisfazione raggiungono i valori più significativi, infatti, a proposito dell'organizzazione (12,6%), degli orari e della reperibilità (16,4%) e delle visite domiciliari (19,6%).

Di nuovo a pesare in modo più vistoso sui dati è la variabile territoriale, anche se in questo caso le criticità più evidenti si rilevano maggiormente

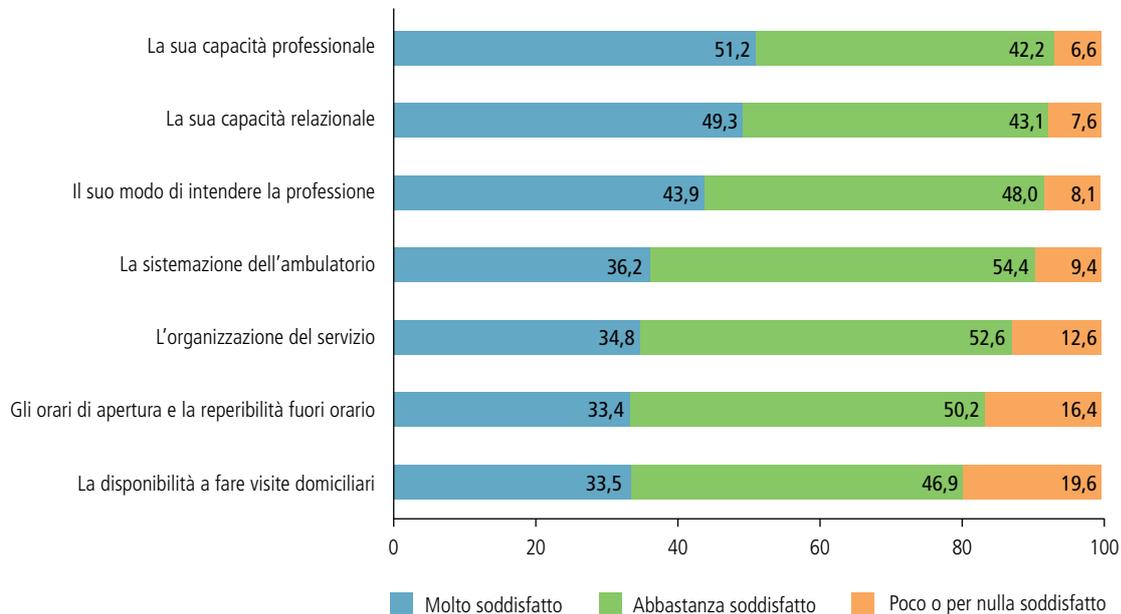


Figura 2.5 Livello di soddisfazione del proprio medico di medicina generale (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

nelle regioni del Centro che al Mezzogiorno: è infatti solo a proposito dell'allestimento dell'ambulatorio, dell'adeguatezza dello studio e della sala d'attesa che al Sud e Isole le percentuali di insoddisfazione risultano sensibilmente più alte rispetto alla media nazionale (poco o per nulla soddisfatti nel 12,2% dei casi contro il 9,4% medio), mentre al Centro risultano generalmente più alti i valori in questo senso soprattutto a proposito della reperibilità dei medici e dell'apertura degli studi (oltre il 20% di poco o per nulla soddisfatti) e delle visite domiciliari (23,6% contro il 19,6% medio). Alla luce dei dati incrociati per l'ampiezza del comune di residenza dei rispondenti appare in effetti probabile che le problematiche più evidenti siano legate alla dimensione urbana e metropolitana dei servizi di assistenza primaria: è infatti tra i rispondenti dei comuni con più di 100.000 abitanti e soprattutto di quelli con 250.000 o più abitanti che si rilevano le percen-

tuali di insoddisfazione più alte a proposito dell'apertura degli studi e della reperibilità (circa il 30%) e dell'organizzazione del servizio (circa il 20%), mentre la disponibilità a effettuare visite domiciliari rappresenta un motivo di insoddisfazione soprattutto nelle grandi città, dove le indicazioni di poca o nulla soddisfazione raggiungono il 36,8% contro il 19,6% medio (*Tabella 2.4*).

Le variabili sociodemografiche, e in particolare l'età e le condizioni di salute dei rispondenti, pur esercitando un certo peso sulla soddisfazione degli intervistati (pertanto i più anziani e le persone in condizioni sanitarie più precarie esprimono tendenzialmente opinioni più critiche), rappresentano invece un elemento meno determinante e fanno osservare oscillazioni complessivamente abbastanza limitate.

Peraltro, risultano sostanzialmente in linea con questi dati le percentuali, ampiamente minoritarie, di intervistati che si sono trovati a sperimentare

Tabella 2.4 Livello di soddisfazione rispetto al proprio medico di medicina generale, per ampiezza demografica del comune di residenza (valori %)

In particolare, per quanto riguarda il suo medico di medicina generale, indichi il suo livello di soddisfazione per i seguenti aspetti

	Fino a 30.000 abitanti	30.000-100.000 abitanti	100.000-250.000 abitanti	Oltre 250.000 abitanti	Totale
<i>La sistemazione dell'ambulatorio</i>					
Molto soddisfatto	35,6	35,6	43,8	35,3	36,2
Abbastanza soddisfatto	55,3	61,2	39,3	49,7	54,4
Poco soddisfatto	7,9	3,2	16,9	11,8	8,2
Per nulla soddisfatto	1,2	–	–	3,2	1,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Gli orari di apertura e la reperibilità fuori orario</i>					
Molto soddisfatto	34,7	33,1	36,0	28,3	33,4
Abbastanza soddisfatto	49,5	63,3	34,8	42,3	50,2
Poco soddisfatto	14,4	2,8	27,0	25,7	14,7
Per nulla soddisfatto	1,4	0,8	2,2	3,7	1,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>L'organizzazione del servizio</i>					
Molto soddisfatto	36,5	32,8	39,8	29,2	34,8
Abbastanza soddisfatto	51,0	62,4	37,5	51,8	52,6
Poco soddisfatto	11,2	4,0	18,2	16,8	11,0
Per nulla soddisfatto	1,3	0,8	4,5	2,2	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La disponibilità a fare visite domiciliari</i>					
Molto soddisfatto	37,0	30,3	32,6	26,5	33,5
Abbastanza soddisfatto	46,6	56,5	42,6	36,7	46,9
Poco soddisfatto	13,6	10,4	16,9	27,6	15,4
Per nulla soddisfatto	2,8	2,8	7,9	9,2	4,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Il suo modo di intendere la professione</i>					
Molto soddisfatto	46,4	38,6	49,5	40,3	43,9
Abbastanza soddisfatto	45,7	56,2	48,3	44,1	48,0
Poco soddisfatto	7,1	4,8	2,2	12,4	7,1
Per nulla soddisfatto	0,8	0,4	–	3,2	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La sua capacità relazionale</i>					
Molto soddisfatto	49,9	54,0	50,5	40,6	49,3
Abbastanza soddisfatto	42,7	41,6	46,1	45,0	43,1
Poco soddisfatto	6,8	4,0	3,4	11,2	6,7
Per nulla soddisfatto	0,6	0,4	–	3,2	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La sua capacità professionale</i>					
Molto soddisfatto	52,2	53,8	54,0	43,4	51,2
Abbastanza soddisfatto	41,6	41,8	44,9	43,3	42,2
Poco soddisfatto	5,4	3,2	1,1	11,2	5,6
Per nulla soddisfatto	0,8	1,2	–	2,1	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

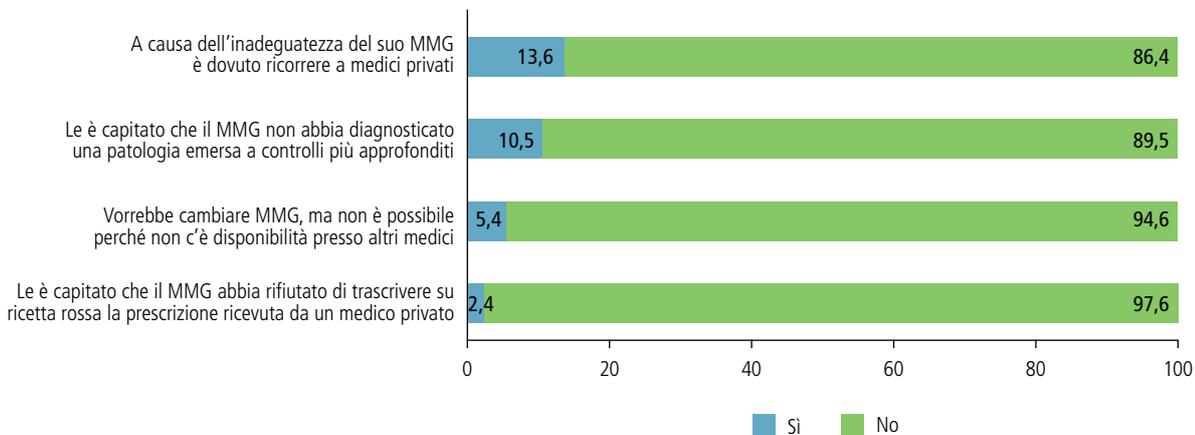


Figura 2.6 Problemi nel rapporto con il proprio medico di medicina generale (MMG) [valori %]. Fonte: Indagine Censis - Ccm, 2009.

alcune specifiche difficoltà nel rapporto con il MMG, in particolare (Figura 2.6):

- solo al 2,4% dei rispondenti è capitato che il MMG si sia rifiutato di trascrivere su ricetta rossa una prescrizione ricevuta da un medico privato, mentre è pari al 5,4% la percentuale relativa a quanti vorrebbero poter cambiare il proprio medico, ma non possono per la scarsa disponibilità di professionisti convenzionati nella loro zona di residenza;
- al 10,5% del campione è capitato che il suo MMG non abbia diagnosticato una condizione patologica emersa invece a controlli più approfonditi e il 13,6% è dovuto ricorrere a medici privati per l'inadeguatezza del suo MMG.

Si tratta di dati che offrono diversi spunti di riflessione; da un lato, infatti, emerge in modo evidente come il rapporto con il MMG, e in generale con il sistema delle cure primarie, sia complessivamente positivo e soddisfacente per una larga maggioranza di cittadini, dall'altra le quote, seppur minoritarie, di quanti indicano alcune specifiche criticità sottolineano la necessità di mantenere alta l'attenzione da parte dell'amministrazione sanitaria sulla qualità e sull'organizzazione dei ser-

vizi, dal momento che circa 1 paziente su 10 ha scoperto con controlli più approfonditi problemi di salute che il MMG non aveva individuato, e che con frequenza leggermente maggiore i pazienti hanno ritenuto necessario rivolgersi al privato a causa dell'inadeguatezza del loro medico.

Di nuovo la dimensione territoriale mostra di giocare un ruolo decisivo nella qualità percepita del sistema delle cure primarie, sia lungo l'asse Nord-Sud che, soprattutto, in funzione della dimensione del comune di residenza dei rispondenti; considerando in particolare le due criticità emerse in modo più significativo, infatti, si osserva che:

- il ricorso al medico privato come conseguenza dell'inadeguatezza del MMG viene indicato soprattutto dai residenti del Centro (18,2%) e dei comuni con più di 250.000 abitanti (18,5%);
- la mancata diagnosi di una patologia emersa invece a controlli più approfonditi è un problema che ha riguardato con maggiore frequenza gli intervistati residenti al Centro e al Mezzogiorno (circa il 15%), ed evidentemente si riscontra un tasso di indicazioni maggiore in questo senso tra i rispondenti con condizioni

di salute più precarie (il 18,5% di quanti le definiscono insufficienti);

- il problema dell'impossibilità di cambiare MMG a causa della carenza di professionisti, per quanto rimanga ampiamente minoritario, mostra però di essere particolarmente frequente nelle grandi città, laddove la quota di indicazioni in questo senso (l'11,4% nei comuni con più di 250.000 abitanti) è più che doppia rispetto alla media nazionale (5,4%), dato che ribadisce una volta di più quanto sia soprattutto nei contesti urbani che i servizi di medicina generale presentano problemi organizzativi.

2.2.2. Il pediatra di libera scelta

I dati raccolti a proposito dei PLS, tra quei rispondenti che hanno in famiglia un minore di 13 anni che fa riferimento a un professionista di questo tipo (il 19,7% del campione), sembrano ricalcare in modo abbastanza puntuale gli anda-

menti emersi a proposito del MMG, infatti:

- anche in questo caso le capacità professionali e relazionali, nonché il modo di intendere la professione, costituiscono aspetti dell'attività del PLS rispetto ai quali i rispondenti si esprimono in termini di soddisfazione in larga maggioranza (una percentuale del campione compresa tra il 50% circa e il 55,8% si ritiene molto soddisfatta, e circa il 40% abbastanza) [Figura 2.7];
- di nuovo i valori di insoddisfazione più marcata si ritrovano soprattutto a proposito dell'organizzazione del servizio (18,1%), degli orari di apertura e della reperibilità fuori orario (18,4%) e della disponibilità alle visite domiciliari (26%);
- per quanto l'incrocio sul dato filtrato riduca sensibilmente la numerosità campionaria, di nuovo i dati sembrano suggerire che le problematiche principali legate alla medicina convenzionata siano sentite nelle regioni del Centro-Sud, e soprattutto nelle grandi città.

E di nuovo in modo simile a quanto rilevato a

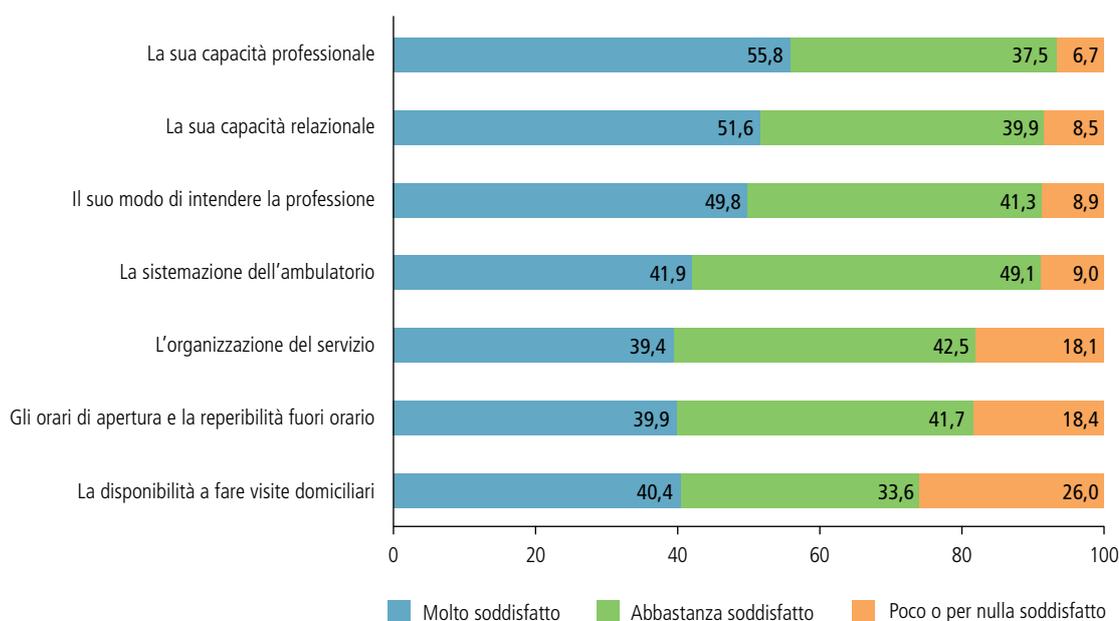


Figura 2.7 Livello di soddisfazione del proprio pediatra di libera scelta (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

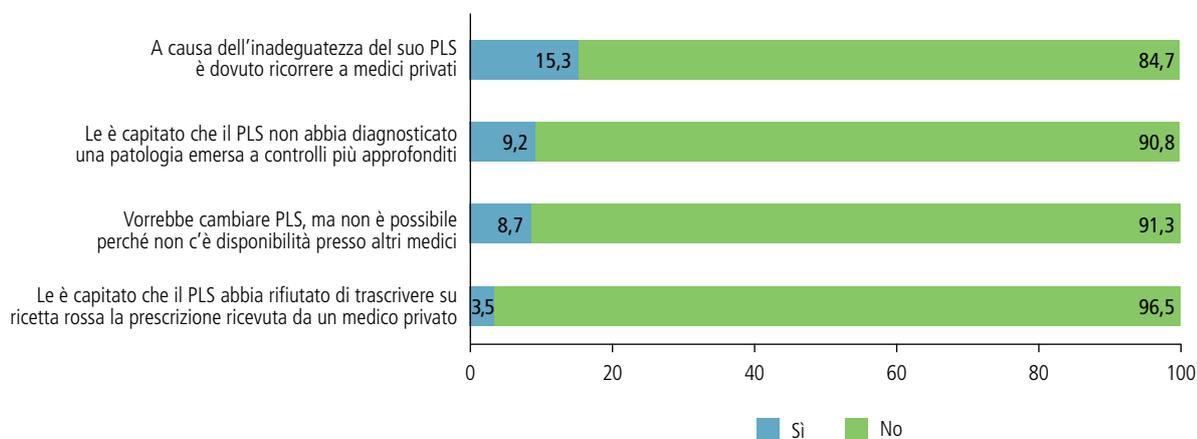


Figura 2.8 Problemi nel rapporto con il proprio pediatra di libera scelta (PLS) [valori %]. Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

proposito dei medici di famiglia, anche gli intervistati che hanno esperienza di rapporto con un PLS indicano in larga maggioranza di non aver sperimentato i problemi indagati (Figura 2.8).

Solo al 3,5% è capitato che il pediatra si sia rifiutato di trascrivere sul suo ricettario una prescrizione ricevuta dal medico privato ed è l'8,7% a lamentare l'impossibilità di cambiare pediatra a causa dell'indisponibilità di altri professionisti nella sua zona. Al 9,2% è capitato che il pediatra non abbia individuato una patologia emersa a controlli successivi più approfonditi, mentre la percentuale di intervistati che sostengono di essersi dovuti rivolgere al medico privato a causa dell'inadeguatezza del loro pediatra è pari al 15,3%. Il quadro che questi dati delineano appare per molti aspetti assimilabile a quanto rilevato a proposito dei MMG: da un lato, infatti, spicca il fatto che la maggior parte del sottocampione che ha a che fare con un pediatra non ha sperimentato in questo rapporto particolari problemi, dall'altro le percentuali, seppure basse comunque significative, di quanti hanno invece vissuto difficoltà con il loro pediatra suggeriscono la presenza di problematiche che in alcuni contesti territoriali ap-

paiono particolarmente endemiche, e di nuovo sono le zone urbane e metropolitane quelle in cui le problematiche legate alle cure primarie appaiono in modo più rilevante. In particolare:

- nei comuni con più di 250.000 abitanti è il 28,2% dei rispondenti (quasi il doppio rispetto al 15,3% medio) a essersi dovuto rivolgere a un medico privato a causa dell'inadeguatezza del pediatra di libera scelta;
- è sensibilmente più alta nelle aree metropolitane (il 15,4% contro la media dell'8,7%) la percentuale di intervistati che lamenta l'impossibilità di cambiare il PLS a causa della mancanza di disponibilità nella sua zona.

Le difficoltà che i servizi territoriali incontrano a livello organizzativo nelle grandi città sono peraltro confermate almeno in parte dal dato relativo alle opinioni sulla qualità dei servizi amministrativi della ASL: a livello nazionale, infatti, a ritenere che le aziende e le unità sanitarie locali offrano servizi amministrativi efficienti e ben organizzati è il 64,4%, ma il dato scende fino al 57,1% nei comuni con più di 250.000 abitanti e al 55,7% in quelli di dimensione compresa tra i 100.000 e i 250.000 (Tabella 2.5).

Tabella 2.5 Opinioni in merito all'efficienza e alla buona organizzazione dei servizi amministrativi della ASL, per ampiezza demografica del comune di residenza (valori %)

Ritiene che i servizi amministrativi della sua ASL siano efficienti e ben organizzati

	Fino a 30.000 abitanti	30.000-100.000 abitanti	100.000-250.000 abitanti	Oltre 250.000 abitanti	Totale
Sì	65,3	72,2	55,7	57,1	64,4
No	34,7	27,8	44,3	42,9	35,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

2.2.3. Il servizio di continuità assistenziale

Il quadro delle opinioni sulla qualità percepita del sistema delle cure primarie trova il suo completamento nei dati relativi alle indicazioni fornite dal campione a proposito del servizio di continuità assistenziale.

La prima osservazione che i dati permettono di formulare riguarda la conoscenza del servizio e si rileva anzitutto il fatto che, pur risultando noto alla maggioranza degli intervistati, la percentuale di rispondenti che ha dichiarato di non conoscerlo, sia con la definizione di continuità assistenziale

che sotto quella più colloquiale di guardia medica, è estremamente significativa, e pari al 47% (Figura 2.9). È molto probabile che in questa quota siano confluiti non solo quei rispondenti che non sanno di che cosa si parli quando si fa riferimento alla continuità assistenziale o alla guardia medica, ma anche quegli intervistati che pur sapendo di che cosa si tratta non si sentono in grado di esprimere opinioni circostanziate, non avendo esperienze né dirette né indirette su cui basarle.

Tra i rispondenti che conoscono il servizio, peraltro, pur risultando anche in questo caso maggioritarie le indicazioni relative a livelli di qualità sufficiente o buona, le risposte di segno opposto costituiscono in effetti fattispecie più frequenti rispetto a quanto osservato a proposito dei MMG e dei PLS. In modo piuttosto omogeneo per tutti gli aspetti del servizio indagati, infatti, si osserva che:

- la percentuale di intervistati che hanno definito buona la qualità dei servizi offerti è compresa tra il 28,9% (relativo alla chiarezza e all'efficacia delle risposte fornite al telefono) e il 34,7% (a proposito della reperibilità telefonica) [Figura 2.10];
- le indicazioni di qualità definita sufficiente sono comprese tra il 41,9% (relativo alla disponibilità a effettuare visite domiciliari) e il 47,5% (a proposito della disponibilità all'ascolto del paziente);
- le percentuali di quanti hanno definito me-

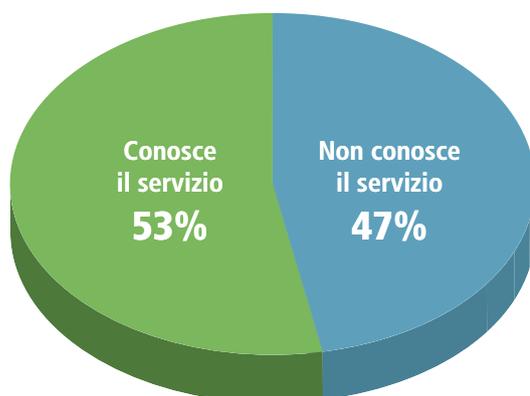


Figura 2.9 Conoscenza del servizio di continuità assistenziale (guardia medica) [valori %]. Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

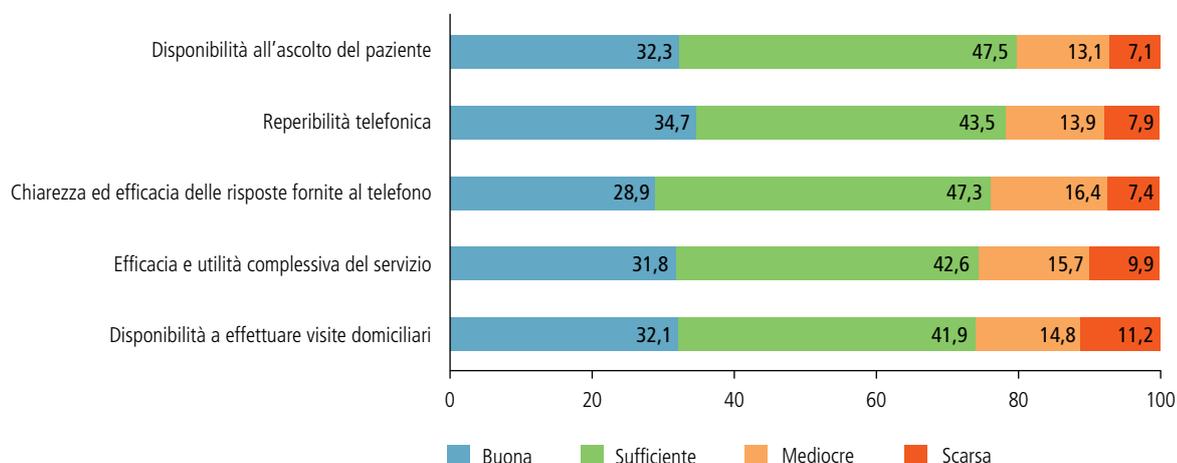


Figura 2.10 Opinioni sul livello qualitativo dei vari aspetti del servizio di continuità assistenziale (guardia medica) [valori %]. Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

diocri i servizi sono comprese tra il 13,1% (ascolto del paziente) e il 14,8% (a proposito delle visite domiciliari) e sempre la disponibilità a effettuare visite domiciliari (11,2%) costituisce l'aspetto del servizio per il quale si rileva la percentuale più alta di indicazioni di scarsa qualità.

Come già osservato a proposito dei MMG e dei PLS le criticità maggiori per quanto riguarda il servizio di continuità assistenziale riguardano la disponibilità dei medici di guardia a effettuare visite domiciliari, e di nuovo le criticità riscontrate risultano tanto più frequenti quanto più si considera la collocazione geografica (al Sud e Isole circa il 30% del campione esprime indicazioni di qualità mediocre o scarsa, con valori che raggiungono il 35% circa a proposito delle visite domiciliari e dell'efficacia e dell'utilità complessiva del servizio) e soprattutto l'ampiezza demografica del comune di residenza. Di nuovo, infatti, quando si tratta delle cure primarie sono soprattutto i contesti urbani e metropolitani quelli in cui emergono in modo più significativo i limiti strutturali e i problemi organizzativi dei servizi: è infatti pari a quasi il 35% nei comuni con più di 100.000 abitanti e

pari a circa il 40% in quelli con più di 250.000 la percentuale di rispondenti che definisce mediocre o scarsa la disponibilità dei medici di continuità assistenziale a effettuare visite domiciliari e che più in generale ritiene il servizio stesso non particolarmente utile nel suo complesso (*Tabella 2.6*).

2.2.4. L'evoluzione del sistema delle cure primarie

L'universo delle cure primarie risulta in profonda trasformazione, una revisione che chiama in causa l'intera filiera dei servizi e dei processi della medicina del territorio: dal medico di famiglia alla continuità assistenziale, alla presa in carico dei pazienti multiproblematici, all'assistenza domiciliare, alla gestione delle cronicità ecc.

Una riprogettazione che coinvolge a tutti i livelli i professionisti sanitari e che ridefinisce non solo il loro ruolo e le loro mansioni ma, soprattutto, la loro filosofia di lavoro, attraverso la creazione di una vera rete di collaborazione tra i vari profili professionali operanti e la strutturazione di efficienti sinergie con le strutture sanitarie e l'emergenza. Se dunque è condivisa a livello istituzionale (Mini-

Tabella 2.6 La valutazione del servizio di continuità assistenziale, per ripartizione geografica (valori %)

Come valuta i seguenti aspetti del servizio di continuità assistenziale (guardia medica), che deve garantire l'assistenza medica di base nei giorni festivi e in orario notturno nella zona in cui vive?

	Fino a 30.000 abitanti	30.000-100.000 abitanti	100.000-250.000 abitanti	Oltre 250.000 abitanti	Totale
<i>Reperibilità telefonica</i>					
Buona	39,7	31,7	22,2	27,3	34,7
Sufficiente	42,4	45,8	47,6	42,4	43,5
Mediocre	11,3	10,8	27,0	19,2	13,9
Scarsa	6,6	11,7	3,2	11,1	7,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Disponibilità all'ascolto del paziente</i>					
Buona	33,9	30,0	28,1	31,6	32,3
Sufficiente	48,5	48,4	50,0	40,8	47,5
Mediocre	10,5	13,3	18,8	19,4	13,1
Scarsa	7,1	8,3	3,1	8,2	7,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Chiarezza ed efficacia delle risposte fornite al telefono</i>					
Buona	31,8	28,9	21,9	22,4	28,9
Sufficiente	47,8	46,3	48,4	46,0	47,3
Mediocre	13,5	16,5	26,6	20,4	16,4
Scarsa	6,9	8,3	3,1	11,2	7,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Disponibilità a effettuare visite domiciliari</i>					
Buona	37,5	28,2	20,6	24,2	32,1
Sufficiente	40,5	48,7	44,5	37,4	41,9
Mediocre	13,2	10,3	28,6	17,2	14,8
Scarsa	8,8	12,8	6,3	21,2	11,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Efficacia e utilità complessiva del servizio</i>					
Buona	37,5	23,7	20,3	27,3	31,8
Sufficiente	42,8	49,2	45,3	32,2	42,6
Mediocre	10,9	16,1	28,1	25,3	15,7
Scarsa	8,8	11,0	6,3	15,2	9,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

stero e Regioni) l'idea della necessità di una radicale rivisitazione del sistema delle cure primarie per ottenere una migliore strutturazione delle prestazioni e per la massimizzazione di un potenziale che a oggi risulta ancora non pienamente sfruttato, è interessante verificare da parte dell'utenza quali siano al momento gli ostacoli che contribuiscono a rallentare e a complicare l'erogazione del servizio.

Le opinioni dell'utenza rivestono dunque un particolare interesse giacché consentono di poter strutturare i servizi in modo tale da coprire proprio quelle aree che dai cittadini vengono indicate come più problematiche.

In primis gli italiani individuano, tra gli aspetti da potenziare in via prioritaria per il miglioramento complessivo del sistema delle cure primarie,

Tabella 2.7 Opinioni sugli aspetti delle cure primarie da migliorare in via prioritaria, per ripartizione geografica (valori %)

Secondo lei, quali sono gli aspetti delle cure primarie (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) della zona in cui vive che dovrebbero essere migliorati in via prioritaria?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Il collegamento del medico con il sistema dei servizi	52,9	40,7	40,5	38,8	43,3
La reperibilità dei medici nelle 12 ore	24,5	31,1	35,8	33,9	31,2
L'efficienza delle strutture amministrative	29,7	27,3	18,1	27,8	26,4
Gli organismi di controllo sulla qualità del lavoro svolto	14,4	18,7	21,9	19,0	18,2
La capacità professionale dei medici	16,0	15,8	25,6	17,0	18,1
La capacità relazionale dei medici	9,8	16,7	23,3	11,3	14,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

proprio il rafforzamento della rete di relazioni tra il MMG/PLS e l'universo degli altri servizi sanitari (43,3%) [Tabella 2.7].

Un miglioramento che non richiede soltanto la creazione di infrastrutture (informatiche e non) che permettano ai MMG di poter interagire con il sistema della specialistica, della diagnostica, dell'ospedale e della riabilitazione, ma che include anche la necessità di ripensare più in generale il complesso tema della presa in carico del paziente. Ciò attraverso una gestione più efficiente del percorso di cure (mediante la prenotazione di esami, visite, accertamenti) e tramite l'adozione di un sistema di lavoro nel quale vengano attivate forme di dialogo costante tra i diversi professionisti che a livelli differenti partecipano al percorso di cura del paziente (attraverso la condivisione delle cartelle cliniche, dei referti ecc.).

Accanto alla necessità di un forte ripensamento del sistema di interazione fra il medico *gate keeper* e l'insieme dei servizi, la seconda area sulla quale è opportuno, secondo gli intervistati, un rapido miglioramento viene individuata nell'ampliamento della reperibilità dei MMG per raggiungere l'agognata soglia delle 12 ore nel corso di una giornata (31,2%).

Si tratta di un altro aspetto al centro dei processi di revisione del sistema della medicina del terri-

torio, che dunque risultano centrare e interpretare in maniera coerente le richieste che provengono dai cittadini.

Una domanda di maggiore accessibilità che risulta trasversale ai contesti geografici (anche se nelle regioni del Centro risulta maggiormente sentita, 35,8%), ma che dipende invece in maniera abbastanza evidente dalla dimensione del luogo di residenza dei rispondenti, laddove infatti all'aumentare della popolosità cresce anche la richiesta di un miglioramento della reperibilità dei medici (fino a 30.000 abitanti 29,2%, 30.000-100.000 31,4%, 100.000-250.000 32,5%, oltre 250.000 36,8%). La velocizzazione delle funzioni proprie degli uffici amministrativi (disbrigo delle pratiche ecc.) rappresenta la terza richiesta di miglioramento che proviene dai cittadini, che vorrebbero una netta accelerazione per il raggiungimento di più adeguati livelli di servizio (26,4%).

L'ammmodernamento delle strutture amministrative (cambio medico ecc.) è, in particolare, ritenuto necessario dagli abitanti del Nord-Ovest (29,7%) e del Centro (27,8%).

Sebbene il giudizio sulla professionalità dei MMG/PLS sia generalmente positivo, tra le aree di miglioramento delle cure primarie figurano per percentuali comprese tra il 10% e il 20% anche gli aspetti legati alle loro capacità professionali (18,1%)

Tabella 2.8 Appartenenza del proprio medico di medicina generale a forme associative, per ripartizione geografica (valori %)

Il suo medico di medicina generale fa parte di una forma associativa con altri medici?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, fa parte di una medicina in associazione	25,6	18,7	10,5	16,3	18,1
Sì, fa parte di una medicina di gruppo	6,6	3,7	5,3	2,7	4,5
Sì, fa parte di una medicina in rete	–	3,7	2,6	2,0	1,9
Sì, fa parte di un'UTAP o di una Casa della Salute	–	0,5	0,4	0,2	0,3
Sì, è parte di una forma associativa, ma non saprei quale	7,9	13,6	22,8	12,9	13,6
Per quanto ne so, no	59,9	59,8	58,4	65,9	61,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

UTAP, Unità Territoriale di Assistenza Primaria.

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

e relazionali (14,2%). Un potenziamento che viene in particolare richiesto da quote specifiche di rispondenti e che risente delle seguenti variabili:

- l'area di residenza: tra gli abitanti del Centro il numero di coloro che vorrebbero il miglioramento della capacità professionale dei medici è pari a oltre un quarto dei rispondenti (25,6%), mentre per quanto concerne la relazione con il paziente la percentuale raggiunge il 23,3%;
- la dimensione del comune di residenza: la capacità professionale dei medici è in particolare messa in discussione, e dunque ritenuta bisognosa di miglioramento, dagli abitanti delle città più grandi (oltre 250.000 abitanti) [21,6%].

Infine, secondo il 18,2% degli intervistati sarebbe opportuna la revisione e dunque la crescita degli organismi di controllo su qualità ed efficacia del lavoro svolto dai medici, che possano rappresentare, oltre a uno strumento di monitoraggio continuo, anche un referente per i cittadini che volessero segnalare malfunzionamenti e problematiche nell'erogazione.

L'indagine ha poi consentito di verificare la diffusione delle articolazioni delle associazioni della medicina generale, così come stabilito dagli Accordi nazionali e regionali e che sono stati di recente oggetto di revisione e ampliamento (*Tabella 2.8*).

Le indicazioni che emergono dalle rilevazioni sono relative alla percezione dei cittadini e quindi non rispondono necessariamente all'effettiva distribuzione dell'associazionismo medico; esse consentono altresì di misurare l'effettivo impatto dell'eventuale adesione a questa tipologia di servizio da parte degli utenti.

Il 61,6% degli intervistati sottolinea come il proprio MMG non faccia parte di alcuna forma associativa, laddove, al contrario, la restante percentuale degli italiani risulta essere assistita da un medico inserito in una delle forme di collaborazione della medicina generale. Nello specifico:

- il 18,1% è a conoscenza che il proprio medico partecipa a una medicina in associazione;
- il 6,7% è assistito da un medico che fa parte di un'associazione più complessa (l'1,9% Medicina di Rete, il 4,5% di Gruppo, mentre lo 0,3% è assistito da un medico che fa parte delle forme di riorganizzazione della medicina del territorio più avanzata quali sono le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) o le Case della Salute;
- il 13,6% indica di sapere che il proprio medico collabora con altri MMG, ma anche di non essere in grado di indicare l'esatto livello/tipologia di associazionismo a cui partecipa.

Nel complesso oltre il 40% dei cittadini conferma di poter contare su un medico che lavora all'interno di una rete (di maggiore o minore complessità) e di poter beneficiare delle peculiarità connesse a questa tipologia di organizzazione. Un'articolazione del servizio che dovrebbe, nelle sue strutturazioni più avanzate, riuscire a ovviare a quei problemi di accessibilità e di presa in carico che vengono indicati come le principali aree della cure primarie da potenziare.

Tuttavia, secondo il rapporto Osservasalute 2008, a far parte di un'associazione, di un gruppo o di una rete è il 58% dei medici, dunque si osserva una discrepanza non irrilevante tra la percentuale di medici effettivamente associati e quella rilevata dalle indicazioni dei pazienti: il dato sembra suggerire che esista un numero congruo di casi nei quali l'associazione medica (o la rete, il gruppo e quant'altro gli accordi integrativi regionali prevedono) rappresenta un'evoluzione del sistema delle cure esclusivamente sulla carta, senza che i pazienti verifichino un miglioramento tangibile nel loro rapporto quotidiano con il servizio.

2.3. L'assistenza farmaceutica

2.3.1. La percezione della farmacia

L'opinione positiva sulla prossimità e sull'efficienza delle farmacie (i presidi preposti all'erogazione dei farmaci dispensati dal SSN) è trasversale al corpo sociale.

Nei giudizi degli italiani le farmacie coprono adeguatamente il territorio nazionale (il 72,1% ritiene che siano sufficientemente presenti e il 25,2% addirittura eccessivamente presenti) e in particolare godono della massima facilità di accesso (il 95,5% ritiene che non esistano difficoltà di accesso e il 96,7% si ritiene soddisfatto della disponibilità di orario e della collocazione territoriale), anche se

tra coloro che si dichiarano soddisfatti la maggior parte aderisce alla modalità abbastanza soddisfatti (53,1%) ed esiste comunque una percentuale di cittadini che ritiene che trovare una farmacia aperta quando serve non risulti essere un'impresa sempre facile (31,6%) [*Tablelle 2.9 e 2.10*].

Le opinioni espresse circa il servizio differiscono, nonostante rimangano ampiamente connotate da un giudizio positivo, in merito alla modalità di funzionamento e alla capacità di innestare su presidi così capillarmente diffusi nuovi e più avanzati servizi.

Per quanto concerne le opinioni relative alla professionalità del farmacista, gli italiani sono concordi nella stima che nutrono verso questa categoria; il 97,2% dei rispondenti, infatti, si ritiene soddisfatto circa la disponibilità e la professionalità del personale che opera in farmacia (e in particolare il 38% risulta esserlo completamente e il 59,2% abbastanza), una considerazione che viene espressa trasversalmente dai rispondenti anche se connotata da un differente livello di intensità.

Tra gli abitanti del Sud e delle Isole e del Nord-Ovest, infatti, sebbene permanga una connotazione favorevole sono decisamente maggioritarie le valutazioni di soddisfazione parziale (68,2% e 66,3% contro il 59,2% medio italiano) e conseguentemente meno diffuse le opinioni completamente positive (28,8% al Sud e nelle Isole e 31,8% al Nord-Ovest contro il 53,6% del Nord-Est e il 47,2% del Centro).

Anche l'età e lo stato di salute consentono di osservare come in un clima di generale soddisfazione questa venga espressa con minore convinzione dai più giovani (28,3% molto soddisfatto contro il 43,1% degli over 64) e tra coloro che non godono di un buon livello di salute (28,2% contro il 36,8% di coloro che lo giudicano ottimo e il 40,1% buono).

A fronte di una soddisfazione pressoché unanime nei confronti della capacità professionale dei farmacisti sussiste, però, una percentuale di rispon-

Tabella 2.9 La soddisfazione per la distribuzione dei farmaci dispensati dal SSN e per le farmacie, per ripartizione geografica (valori %)

Per quanto riguarda la distribuzione in farmacia dei farmaci, indichi il suo livello di soddisfazione per i seguenti aspetti

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>La disponibilità e la professionalità del personale</i>					
Molto soddisfatto	31,8	53,6	47,2	28,8	38,0
Abbastanza soddisfatto	66,3	44,6	48,1	68,2	59,2
Poco soddisfatto	1,6	1,8	4,7	3,0	2,7
Per nulla soddisfatto	0,3	–	–	–	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>L'accessibilità della farmacia (collocazione territoriale, orari di apertura)</i>					
Molto soddisfatto	41,2	54,5	52,8	34,1	43,6
Abbastanza soddisfatto	56,6	43,3	42,1	62,4	53,1
Poco soddisfatto	2,2	2,2	5,1	3,0	3,1
Per nulla soddisfatto	–	–	–	0,5	0,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Le opportunità di risparmio (sconti sui farmaci)</i>					
Molto soddisfatto	12,7	14,1	9,8	10,0	11,5
Abbastanza soddisfatto	48,5	49,6	36,4	47,2	45,8
Poco soddisfatto	29,6	33,6	43,6	31,3	33,7
Per nulla soddisfatto	9,2	2,7	10,2	11,5	9,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La disponibilità di farmaci in negozio/la possibilità di ordinare e trovare in tempi rapidi i farmaci</i>					
Molto soddisfatto	31,6	28,8	33,8	22,4	28,3
Abbastanza soddisfatto	63,4	62,1	60,1	70,6	65,0
Poco soddisfatto	4,4	8,2	6,1	6,5	6,2
Per nulla soddisfatto	0,6	0,9	–	0,5	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>I prezzi degli altri prodotti venduti in farmacia, oltre ai farmaci</i>					
Molto soddisfatto	12,5	12,0	13,3	8,8	11,3
Abbastanza soddisfatto	43,0	55,5	36,2	49,6	46,3
Poco soddisfatto	33,3	28,7	38,6	29,7	32,2
Per nulla soddisfatto	11,2	3,8	11,9	11,9	10,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

denti che afferma che questi tendono a privilegiare l'aspetto commerciale della loro attività.

Il 28,6% degli intervistati, infatti, ritiene che la vendita dei farmaci venga effettuata disinteressandosi degli aspetti clinici (informazioni sulle terapie ecc.), senza quel controllo che invece rappresenta la loro prerogativa professionale, dato che sembra

per certi versi spiegare la frequenza dei giudizi in valutazioni di soddisfazione parziale.

Un'opinione prudentemente favorevole che abbraccia anche una delle funzioni principali che contraddistingue la farmacia, ovvero la disponibilità e la reperibilità in tempi rapidi dei farmaci: il 65% si dichiara abbastanza soddisfatto e il 28,3% molto sod-

Tabella 2.10 Grado di accordo su alcuni aspetti della farmacia, per ripartizione geografica (valori %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>I farmaci che servono non sempre sono disponibili subito e bisogna ordinarli</i>					
D'accordo	68,9	58,9	53,4	56,4	59,6
Non d'accordo	31,1	41,1	46,6	43,6	40,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Non è sempre facile trovare una farmacia aperta quando serve</i>					
D'accordo	32,8	20,8	28,5	38,2	31,6
Non d'accordo	67,2	79,2	71,5	61,8	68,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La farmacia è un presidio della salute su cui si può sempre contare per i piccoli problemi</i>					
D'accordo	93,6	92,2	88,7	92,0	91,8
Non d'accordo	6,4	7,8	11,3	8,0	8,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>I farmacisti si comportano come commercianti e non si interessano agli aspetti clinici dei farmaci che vendono</i>					
D'accordo	20,1	33,0	24,0	35,3	28,6
Non d'accordo	79,9	67,0	76,0	64,7	71,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

disfatto. L'espressione moderatamente positiva che in parte è dovuta alla convinzione che in qualche circostanza i farmaci che servono non sempre siano disponibili subito e sia necessario ordinarli (è d'accordo con l'affermazione il 59,6% degli intervistati). Meno convinti risultano gli italiani in merito alla possibilità di poter godere nelle farmacie degli sconti così come disposto dalla Legge 149/2005: si dichiarano in questo senso molto soddisfatti l'11,5% dei rispondenti e abbastanza soddisfatti il 45,8%, laddove al contrario questa opportunità lascia in qualche maniera non completamente convinti il 33,7% e molto poco il 9%.

Esistono notevoli differenze connesse alla variabile territoriale; se, infatti, al Centro sono maggioritarie le opinioni negative (il 43,6% è poco soddisfatto e il 10,2% per nulla soddisfatto), al contrario nelle regioni del Nord e del Sud e delle Isole prevalgono le indicazioni di diverso colore.

La condivisione di un giudizio negativo in merito alla possibilità di poter disporre di sconti in farmacia è più diffusa tra le categorie più deboli: tra gli anziani, dunque, il 37,1% è poco soddisfatto e l'8,5% lo è molto e tra coloro che godono di un insufficiente livello di salute il 42,8% è poco soddisfatto e il 17,9% per nulla soddisfatto.

I rispondenti risultano ancora meno convinti in merito ai prezzi degli altri prodotti (non farmaceutici) venduti in farmacia: è poco soddisfatto il 32,2% degli intervistati e per nulla soddisfatto il 10,2%, laddove invece le risposte favorevoli si concentrano sulla modalità abbastanza soddisfatto (46,3%).

La commercializzazione di prodotti tangenzialmente attinenti alla sfera dei farmaci e dei prodotti per la salute rappresenta dunque un fattore che genera una certa diffidenza nei rispondenti: sebbene il marchio della farmacia rappresenti con ogni probabilità un *asset* per questi prodotti, il

Tabella 2.11 Presenza di servizi nelle farmacie della propria zona, per ripartizione geografica (valori %)

Indichi se nelle farmacie della sua zona di residenza...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
È possibile effettuare piccoli accertamenti strumentali (controllo della pressione arteriosa, della glicemia, del colesterolo ecc.)	95,1	95,9	97,4	92,6	94,9
È disponibile il servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche (punto CUP)	53,9	62,7	30,9	36,0	44,9
Esiste un servizio di recapito a domicilio dei farmaci	19,7	13,8	21,0	23,8	20,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

prezzo ai quali essi vengono venduti spesso non appare giustificato.

A maggiore ragione in virtù del sempre maggiore numero di funzioni strettamente sanitarie che la farmacia è in grado di svolgere e che in molti casi già effettua.

D'altronde l'investimento verso una farmacia dei servizi (e gli indirizzi del decreto legislativo che dà attuazione alla delega contenuta nella Legge 62/09) prevede il potenziamento delle funzioni più spiccatamente sanitarie della farmacia rilanciandone il ruolo di nodo/cardine centrale nella rete del sistema dei servizi sanitari territoriali.

Dalle indicazioni che emergono dall'indagine risulta come la quasi totalità delle farmacie permetta la realizzazione di piccoli accertamenti strumentali (94,9%) e quasi la metà (44,9%) fornisca un servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche tramite il collegamento al Centro unico di prenotazione (Tabella 2.11).

Un'opportunità, quest'ultima, che risente in maniera decisiva della collocazione geografica dei rispondenti: se, infatti, nelle regioni del Nord questa possibilità viene esplicitata dalla maggior parte degli intervistati (53,9% del Nord-Ovest e 62,7% del Nord-Est), al Centro e al Sud e Isole questa possibilità viene dichiarata da circa un terzo dei rispondenti (30,9% del Centro e 36% del Sud e delle Isole).

Al contrario, invece, presso le farmacie del Centro e del Sud, pur rimanendo largamente minoritari, è più frequente l'implementazione di un servizio di recapito a domicilio dei farmaci (21% al Centro e 23,8% al Sud e nelle Isole) contro una media nazionale che si assenta intorno al 20%.

Dunque il riconoscimento del ruolo della farmacia come articolazione del SSN rappresenta una delle certezze che caratterizza i rispondenti, laddove, infatti, il 91,8% manifesta accordo con la descrizione della farmacia quale presidio della salute su cui si può sempre contare per i piccoli problemi. L'evoluzione della definizione della *mission* della farmacia si salda appieno, dunque, con la visione dei cittadini che immaginano, intendono e vogliono il potenziamento del suo profilo sanitario a discapito della componente più meramente commerciale.

2.3.2. Alcune opinioni sulla distribuzione dei farmaci

Dalle opinioni circa l'attuale modalità di dispensazione dei farmaci emerge un panorama di forte contestazione all'assetto/strutturazione attuale del servizio farmaceutico territoriale soprattutto in materia di rimborsabilità.

Esistono, infatti, percentuali rilevanti di italiani che nutrono opinioni non favorevoli rispetto al

Tabella 2.12 Grado di accordo sul servizio farmaceutico territoriale, per livello complessivo di salute dichiarato (valori %)

In particolare, per quanto riguarda il servizio farmaceutico territoriale (la distribuzione in farmacia dei farmaci dispensati a carico del SSN), indichi se è d'accordo o meno con le seguenti affermazioni

	Ottimo	Buono	Discreto	Insufficiente	Totale
<i>Troppi farmaci per patologie gravi sono a carico dei pazienti</i>					
D'accordo	71,1	77,4	79,6	78,8	77,7
Non d'accordo	28,9	22,6	20,4	21,2	22,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Il ticket sui farmaci penalizza le persone ammalate</i>					
D'accordo	74,2	86,5	86,5	92,9	85,4
Non d'accordo	25,8	13,5	13,5	7,1	14,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>I medici prescrivono troppi farmaci rimborsabili, che non sempre sono utili</i>					
D'accordo	35,6	39,3	36,6	37,0	37,6
Non d'accordo	64,4	60,7	63,4	63,0	62,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

numero di farmaci gratuiti a disposizione e nei confronti del ticket (*Tabella 2.12*):

- oltre 7 italiani su 10 condividono l'affermazione che un numero troppo elevato di farmaci per patologie gravi sia a carico dei pazienti, denunciando dunque i limiti di copertura del SSN;
- oltre 8 italiani su 10 ritengono che il ticket sui farmaci finisca per penalizzare le persone ammalate (ovvero coloro che fanno più ricorso al supporto di una terapia farmacologica).

È dunque radicata fra i cittadini la convinzione che il SSN presenti degli evidenti limiti nella distribuzione gratuita di farmaci per patologie gravi e che le forme di compartecipazione risultino particolarmente vessatorie per coloro che, essendo malati e dunque fruitori assidui di farmaci, sono costretti a farne un uso frequente.

Un allarme che viene particolarmente condiviso da coloro che appartengono alle categorie sociali più deboli:

- sono infatti i più anziani a essere maggiormente d'accordo con l'affermazione che troppi far-

maci per patologie gravi siano a carico dei pazienti (82,1%) e che il ticket penalizzi in particolare i più ammalati (88,8%);

- similmente è dello stesso avviso chi soffre uno stato di salute precario: il 79,6% di chi lo giudica discreto e il 78,8% di chi lo giudica insufficiente ritengono che troppi farmaci non vengano forniti gratuitamente dal SSN e il 92,9% di coloro che denunciano una salute insufficiente sostiene che il ticket finisce per penalizzare proprio la categoria dei più ammalati.

Dunque, secondo le opinioni degli intervistati il SSN non copre adeguatamente i bisogni di coloro che soffrono di patologie gravi e di fatto rende economicamente gravoso, attraverso il ticket, l'accesso al bene farmaco proprio per la quota di popolazione la cui salute risulta più compromessa. Tuttavia, vi è un ulteriore aspetto relativo alla dimensione del rapporto dei farmaci che secondo gli italiani richiede particolare attenzione.

Sebbene, infatti, i rispondenti siano convinti che la copertura del SSN sia insufficiente rispetto ai

bisogni dei pazienti più gravi, una percentuale non indifferente di rispondenti (37,6%) imputa ai medici un utilizzo improprio della prescrizione di farmaci rimborsabili.

Esiste dunque, a fianco alla richiesta di una maggiore copertura, anche la coscienza della necessità di essere rigorosi nella distribuzione dei farmaci. I medici in questo senso vengono richiamati alla necessità di una maggiore cura e di un utilizzo più razionale delle prescrizioni.

2.4. Le prospettive del sistema: i nodi critici e le aspettative future

2.4.1. Gli ostacoli per il miglioramento dei servizi sanitari pubblici

L'analisi degli ostacoli che si frappongono al miglioramento complessivo dei servizi sanitari pubblici evidenzia come le risposte si concentrino in particolare sulla gestione politico-amministrativa della sanità.

Nello specifico, i motivi che impediscono il perfetto funzionamento del SSN vengono individuati dagli intervistati nell'incapacità del decisore politico di saper ben amministrare (il 38,6% degli

intervistati, infatti, individua nel malcostume di politici e amministratori il principale ostacolo al miglioramento del SSN) e nella sua inabilità di saper ovviare e resistere alle pressioni esercitate dagli interessi dei privati (32,6%) [Tabella 2.13]. Gli italiani, dunque, ritengono che le inefficienze della sanità siano imputabili al livello amministrativo e politico, attribuendo al decisore la maggior parte della quota di responsabilità.

Ulteriore elemento che si frappa al miglioramento del sistema dei servizi viene indicato nella scarsità di risorse finanziarie a esso dedicate (17,2%), un ostacolo, quest'ultimo, che coinvolge anch'esso il livello di governo e che in qualche modo richiama ed è conseguenza di una gestione delle risorse poco efficiente e razionale.

Alle indicazioni che individuano nell'attuale sistema di gestione del governo della sanità il principale problema che blocca il suo miglioramento, si uniscono anche le indicazioni circa l'incapacità dei dirigenti delle strutture e dei servizi di saper fornire e supervisionare l'erogazione puntuale dei servizi (13,5%). Un giudizio che non chiama in causa direttamente l'etica dei responsabili dei servizi, ma che ne mette in dubbio le capacità manageriali.

Tabella 2.13 Ostacoli principali al miglioramento dei servizi sanitari pubblici, per ripartizione geografica (valori %)

Secondo lei, quali sono gli ostacoli principali per il miglioramento dei servizi sanitari pubblici?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Il malcostume di politici e amministratori	37,7	34,2	44,7	38,2	38,6
Le pressioni e gli interessi dei privati	34,2	37,4	31,1	29,4	32,6
La scarsità cronica di risorse	14,6	19,2	19,3	17,1	17,2
La scarsa volontà di medici cui fa comodo la situazione attuale	12,3	17,4	17,1	12,6	14,3
L'incapacità dei dirigenti delle strutture e dei servizi	11,4	11,0	16,2	15,1	13,5
Lo scarso spirito di servizio e di etica dei non medici	6,6	11,4	12,3	16,3	12,0
La tendenza dei pazienti a non rispettare le regole	7,6	2,3	3,9	7,3	5,8
Il rapido modificarsi dei bisogni della popolazione	8,5	1,8	2,2	3,3	4,2
Non ci sono ostacoli particolari, i servizi sono discreti	18,4	16,0	6,1	7,8	11,9
Altro	0,3	2,7	0,4	0,5	0,9

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Vi è poi una percentuale, pari al 14,3%, che invece imputa alla classe medica le difficoltà connesse con la messa a regime di un servizio sanitario più efficace, condividendo l'opinione per cui i medici manifestano scarsa disponibilità al miglioramento, preferendo lo *status quo* a un sistema più evoluto. Infine, il 12,0% sottolinea come le figure professionali non mediche impediscano, attraverso la propria negligenza (lo scarso spirito di servizio e la poca etica del lavoro), un miglioramento complessivo dei servizi.

2.4.2. La malasanità: percezioni ed esperienze

I cambiamenti culturali, demografici e socioeconomici che hanno interessato il nostro Paese negli ultimi 30 anni hanno inciso in maniera profonda sui comportamenti sanitari degli italiani e hanno finito per produrre ricadute sensibili nella ridefinizione del rapporto di questi ultimi con la scienza medica e con coloro che sono preposti alla sua pratica (in questo senso la rinegoziazione avvenuta nel corso degli ultimi anni del rapporto tra medico e paziente è particolarmente significativa).

Gli individui si percepiscono come interlocutori che richiedono con i medici un modello di interazione sempre più paritario, all'interno del quale poter far ascoltare la propria voce e le proprie intenzioni.

Ne va da sé che il nuovo paziente, proprio in virtù

di una maggiore competenza, pur con tutti i suoi limiti, si sente in grado con maggiore forza di poter giudicare il proprio medico e di individuare eventuali inefficienze ed errori. In questo senso la divulgazione ad ampio raggio della scienza medica ha operato una duplice ricaduta: da un lato consentendo la diffusione di un portato di conoscenza accessibile anche ai non addetti (utile soprattutto per la diffusione e l'adozione di strategie preventive), dall'altro in qualche modo sottovalutando la complessità della sua applicazione.

Naturalmente la crescita della diffusione di strumenti culturali di livello elevato ha permesso che la domanda di salute si modulasse richiedendo standard di assistenza sempre più alti, così come la costituzione della coscienza di una serie di tutele e di diritti non negoziabili.

In questo contesto, l'errore medico risulta dunque rappresentare qualcosa di spiegabile unicamente attraverso l'individuazione di un comportamento di negligenza, laddove al contrario la pratica della medicina si presenta come articolata e difficile.

Per circa il 30% degli italiani è alta la possibilità che un paziente ricoverato possa essere oggetto di un grave errore medico, in particolare per il 5% molto probabile e per il 25,3% abbastanza; vi è poi il 58,1% che ritiene che questa possibilità sia poco probabile e l'11,6% per nulla (*Tabella 2.14*). La convinzione di poter subire un errore medico

Tabella 2.14 Possibilità che un paziente ricoverato possa subire un grave errore medico, per ripartizione geografica (valori %)

Secondo lei, quanto è probabile che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto	0,9	2,8	5,4	9,2	5,0
Abbastanza	9,5	14,7	31,8	39,7	25,3
Poco	73,1	71,0	51,6	42,9	58,1
Per nulla	16,5	11,5	11,2	8,2	11,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

è più diffusa laddove i servizi sanitari risultino maggiormente inefficienti: infatti, al Sud e nelle Isole la percentuale di chi ritiene che vi siano molte possibilità che un paziente ricoverato possa subire un errore medico è quasi doppia (9,2% contro il 5% nazionale), così come risultano più numerose le indicazioni “abbastanza probabile” (39,7% contro il 25,3% italiano).

Similmente, a determinare le opinioni sulla possibilità di essere oggetti di un errore medico durante un ricovero è lo stato di salute dei malati: tra coloro che lo valutano insufficiente è più alto il valore di chi ritiene molto o abbastanza probabile il poter subire un errore medico (10,7% e 28,6%, rispettivamente).

L'apprensione che gli italiani nutrono nei confronti della possibilità di subire un errore medico è superiore alle testimonianze di esperienze in tal senso. Le percentuali di coloro che in realtà hanno subito (personalmente o nell'ambito della propria famiglia) un grave errore sanitario sono, infatti, inferiori al numero di chi manifesta il timore di poterne essere vittima. Tuttavia, nonostante questa marcata differenza è consistente il numero di coloro (15,4%) che segnala questo genere di esperienza (Tabella 2.15).

Il vissuto e la conoscenza diretta e indiretta di un grave errore medico sembrano dipendere in maniera significativa dall'area di residenza: se, infatti, nel Nord-Ovest è il 5% che indica di aver dovuto

subire un caso di errore medico, al Centro e al Nord-Est la percentuale sale intorno al 16%, per raggiungere i valori superiori al 20% toccati nel Sud e nelle Isole.

La situazione di criticità relativa alla sanità delle regioni del Sud e delle Isole viene ribadita dalle asserzioni degli intervistati in relazione alla frequenza dei casi di malasanità:

- in Italia il 3,8% ritiene che siano molto frequenti e il 20,7% abbastanza frequenti nella zona in cui vive i casi di “malasanità” (errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti) [Tabella 2.16];
- il valore cresce di oltre 10 punti percentuali nelle aree meridionali, dove il 7,2% è convinto dell'alta frequenza di casi di malasanità e il 34,5% ribadisce come nelle strutture della propria area sia abbastanza frequente imbattersi in questa tipologia di problemi.

2.5. Il ricorso ai servizi

2.5.1. Ricorso ai ricoveri e agli accertamenti diagnostici

L'11,1% del campione è stato ricoverato nel corso degli ultimi 12 mesi in regime di degenza ordinaria presso un ospedale/struttura che opera nell'ambito del SSN o in convenzione con esso (Ospedali ASL, Aziende Ospedaliere, Ospedali

Tabella 2.15 Grave errore medico subito personalmente o dalla propria famiglia, per ripartizione geografica (valori %)

È mai capitato a lei personalmente o a un membro del suo nucleo familiare di subire un grave errore medico durante un ricovero ospedaliero?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	5,0	16,2	16,7	22,2	15,4
No	95,0	83,8	83,3	77,8	84,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 2.16 Frequenza di casi di "malasanità" nella propria zona, per ripartizione geografica (valori %)

Secondo lei, quanto sono frequenti nella zona in cui vive i casi di "malasanità" (errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti)?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto	0,6	2,3	3,6	7,2	3,8
Abbastanza	6,3	10,0	27,1	34,5	20,7
Poco	73,6	71,3	52,6	46,9	59,9
Per nulla	19,5	16,4	16,7	11,4	15,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 2.17 Ricovero in ospedale pubblico/convenzionato o day hospital negli ultimi 12 mesi, per età (valori % e valori medi)

Nel corso degli ultimi 12 mesi è stato ricoverato in un ospedale pubblico*, o ha ricevuto prestazioni (esami diagnostici, terapie o interventi chirurgici) in regime di day hospital in una struttura pubblica?

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	Oltre 64 anni	Totale
Sì, è stato ricoverato in regime di ricovero ordinario	7,8	10,9	10,0	15,1	11,1
Sì, ha ricevuto prestazioni in regime di day hospital	2,6	3,2	2,8	8,6	4,3
No	89,6	85,9	87,2	76,3	84,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Numero di ricoveri ordinari	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1
Numero di ricoveri in day hospital	1,0	1,1	1,5	1,1	1,2

* Per ospedale pubblico/struttura pubblica s'intendono tutte le strutture che operano nell'ambito del SSN o in convenzione con esso (ospedali ASL, Aziende Ospedaliere, Ospedali classificati, IRCCS, Strutture private convenzionate ecc.), dunque con la sola esclusione delle strutture private a spese del paziente.
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

classificati, IRCCS, Strutture private convenzionate ecc.) e il 4,3% ha ricevuto prestazioni in regime di day hospital (sempre presso lo stesso elenco di strutture); al contrario, l'84,6% dei rispondenti non ha dovuto subire alcuna degenza in una struttura ospedaliera (Tabella 2.17).

I dati risultano in linea con l'ultima indagine Multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" edita nel 2005.

In merito ai ricoveri in regime ordinario, il campione nell'ultimo anno dichiara di averne effettuato 1,1, mentre i ricoveri in day hospital sono stati in media pari a 1,2 negli ultimi 12 mesi.

Si tratta di indicazioni che risentono naturalmente

del profilo anagrafico dei rispondenti e delle loro condizioni di salute:

- tra i più giovani è minore la percentuale di chi ha avuto esperienza di un ricovero ordinario (7,8% rispetto alla media dell'11,1%);
- al contrario, tra i più anziani (over 64) la percentuale di coloro che nell'ultimo anno hanno dovuto subire un ricovero raddoppia (15,1%) e tuttavia subisce mediamente lo stesso numero di ricoveri nel corso degli ultimi 12 mesi (1,1 contro gli 1,2 dei 18-29enni);
- tra coloro che giudicano il proprio stato di salute insufficiente, la percentuale di chi ha nell'ultimo anno subito un ricovero ordinario è

Tabella 2.18 Accertamenti diagnostici effettuati negli ultimi 12 mesi nel pubblico, per età (valori % e valori medi)

Nel corso degli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad accertamenti diagnostici strumentali e/o per immagini* (esclusi controllo della pressione arteriosa, analisi del sangue e delle urine) in una struttura pubblica in regime di prestazione ambulatoriale?**

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	Oltre 64 anni	Totale
Sì, si è sottoposto ad accertamenti diagnostici	18,8	30,7	38,8	42,8	34,2
No	81,2	69,3	61,2	57,2	65,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Numero di accertamenti	1,8	2,2	1,8	2,5	2,1

* Oltre a tutti gli accertamenti diagnostici per immagini (radiografia, TC, PET, MOC, RM, ecografia, endoscopia ecc.), s'intendono qui anche tracciati elettrocardiografici, elettroencefalografici, cardiocografici ecc.

** Per ospedale pubblico/struttura pubblica s'intendono tutte le strutture che operano nell'ambito del SSN o in convenzione con esso (ospedali ASL, Aziende Ospedaliere, Ospedali classificati, IRCCS, Strutture private convenzionate ecc.), dunque con la sola esclusione delle strutture private a spese del paziente.

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

pari a quasi un terzo (32,9% e 10,6% in day hospital) ed è consistente anche il numero di ricoverati tra coloro che valutano discreta la propria condizione di salute, il 10,6% in regime ordinario e il 5,5% in day hospital.

Per quanto concerne, invece, l'accesso agli accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi¹ [sono stati presi in considerazione oltre agli accertamenti diagnostici per immagini quali radiografia, tomografia computerizzata (TC), tomografia a emissione di positroni (PET), mineralometria ossea computerizzata (MOC), risonanza magnetica (RM), ecografia, endoscopia ecc., anche i tracciati elettrocardiografici, elettroencefalografici, cardiocografici ecc.], emerge la seguente distribuzione (*Tabella 2.18*):

- il 34,2% indica di avervi fatto ricorso laddove invece il 65,8%, al contrario, non vi si era sottoposto;

- in media coloro che hanno dovuto subire un esame si sono sottoposti a 2,1 accertamenti.

I dati analizzati attraverso la lente degli incroci per le principali variabili evidenziano un quadro composito:

- tra i più anziani e i più cagionevoli il numero di accertamenti diagnostici effettuati negli ultimi 12 mesi risulta maggiore, riguarda il 42,8% degli over 64, in media 2,5 accertamenti, e il 56,5% di coloro che valutano il proprio stato di salute come insufficiente per un numero medio di accertamenti pari a 3,0;
- tra i laureati è più alta la percentuale di chi ha avuto accesso a un accertamento (38,5%), probabilmente perché tra i possessori dei livelli di scolarizzazione più alti è più diffuso un approccio attivo nei confronti della prevenzione e dei controlli periodici.

¹ I dati non sono confrontabili con l'ultima indagine Multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" poiché gli item proposti erano differenti.

3. La *customer satisfaction*

3.1. La valutazione sull'ospedale

3.1.1. Il profilo dei pazienti e le modalità del ricovero

Rispetto al campione rappresentativo della popolazione generale¹, il campione di ricoverati risulta, come ampiamente prevedibile poiché selezionato sulla base dell'accesso al ricovero ospedaliero, sbilanciato sotto il profilo anagrafico: i rispondenti con 65 anni e oltre rappresentano, infatti, il 38%, contro il 24,7% del campione generale, mentre tutte le altre fasce d'età risultano sottorappresentate (Tabella 3.1). Questa diversa proporzione esercita un peso limitato sulla distribuzione per genere dei rispondenti: la maggiore frequenza di donne nelle fasce più anziane della popolazione generale viene infatti con ogni probabilità controbilanciata dalla maggiore morbilità degli uomini, pertanto rimane

Tabella 3.1 Caratteristiche demografiche del campione di ricoverati: confronto con il campione nazionale (valori %)

	Campione ricoverati	Campione generale
<i>Età</i>		
Fino a 29 anni	10,5	16,2
30-44 anni	24,0	28,6
45-64 anni	27,5	30,5
Oltre 64 anni	38,0	24,7
Totale	100,0	100,0
<i>Genere</i>		
Maschi	47,9	47,8
Femmine	52,1	52,2
Totale	100,0	100,0
<i>Ripartizione geografica</i>		
Nord-Ovest	27,9	26,9
Nord-Est	15,2	19,1
Centro	17,0	19,8
Sud e Isole	39,9	34,2
Totale	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

¹ Il *focus* di indagine realizzato dal Censis sulla soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari ha previsto l'individuazione di due ulteriori campioni, uno di 500 rispondenti residenti in Italia che abbiano ricevuto nel corso dei 12 mesi precedenti all'intervista un ricovero in ospedale, in regime ordinario o di day hospital, e di un secondo campione (sempre di 500 rispondenti) composto da persone residenti in Italia che si siano sottoposte nel corso del medesimo arco di tempo ad almeno un accertamento diagnostico (esclusi il controllo della pressione arteriosa, le analisi del sangue e delle urine) in una struttura pubblica o convenzionata, in regime di prestazione ambulatoriale.

La rilevazione è stata condotta nel novembre 2009, dunque si tratta di prestazioni che nel 90% circa dei casi hanno avuto luogo nel corso dell'anno solare 2009, e per il 10% circa nel corso degli ultimi mesi del 2008.

Le opinioni, e in particolare il grado di soddisfazione per i servizi sanitari ricevuti dagli utenti, sono state rilevate per mezzo di questionari appositamente strutturati.

Tabella 3.2 Struttura in cui è stato ricoverato, per ripartizione geografica (valori %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Un ospedale pubblico	85,9	94,2	89,2	90,9	89,9
Un ospedale privato convenzionato	14,1	5,8	10,8	9,1	10,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

sostanzialmente invariata la proporzione tra i generi nei due campioni.

Nella distribuzione per ripartizione territoriale, nel Meridione si riscontra, invece, una quota maggiore di ricoverati rispetto alla popolazione totale, e questo nonostante il peso della variabile anagrafica e quindi i tassi di invecchiamento più bassi; con ogni probabilità la maggiore presenza di ricoverati rispecchia la diversa struttura dell'offerta sanitaria che caratterizza il Sud, in cui è più ridotta la presenza di servizi alternativi all'ospedale.

La maggior parte del campione, pari all'89,9%, dichiara di essersi rivolta a un ospedale pubblico, mentre a indicare di essere stato ricoverato in una struttura privata convenzionata è il 10,1%. Si tratta di un dato che fa osservare una certa variazione, in particolare in relazione alla ripartizione territoriale di residenza dei rispondenti; al Nord-Ovest, infatti, la percentuale di intervistati che hanno indicato di aver ricevuto le cure in un ospedale privato accreditato raggiunge il 14,1%, al Nord-Est la percentuale si ferma al 5,8%, mentre i valori rilevati al Centro e al Sud e Isole rimangono sostanzialmente in linea con quelli medi nazionali (Tabella 3.2).

Per quanto riguarda, invece, le modalità di accesso al ricovero, emerge anzitutto che la proporzione tra i ricoveri avvenuti attraverso il pronto soccorso e quelli programmati risulta estremamente equilibrata: è infatti complessivamente il 49,9% del campione a essere stato ricoverato a seguito dell'accesso al pronto soccorso (in particolare, il

29,3% lo ha raggiunto con mezzi propri, il 19,8% vi è giunto con autoambulanza, mentre lo 0,8% è stato trasferito dal pronto soccorso di un altro ospedale) contro il 49,3% che è stato ricoverato in modo programmato, dunque attraverso l'accettazione a seguito della prescrizione del medico (Tabella 3.3).

La modalità di accesso al ricovero, peraltro, mostra di essere influenzata in modo piuttosto significativo dalle caratteristiche dei pazienti, in particolare dalle condizioni di salute (e di conseguenza anche dall'età). La percentuale di ricoverati che sono passati attraverso il pronto soccorso risulta, infatti, ampiamente maggioritaria tra i rispondenti che definiscono ottime le loro condizioni di salute (68,4%) e tende a diminuire quanto più queste sono definite precarie (51,3% tra chi le definisce buone e 45,7% discrete), facendo però osservare un brusco

Tabella 3.3 Modalità del ricovero, per ripartizione geografica (valori %)

Il ricovero è avvenuto attraverso...

	Totale
Il pronto soccorso dell'ospedale, raggiunto con mezzi propri	29,3
Il pronto soccorso dell'ospedale, raggiunto con autoambulanza	19,8
Il pronto soccorso di un altro ospedale e poi trasferimento	0,8
Ricovero programmato	49,3
Altro	0,8
Totale	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

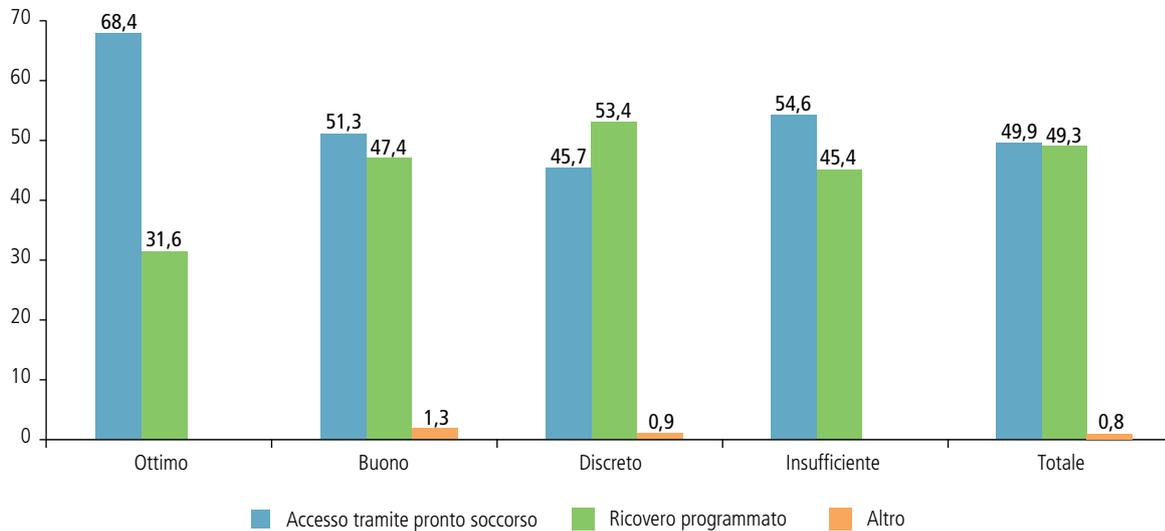


Figura 3.1 Modalità di accesso al ricovero, per livello complessivo di salute dichiarato (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

aumento fra i rispondenti che considerano insufficiente il proprio stato di salute (54,6% contro il 45,4% di ricoveri programmati) [Figura 3.1].

I dati sembrano quindi sottolineare, da una parte, come i soggetti meno a rischio, le persone più “sane” e tendenzialmente più giovani, siano entrati in ospedale soprattutto a seguito di un evento imprevisto e inaspettato, dall’altra il fatto che ad aver ricevuto ricoveri programmati sono state soprattutto persone che hanno dichiarato condizioni generalmente discrete, e dunque con ogni probabilità soggetti tendenzialmente sani che si sono trovati a dover affrontare in ospedale un problema di salute già individuato, mentre la maggiore incidenza di accessi da pronto soccorso fra i rispondenti in condizioni più precarie suggerisce che si tratti soprattutto di persone particolarmente a rischio di aggravamenti improvvisi di quadri clinici già complessi, che hanno reso necessario il ricorso al pronto soccorso.

La modalità di accesso al ricovero ospedaliero rappresenta evidentemente una variabile di una certa

importanza nel definire il percorso sanitario dei pazienti e, come emergerà dal confronto dei dati sulla soddisfazione, costituisce una discriminante nel definire non solo le modalità, ma anche la qualità dell’interazione tra cittadino e istituzione sanitaria.

3.1.2. La scelta dell’ospedale e l’opzione della mobilità

In questo senso il criterio in base al quale i pazienti hanno scelto la struttura sanitaria in cui ricoverarsi rappresenta un’informazione strategica ed evidentemente si tratta di un dato strettamente legato alle modalità dell’accesso al ricovero.

Complessivamente, la maggior parte degli intervistati, pari al 57,3% del campione, si è ricoverata nell’ospedale più vicino (alla sua abitazione, o al luogo in cui si trovava quando ha avuto bisogno di cure), o comunque più comodo da raggiungere, il 30,9% ha fatto riferimento alla struttura che, nella sua zona, ha considerato più attrezzata per

il problema che aveva, mentre l'11,8% ha indicato di aver scelto un ospedale lontano dalla sua zona e di essersi recato appositamente, ritenendolo particolarmente adeguato per le sue esigenze.

Fra i rispondenti che sono passati attraverso il pronto soccorso la variabile della vicinanza e della comodità risulta, prevedibilmente, ancora più prevalente, e vi fa infatti riferimento il 71,3% di questo sottocampione, per quanto vada considerato che il restante 28,7% (suddiviso tra il 18,3% che ha scelto un ospedale nella sua zona e il 10,4% che ha affrontato un percorso più lungo) ha ritenuto necessario subordinare il bisogno urgente di cure alla scelta di una struttura che ritenesse qualitativamente adeguata.

Si tratta di un dato che, rappresentando una *proxy* della fiducia per le strutture ospedaliere nella zona di residenza dei rispondenti, suggerisce l'esistenza di settori della popolazione che esprimono con il loro comportamento una sorta di "fiducia condizionata" per l'offerta disponibile (Tabella 3.4).

D'altro canto, tra i pazienti che hanno seguito il percorso del ricovero programmato è comunque il 45,3% a essersi recato nell'ospedale più vicino ed è il 41,7% ad aver scelto un ospedale che riteneva ben attrezzato nella sua zona, contro il 13%

che ha invece affrontato un viaggio più lungo pur di assicurarsi quelle che riteneva le cure qualitativamente migliori; dunque la quota più alta della distribuzione, pur trovandosi a poter decidere in condizioni di non emergenza, ha optato per l'ospedale più vicino, manifestando di fatto di fidarsi delle opportunità assistenziali offerte dal sistema ospedaliero della sua zona di residenza.

È comunque noto che la mobilità ospedaliera rappresenta una questione complessa nel panorama dell'offerta sanitaria italiana, non solo e non tanto per le implicazioni organizzative e gestionali che comporta per i soggetti erogatori (che comunque non sono irrilevanti), ma perché costituisce, da un lato, il sintomo più macroscopico della disparità che esiste nella qualità dell'offerta tra le varie zone del Paese, sia lungo l'asse grandi/piccoli centri urbani sia, soprattutto, su quello Nord/Sud del Paese, e dall'altro per le oggettive difficoltà che un percorso sanitario di questo genere comporta per i pazienti e per i loro familiari.

Di fatto i dati raccolti nel corso dell'indagine di popolazione confermano quanto già noto grazie alle elaborazioni sui dati di attività condotte periodicamente dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s), e approfonditi anche

Tabella 3.4 Criterio utilizzato per la scelta dell'ospedale in cui essere ricoverato, per modalità di accesso al ricovero (valori %)

Ha scelto la struttura in cui è stato ricoverato perché era...

	Accesso tramite pronto soccorso	Ricovero programmato	Totale
L'ospedale più vicino (alla sua abitazione, o al luogo in cui si trovava quando ha avuto bisogno di cure), o comunque più comodo da raggiungere	71,3	45,3	57,3
L'ospedale della sua zona che ha ritenuto più attrezzato per il problema che aveva	18,3	41,7	30,9
Un ospedale lontano dalla sua zona, in cui si è recato appositamente ritenendolo particolarmente adeguato per le sue esigenze	10,4	13,0	11,8
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

dal Censis nel 2006, ossia che la mobilità ospedaliera passiva è un fenomeno che riguarda soprattutto le regioni meridionali e, in misura inferiore, quelle centrali.

Il confronto tra i dati relativi alle macroaree territoriali evidenzia come, di fatto, la scelta di una struttura lontana dal luogo di residenza venga citata soprattutto dai rispondenti del Sud e delle Isole che hanno fornito questa indicazione nel 20,8% dei casi, contro l'11,8% nazionale (Tabella 3.5).

Inoltre, va sottolineato anche il fatto che è soprattutto tra i rispondenti residenti nei centri urbani di dimensioni più ridotte che si rileva la tendenza a cercare l'assistenza più adeguata lontano da casa: è infatti il 12,0% dei rispondenti residenti in comuni con meno di 30.000 abitanti ed è il 15,0% di quelli

che vivono in centri tra i 30.000 e i 100.000 abitanti ad aver indicato questo tipo di percorso.

Il quadro che i dati fin qui analizzati delineano, in termini di disparità dell'offerta nelle varie zone del Paese, viene ulteriormente confermato dalla distanza, indicata dagli intervistati, della loro abitazione dall'ospedale in cui sono stati ricoverati. A livello nazionale, infatti, circa 3 intervistati su 4 hanno ricevuto le cure in strutture distanti meno di 5 km (il 42,7%) o tra 5 km e 10 km (il 34,2%), il 16,4% ha indicato una distanza compresa tra 11 km e 50 km, mentre è complessivamente il 6,6% dei rispondenti a essersi recato in ospedali distanti tra i 51 km e i 100 km (il 3%) o addirittura più lontani di 100 km (3,6%) [Tabella 3.6].

Di nuovo si osservano differenze significative tra le

Tabella 3.5 Criterio utilizzato per la scelta dell'ospedale in cui essere ricoverato, per ripartizione geografica (valori %)

Ha scelto la struttura in cui è stato ricoverato perché era...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
L'ospedale più vicino (alla sua abitazione, o al luogo in cui si trovava quando ha avuto bisogno di cure), o comunque più comodo da raggiungere	54,1	61,8	67,7	52,0	57,3
L'ospedale della sua zona che ha ritenuto più attrezzato per il problema che aveva	41,8	32,4	20,0	27,2	30,9
Un ospedale lontano dalla sua zona, in cui si è recato appositamente ritenendolo particolarmente adeguato per le sue esigenze	4,1	5,9	12,3	20,8	11,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.6 La distanza dell'ospedale dall'abitazione, per ripartizione geografica (valori % e valori medi)

Distanza in km	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Meno di 5	50,5	66,7	44,6	23,5	42,7
Da 5 a 10	34,3	17,4	35,4	42,4	34,2
Da 11 a 50	14,1	2,9	20,0	23,5	16,4
Da 51 a 100	1,0	11,6	0,0	1,5	3,0
Oltre 100	0,0	1,4	0,0	9,1	3,6
Media km	8,4	16,0	7,7	76,8	34,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

diverse zone del Paese, e nuovamente è tra i rispondenti residenti al Sud e nelle Isole che si rilevano con maggiore frequenza le indicazioni di percorsi complessi e difficoltosi: a fronte della media nazionale del 42,7% relativa a quanti si sono ricoverati in un ospedale non più lontano di 5 km dalla propria abitazione, al Sud e Isole il dato scende fino al 23,5%, e se nella classe immediatamente successiva (tra 5 km e 10 km) converge la quota più alta della distribuzione di risposte raccolte nella ripartizione meridionale (42,4% contro il 36,4% nazionale), è complessivamente pari al 34,1% tra gli intervistati del Mezzogiorno la percentuale relativa a quanti si sono ricoverati in ospedali lontani 11 km o più dalla loro abitazione, contro il 23% nazionale. Va peraltro sottolineato il fatto che è al Nord-Est che si rileva la percentuale più alta di intervistati che si sono rivolti a strutture distanti tra i 51 km e i 100 km (pari all'11,6% contro il 3% nazionale), ma è pressoché esclusivamente dal Sud e Isole che provengono i pazienti che si sono ricoverati a oltre 100 km da casa, rappresentando il 9,1% del sottocampione ripartizionale.

Particolarmente significativo, in questo senso, risulta essere il valore medio in km, dato che risente in modo molto marcato di un numero, seppure ridotto comunque significativo, di casi collocati al Sud e nelle Isole (circa il 7% della ripartizione, pari al 2,5% nazionale) che hanno indicato per-

corsi di mobilità superiori ai 300 km. La media italiana è, infatti, pari a 34,5 km, ma osservando i valori delle singole ripartizioni (8,4 km al Nord-Ovest, 16,0 km al Nord-Est e 7,7 km al Centro) emerge nitidamente come si tratti di un dato sul quale pesa in modo drastico il valore del Mezzogiorno (76,8 km), a sua volta “trainato” da quel 6,8% di veri e propri “viaggi della speranza”.

3.1.3. L'ingresso in ospedale

Per quanto riguarda il problema di salute che ha causato il ricovero si osserva anzitutto il fatto che la maggior parte dei rispondenti (il 54,7%) lo ha definito moderatamente (il 31,6%) o non particolarmente (il 23,1%) grave, mentre a considerarlo abbastanza (il 31,9%) o molto (il 13,4%) grave è complessivamente il 45,3% di essi. Chiaramente si riscontra una corrispondenza significativa tra la gravità del problema, le condizioni generali di salute e l'età dei rispondenti: sono infatti soprattutto i rispondenti che hanno definito più critiche le loro condizioni di salute generali a essere stati ricoverati per un problema più grave, e si tratta in gran parte dei rispondenti in età più avanzata (*Tabella 3.7*).

Inoltre, va rilevato il fatto che la gravità percepita del problema di salute che ha portato i pazienti in ospedale risulta significativamente diversa a seconda

Tabella 3.7 Definizione della gravità del problema di salute per cui è stato ricoverato, per livello complessivo di salute dichiarato (valori %)

Come definirebbe il problema di salute a causa del quale è stato ricoverato?

	Ottimo	Buono	Discreto	Insufficiente	Totale
Molto grave	5,6	5,8	13,6	31,2	13,4
Abbastanza grave	11,1	31,0	31,1	38,9	31,9
Moderatamente grave	16,7	32,2	36,0	22,1	31,6
Non particolarmente grave	66,6	31,0	19,3	7,8	23,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

della modalità di accesso al ricovero: oltre la metà dei rispondenti ricoverati attraverso il pronto soccorso (il 51,2%), infatti, definisce il proprio problema molto (il 16,5%) o abbastanza (il 34,7%) grave, contro il 38,5% di quanti hanno ricevuto un ricovero programmato (il 9,8% ha indicato che il problema per cui si è ricoverato è molto grave e il 28,6% lo ha definito abbastanza grave).

Infine, va rilevato il fatto che, anche in funzione delle differenze nella composizione anagrafica dei sottocampioni territoriali, la gravità del problema di salute per cui è stato disposto il ricovero mostra di variare in modo sensibile tra le macroaree geografiche considerate, pertanto si registra una frequenza leggermente più alta di casi più gravi nelle regioni nord-orientali del Paese, mentre in quelle nord-occidentali e soprattutto in quelle centrali risultano più frequenti i casi meno gravi.

Dal momento che i rispondenti afferenti al campione hanno sperimentato percorsi di accesso al ricovero sostanzialmente differenti, percorsi ai quali corrispondono evidentemente modalità di interazione e interlocutori diversi, sono stati indagati per ciascuna modalità di accesso le opinioni e il grado di soddisfazione dei pazienti.

L'accesso attraverso il pronto soccorso

I rispondenti che sono stati ricoverati a seguito dell'accesso al pronto soccorso esprimono in netta maggioranza giudizi complessivamente positivi a proposito della qualità delle strutture, del personale e delle procedure attraverso le quali è stata loro erogata la prima assistenza, a seguito delle quali sono poi stati ricoverati.

In particolare, per quanto riguarda il primo contatto con l'accettazione del pronto soccorso, o con il *triage*, circa il 90% del campione giudica buona o sufficiente la qualità dell'organizzazione dell'accettazione/*triage*, la disponibilità e la gentilezza, come anche la professionalità e la scrupolosità del

personale dell'accettazione/*triage*. Risulta invece leggermente più bassa, per quanto comunque ampiamente maggioritaria, la quota relativa a quanti si sono espressi positivamente a proposito del tempo passato prima di essere visitato (il 76,5%). In particolare, il 35,7% ha definito di buona qualità l'organizzazione dell'accettazione/*triage*, il 54,5% l'ha definita sufficiente, il 6% mediocre e il 3,8% scarsa e si tratta di valori molto simili a quelli riscontrati a proposito sia della qualità relazionale del personale di accoglienza (definita buona dal 37,8%, sufficiente dal 51,7%, mediocre dall'8% e scarsa dal 2,5%), sia della qualità professionale del personale dell'accettazione (buona secondo il 38,2%, sufficiente per il 51,3%, mediocre per l'8,4% e scarsa per il 2,1%) [Tabella 3.8].

I giudizi positivi risultano peraltro distribuiti in modo piuttosto omogeneo tra le diverse componenti sociodemografiche del campione, pur osservandosi la tendenza dei rispondenti più anziani e di quelli in condizioni di salute più precarie a indicare livelli leggermente più bassi di soddisfazione.

Tuttavia, la dimensione lungo la quale le opinioni mostrano la massima tendenza alla differenziazione è, di nuovo, quella territoriale e lo scenario che i dati delineano si caratterizza per alcuni andamenti ricorrenti, in particolare:

- il dato per cui la maggior parte dei rispondenti, con valori compresi tra l'85% e il 95% circa, esprime un giudizio sostanzialmente positivo a proposito della qualità dell'organizzazione e del personale dell'accettazione o del *triage*, definendola buona o sufficiente, risulta condiviso in misura simile in tutte e quattro le macroaree nazionali;
- è nella differenza tra quanti definiscono buona la qualità dell'assistenza all'accettazione e quanti invece la definiscono sufficiente che emergono le variazioni più significative. Soprattutto si ri-

Tabella 3.8 La valutazione dell'accesso al pronto soccorso e del tempo di attesa, per ripartizione geografica (valori %)

Come definirebbe la qualità dei diversi aspetti dell'accesso al pronto soccorso e dei tempi di attesa?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>L'organizzazione dell'accettazione/triage</i>					
Buona	34,8	70,9	53,7	17,0	35,7
Sufficiente	56,5	19,4	34,1	73,4	54,5
Mediocre	5,8	6,5	9,8	4,3	6,0
Scarsa	2,9	3,2	2,4	5,3	3,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La disponibilità e la gentilezza del personale all'accettazione/triage</i>					
Buona	31,9	83,9	53,7	20,6	37,8
Sufficiente	55,1	12,9	41,5	66,0	51,7
Mediocre	10,1	3,2	2,4	10,3	8,0
Scarsa	2,9	–	2,4	3,1	2,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La professionalità e la scrupolosità del personale all'accettazione/triage</i>					
Buona	36,2	83,9	46,3	21,6	38,2
Sufficiente	50,8	12,9	48,9	65,0	51,3
Mediocre	10,1	3,2	2,4	11,3	8,4
Scarsa	2,9	–	2,4	2,1	2,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Il tempo di attesa prima di essere visitato</i>					
Buona	30,4	58,1	48,8	20,6	33,2
Sufficiente	47,9	29,0	31,7	49,5	43,3
Mediocre	17,4	9,7	12,2	19,6	16,4
Scarsa	4,3	3,2	7,3	10,3	7,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

levano al Nord-Est valori sistematicamente più alti a proposito del giudizio di massimo grado positivo (il 70,9% per l'organizzazione e l'83,9% sia per la disponibilità e la gentilezza, sia per la professionalità e la scrupolosità del personale dell'accettazione/triage), mentre al Sud e nelle Isole la percentuale di quanti esprimono questi giudizi si riduce drasticamente, e risulta pari al 17% per quanto riguarda l'organizzazione e al 20% circa per la qualità relazionale e professionale del personale;

- il dato relativo al giudizio dei pazienti sul tempo passato nell'attesa di essere visitati al

pronto soccorso fa osservare, invece, un tasso di soddisfazione meno ampio e la percentuale di quanti si sono espressi negativamente in proposito (definendo mediocre o scarsa la qualità dell'assistenza al pronto soccorso sotto questo aspetto) oscilla tra il 30% circa del Sud e Isole e il 13% circa del Nord-Est, a fronte del 23,5% nazionale.

I dati relativi all'assistenza sanitaria vera e propria ricevuta nel reparto di pronto soccorso delineano un quadro complessivamente simile a quello rilevato a proposito dell'accoglienza e della gestione dell'accesso alle cure di emergenza. Nuovamente,

Tabella 3.9 La valutazione del pronto soccorso, per ripartizione geografica (valori %)

Se è passato attraverso il pronto soccorso, come definirebbe la qualità dei diversi aspetti dell'assistenza, e del pronto soccorso in generale?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>La qualità e la pulizia del pronto soccorso (sale d'attesa, bagni, ambulatori)</i>					
Buona	31,9	80,7	41,5	16,8	33,9
Sufficiente	59,4	16,1	48,7	56,8	50,8
Mediocre	5,8	3,2	9,8	21,1	12,3
Scarsa	2,9	–	–	5,3	3,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La professionalità e la scrupolosità del personale sanitario che l'ha visitata</i>					
Buona	53,0	80,6	51,3	26,8	45,6
Sufficiente	42,6	12,9	46,3	65,0	48,5
Mediocre	1,5	6,5	2,4	7,2	4,6
Scarsa	2,9	–	–	1,0	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Il pronto soccorso nel suo complesso</i>					
Buona	34,8	80,7	51,3	21,6	38,2
Sufficiente	56,6	16,1	34,1	62,9	50,1
Mediocre	4,3	3,2	12,2	13,4	9,2
Scarsa	4,3	–	2,4	2,1	2,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

risultano infatti ampiamente maggioritarie le opinioni per cui vengono definite buone o sufficienti la qualità e la pulizia dei locali del pronto soccorso (è l'84,7% a esprimersi in questo senso, di cui il 33,9% la definisce buona e il restante 50,8% sufficiente), la professionalità e la scrupolosità del personale medico che ha fornito le cure (94,1%) e la qualità del pronto soccorso in generale (88,3%) [*Tabella 3.9*].

E nuovamente è la variabile territoriale quella che in modo più evidente mostra di pesare sulle opinioni dei rispondenti, anche in questo caso secondo le modalità già evidenziate a proposito dell'accoglienza:

- è infatti ampia, in tutte le macroaree, la maggioranza che definisce buona o sufficiente la qualità dei servizi sanitari d'emergenza e delle

strutture di pronto soccorso in cui ha ricevuto le cure;

- di nuovo è al Nord-Est che si rilevano le percentuali più alte di indicazioni di buona qualità, a proposito sia delle strutture (80,7% contro il 16,8% del Sud e Isole) sia della professionalità del personale sanitario che ha effettuato le visite e prestato le prime cure (80,6% contro il 26,8% del Mezzogiorno), sia nel giudizio del pronto soccorso in generale (80,7% contro il 21,6% delle regioni meridionali e insulari).

Infine, considerando anche le diagnosi formulate e il percorso terapeutico compiuto all'interno dell'istituzione ospedaliera, i pazienti intervistati valutano la tempestività e l'adeguatezza delle cure ricevute al pronto soccorso in modo complessivamente positivo, seppure anche in questo caso i

Tabella 3.10 Giudizio sull'adeguatezza e tempestività dell'assistenza ricevuta al pronto soccorso, per ripartizione geografica (valori %)

Anche alla luce delle diagnosi formulate e delle terapie effettuate in seguito, ritiene nel complesso di essere stato assistito adeguatamente e con la giusta tempestività nel pronto soccorso?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	91,2	96,6	85,4	87,5	89,3
No	8,8	3,4	14,6	12,5	10,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

dati risentano delle disuguaglianze territoriali nella qualità dell'offerta: infatti, l'89,3% si esprime positivamente, ma il dato passa dal 96,6% del Nord-Est all'87,5% del Sud e Isole fino all'85,4% del Centro (Tabella 3.10).

L'accesso attraverso il ricovero programmato

Il pronto soccorso emerge dall'indagine, dunque, non solo come un presidio della salute efficiente sul territorio (anche se la testimonianza delle persone che non sono state ricoverate dopo l'accesso al pronto soccorso rappresenta un dato imprescindibile per ottenere dati totalmente attendibili in questo senso), ma soprattutto come una "porta

di ingresso" alle cure ospedaliere capace di assolvere alla propria funzione di *front office* in modo adeguato e puntuale.

I dati relativi all'accesso alle prestazioni sanitarie ospedaliere attraverso il ricovero programmato evidenziano invece i limiti, e in alcuni casi le vere e proprie distorsioni, dei sistemi di accettazione e ingresso dei pazienti in ospedale al di fuori dell'emergenza.

Da un lato, infatti, le indicazioni a proposito del medico che per primo ha formulato al paziente la necessità del ricovero ospedaliero sono distribuite in modo piuttosto omogeneo fra i tre professionisti considerati: il 30,1% ha indicato il medico

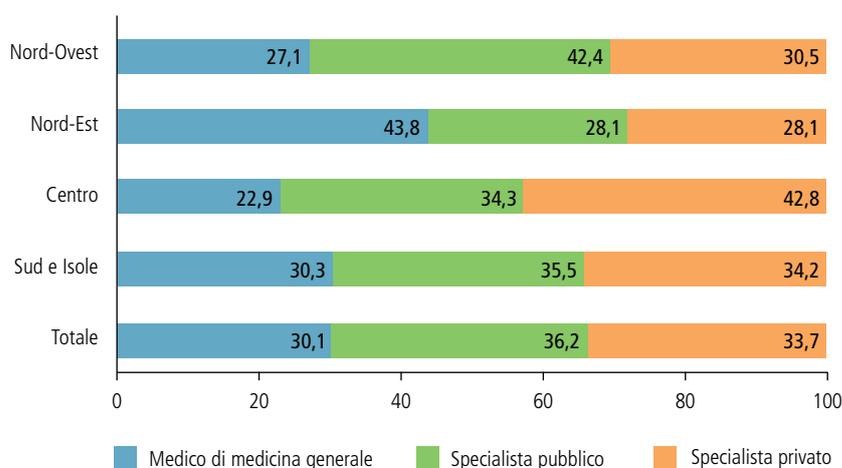


Figura 3.2 Il medico che per primo ha prospettato la necessità del ricovero in ospedale, per ripartizione geografica (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.11 Disfunzionalità nell'accesso al ricovero programmato, per ripartizione geografica (valori %)

Se ha ricevuto un ricovero programmato, indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Prima di essere ricoverato ha dovuto farsi visitare nell'ambulatorio dell'ospedale, pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico</i>					
Sì	44,9	41,9	28,9	44,3	41,6
No	55,1	58,1	71,1	55,7	58,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Prima di essere ricoverato ha dovuto farsi visitare privatamente o intramoenia dal medico dell'ospedale, pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico</i>					
Sì	26,5	34,9	23,7	41,6	33,2
No	73,5	65,1	76,3	58,4	66,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>È dovuto ricorrere a conoscenze personali per facilitare il suo accesso in ospedale</i>					
Sì	15,9	11,6	28,9	27,3	21,4
No	84,1	88,4	71,1	72,7	78,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

di medicina generale (MMG), il 36,2% lo specialista pubblico e il 33,7% lo specialista privato (Figura 3.2).

Le variazioni che si osservano a partire dalla variabile territoriale, peraltro, non mostrano differenze particolarmente rilevanti, a eccezione della maggiore frequenza di indicazioni ottenute dal MMG al Nord-Est (legata con ogni probabilità a un migliore livello assistenziale garantito dai sistemi delle cure primarie in questi territori) e di una percentuale più alta di indicazioni per lo specialista privato nelle regioni centrali.

Sono però assolutamente significative le percentuali di rispondenti che hanno indicato di essere dovuti passare attraverso l'ambulatorio dello specialista ospedaliero pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico, e se nel 41,6% dei casi si è trattato di una visita ambulatoriale ordinaria, il 33,2% (il 41,6% al Sud e Isole) dei pazienti ha dovuto pagare di tasca pro-

pria il medico del reparto fruendo di una visita in *intramoenia* o privata. Infine, il 21,4% (quasi il 30% al Centro e al Sud e Isole contro il 15,9% del Nord-Ovest e l'11,6% del Nord-Est) è dovuto ricorrere a conoscenze personali per facilitare il proprio accesso al ricovero (Tabella 3.11).

Ma è soprattutto analizzando la percentuale cumulata dei rispondenti che emerge in modo chiaro la dimensione del problema: è infatti complessivamente il 65,3% del campione ad aver indicato di aver fatto la visita ambulatoriale in ospedale, o privatamente o *intramoenia*, pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico, o di essere dovuto ricorrere a conoscenze personali.

In sostanza l'analisi dei dati raccolti evidenzia come la prenotazione del ricovero e il relativo accesso alle liste di attesa siano gestiti pressoché esclusivamente dagli specialisti ospedalieri, e che dunque il passaggio attraverso il medico (in ambulatorio, privatamente o in *intramoenia*, o anche per mezzo

Tabella 3.12 Esperienze vissute a proposito del ricovero programmato, per ripartizione geografica (valori %)

Se ha ricevuto un ricovero programmato, indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Per essere ricoverato ha dovuto seguire una trafila burocratica complessa e faticosa</i>					
Sì	34,8	18,6	26,3	27,0	27,6
No	65,2	81,4	73,7	73,0	72,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ha dovuto attendere 3 mesi o più in lista di attesa prima di essere ricoverato</i>					
Sì	29,0	20,0	33,3	21,3	25,2
No	71,0	80,0	66,7	78,7	74,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Avrebbe preferito essere ricoverato in un altro ospedale, ma ha dovuto rinunciare per qualche motivo</i>					
Sì	10,1	9,3	7,9	17,2	12,2
No	89,9	90,7	92,1	82,8	87,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Nei giorni precedenti al ricovero è stato sottoposto alla preospedalizzazione (screening e accertamenti diagnostici)</i>					
Sì	40,6	47,5	34,3	47,7	43,5
No	59,4	52,5	65,7	52,3	56,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

di conoscenze personali) rappresenti un passaggio obbligato, a prescindere dal quadro clinico dei pazienti, e soprattutto dall'esistenza di una diagnosi già formulata da un altro professionista.

Peraltro, il 27,6% (e la percentuale più alta si rileva a questo proposito al Nord-Ovest, dove il dato raggiunge il 34,8%) ritiene di aver dovuto seguire una trafila burocratica complessa e faticosa per essere ricoverato, il 25,2% ha dovuto passare più di 3 mesi in lista di attesa (il valore più alto si rileva al Centro con il 33,3%), mentre il 12,2% avrebbe preferito essere ricoverato in un altro ospedale, ma per qualche motivo ha dovuto rinunciare (Tabella 3.12).

I dati relativi alla preospedalizzazione, e dunque al compimento di una parte del percorso diagnostico già prima del ricovero, evidenziano come vi sia stato sottoposto il 43,5% dei pazienti che hanno

subito un ricovero programmato, con variazioni territoriali che fanno osservare una sostanziale omogeneità, con l'eccezione delle regioni centrali del Paese, dove la percentuale si ferma al 34,3%. Complessivamente, i pazienti intervistati hanno dovuto attendere in media 2,2 mesi in lista di attesa prima di accedere al ricovero programmato, con una leggera differenza fra i tempi per il ricovero ordinario (2,3 mesi) e quelli per il day hospital (2,0 mesi) [Figura 3.3].

Di nuovo sono le regioni centrali quelle in cui si rileva la maggiore problematicità del nodo delle attese: fra i rispondenti di queste regioni, infatti, l'attesa media sale a 3,3 mesi, con una differenziazione particolarmente marcata tra il ricovero ordinario (4,0 mesi) e il *day hospital* (2,9 mesi). Anche l'ampiezza demografica del comune di re-

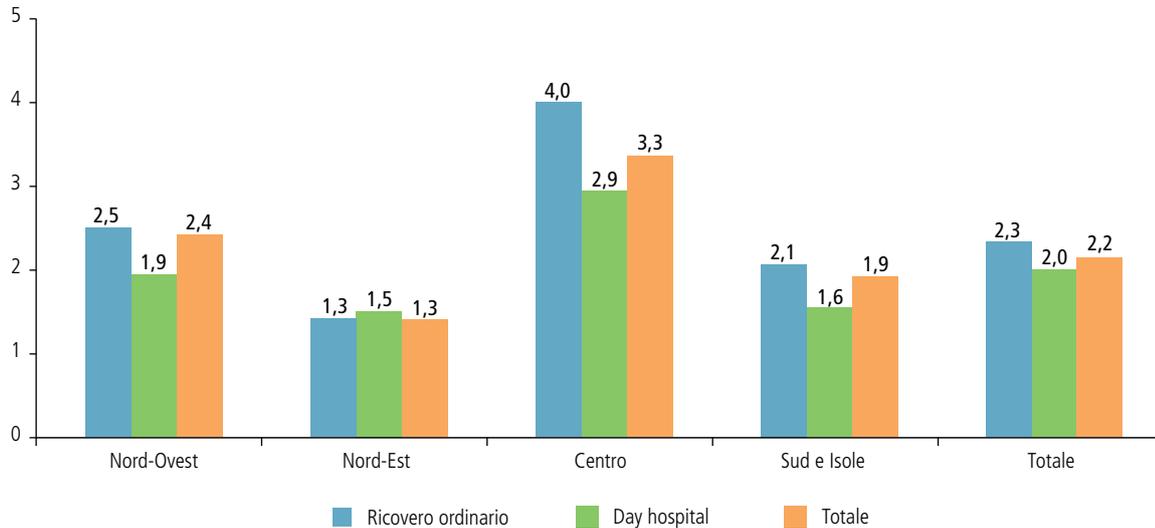


Figura 3.3 Tempo passato in lista di attesa per il ricovero programmato, per modalità di ospedalizzazione e ripartizione geografica (valore %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.13 Opinioni sui tempi di attesa e valutazione complessiva dell'accesso al ricovero, per ripartizione geografica (valori %)

Se ha ricevuto un ricovero programmato, indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Ritiene di aver dovuto attendere troppo tempo in lista d'attesa, considerando la gravità e/o l'urgenza del suo problema di salute?</i>					
Sì	29,0	11,6	37,8	23,9	25,3
No	71,0	88,4	62,2	76,1	74,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Nel complesso, si ritiene soddisfatto di come è stato organizzato e gestito il suo accesso all'ospedale</i>					
Sì	92,8	94,9	86,1	91,0	91,4
No	7,2	5,1	13,9	9,0	8,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

sidenza mostra di esercitare un certo peso su questo dato, laddove nelle grandi città i tempi di attesa sono mediamente più lunghi rispetto a quelli medi nazionali (2,5 mesi sia per il ricovero ordinario sia per il day hospital).

È complessivamente circa un intervistato su quattro (il 25,3%) a ritenere di aver dovuto passare troppo tempo in lista di attesa per essere ricove-

rato, considerando la gravità e/o l'urgenza delle sue condizioni di salute, con una distribuzione territoriale che, nuovamente, pone in luce le regioni del Centro (tra i cui residenti il dato raggiunge il 37,8%) come quelle in cui il nodo delle attese risulta più problematico (Tabella 3.13).

Alla luce dei dati fin qui analizzati e delle esperienze emerse a proposito dell'accesso al ricovero pro-

grammato, risulta di fatto piuttosto singolare quanto rilevato, invece, a proposito del livello di soddisfazione dichiarato dai pazienti per l'organizzazione e la gestione dell'ingresso in ospedale: è infatti il 91,4% dei rispondenti a dichiararsi complessivamente soddisfatto in questo senso, con valori che variano in modo piuttosto ridotto fra le diverse ripartizioni territoriali (il valore minimo, rilevato al Centro, è comunque pari all'86,1%). Si tratta di un'evidenza solo parzialmente sorprendente, e che anzi rappresenta un esempio incisivo di quanto i risultati dell'indagine nel loro complesso delineano (e per un'interpretazione dei quali si rimanda alla sintesi): in sostanza, il fatto stesso di aver ricevuto il ricovero rappresenta per la maggior parte dei cittadini un elemento di soddisfazione, laddove il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al di là dei tempi di attesa, delle disfunzionalità e finanche delle iniquità dei meccanismi di accesso, è comunque stato capace di fornire una risposta qualificata a un bisogno, profondamente destabilizzante per l'individuo che lo sperimenta, quale è il bisogno di salute. I rispondenti che hanno ricevuto un ricovero programmato si suddividono in percentuali sostanzialmente uguali tra chi ha ricevuto un ricovero

ordinario – il 52,2% – e chi invece ha usufruito di prestazioni in regime di day hospital – il 47,8% –, ma si osservano importanti differenziazioni territoriali in questo senso: nelle regioni settentrionali, infatti, i dati relativi al ricovero ordinario risultano tendenzialmente più alti (il 62,4% al Nord-Ovest e il 56,4% al Nord-Est hanno indicato questo genere di ospedalizzazione), e se al Sud e Isole la percentuale rimane essenzialmente analoga alla media nazionale, nelle regioni centrali l'accesso al day hospital rappresenta il 71% dei ricoveri programmati (Figura 3.4).

A questo proposito va ricordato il fatto che le regioni centrali sono quelle in cui gli intervistati hanno dichiarato con maggiore frequenza di aver ricevuto il ricovero per un problema non particolarmente grave, e dunque è probabile che la forte differenza nel ricorso al day hospital dipenda in buona parte da questo elemento. Tuttavia, il dato sembra segnalare anche, proprio in quei territori in cui le difficoltà di accesso all'ospedale rappresentano un fattore di razionamento implicito dell'offerta, un tentativo di risposta da parte del soggetto erogatore, che promuovendo modalità di assistenza meno complesse sotto il profilo or-

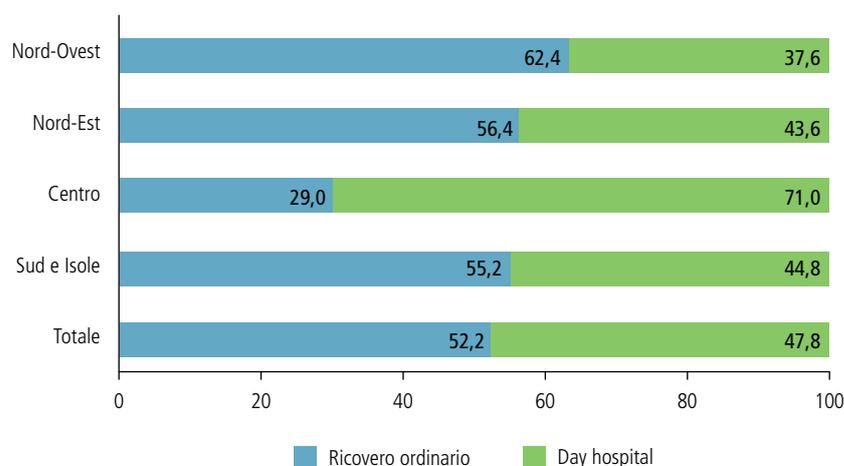


Figura 3.4 Modalità di ospedalizzazione dei pazienti che hanno ricevuto un ricovero programmato, per ripartizione geografica (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

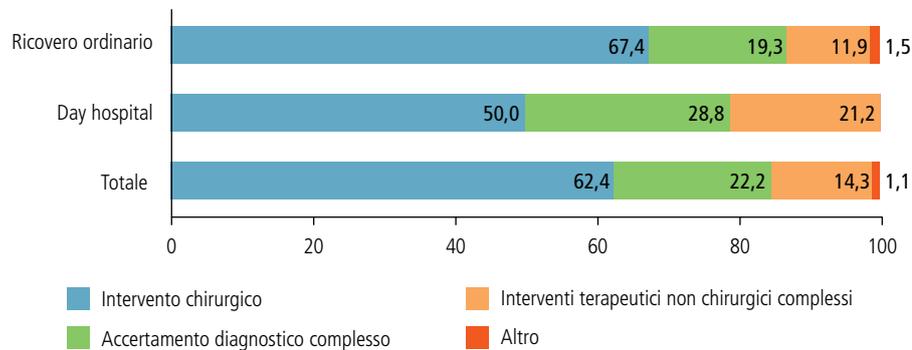


Figura 3.5 Prestazione per cui è stato stabilito il ricovero programmato, per modalità di ospedalizzazione (valori %).
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

ganizzativo e logistico possono probabilmente fronteggiare in modo più efficace la domanda. Nella maggior parte dei casi, per i pazienti che hanno ricevuto un ricovero programmato il tipo di prestazione ospedaliera prescritta consisteva in un intervento chirurgico (62,4%), nel 22,2% dei casi si è trattato di un accertamento diagnostico complesso, mentre per il 14,3% di interventi terapeutici non chirurgici complessi (tipo emodialisi, radioterapia, chemioterapia ecc.) [Figura 3.5]. Il dato varia in modo piuttosto significativo a seconda del tipo di ospedalizzazione di cui i rispondenti hanno usufruito: tra quanti, infatti, hanno ricevuto un ricovero ordinario la percentuale di interventi chirurgici sale al 67,4%, contro il 50% relativo ai pazienti curati in day hospital, e si tratta di una variazione che suggerisce il permanere, almeno parziale, del ricorso al ricovero ordinario anche per prestazioni che sarebbero potute forse essere erogate in regime di day hospital, se non addirittura di prestazione ambulatoriale, dal momento che circa il 30% non aveva bisogno di interventi chirurgici. Una parziale conferma di questa ipotesi proviene dalla lettura della distribuzione delle risposte per ripartizione geografica: è infatti soprattutto al Sud e Isole (ripartizione nella quale la maggior parte dei dati, oltre alla letteratura, in-

dica le maggiori criticità organizzative dei servizi) che la percentuale di ricoveri programmati per interventi chirurgici sul totale dei ricoveri programmati rimane più contenuta (pari al 53,8%, contro il 62,4% nazionale e il 70,1% del Nord-Ovest), a testimonianza di una maggiore propensione delle strutture sanitarie del Mezzogiorno a erogare in regime di ricovero prestazioni non chirurgiche. I dati relativi alle modalità di accesso e di ospedalizzazione, nonché al tipo di prestazione per cui vengono prescritti i ricoveri programmati, risentono in modo evidente della complessità del tema, che rappresenta a sua volta la combinazione di alcune caratteristiche peculiari della sanità italiana:

- anzitutto la forte differenziazione territoriale della qualità dell'offerta, che impatta non solo sul livello assistenziale garantito dalle strutture delle zone meridionali del Paese, ma anche sulle scelte dei cittadini che vi risiedono, e dunque sull'opzione della mobilità ospedaliera a seconda della gravità del proprio quadro clinico, sul ricorso ai servizi pubblici o privati, e in ultima analisi sull'espressione del bisogno di salute sotto forma di domanda esplicita di salute;
- una domanda differenziata, come quella espressa dagli utenti italiani a seconda delle zone di residenza, impatta evidentemente sul carico assi-

stenziale dei servizi, sul loro modello di erogazione e dunque anche sulle dinamiche di razionamento implicito. In sostanza, laddove il giudizio dei cittadini sulla qualità dell'offerta sanitaria è meno positivo si assiste a una minore domanda di servizi, e dunque a liste di attesa tendenzialmente più brevi, ma anche all'erogazione di prestazioni meno complesse sotto il profilo clinico e tecnologico;

- ne consegue che in altre zone, spesso gli ospedali delle città più grandi soprattutto nelle regioni centrali, si debba far fronte a una domanda eccedente e dunque che si assista a dinamiche di razionamento implicito, sotto forma di tempi di attesa, ma anche di difficoltà di accesso *tout court* alle prestazioni ospedaliere;
- nello stesso tempo sono con ogni probabilità le strutture più colpite dall'eccesso di domanda a cercare in modalità più elastiche e meno impegnative sotto il profilo logistico, quali il day hospital, uno strumento per fronteggiare la situazione, che rimane comunque critica;
- la sanità delle regioni settentrionali appare colpita in modo meno vistoso dagli effetti di queste dinamiche, per quanto vada sottolineato il fatto che la mancanza di raccordo tra cure primarie e ospedale produca distorsioni, e probabilmente sprechi, anche nelle *best practice* nazionali, se è vero che comunque lo specialista dell'ospedale rappresenta la figura chiave dell'accesso, se non un passaggio obbligato, per il ricovero programmato, soprattutto al Nord.

3.1.4. Il ricovero e la degenza

La distribuzione dei pazienti sulla base dei reparti nei quali sono stati ricoverati risulta evidentemente fortemente correlata a una molteplicità di variabili, sia strutturali (e dunque soprattutto dell'età, delle condizioni di salute e del genere) sia relative al

percorso compiuto dai rispondenti all'interno dell'istituzione di ricovero (dunque il ricovero tramite pronto soccorso o programmato, e in regime ordinario o di day hospital).

A livello di campione complessivo si osserva, come prevedibile, una decisa dispersione delle risposte, dalla quale emerge certa una prevalenza di alcuni reparti, in particolare analizzando quelli che fanno registrare complessivamente i valori più alti:

- la percentuale più alta del campione (pari al 14,4%) è stata ricoverata in un reparto di cardiologia. Si tratta di una percentuale che risulta più alta tra gli uomini (19,2% contro 10,2% delle donne), tra i pazienti più anziani (22,1% tra gli over 64) e tra i pazienti che sono entrati in ospedale attraverso il pronto soccorso (il 19,8% contro il 9,2% di chi ha ricevuto un ricovero programmato (*Tabella 3.14*);
- a essere stato ricoverato in un reparto di chirurgia generale è una percentuale leggermente più bassa, pari al 14,2%, cui si somma il 5,1% che è stato ricoverato in una chirurgia specialistica. È tra i pazienti che hanno ricevuto un ricovero programmato che si rileva la quota più alta di accessi ai reparti di chirurgia generale (il 18,4% contro il 10,7% di chi ha fatto pronto soccorso) e specialistica (6,3% contro 3,7%);
- il reparto di ostetricia e ginecologia ha ospitato complessivamente il 10,7% degli intervistati; evidentemente si è trattato esclusivamente di donne (il 19,1%, la percentuale più alta della distribuzione per le rispondenti di sesso femminile), quasi esclusivamente di età compresa tra i 18 e i 44 anni (circa il 25% in ambedue le classi d'età, contro il 6% tra i 45 e i 64 anni, e lo 0,5% tra le over 64), e più spesso in regime di ricovero ordinario (11,9%) che in day hospital (6,8%);
- i ricoverati in ortopedia sono il 10,5%, con percentuali che tendono ad aumentare vistosamente

Tabella 3.14 Reparto/i in cui è stato ricoverato, per età (valori %)

In quale/i reparto/i è stato ricoverato?

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	Oltre 64 anni	Totale
Cardiologia	3,8	9,9	12,0	22,1	14,4
Chirurgia generale	17,0	16,6	14,3	11,8	14,2
Chirurgia specialistica	1,9	3,2	6,7	5,9	5,1
Ostetricia-Ginecologia	24,4	25,7	6,0	0,5	10,7
Ortopedia	20,8	13,2	10,5	5,9	10,5
Medicina interna	9,4	4,1	11,3	9,7	8,8
Urologia	9,4	8,2	3,8	6,9	6,6
Oculistica/Oftalmologia	–	0,8	4,4	11,3	5,7
Oncologia	–	4,1	3,8	5,4	4,1
Neurologia	1,9	–	6,0	3,2	3,1
Nefrologia e dialisi	–	–	3,8	4,9	2,9
Pneumologia	–	1,7	1,5	4,9	2,7
Dermatologia	1,9	2,5	0,8	1,6	1,6
Malattie infettive	1,9	1,7	2,3	1,1	1,6
Terapia intensiva/ Anestesia e Rianimazione	1,9	1,7	1,5	0,5	1,2
Geriatria	–	–	–	1,1	0,4
Salute mentale/Psichiatria	–	–	0,8	–	0,2
Altro	5,7	6,6	10,5	3,2	6,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

tra i pazienti più giovani (il 20,8% dei 18-29enni e il 13,2% dei 30-44enni), tra gli uomini (il 12,4% contro l'8,6% delle donne), e tra i pazienti passati attraverso il pronto soccorso (il 12,8% contro l'8,4% dei ricoveri programmati);

- nel reparto di medicina interna è confluito l'8,8% del campione, soprattutto pazienti passati dal pronto soccorso (12%), e con maggiore frequenza nelle regioni centro-meridionali (circa il 10% contro il 6,5% circa di quelle settentrionali).

L'analisi dei dati relativi alla soddisfazione espressa dai rispondenti per gli aspetti clinici della degenza evidenzia anzitutto una fortissima maggioranza di indicazioni positive: oltre 9 intervistati su 10, infatti, si dichiarano molto o abbastanza soddisfatti per la qualità delle terapie e degli interventi medici ricevuti (95,1%), per la qualità dell'assi-

stenza infermieristica (91,1%), per la gentilezza e la disponibilità del personale medico (95,9%) e non medico (91,8%) e per le informazioni mediche ricevute (90,9%).

In modo simile a quanto già osservato in precedenza, anche in questo caso si assiste a una certa differenziazione territoriale delle opinioni, pertanto, seppure in un quadro di soddisfazione generalizzata, nelle regioni meridionali e soprattutto in quelle centrali emergono indicazioni leggermente meno positive, in particolar modo per quanto riguarda la percentuale tra le indicazioni di molto e abbastanza soddisfatto. Se, infatti, è al Nord-Est che le percentuali di massima soddisfazione risultano sistematicamente più frequenti per tutte le dimensioni considerate, con valori sempre superiori al 50% (a fronte di valori medi nazionali compresi tra il 35% e il 40% circa), al Centro e al

Tabella 3.15 Grado di soddisfazione rispetto agli aspetti clinici e assistenziali della degenza, per ripartizione geografica (valori %)

Quanto si ritiene soddisfatto dei diversi aspetti della sua degenza?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>La qualità e l'efficacia delle terapie e degli interventi medici ricevuti</i>					
Molto soddisfatto	36,2	52,7	26,8	28,3	33,9
Abbastanza soddisfatto	62,4	43,2	64,7	65,6	61,2
Poco soddisfatto	1,4	2,7	6,1	5,1	3,9
Per nulla soddisfatto	–	1,4	2,4	1,0	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La disponibilità e la gentilezza del personale medico</i>					
Molto soddisfatto	45,7	56,8	34,1	33,0	40,3
Abbastanza soddisfatto	52,2	40,5	59,8	61,9	55,6
Poco soddisfatto	1,4	2,7	4,9	4,6	3,5
Per nulla soddisfatto	0,7	–	1,2	0,5	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La chiarezza delle informazioni mediche ricevute</i>					
Molto soddisfatto	44,9	55,4	32,5	27,3	37,3
Abbastanza soddisfatto	51,5	40,5	55,5	59,1	53,6
Poco soddisfatto	2,9	4,1	9,6	11,6	7,7
Per nulla soddisfatto	0,7	–	2,4	2,0	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta</i>					
Molto soddisfatto	38,4	53,4	28,9	24,4	33,4
Abbastanza soddisfatto	56,6	45,2	53,0	64,9	57,7
Poco soddisfatto	3,6	1,4	16,9	7,1	6,9
Per nulla soddisfatto	1,4	–	1,2	3,6	2,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La disponibilità e la gentilezza del personale non medico (infermieristico e ausiliario)</i>					
Molto soddisfatto	34,8	50,0	30,1	27,7	33,5
Abbastanza soddisfatto	62,3	48,6	56,7	59,8	58,3
Poco soddisfatto	2,2	1,4	12,0	9,9	6,8
Per nulla soddisfatto	0,7	–	1,2	2,6	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Sud e Isole le indicazioni “molto soddisfatto” rimangono al di sotto del 30% a proposito della qualità e dell'efficacia delle terapie e degli interventi medici ricevuti (rispettivamente 26,8% e 28,3%) e della qualità dell'assistenza infermieristica (rispettivamente 28,9% e 24,4%) [Tabella 3.15]. Tra gli ambiti considerati, peraltro, la chiarezza delle

informazioni mediche, la qualità dell'assistenza infermieristica e la qualità relazionale del personale non medico costituiscono gli elementi a proposito dei quali le indicazioni di insoddisfazione risultano più alte a livello nazionale, con valori medi compresi tra l'8% e il 9%, ma con punte che sfiorano il 20% (nel caso dell'assistenza infermieristica al Centro) o

superano ampiamente il 10% (la chiarezza delle informazioni mediche e la qualità relazionale del personale non medico, sia al Centro sia al Sud e Isole). Ma al di là delle disuguaglianze territoriali, che mostrano di pesare in modo importante sulle opinioni degli utenti, l'analisi delle risposte fornite dal campione ha permesso di individuare anche in un'altra variabile un fattore che ha un peso importante nel differenziare le opinioni degli intervistati, ossia la modalità di ricovero attraverso il pronto soccorso o il ricovero programmato. I pazienti che sono stati ricoverati in emergenza, infatti, esprimono livelli di soddisfazione sistemati-

camente più bassi rispetto a quelli che hanno ricevuto un ricovero programmato, con differenze particolarmente marcate fra le indicazioni "molto" e "abbastanza" soddisfatto (Figura 3.6). In particolare, si osserva questo tipo di differenze su due dimensioni sostanziali dell'assistenza, quali la qualità e l'efficacia delle terapie e degli interventi ricevuti (molto soddisfatto il 40,2% dei ricoveri programmati contro il 27,3% degli accessi da pronto soccorso) e la chiarezza delle informazioni mediche ricevute (molto soddisfatto il 45% dei pazienti con ricovero programmato contro il 29,8% dei ricoverati da pronto soccorso).

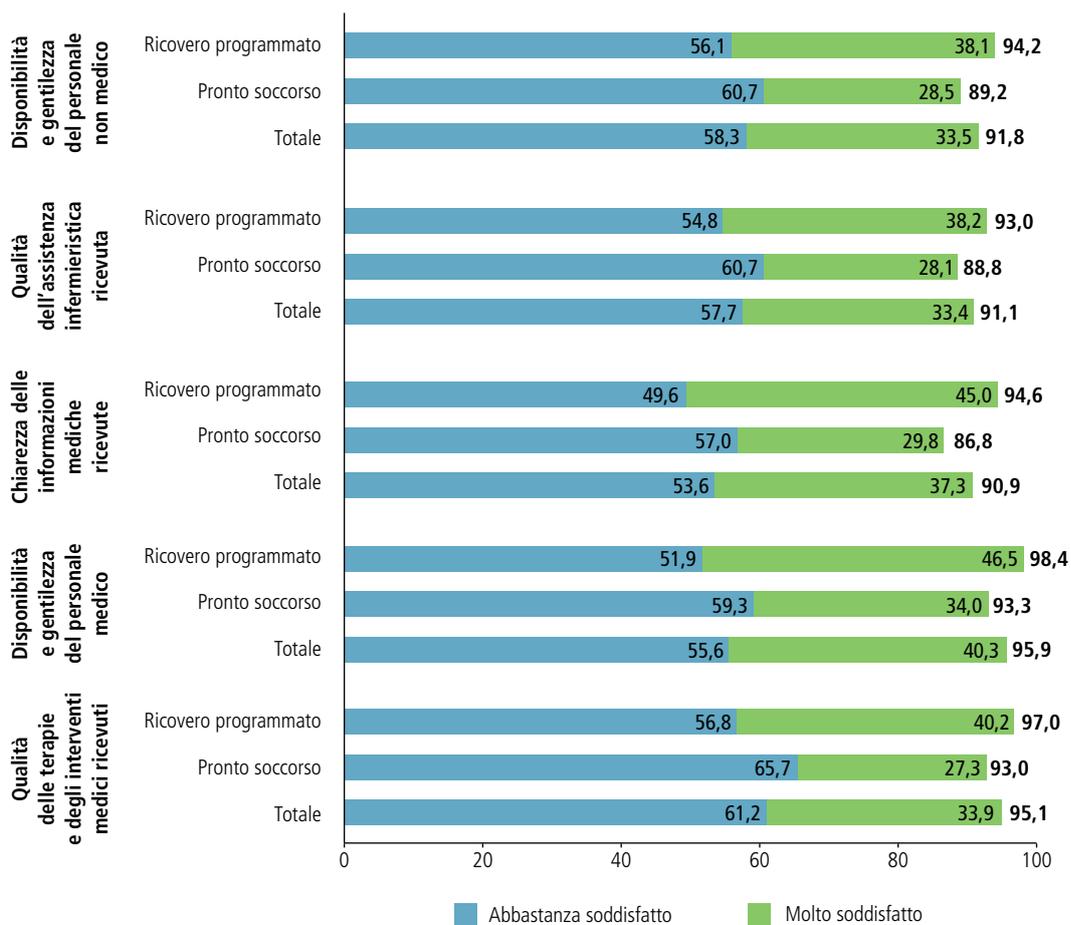


Figura 3.6 Intervistati che si definiscono molto e abbastanza soddisfatti per gli aspetti clinici e assistenziali della degenza, per modalità di accesso al ricovero (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.16 Grado di soddisfazione rispetto agli aspetti organizzativi e generali della degenza, per ripartizione geografica (valori %)

Quanto si ritiene soddisfatto dei diversi aspetti della sua degenza?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>La qualità dell'ospitalità e delle strutture (vitto, pulizia e dotazione delle stanze, bagni ecc.)</i>					
Molto soddisfatto	34,1	53,4	28,9	25,3	32,5
Abbastanza soddisfatto	56,5	42,5	65,1	58,1	56,6
Poco soddisfatto	8,0	4,1	4,8	14,1	9,3
Per nulla soddisfatto	1,4	–	1,2	2,5	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La chiarezza delle informazioni amministrative e organizzative ricevute</i>					
Molto soddisfatto	32,6	43,1	27,7	25,9	30,6
Abbastanza soddisfatto	62,4	52,7	59,1	61,4	60,0
Poco soddisfatto	4,3	4,2	10,8	10,2	7,8
Per nulla soddisfatto	0,7	–	2,4	2,5	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La gestione delle visite dei parenti</i>					
Molto soddisfatto	39,9	45,6	21,0	21,5	30,1
Abbastanza soddisfatto	56,5	52,9	69,1	63,9	61,1
Poco soddisfatto	2,9	1,5	9,9	9,9	6,7
Per nulla soddisfatto	0,7	–	–	4,7	2,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La qualità generale dell'assistenza ricevuta</i>					
Molto soddisfatto	44,9	59,5	32,5	31,3	39,3
Abbastanza soddisfatto	51,5	39,1	60,3	59,6	54,6
Poco soddisfatto	2,9	1,4	6,0	8,1	5,3
Per nulla soddisfatto	0,7	–	1,2	1,0	0,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Un andamento per molti versi analogo, per quanto riguarda sia le disuguaglianze territoriali sia le differenze a seconda della modalità di accesso al ricovero, si osserva a proposito del grado di soddisfazione espresso per gli aspetti organizzativi e logistici della degenza.

Anche in questo caso, infatti, il quadro generale delineato dai dati si caratterizza per una complessiva soddisfazione dell'utenza, pertanto circa 9 intervistati su 10 si definiscono molto o abbastanza soddisfatti per tutti gli aspetti indagati, marcata però da sensibili differenziazioni soprattutto per

quello che concerne la gradazione della soddisfazione espressa, tra “molto” e “abbastanza”, sia lungo la variabile territoriale che in base alla modalità di accesso al ricovero (*Tabella 3.16*). In particolare, per quanto concerne le differenziazioni delle risposte in base alla ripartizione geografica di residenza dei rispondenti si osserva che:

- le percentuali di utenti insoddisfatti risultano generalmente comprese tra il 9% e il 10% del campione nazionale, ma con punte sensibilmente più alte al Sud e Isole e al Centro per alcuni aspetti particolari, quali la qualità in-

frastrutturale al Mezzogiorno (il 16,6% è poco o per nulla soddisfatto) e le informazioni amministrative e organizzative ricevute (circa il 13% sia al Sud e Isole sia al Centro);

- nuovamente è tra i rispondenti residenti al Nord-Est che si registra la percentuale più alta di indicazioni di massima soddisfazione, che raggiungono il 53,4% a proposito della qualità dell'ospitalità e delle strutture (contro il 32,5% complessivo e il 25,3% al Sud e Isole) e il 59,5% a proposito della qualità generale dell'assistenza ricevuta.

Anche i dati relativi alla valutazione degli aspetti organizzativi e generali della degenza mostrano di risentire in modo significativo della modalità di accesso al ricovero, pertanto i pazienti che sono entrati in ospedale attraverso il pronto soccorso

fanno registrare livelli di soddisfazione generalmente meno elevati, e soprattutto una maggiore prevalenza di indicazioni di grado intermedio (abbastanza soddisfatto) rispetto a quelle di massimo grado (molto soddisfatto) [Figura 3.7].

Dunque la valutazione espressa dai pazienti sulla loro esperienza di ricovero rimane nel complesso positiva, benché emergano elementi, limitati a una minoranza significativa di casi, di malfunzionamento e di cattiva gestione (Tabella 3.17):

- il 3,9% ritiene di aver subito gravi errori diagnostici o terapeutici, mentre il 6,7% pensa di essere stato vittima di disattenzioni sotto il profilo medico;
- è il 72,6% a sentire di essere stato sempre e puntualmente informato sulle sue condizioni, contro il 27,4% che la pensa all'opposto;

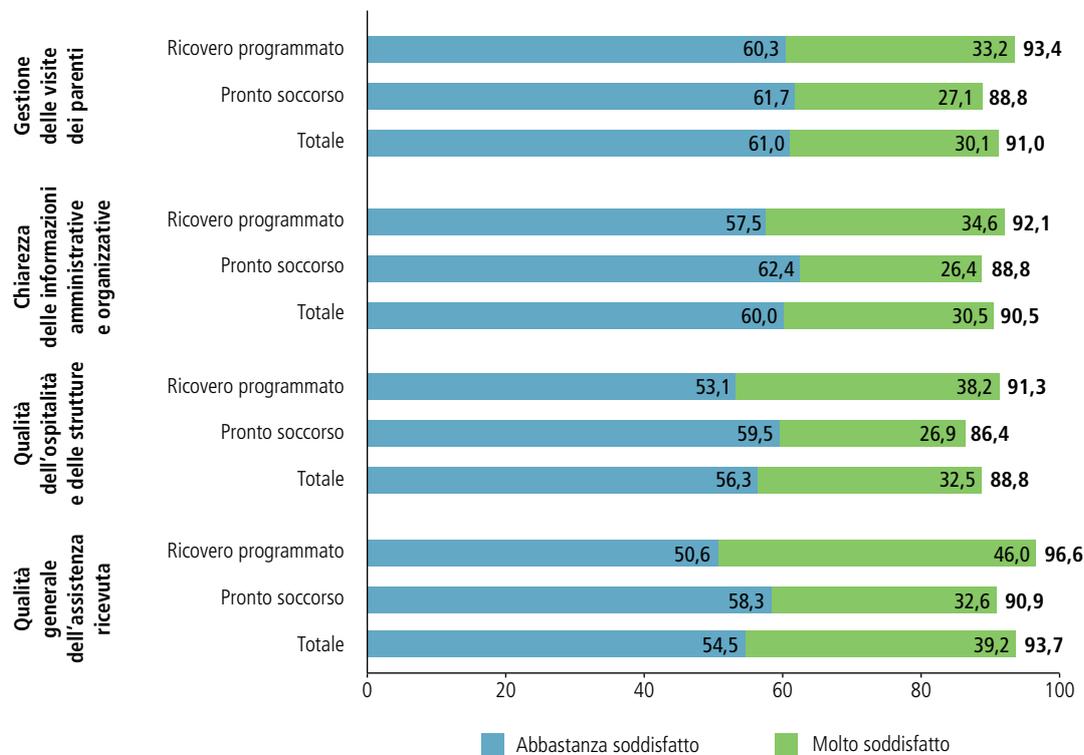


Figura 3.7 Intervistati che si definiscono molto e abbastanza soddisfatti per gli aspetti organizzativi e generali della degenza, per modalità di accesso al ricovero (valori %). Fonte: Indagine Censis - Ccm, 2009.

Tabella 3.17 Valutazioni ed esperienze relative alla degenza in ospedale, per ripartizione geografica (valori %)

Riguardo alla sua esperienza in ospedale...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Sente di essere stato vittima di disattenzioni sotto il profilo medico?</i>					
Sì	2,9	2,7	9,6	9,6	6,7
No	97,1	97,3	90,4	90,4	93,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ritiene di aver subito gravi errori diagnostici o terapeutici?</i>					
Sì	3,6	5,4	3,6	3,5	3,9
No	96,4	94,6	96,4	96,5	96,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Si è sentito sempre e puntualmente informato in modo corretto sulle sue condizioni e sui trattamenti che riceveva?</i>					
Sì	83,3	64,9	68,7	69,7	72,6
No	16,7	35,1	31,3	30,3	27,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ritiene che il suo follow-up dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione ecc.) sia stato organizzato e gestito adeguatamente?</i>					
Sì	89,9	73,0	74,7	77,8	79,9
No	10,1	27,0	25,3	22,2	20,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

- è il 79,9% che ritiene che il suo follow-up dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione ecc.) sia stato organizzato e gestito adeguatamente.

In particolare, le differenze risultano significative per quanto riguarda la valutazione della qualità dell'ospitalità e delle strutture (il 26,9% di indicazioni di massima soddisfazione tra chi ha fatto pronto soccorso contro il 38,2% di chi ha ricevuto un ricovero programmato), e a proposito della valutazione complessiva, che presso i rispondenti che sono passati attraverso i servizi d'emergenza fa registrare il 32,6% di indicazioni "molto soddisfatto" contro il 46% rilevato tra i pazienti di un ricovero programmato.

È chiaro che si tratta, nel complesso, di variazioni dei dati che possono apparire limitate, in uno sce-

nario nel quale l'evidenza prevalente è costituita da un livello generalizzato di soddisfazione per i servizi ricevuti, tuttavia va considerato il peso che il *bias* strutturale, legato alla natura stessa del SSN e al tipo di bisogno cui risponde, esercita sulla possibilità che i pazienti indichino una marcata insoddisfazione, laddove questi sono comunque stati curati, gratuitamente e, nella maggior parte dei casi, senza errori e complicazioni particolari. Dunque è nella gradazione della soddisfazione espressa, e nelle diversificazioni legate alle variabili di incrocio, che vanno cercate le informazioni sostanziali. Un andamento per molti versi simile si rileva a proposito delle indicazioni espresse dagli utenti riguardo al verificarsi o meno di determinati eventi nel corso della degenza. A fronte dell'elenco di malfunzionamenti organizzativi proposto nel que-

Tabella 3.18 Eventi accaduti nel corso della degenza in ospedale, per ripartizione geografica (valori %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ricevere informazioni diverse da medici differenti	4,3	2,7	15,7	18,1	11,5
Osservare altri pazienti ricevere trattamenti di favore, non motivati dalle loro condizioni cliniche	4,3	5,5	4,8	16,6	9,4
Essere ospitato, per almeno una notte, in un reparto che non era quello attinente al suo problema (per motivi di disponibilità di posti, o altre ragioni logistiche)	2,2	4,1	4,8	16,6	8,6
Passare giornate intere senza essere visitato, né ricevere trattamenti medici, senza un chiaro motivo	1,4	4,1	7,2	14,5	8,0
Dover ripetere esami o accertamenti per motivi di cattiva organizzazione (smarrimento di campioni, irreperibilità di documentazione e referti ecc.)	2,9	1,4	6,0	13,5	7,4
Sentire che la sua privacy non veniva rispettata, nei confronti di altri pazienti, parenti in visita o personale non medico	3,6	–	3,6	13,0	6,8

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

stionario, infatti, la maggior parte dei rispondenti ha indicato di non averli sperimentati, tuttavia le percentuali pur minoritarie relative a quanti, invece, si sono trovati nelle situazioni descritte tendono a variare in modo significativo soprattutto sulla base della ripartizione territoriale e della modalità di accesso al ricovero (Tabella 3.18).

In particolare:

- la difformità informativa, e dunque il ricevere informazioni diverse da medici differenti, è una circostanza che gli utenti hanno lamentato nell'11,5% dei casi complessivamente, ma con valori che raggiungono il 18,1% al Sud e Isole e il 15,7% al Centro, mentre rimangono al di sotto del 5% nelle regioni settentrionali. Similmente si rileva una differenza significativa sotto questo profilo a seconda della modalità del ricovero, e il dato risulta pari al 15,5% per i ricoverati da pronto soccorso contro il 7,4% di chi ha ricevuto un ricovero programmato [Figura 3.8];
- ha dichiarato di aver osservato altri pazienti ricevere trattamenti di favore, non motivati dalle loro condizioni cliniche, il 9,4% degli intervistati, percentuale che raggiunge il 16,6%

al Mezzogiorno (e rimane invece in linea con le altre ripartizioni al Centro) e il 13,1% tra chi è stato ricoverato tramite pronto soccorso (contro il 5,8% dei ricoveri programmati);

- di essere ospitati per almeno una notte in un reparto non attinente al loro problema di salute è capitato all'8,6% dei rispondenti, valore che sale al 16,6% tra i residenti del Mezzogiorno e al 14,3% tra quanti sono stati ricoverati in emergenza (contro il 2,9% dei ricoveri programmati);
- il trascorrere di giornate di degenza senza ricevere visite mediche, né trattamenti, senza saperne la ragione è una circostanza nella quale si è trovato l'8% degli intervistati, ma anche in questo caso la percentuale sale vistosamente al Sud e nelle Isole (14,5%) e tra i ricoverati da pronto soccorso (14,3%).

Per quanto riguarda la durata del ricovero ricevuto, si osserva che oltre la metà dei rispondenti è rimasta in ospedale per meno di 1 settimana (il 35,4% da 1 a 3 giorni e il 20,5% da 4 a 6 giorni). Circa 1 intervistato su 4 (il 24,7%) è stato ricoverato per un periodo di tempo compreso tra 7 e 10 giorni, mentre per circa il 20% si è trattato di

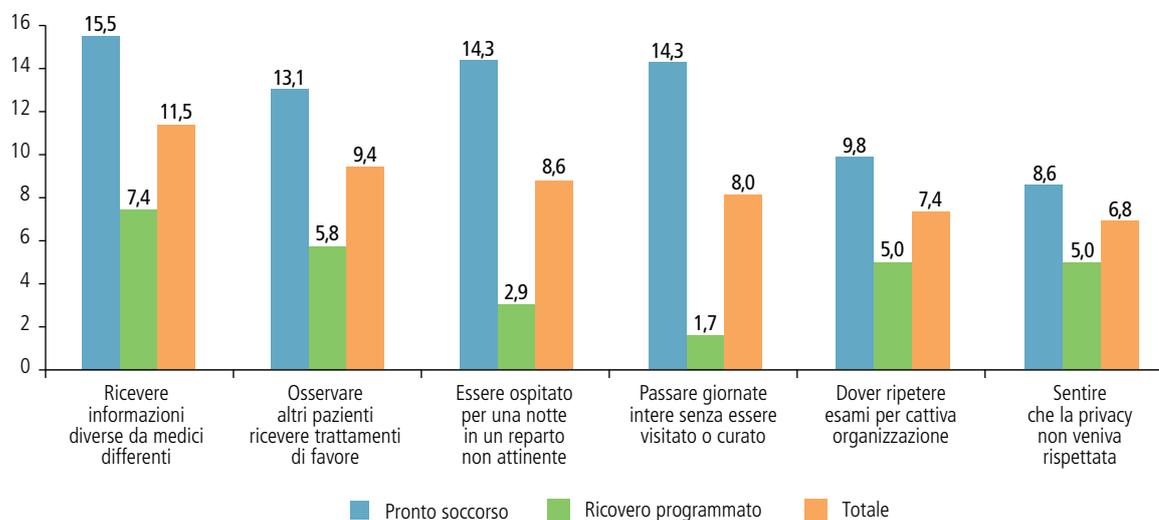


Figura 3.8 Eventi accaduti nel corso della degenza in ospedale, per modalità di accesso al ricovero (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

un ricovero che ha superato i 10 giorni, il 7,4% tra 11 e 15 giorni e il 12% oltre 15 giorni.

La durata del ricovero cui i pazienti sono stati sottoposti risulta peraltro piuttosto variabile e, se la tendenza ad aver ricevuto ricoveri più lunghi tra i rispondenti in condizioni di salute più precarie e tra quelli più anziani trova la sua ragione evidente nel bisogno di salute che questi con ogni probabilità si sono trovati a dover affrontare, le variazioni del dato in base alla ripartizione territoriale testimoniano una volta di più le differenze esistenti tra le varie zone del Paese in termini di modelli di

erogazione, che a loro volta risentono dell'equilibrio tra domanda e offerta nei singoli territori.

In particolare, e si tratta di un dato in linea con quanto già emerso a proposito del ricorso al day hospital (e in parte influenzato da questo), risulta vistosa la durata nettamente più breve dei ricoveri nelle regioni centrali: è infatti il 50% dei rispondenti residenti in queste regioni ad aver fruito di una degenza non più lunga di 3 giorni, contro il 35,4% nazionale (*Tabella 3.19*).

A questo proposito va tenuto conto che anche considerando esclusivamente i ricoveri ordinari (dunque

Tabella 3.19 Durata della degenza in ospedale, per ripartizione geografica (valori % e valori medi)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Da 1 a 3 giorni	33,8	29,6	50,0	32,6	35,4
Da 4 a 6 giorni	23,3	16,9	26,3	17,4	20,5
Da 7 a 10 giorni	24,8	39,4	10,0	25,3	24,7
Da 11 a 15 giorni	6,8	5,6	5,0	9,5	7,4
Oltre 15 giorni	11,3	8,5	8,8	15,3	12,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Media giorni</i>	<i>8,5</i>	<i>8,0</i>	<i>6,2</i>	<i>8,8</i>	<i>8,1</i>

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

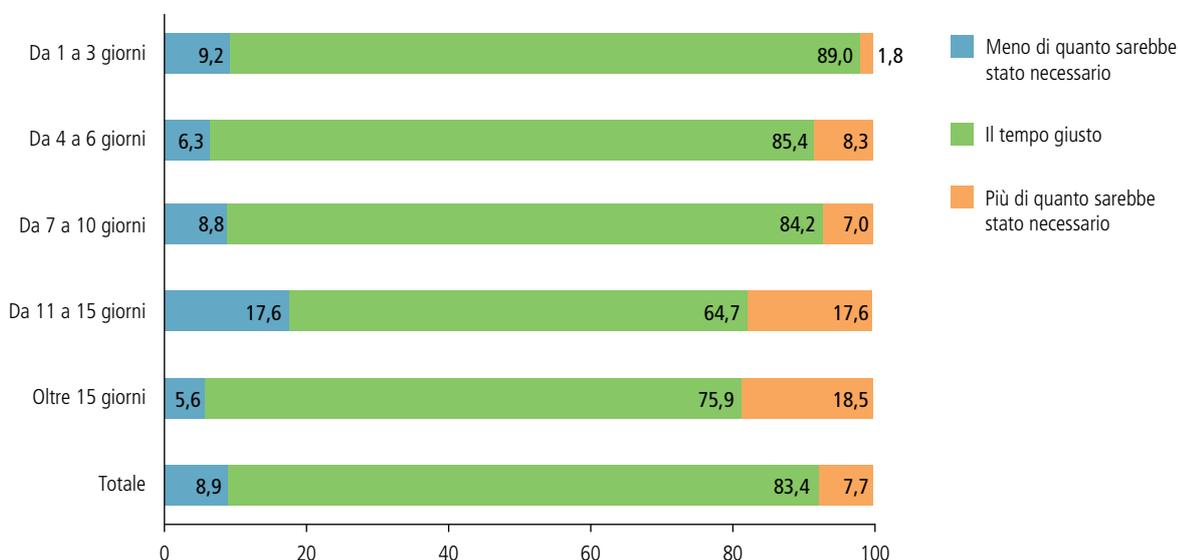


Figura 3.9 Opinioni sull'appropriatezza della durata della degenza, per durata del ricovero (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

escludendo dalla media i day hospital), al Centro nel 63,5% dei casi il ricovero non ha superato i 6 giorni, contro il 45,3% nazionale e il 31,5% del Nord-Est (che risulta la ripartizione territoriale caratterizzata dal valore più basso a questo proposito). Le opinioni dei rispondenti a proposito della durata del ricovero delineano anche in questo caso un quadro complessivamente positivo: è infatti l'83,4% a ritenere che il ricovero sia durato il tempo giusto, mentre l'8,9% pensa che sia stato troppo breve e il 7,7% indica, all'opposto, di pensare che la sua permanenza in ospedale sia stata eccessiva (Figura 3.9). Le opinioni sull'appropriatezza della durata del ricovero mostrano variazioni apprezzabili, ma complessivamente limitate, sulla base della durata del ricovero stesso, pertanto all'aumentare di esso tendono ad aumentare le indicazioni di insoddisfazione, sia in termini di durata eccessiva sia, con l'eccezione dei ricoveri che hanno superato le 2 settimane, in termini di durata eccessivamente ridotta (nella classe tra 11 e 15 giorni l'opinione secondo la quale il ricovero è durato il tempo giusto si ferma al 64,7%,

mentre sono ambedue pari al 17,6% le percentuali relative a quanti ritengono di essere stati ricoverati troppo a lungo e per troppo poco tempo).

Per quanto riguarda la ripartizione territoriale si osserva che tra i rispondenti residenti al Centro è più frequente l'opinione secondo la quale il ricovero è durato troppo poco (lo pensa l'11,4%, e il dato raggiunge il 15,7% tra quelli che hanno ricevuto un ricovero ordinario, contro il 9% nazionale). Si tratta di un dato che fornisce una conferma indiretta del fatto che soprattutto in questa zona del Paese (particolarmente afflitta da problemi di razionamento implicito) quella di ricoveri più brevi e maggiore ricorso al day hospital rappresenta spesso una scelta legata a un eccesso di domanda di servizi, ma che non sempre incontra il favore dei pazienti. Infine, a ulteriore conferma di quanto già osservato a questo proposito, va rilevata l'incidenza significativamente più alta di indicazioni sfavorevoli rilevate tra i pazienti passati attraverso il pronto soccorso, che sentono di aver ricevuto un ricovero troppo breve nel 9,6% dei casi (contro l'8% dei

Tabella 3.20 Presenza di complicazioni o di infezioni ospedaliere, per livello complessivo di salute dichiarato (valori %)

	Ottimo	Buono	Discreto	Insufficiente	Totale
Ha avuto complicazioni	–	3,8	11,3	37,2	12,6
Ha contratto infezioni o malattie in ospedale	10,5	2,6	1,8	6,5	3,2

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

ricoveri programmati) e troppo lungo nell'11,8% (mentre si esprime in questo senso il 3,6% dei pazienti con ricovero programmato).

L'insorgenza di complicazioni ha riguardato il 12,6% degli intervistati ricoverati e il dato tende a variare sensibilmente in base alle condizioni generali di salute dei rispondenti (e di riflesso anche in base all'età più o meno avanzata), pertanto tra quelli più fragili il valore sale fino al 37,2%.

L'insorgenza di infezioni ospedaliere, e più in generale di infezioni correlate all'assistenza, ha riguardato una percentuale residuale di intervistati, pari al 3,2%, con un andamento però diverso, rispetto alle complicazioni, lungo l'asse delle condizioni generali di salute, pertanto sono soprattutto i pazienti in ottime condizioni (il 10,5%) che lamentano questo tipo di problema, mentre tra i più fragili il valore, comunque superiore alla media, si ferma al 6,5% (Tabella 3.20).

A proposito di quest'ultimo dato l'andamento suggerisce, da una parte, che chi è in piena salute ha probabilmente più possibilità di riconoscere sintomi e disturbi che prima del ricovero non aveva e, dall'altra, che le persone più fragili sono comunque quelle più esposte ai rischi delle infezioni correlate all'assistenza, e nel loro caso le conseguenze di superinfezioni ospedaliere comportano rischi evidentemente assai più seri.

Di nuovo, infine, va sottolineato il fatto che tra i ricoverati passati dal pronto soccorso l'incidenza di complicazioni (14,8% contro il 9,7% dei ricoveri programmati) e quella di infezioni ospedaliere (4,6% contro 1,7%) risultano più significative.

3.1.5. La dimissione e il follow-up

Le condizioni di salute dichiarate dai pazienti al momento della dimissione rappresentano evidentemente un'informazione strategica nel definire la soddisfazione per la qualità dell'assistenza ricevuta e i dati delineano un quadro, una volta di più, caratterizzato da significative differenziazioni territoriali (Figura 3.10).

La maggior parte degli intervistati, pari al 53,6%, ha infatti indicato di essere convalescente o in fase di riabilitazione, mentre il 24,1% ha definito le proprie condizioni di salute al momento della dimissione come completamente ristabilite o quasi. Il 19% le ha definite stabili, ma ha sottolineato che il problema di salute era ancora presente, mentre il 3,3% ha dichiarato di stare peggio rispetto a quando è stato ricoverato.

Osservando l'incrocio per ripartizione territoriale, e si tratta della variabile che esercita il maggior peso sul dato, unitamente alla gravità del problema per cui si è reso necessario il ricovero, si rileva che:

- è al Sud e Isole che la quota relativa a quanti dichiarano di essere in condizioni stabili, ma di avere ancora il problema di salute, o addirittura di stare peggio di prima del ricovero, e la somma dei due dati raggiunge al Mezzogiorno il 31,3%, contro il 22,2% nazionale e il 10,2% del Nord-Ovest;
- è tra i rispondenti residenti al Centro che l'indicazione di condizioni di salute completamente ristabilite o quasi risulta meno frequente;

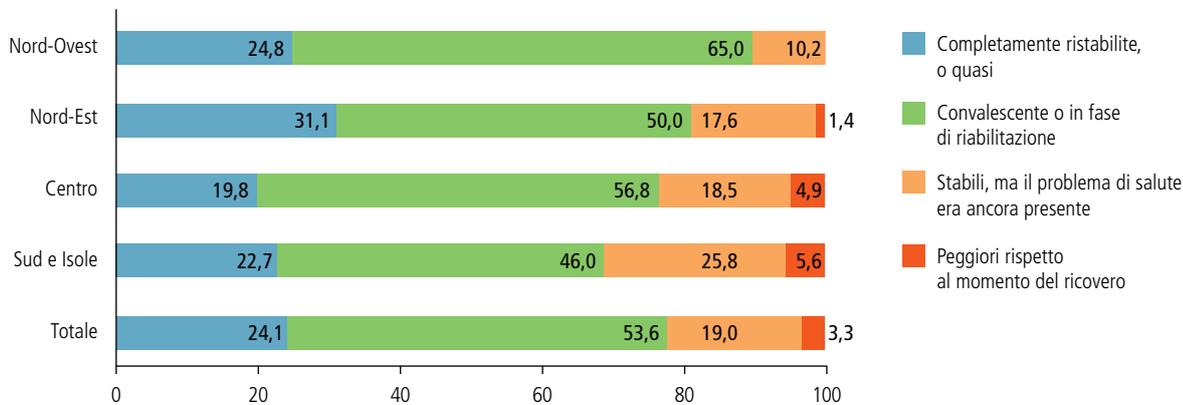


Figura 3.10 Condizioni di salute al momento della dimissione, per ripartizione geografica (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

il valore si ferma, infatti, al 19,8% contro il 24,1% nazionale e il 31,1% del Nord-Est.

Questo dato sembra quindi confermare quanto già parzialmente emerso in precedenza, ossia, da un lato, una minore qualità complessiva dell'offerta nelle regioni del Sud, che si ripercuote in una maggiore quota di bisogni sanitari irrisolti al momento della dimissione e, dall'altro, la tendenza ai "ricoveri brevi" nelle strutture del Centro sembra impattare sulla minore percentuale di dimessi completamente ristabiliti.

L'analisi dei dati relativi al tipo e alle indicazioni e prescrizioni ricevute dopo la dimissione evidenzia anzitutto il fatto che alla maggior parte degli intervistati, il 78,7%, sono state prescritte visite periodiche di controllo, al 71% circa sono stati prescritti dei farmaci da prendere a casa e a una percentuale pressoché analoga è stato raccomandato di prestare attenzione a determinati sintomi. Il 65,2% ha ricevuto l'indicazione di modificare il proprio stile di vita e di adottare determinati comportamenti protettivi, mentre al 62,8% sono stati prescritti esami diagnostici di controllo. Netamente più ridotte, invece, le percentuali relative a quanti hanno ricevuto l'indicazione di una terapia riabilitativa (il 24,2%) o di un ciclo terapeutico

ambulatoriale (l'11,4%), mentre a non aver ricevuto alcuna tra le indicazioni proposte dal questionario è circa il 5% del campione (*Tabella 3.21*). La distribuzione dei dati non mostra di modificarsi in modo particolarmente significativo sulla base delle variabili di incrocio considerate, con l'eccezione di quella relativa alla gravità del problema di salute per cui è avvenuto il ricovero (e di conseguenza delle variabili strutturali più fortemente correlate a essa, quali l'età e lo stato di salute generale), pertanto i pazienti che sono stati ricoverati per problemi più gravi sono anche quelli che rispondono in percentuali nettamente più elevate di aver ricevuto prescrizioni e indicazioni dopo la dimissione, e soprattutto sono quelli tra i quali sono visibilmente più frequenti le prescrizioni di cicli terapeutici ambulatoriali (prescritti al 42,9% di quanti hanno definito molto grave il problema di salute per cui sono stati ricoverati contro l'11,0% complessivo) e di riabilitazione (prescritta al 36,5% contro il 24,4% totale).

A conferma di un follow-up generalmente ben organizzato, almeno stando all'opinione degli intervistati che hanno ricevuto un ricovero nel corso dell'ultimo anno, si ritrovano i dati per cui il 50,6% dei pazienti ha indicato che il percorso te-

Tabella 3.21 Indicazioni e prescrizioni ricevute al momento della dimissione, per ripartizione geografica (valori %)

Al momento della dimissione...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Le sono state prescritte visite periodiche di controllo	78,1	76,7	81,0	78,8	78,7
Le è stata prescritta terapia farmacologica domiciliare (farmaci da prendere a casa)	73,7	54,8	70,2	76,3	71,3
Le è stato raccomandato di prestare attenzione a determinati sintomi	64,2	76,7	67,9	75,3	71,1
Le sono stati raccomandati particolari comportamenti (dieta, smettere di fumare, attività fisica ecc.)	61,3	64,4	64,3	68,7	65,2
Le sono stati prescritti esami diagnostici di controllo	57,7	65,8	60,7	66,2	62,8
Le è stata prescritta terapia riabilitativa	29,9	19,2	16,7	25,3	24,2
Le è stata prescritta terapia ambulatoriale (chemioterapia, radioterapia ecc.)	8,0	9,6	7,1	16,2	11,4
Nessuno di questi	5,1	4,1	6,0	4,5	4,9

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

rapeutico o diagnostico prescritto loro dopo la dimissione era già prestabilito, e dunque tutti gli appuntamenti e gli accertamenti erano stati fissati al momento dell'uscita dall'ospedale (*Tabella 3.22*). Circa 1 intervistato su 3 (il 32,7%) ha invece dichiarato che gli era chiaro che cosa avrebbe dovuto fare, ma che ha dovuto muoversi autonomamente per trovare le strutture e/o i professionisti cui rivolgersi; il 9,3% aveva solo un'idea vaga di che cosa

avrebbe dovuto fare una volta fuori dall'istituto di ricovero, e dunque di aver avuto bisogno di altri consulti medici per stabilire il prosieguo del suo percorso terapeutico, mentre è il 7,4% ad aver dichiarato che al momento della dimissione non gli era minimamente chiaro il percorso che avrebbe dovuto fare. A pesare in modo molto vistoso sul dato è anche in questo caso la variabile territoriale, anche se l'analisi delle risposte delinea un quadro complesso

Tabella 3.22 Aspetti legati alla dimissione ospedaliera, per ripartizione geografica (valori %)

Se le sono state prescritte visite, terapie o esami dopo la dimissione indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Il percorso terapeutico-diagnostico era già prestabilito (tutti gli appuntamenti e/o accertamenti già fissati al momento della dimissione)	46,8	48,3	65,2	48,6	50,6
Le era chiaro che cosa avrebbe dovuto fare, ma ha dovuto muoversi autonomamente per trovare le strutture e/o i professionisti cui rivolgersi	38,1	43,8	21,2	29,1	32,7
Aveva un'idea vaga di che cosa avrebbe dovuto fare e ha avuto bisogno di ulteriori consulti medici per stabilire il suo percorso terapeutico	12,7	1,6	4,5	11,4	9,3
Non le era minimamente chiaro il percorso che avrebbe dovuto fare	2,4	6,3	9,1	10,9	7,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

e che offre diversi spunti interpretativi. Se, infatti, le regioni del Mezzogiorno risultano una volta di più quelle in cui la gestione dei pazienti a livello organizzativo appare problematica, e dunque anche il follow-up viene descritto come problematico dagli utenti (l'11,4% ha dovuto fare ulteriori consulti medici per stabilire il proprio percorso clinico dopo la dimissione e il 10,9% non aveva idea di che cosa avrebbe dovuto fare), si rilevano però al Centro andamenti diversi. È infatti tra i rispondenti delle regioni centrali che si rileva la percentuale più alta di indicazioni a proposito di un follow-up già prestabilito e organizzato al momento della dimissione, pari al 65,2%, mentre risultano in questa ripartizione territoriale particolarmente basse le indicazioni relative all'eventualità per cui era chiaro al paziente il percorso da compiere, ma era anche necessario muoversi autonomamente per organizzarlo (21,2% contro il valore medio del 32,7%). Tra le regioni settentrionali, invece, si osserva in generale una maggiore frequenza di casi in cui, a seguito della dimissione, i pazienti avevano chiaro il tipo di percorso clinico che avrebbero dovuto intraprendere, ma in cui hanno dovuto orientarsi autonomamente.

Di nuovo, inoltre, si osserva una gestione migliore del percorso terapeutico dei pazienti laddove questi abbiano ricevuto un ricovero programmato (follow-up già organizzato nel 53,7% dei casi) rispetto

a chi è passato dal pronto soccorso (46,8% di indicazioni in questo senso), a ulteriore conferma del fatto che l'accesso in emergenza è un elemento che si ripercuote in modo tendenzialmente negativo su tutto il percorso assistenziale.

3.1.6. Il giudizio complessivo sul ricovero ospedaliero

Nell'analisi dei dati relativi alle opinioni complessive e sostanziali sul ricorso al ricovero ospedaliero un ruolo centrale è giocato dal livello di partecipazione emotiva dei pazienti, e dunque dalla funzione esistenziale che il ricovero ha svolto nella loro prospettiva di vita. In questo senso risulta interessante osservare che il 43,2% degli intervistati ritiene che il ricovero in ospedale abbia salvato loro la vita, contro il 56,8% che si esprime in senso opposto (*Tabella 3.23*).

A esercitare un peso estremamente rilevante sul dato è la variabile relativa alla gravità del problema per cui è stato disposto il ricovero: la percentuale di sì è infatti pari all'8,2% fra i rispondenti che hanno definito il loro problema non particolarmente grave, e tende a salire esponenzialmente all'aggravarsi del problema, fino al 70,3% tra chi lo definisce molto grave.

Analogamente, osservando le risposte degli intervistati a seconda della modalità con la quale è avvenuto

Tabella 3.23 Opinione circa le cure ricevute in ospedale, per gravità del problema per cui è stato disposto il ricovero (valori %)

Ritiene che le cure ricevute in ospedale le abbiano salvato la vita (avrebbe rischiato la vita se non fosse stato ricoverato)?

	Non particolarmente grave	Moderatamente grave	Abbastanza grave	Molto grave	Totale
Sì	8,2	38,9	60,5	70,3	43,2
No	91,8	61,1	39,5	29,7	56,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

il ricovero, emerge come siano i pazienti passati attraverso il pronto soccorso a esprimersi con maggiore frequenza in modo positivo a questo proposito, è infatti il 52,9% a pensare che le cure ospedaliere gli abbiano salvato la vita contro il 33,0% registrato tra chi ha ricevuto un ricovero programmato.

Il valore conoscitivo di questo dato risiede, dunque, nella possibilità di misurare quanto, per i pazienti che hanno ricevuto le prestazioni ospedaliere, i servizi sanitari siano intervenuti a rispondere a un bisogno profondo, di fatto fornendo loro un valore aggiunto essenziale nel percorso esistenziale individuale.

Per quanto riguarda la rispondenza alle proprie aspettative della qualità e del livello dei servizi ricevuti, circa i due terzi del campione (il 65,5%) hanno indicato che il servizio è stato come se lo aspettava, il 29,6% è stato sorpreso positivamente dal livello qualitativo dei servizi, che sono stati migliori di come se li aspettasse, mentre il 4,9% si è trovato nei fatti a interagire con servizi peggiori di come se li aspettava (Figura 3.11).

Sotto il profilo territoriale la divergenza tra aspet-

tative e realtà mostra di variare in modo piuttosto limitato, e si rileva tra i rispondenti del Centro la maggiore frequenza di indicazioni per servizi peggiori rispetto alle aspettative (10,8% contro il 2,8% del Nord-Est) e la minore frequenza per le sorprese positive (il 27,7% contro il 30,9% del Nord-Ovest).

Assai più pesanti, in termini di variazione della distribuzione delle risposte, risultano invece le variabili legate all'intensità del rapporto con l'ospedale, e dunque la durata del ricovero e, di riflesso, la gravità del problema per cui questo era stato disposto: quanto più i rispondenti hanno ricevuto ricoveri lunghi, infatti, tanto più tendono a ridursi le indicazioni di aderenza tra le aspettative e la realtà (è pari infatti al 51,8% la percentuale di rispondenti che, essendo rimasti ricoverati per oltre 15 giorni, hanno dichiarato che il servizio è stato come se lo aspettavano, contro il 77% di quelli il cui ricovero è durato 4 giorni o meno), mentre aumentano sia le indicazioni di sorprese positive (il 35,7% tra i "lungodegenti", contro il 21,8% dei ricoveri brevi), sia quelle relative a esperienze peggiori rispetto a

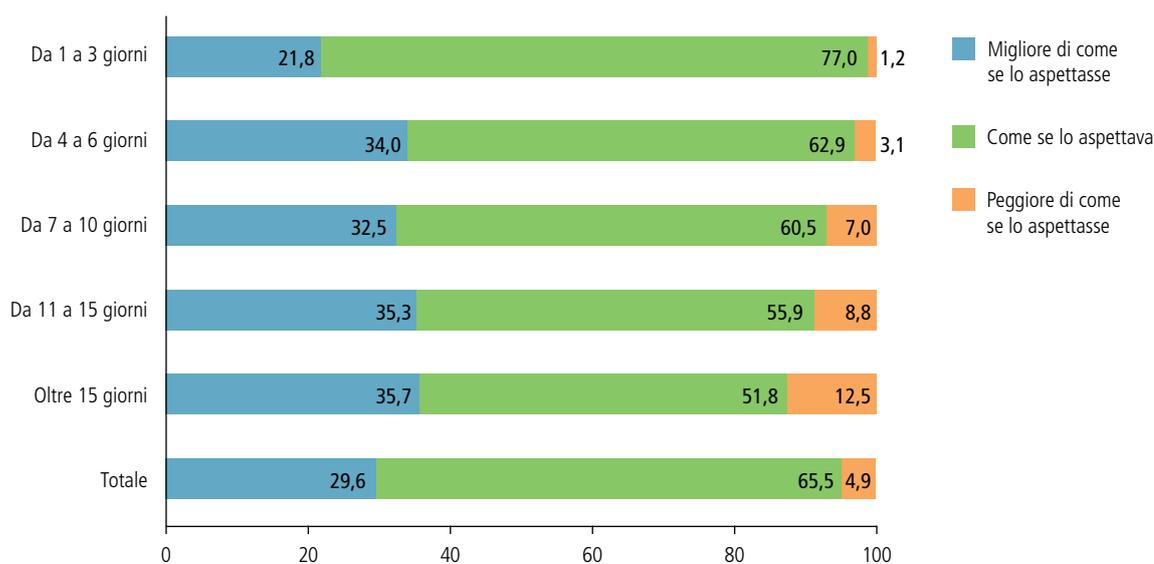


Figura 3.11 Valutazione rispetto ai servizi ricevuti in ospedale, per durata del ricovero (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

quanto atteso (che passano dall'1,2% tra i ricoverati meno di 4 giorni al 12,5% tra i ricoveri più lunghi di 2 settimane).

Evidentemente il dato, nel sottolineare l'evidenza per cui quanto più il rapporto con l'ospedale è stato lungo e intenso, tanto più è probabile che l'aspettativa e l'immaginazione dei pazienti siano state smentite dai fatti, conferma nella sostanza il fatto che comunque sono stati nettamente più frequenti i casi in cui la realtà è stata migliore dell'aspettativa che non il contrario.

Infine, di fronte a una nuova necessità di salute, oltre l'80% indica che si recherebbe in un ospedale pubblico e il 12,7% fa riferimento al privato convenzionato. Solo il 5% opterebbe, in futuro, per una clinica privata, mentre la percentuale di chi indica il pubblico in *intramoenia* si ferma all'1,7%. Di fatto, quasi 9 intervistati su 10 indicano che si recherebbero in una struttura dello stesso tipo di

quella in cui sono stati (e con ogni probabilità molti di loro fanno riferimento alla struttura stessa in cui sono stati ricoverati), dal momento che tra chi è stato ricoverato in un ospedale pubblico la quota di indicazioni per, appunto, l'ospedale pubblico sale fino all'89,3%, e simmetricamente raggiungono l'86,5% le indicazioni per il privato convenzionato fra i rispondenti che sono stati ricoverati in una struttura di questo tipo (Tabella 3.24).

Anche le ragioni di questa dichiarazione di intenti sono state approfondite, e se per i pochissimi casi che indicano che preferirebbero, in caso di necessità futura, rivolgersi alla sanità privata il motivo prevalente riguarda la volontà di evitare le liste di attesa, tra i molti che hanno fatto riferimento alla sanità pubblica, o in convenzione, il 67,4% ha indicato che tutto sommato si sono trovati bene nella loro precedente esperienza (Tabella 3.25). Il 18,4% di quanti si rivolgerebbero nuovamente al pubblico

Tabella 3.24 A quale tipo di struttura si rivolgerebbe per un eventuale bisogno di ulteriori cure ospedaliere, per tipologia di struttura in cui è stato ricoverato (valori %)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato convenzionato	Totale
Un ospedale pubblico	89,3	5,4	80,7
Un ospedale pubblico, ma in regime di <i>intramoenia</i> (pagando in parte o integralmente alcune prestazioni e servizi, tipo stanza singola, medico personale ecc.)	1,8	0,0	1,7
Un ospedale privato convenzionato	4,3	86,5	12,7
Una clinica privata	4,6	8,1	5,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.25 Motivo per il quale si rivolgerebbe nuovamente a un ospedale pubblico o al privato convenzionato, per durata del ricovero (valori %)

	Da 1 a 3 giorni	Da 4 a 6 giorni	Da 7 a 10 giorni	Da 11 a 15 giorni	Oltre 15 giorni	Totale
Perché tutto sommato si è trovato bene	70,8	69,1	66,7	56,5	60,0	67,4
Perché in generale si fida poco della sanità privata	16,7	22,1	16,7	21,7	14,3	18,4
Perché non potrebbe permettersi la spesa di cure private	12,5	8,8	16,7	21,7	25,7	14,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

spiega questa intenzione con una generale sfiducia per la sanità privata, mentre a fare riferimento all'impossibilità di far fronte ai costi che cure totalmente private comporterebbero è il 14,2%.

Oltre alla variabile territoriale, alla luce della quale i dati evidenziano come i rispondenti del Sud e delle Isole siano quelli che con minore frequenza abbiano dichiarato che tornerebbero al pubblico perché tutto sommato si sono trovati bene (59,5% contro il 67,4% nazionale), a pesare in modo significativo sul dato è la durata del ricovero: è fra i pazienti che sono rimasti in ospedale più a lungo, infatti, che si rilevano le percentuali più basse a proposito delle indicazioni di una scelta basata sulla positività dell'esperienza passata (pari o inferiore al 60% superati i 10 giorni di ricovero), mentre assume peso crescente l'impossibilità di affrontare le spese per cure private (oltre il 20% tra i ricoverati oltre 10 giorni), a conferma del fatto che è soprattutto in un ricovero lungo che i limiti e le problematiche nell'assistenza finiscono per pesare sulle opinioni dei pazienti.

3.2. La valutazione sui servizi di diagnostica complessa

3.2.1. Il profilo e il percorso diagnostico dei pazienti

Nella terza sezione dell'indagine sono state analizzate le esperienze e le opinioni di cittadini italiani che, nel corso dei 12 mesi precedenti l'intervista, abbiano usufruito di una prestazione di diagnostica strumentale e/o per immagini erogata dal SSN. Nel campione sono stati dunque reclutati cittadini che si fossero sottoposti a un accertamento in regime di prestazione ambulatoriale, in una struttura pubblica o privata convenzionata. La sezione del questionario dedicata a questo approfondimento è stata quindi somministrata solo

ai rispondenti che avessero ricevuto prestazioni diagnostiche di questo genere, escludendo perciò le analisi di laboratorio (del sangue, delle urine o simili), e questa scelta metodologica è stata motivata da una serie di ragioni:

- garantire che il campione di intervistati avesse avuto bisogno di prenotare la prestazione, con l'obiettivo di rilevare dati riguardanti la modalità della prenotazione, la soddisfazione per il sistema di prenotazione, nonché di misurare i tempi di attesa necessari per l'ottenimento della prestazione (laddove generalmente non è prevista prenotazione né lista di attesa per gran parte degli esami di laboratorio);
- somministrare lo strumento di rilevazione esclusivamente a pazienti che avessero sperimentato, nella fruizione della prestazione, un rapporto con personale sia non medico sia medico (laddove per esami di laboratorio non è sempre necessario avere a che fare con personale medico);
- intervistare persone che avessero ricevuto una prestazione che richiedeva l'utilizzo di strumenti e macchinari diagnostici, rispetto ai quali potessero dunque esprimere un'opinione;
- restringere il campione stesso ai casi di accertamenti che avessero richiesto agli intervistati una permanenza all'interno delle strutture tale da permettere loro di esprimere giudizi quanto più possibile circostanziati (laddove il solo prelievo ematico o la semplice consegna dei campioni costituisce un'esperienza che potrebbe essere troppo breve).

Il campione così reclutato, e intervistato telefonicamente, è risultato anche in questo caso (come già emerso per il ricovero) composto da una popolazione tendenzialmente più anziana rispetto al campione rappresentativo nazionale (*Tabella 3.26*). In particolare, risultano meno frequenti i rispondenti di età inferiore ai 44 anni, mentre risultano sovrastimate, rispetto al campione generale, le coorti

Tabella 3.26 Caratteristiche demografiche del campione di pazienti sottoposti ad accertamento diagnostico: confronto con il campione nazionale (valori %)

	Campione pazienti	Campione generale
<i>Età</i>		
Fino a 29 anni	9,3	16,2
30-44 anni	25,0	28,6
45-64 anni	34,2	30,5
Oltre 64 anni	31,5	24,7
Totale	100,0	100,0
<i>Genere</i>		
Maschi	44,4	47,8
Femmine	55,6	52,2
Totale	100,0	100,0
<i>Ripartizione geografica</i>		
Nord-Ovest	35,5	26,9
Nord-Est	14,8	19,1
Centro	17,5	19,8
Sud e Isole	32,3	34,2
Totale	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

d'età più avanzata. La distribuzione per genere non risente di questo squilibrio anagrafico mentre, come già emerso anche a proposito del campione di italiani ricoverati, pesa (seppure non in modo drastico) sulla distribuzione per ripartizione geografica di residenza: risultano infatti sovrastimati i rispondenti delle regioni nord-occidentali (che fanno registrare gli indici di vecchiaia più alti), a scapito di tutte le altre ripartizioni.

Gli accertamenti cui i pazienti intervistati si sono sottoposti sono comunque vari e di diversa tipologia. In generale prevalgono le prestazioni più semplici sotto il profilo tecnologico: il 23,6% (la percentuale più alta della distribuzione) si è sottoposto a una radiografia, mentre l'11,2% a un esame radiografico complesso (quali radiografie digitali, fluoroscopie, mammografie e radiografie con mezzo di contrasto, tipo angiografie, coronarografie ecc.). Il 14,1% ha fatto un tracciato elettrocardiografico, mentre la

percentuale di tracciati elettroencefalografici è estremamente ridotta (pari all'1,7%). Il 13,2% si è sottoposto a un'ecografia e l'11,6% a un esame endoscopico. Fra le prestazioni più complesse sotto il profilo tecnologico, la tomografia computerizzata (TC) è l'accertamento che è stato effettuato da una percentuale significativa di rispondenti, pari al 10,3%, la risonanza magnetica (RM) è stata indicata dall'8,1%, mentre la tomografia a emissione di positroni (*positron emission tomography*, PET) è stata indicata dal 2,3% (Tabella 3.27).

Si osservano alcune oscillazioni nelle frequenze di risposta sulla base della ripartizione territoriale di residenza degli intervistati, e in particolare percentuali più alte nelle regioni centro-meridionali di radiografie tradizionali, valori più bassi della media al Nord-Est per gli elettrocardiogrammi e al Centro per ecografie, TC e RM.

Un certo grado di variazione nelle risposte si osserva in base al genere degli intervistati, pertanto risultano nettamente più frequenti tra le donne gli esami radiografici complessi (16,4% contro il 4,8% degli uomini e si tratta con ogni probabilità in gran parte di mammografie) e le ecografie (16,4% contro 9,1%, e in questo caso la ragione evidente è il massiccio ricorso all'ecografia in ginecologia e ostetricia); tra i rispondenti di sesso maschile, invece, si assiste a una maggiore frequenza di TC (13% contro l'8% delle donne), RM (10,8% contro 5,9%) e tracciati elettrocardiografici (18,6% contro 10,5%), e si tratta di dati che trovano con ogni probabilità spiegazione nella maggiore morbilità generale degli uomini. Tuttavia, la variabile strutturale che più influenza le risposte è rappresentata dalle condizioni di salute generali dei pazienti e, in virtù della stretta correlazione a essa, anche dall'età. Quanto più precarie sono infatti le condizioni dichiarate dai pazienti, tanto più si riducono le percentuali di rispondenti che si sono sottoposti a una Rx semplice (che pas-

Tabella 3.27 Tipologia di accertamento a cui si è sottoposto negli ultimi 12 mesi, per ripartizione geografica (valori %)

A quale tipologia di accertamento si è sottoposto?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Rx (radiografia tradizionale)	19,5	22,0	30,0	25,5	23,6
Esame radiografico complesso ¹	11,9	9,1	12,2	10,9	11,2
ECG (elettrocardiogramma) ²	15,1	6,5	13,3	17,0	14,1
EEG (elettroencefalogramma) ²	2,2	2,6	1,1	1,2	1,7
Ecografia ³	17,8	11,7	5,6	12,7	13,2
Esame endoscopico (gastroscopia, colonscopia, broncoscopia ecc.)	9,7	15,6	16,7	9,1	11,6
TC (tomografia computerizzata)	10,8	10,4	6,7	11,5	10,3
RM (risonanza magnetica) ⁴	9,2	11,7	4,4	7,3	8,1
PET (tomografia a emissione di positroni) o scintigrafia ⁵	2,2	2,6	2,2	2,4	2,3
Altro esame strumentale	1,6	7,8	7,8	2,4	3,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Si intendono le radiografie digitali, fluoroscopie, mammografie e radiografie con mezzo di contrasto (angiografie, coronarografie ecc.).

² Si intendono anche Holter (esame nelle 24 ore).

³ Si intendono anche eco-doppler, ecocardiografie ecc.

⁴ Si intendono anche RM con mezzo di contrasto.

⁵ Si intendono anche altre tecniche diagnostiche di medicina nucleare.

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

sano dal 44% tra chi si considera in ottime condizioni al 15,3% tra chi invece ritiene insufficiente il proprio stato di salute), mentre aumentano vistosamente le TC (dal 4% al 22%) e, seppure in modo meno marcato, gli elettrocardiogrammi (che passano dal 12% al 16,9%) [Figura 3.12].

La maggior parte dei pazienti intervistati ha svolto il suo accertamento in un ospedale pubblico (il

55,3%), il 17,6% ha optato per un poliambulatorio dell'azienda sanitaria locale, mentre a fare riferimento a una struttura privata convenzionata è stato il 27,1% (Tabella 3.28).

La scelta per l'ospedale risulta particolarmente frequente nelle regioni settentrionali (64,5% al Nord-Est e 57,8% al Nord-Ovest), in quelle centro-meridionali è invece la percentuale di quanti

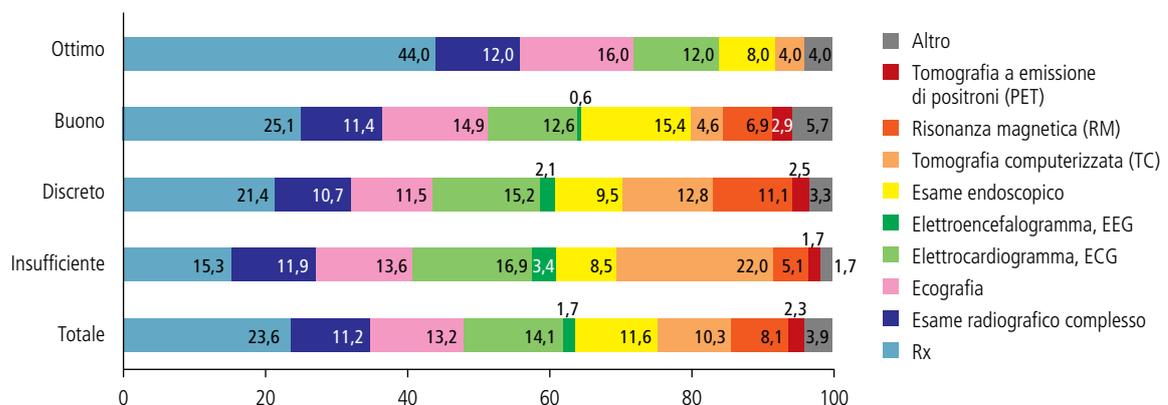


Figura 3.12 Prestazione diagnostica ricevuta, per livello complessivo di salute dichiarato (valori %). Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

si sono rivolti a una struttura privata convenzionata a risultare leggermente più alta della media nazionale (pari a circa il 31% in ambedue le ripartizioni territoriali), mentre il ricorso al poliambulatorio territoriale risulta meno frequente al Nord-Est rispetto alle altre ripartizioni (11,8% contro il 17,6% medio).

Non si osservano particolari variazioni del dato nell'analisi degli incroci con le variabili strutturali, con la parziale eccezione dello stato di salute generale, e dunque anche dell'età, pertanto il ricorso alle prestazioni nel privato convenzionato risulta tendenzialmente più frequente tra i rispondenti più giovani e in condizioni di salute generalmente migliori.

Per quanto riguarda l'individuazione del medico che, al di là della prescrizione vera e propria, ha indicato per primo al paziente la necessità di sottoporsi all'accertamento, le risposte del campione

si concentrano in modo evidente sulla figura MMG, indicato dal 45,4% degli intervistati. È stato lo specialista privato a segnalare la necessità dell'esame diagnostico nel 27% dei casi, lo specialista pubblico dell'ambulatorio è stato indicato dal 14,1% e il medico ospedaliero (nel caso in cui l'accertamento sia stato svolto a seguito di una dimissione ospedaliera) ha convogliato l'8,1% delle risposte, mentre solo il 2,9% ha deciso autonomamente di sottoporsi alla prestazione in questione (*Tabella 3.29*).

Anche in questo caso, a fronte di variazioni piuttosto limitate lungo l'asse geografico (per cui si osservano indicazioni leggermente più alte della media per il MMG al Sud e Isole e per lo specialista privato al Centro) a pesare sul dato sono soprattutto le condizioni e il percorso clinico dei pazienti; si osserva infatti che:

Tabella 3.28 Tipologia di struttura presso cui ha effettuato l'accertamento, per ripartizione geografica (valori %)

In quale tipologia di struttura si è sottoposto all'accertamento?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ospedale pubblico	57,8	64,5	51,1	50,6	55,3
Poliambulatorio pubblico (ASL)	19,5	11,8	17,8	18,1	17,6
Struttura privata convenzionata (centro diagnostico, clinica ecc.)	22,7	23,7	31,1	31,3	27,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.29 La decisione relativa all'accertamento diagnostico, per livello complessivo di salute dichiarato (valori %)

Quale medico le ha detto per primo che avrebbe dovuto eseguire questo accertamento?

	Ottimo	Buono	Discreto	Insufficiente	Totale
Il medico di medicina generale	44,0	43,1	49,6	36,3	45,4
Lo specialista privato	16,0	29,9	25,8	22,4	27,0
Lo specialista pubblico dell'ambulatorio	28,0	16,7	11,5	15,5	14,1
Il medico dell'ospedale (ha eseguito l'accertamento dopo una dimissione dall'ospedale)	4,0	4,0	8,6	22,4	8,1
Nessun medico, lo ha deciso autonomamente	4,0	3,4	2,9	–	2,9
Altro	4,0	2,9	1,6	3,4	2,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.30 Modalità di scelta della struttura, per tipo di struttura (valori %)

Come ha scelto la struttura in cui svolgere l'accertamento?

	Ospedale pubblico	Poliambulatorio pubblico	Struttura privata convenzionata	Totale
È l'unica in cui poteva fare l'esame nella zona in cui vive	23,2	31,3	7,8	20,7
L'ha suggerita il medico	22,8	9,6	20,7	19,9
È la struttura in cui i tempi di attesa erano più brevi	15,4	22,9	23,3	18,8
Ha scelto in base alla distanza da casa, o comunque alla comodità	15,4	20,5	19,8	17,5
È la struttura che l'aveva già seguita in passato per il problema per cui ha fatto l'accertamento	20,2	14,5	12,1	17,3
È quella che, in base alla sua esperienza diretta, riteneva qualitativamente migliore	16,5	8,4	24,1	16,9
L'hanno suggerita parenti e amici	4,1	4,8	9,5	5,6

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

- tra coloro che definiscono ottime le loro condizioni risulta più limitato il riferimento allo specialista privato (16% contro il 27% complessivo), mentre è più alta l'incidenza di indicazioni per lo specialista pubblico dell'ambulatorio (28% contro 14,1% totale);
- al peggiorare delle condizioni di salute aumentano invece le indicazioni per il medico ospedaliero (il 22,4% tra chi ritiene le proprie condizioni insufficienti contro l'8,1% complessivo).

I dati relativi al criterio mediante il quale i pazienti hanno scelto la struttura in cui effettuare l'accertamento diagnostico fanno osservare, nei valori medi complessivi, una distribuzione delle risposte piuttosto omogenea sulle varie opzioni disponibili (Tabella 3.30).

Il valore più alto, rappresentato dalla scelta obbligatoria della struttura perché l'unica in grado di erogare la prestazione nella zona di residenza del paziente, è pari al 20,7%; il 19,9% fa riferimento al suggerimento del medico, il 18,8% al fatto che si trattava della struttura in cui i tempi di attesa erano più brevi, il 17,5% indica di aver scelto in base alla distanza da casa o comunque alla comodo-

dità, il 17,3% è tornato nella struttura che già lo aveva seguito per il medesimo problema di salute. Il 16,9% ha indicato di aver scelto in base alla convinzione che si trattasse della struttura che, in base alla sua esperienza diretta, era quella qualitativamente migliore, mentre le indicazioni che fanno riferimento al consiglio di parenti e amici come elemento determinante della scelta si fermano al 5,6%.

A fronte di una distribuzione così omogenea (per cui 6 item su 7 sono stati indicati da quote del campione comprese tra il 17% e il 20% circa dei rispondenti) a pesare sul dato sono in particolare alcune variabili strutturali:

- sotto il profilo territoriale si osserva che la condizione di necessità, per cui la struttura era l'unica in grado di erogare la prestazione nella zona, viene indicata soprattutto al Nord-Ovest (26,7%) e al Sud e Isole (21,8%), mentre la percentuale di indicazioni in questo senso rilevata al Centro rimane estremamente ridotta, e pari al 9,6%; il suggerimento del medico è stato citato soprattutto al Sud e Isole (24,5%), mentre il dato rimane compreso tra il 16% e

Tabella 3.31 Motivazioni dell'accertamento diagnostico, per età (valori %)**Per quale motivo ha dovuto eseguire questo accertamento?**

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	Oltre 64 anni	Totale
Per approfondire dei sintomi	51,0	49,2	41,6	36,6	42,8
Per monitorare o approfondire una o più situazioni patologiche già diagnosticate	21,3	15,4	23,3	39,8	26,3
È stato effettuato in maniera preventiva (es. check-up periodico), in assenza di sintomi particolari	12,8	23,1	28,9	16,8	22,2
È stato effettuato in vista di un ricovero ospedaliero programmato (preospedalizzazione)	8,5	4,6	5,0	5,6	5,4
Per certificati o atti amministrativi	4,3	2,3	0,6	-	1,2
Altro	2,1	5,4	0,6	1,2	2,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

il 17% nelle regioni settentrionali; i tempi di attesa sono stati invece citati soprattutto al Nord-Est (24,7%);

- sotto il profilo anagrafico si osserva, invece, che il consiglio del medico ha rappresentato la ragione indicata con maggiore frequenza dai rispondenti più giovani (31% tra i 18 e i 29 anni), mentre la scelta effettuata in base al rapporto già costruito con la struttura è stata indicata soprattutto dai pazienti più anziani (22,8% contro la media del 17,3%);
- anche il tipo di struttura in cui è stato effettuato l'esame costituisce una variabile importante, pertanto tra chi si è rivolto all'ospedale si osservano valori più alti della media a proposito del suggerimento del medico (22,8% contro 19,9%) e del legame già consolidato con la struttura (20,2% contro il 17,3%); la scelta obbligata legata alla disponibilità sul territorio della prestazione viene indicata come ragione prevalente soprattutto tra chi si è recato nel poliambulatorio (31,3%), così come i tempi di attesa (22,9%), fattore che risulta decisivo per chi si è rivolto al privato convenzionato (23,3%), anche se tra questi intervistati la ragione prevalente della scelta è rappresentata

dalla convinzione di ricevere prestazioni qualitativamente migliori (24,1%)

Complessivamente, il motivo citato con maggiore frequenza dagli italiani confluiti nel campione di indagine è la necessità di approfondire le cause di un sintomo, che viene indicata dal 42,8%; il controllo e il monitoraggio di una o più condizioni cliniche già note hanno costituito la ragione di poco più di un quarto degli accertamenti (il 26,3%); motivi di esclusiva prevenzione, in assenza dunque di sintomi, vengono citati dal 22,2%, mentre che l'accertamento fosse previsto nell'ambito di un protocollo di preospedalizzazione è accaduto per il 5,4% (Tabella 3.31).

Il motivo che ha portato i rispondenti a sottoporsi all'accertamento diagnostico rappresenta evidentemente un aspetto sul quale pesano le condizioni di salute, e più in generale la collocazione generazionale dei rispondenti.

Le condizioni di salute degli intervistati e l'età rappresentano, quindi, un elemento importante nel determinare le circostanze nell'ambito delle quali ha preso corpo la necessità di ricorrere alle tecnologie diagnostiche: l'approfondimento di nuovi sintomi risulta prevalente soprattutto tra le classi d'età più giovani (circa il 50% fino a 44 anni con-

tro il 36,6% degli over 64), e tra i rispondenti in condizioni generalmente migliori, mentre, simmetricamente, il controllo e il monitoraggio di condizioni patologiche già diagnosticate risultano più frequenti tra i più anziani (39,8% tra i rispondenti con più di 64 anni). Le ragioni della prevenzione, e dunque il ricorso alla diagnostica in condizioni di assenza di sintomi, fa registrare frequenze più alte nelle classi d'età intermedie, nelle quali afferiscono evidentemente persone in buone condizioni di salute, ma consapevoli dell'opportunità di effettuare alcuni controlli periodicamente (ed è in particolare il caso delle donne che, tra i 30 e i 44 anni, si sono sottoposte a esami preventivi nel 29,3% dei casi contro il 14,5% degli uomini nella stessa fascia d'età, e con ogni probabilità si è trattato in gran parte di mammografie e pap-test).

3.2.2. Il sistema di prenotazione

I dati relativi alla modalità di prenotazione dell'esame evidenziano quanto ancora su tutto il territorio nazionale, ma in particolar modo nelle regioni centrali e meridionali, la gestione degli appuntamenti per mezzo dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) regionali rimanga uno strumento solo parzialmente efficace nel garantire l'accesso alle prestazioni per i cittadini (*Tabella 3.32*).

A indicare di aver prenotato l'accertamento per mezzo del CUP è, infatti, meno di 1 paziente su 3 (per una percentuale pari al 31%) e, se il 21,3% ha contattato direttamente per telefono la struttura che ha scelto per effettuare l'esame, l'opzione compiuta dalla percentuale più elevata del campione, il 47,7%, è stata quella di recarsi personalmente presso lo sportello della struttura selezionata.

Anzitutto va osservato il fatto che la distribuzione delle risposte tende a modificarsi in modo sensibile in base al tipo di struttura che ha erogato la prestazione: la prenotazione tramite CUP risulta infatti più frequente tra i pazienti che si sono rivolti ai poliambulatori specialistici territoriali, presso i quali raggiunge il 42% (ma anche in questo caso l'opzione per la prenotazione *de visu* rimane maggioritaria, e pari al 45,5%, mentre la prenotazione effettuata telefonando alla struttura scende al 12,5%); anche per quanto riguarda le prestazioni erogate dall'ospedale pubblico la percentuale di prenotazioni tramite CUP risulta più alta della media complessiva, ma si ferma al 36,3%, mentre è proprio nelle strutture ospedaliere che il dato relativo alle prenotazioni di persona risulta più alto in assoluto, e pari al 50% (e anche in questo caso la prenotazione tramite telefonata alla struttura viene indicata da una percentuale inferiore rispetto alla media nazionale, e pari al 13,7%). La percentuale di preno-

Tabella 3.32 La modalità utilizzata per prenotare l'esame, per ripartizione geografica (valori %)

Quale modalità ha utilizzato per prenotare il suo esame?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Si è recato direttamente allo sportello presso la struttura che ha scelto per svolgere l'esame	42,5	44,7	41,5	59,2	47,7
Ha contattato telefonicamente il CUP regionale (il Centro di Prenotazione Unico regionale)	36,8	34,2	31,7	21,8	31,0
Ha contattato telefonicamente la struttura che ha scelto per svolgere l'esame	20,7	21,1	26,8	19,0	21,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

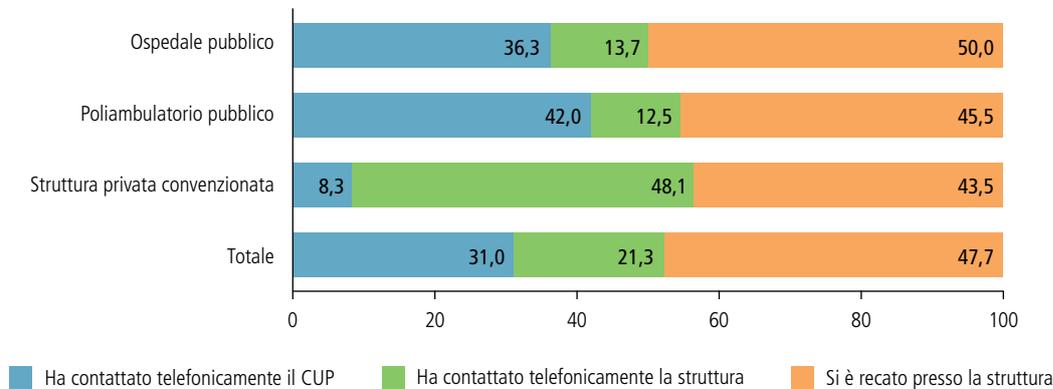


Figura 3.13 La modalità utilizzata per prenotare l'esame, per tipo di struttura che ha erogato la prestazione (valori %).
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

tazioni al CUP crolla vistosamente, invece, per le prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, e risulta pari all'8,3% e, se tra i pazienti che si sono rivolti a questo tipo di erogatori, invece, si riscontra la percentuale più alta di prenotazioni telefoniche raccolte direttamente dal centralino della struttura (48,1% contro il 21,3% nazionale), rimane comunque assolutamente rilevante la percentuale di rispondenti che si sono recati personalmente allo sportello del privato convenzionato per prenotare la loro prestazione diagnostica, e pari al 43,5% del sottocampione (Figura 3.13).

Il dato permette dunque di mettere a fuoco una serie di evidenze:

- i sistemi di prenotazione unica regionale ricoprono ancora un ruolo secondario nella gestione degli appuntamenti per l'erogazione di prestazioni diagnostiche ambulatoriali (e non c'è motivo di ritenere che il discorso debba essere diverso per la specialistica ambulatoriale *tout court*);
- la questione è particolarmente evidente al Sud e Isole, ma in generale riguarda tutte le zone del Paese;
- in particolar modo l'integrazione delle prestazioni erogate dal privato convenzionato sembra essere lungi dall'essere realizzata e, benché si tratti di

prestazioni a carico del SSN, di fatto il meccanismo di accesso rimane con ogni probabilità appannaggio esclusivo (anche in termini di controllo, dunque) del soggetto erogatore, che, quanto meno, offre generalmente la possibilità ai pazienti di prenotare telefonicamente le prestazioni attraverso i propri centralini e *call center*;

- anche per le prestazioni erogate direttamente dalle varie articolazioni del SSN (ospedale e ambulatori territoriali) i sistemi di prenotazione unificati rimangono un servizio cui risponde a una minoranza di pazienti e se il dato relativo ai poliambulatori dell'ASL può apparire parzialmente positivo, viene di fatto "assorbito" dallo scarso numero di casi in cui i pazienti hanno potuto chiamarli direttamente, e dunque rimane anche per questa fattispecie maggioritaria la modalità di prenotazione di persona;
- evidentemente, il fatto che circa la metà dei pazienti si sia dovuta recare direttamente presso la struttura per prenotare l'esame, e si tratta di una percentuale che non risulta particolarmente più bassa della media tra i pazienti più anziani o in condizioni di salute più precarie, configura una disagio assolutamente rilevante per l'utenza.

Tabella 3.33 La prenotazione telefonica attraverso il CUP regionale, per ripartizione geografica (valori %)

Se ha prenotato contattando telefonicamente il CUP regionale, indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Il servizio era disponibile solo in orari molto ridotti, o comunque scomodi per lei	42,2	19,2	20,0	51,6	36,3
Ha dovuto attendere in linea a lungo prima di riuscire a parlare con l'operatore	65,6	34,6	36,0	77,4	57,5
L'operatore è stato gentile e competente	93,7	96,2	80,0	77,4	88,4
L'operatore ha avuto difficoltà a comprendere il tipo di prestazione che doveva prenotare	6,3	3,8	8,0	16,1	8,2
Ha avuto difficoltà a fornire all'operatore tutti i dati necessari (codice fiscale, codice ricetta ecc.)	21,9	–	4,0	6,5	11,6
Il servizio le ha permesso di trovare una data ragionevole e una struttura facilmente raggiungibile	75,0	84,6	60,0	54,8	69,9
Complessivamente si ritiene soddisfatto del servizio di prenotazione	84,4	88,5	80,0	64,5	80,1

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

La prenotazione attraverso il CUP

Le opinioni raccolte a proposito dell'esperienza vissuta e del livello di soddisfazione per il CUP evidenziano anzitutto come, sia negli aspetti organizzativi che nel livello qualitativo, si tratti di un servizio che presenta forti disomogeneità tra le varie zone del Paese.

La percentuale di rispondenti che hanno lamentato la disagio degli orari di disponibilità del servizio di prenotazione telefonica, pari complessivamente al 36,3% del campione, varia, infatti, in modo significativo tra le ripartizioni territoriali, e risulta particolarmente alta al Sud e Isole (51,6%) e al Nord-Ovest (42,2%), mentre al Nord-Est e al Centro si ferma intorno al 20% circa (Tabella 3.33).

Similmente risultano assolutamente rilevanti le differenze registrate a proposito della lunghezza dell'attesa sostenuta in linea prima di poter parlare con l'operatore: a livello nazionale è infatti pari al 57,5% la percentuale relativa a quanti hanno denunciato questo problema, ma al Sud e Isole il valore raggiunge il 77,4%, e, nuovamente, anche

al Nord-Ovest la percentuale di indicazioni in questo senso risulta sensibilmente più alta della media (65,6%), mentre al Nord-Est e al Centro si ferma intorno al 35% circa.

Più omogenee, sotto questo profilo, le indicazioni relative alla gentilezza e alla competenza dell'operatore, ampiamente maggioritarie e pari complessivamente all'88,4%, per quanto anche in questo caso spicchi in negativo il dato del Mezzogiorno (77,4%), e anche al Centro la percentuale di indicazioni risulti inferiore alla media nazionale (80%). Le difficoltà di comunicazione con l'operatore costituiscono problematiche decisamente meno diffuse e, per quanto anche in questo caso si rilevino differenze significative tra le varie zone del Paese, le percentuali di indicazioni in questo senso rimangono sostanzialmente contenute: l'8,2% ha lamentato le difficoltà dell'operatore a comprendere il tipo di prestazione che doveva essere prenotata, con valori più alti al Mezzogiorno, e l'11,6% ha invece avuto difficoltà a fornire all'operatore i dati necessari per effettuare la prenotazione, e in questo caso si tratta di difficoltà

sperimentate più spesso dai rispondenti del Nord-Ovest (21,9%). A questo proposito va però ricordato che la composizione del campione non è equilibrata sotto il profilo anagrafico, e su questo tipo di difficoltà pesa in modo importante l'età dei rispondenti (tendenzialmente più anziani al Nord-Ovest e mediamente più giovani al Sud e Isole), pertanto sono soprattutto i più anziani ad aver avuto difficoltà a raccapezzarsi tra i codici della ricetta, il codice fiscale e la definizione della prestazione, mentre i più giovani, all'opposto, si sono più spesso lamentati delle difficoltà degli operatori di comprendere i dati forniti.

L'efficacia del servizio, in termini di capacità di fissare all'utente una data e una struttura ragionevolmente vicine nel tempo e nello spazio, rappresenta anch'essa un aspetto a proposito del quale le disomogeneità territoriali emergono con forza: è infatti il 69,9% dei pazienti intervistati a ritenere che il CUP abbia permesso loro di trovare una buona soluzione per la loro prenotazione, ma la percentuale scende fino al 54,8% al Sud e Isole e al 60% al Centro, mentre questa considerazione positiva viene condivisa da 3 pazienti su 4 al Nord-Ovest e da oltre 8 su 10 al Nord-Est.

Il grado di soddisfazione complessivo per il servizio ricalca, evidentemente, quanto evidenziato finora, pertanto a fronte dell'80,1% che si dichiara soddisfatto del servizio di prenotazione si rilevano valori notevolmente inferiori della media al Mezzogiorno (64,5%) e maggiori nelle regioni settentrionali.

La prenotazione attraverso il contatto telefonico con la struttura scelta

Per quanto riguarda, invece, l'opzione per la prenotazione telefonica, rivolgendosi però direttamente alla struttura selezionata, anzitutto va rilevato che il 20% circa del campione (valore che sale al 30% circa al Centro e al Sud e Isole) l'ha

compiuta dopo aver contattato il CUP regionale, e avendo ricevuto da esso date e luoghi non compatibili con le proprie esigenze. Per la maggior parte degli intervistati non è stato particolarmente difficile trovare il numero giusto da chiamare (il 10,7% lamenta questo problema); 1 rispondente su 5 (il 20,4%) ha avuto problemi di compatibilità con la disponibilità oraria del servizio, mentre il 31,1% ha dovuto attendere a lungo in linea per parlare con l'operatore.

Anche nel caso di questa modalità di prenotazione, la maggior parte degli intervistati che vi si sono rivolti ha parlato con un operatore che è stato gentile e competente (87,4%), così come sono risultati tutto sommato limitati i casi di difficoltà comunicative con gli operatori. Il 77,7% ha indicato di aver ottenuto grazie al servizio una data ragionevolmente vicina nella struttura scelta e il 76,7% si è definito complessivamente soddisfatto del servizio di prenotazione (*Tabella 3.34*).

Benché la numerosità ridotta dei casi di questa fattispecie renda l'incrocio per ripartizione territoriale non perfettamente affidabile sotto il profilo statistico, si osserva comunque, anche in questo caso, una tendenza al prevalere delle indicazioni di problematicità organizzativa nelle strutture del Sud e delle Isole, in particolare per quanto riguarda (oltre al dato già citato a proposito dell'esistenza di un precedente tentativo fallito presso il CUP regionale) la disponibilità oraria del servizio, i tempi di attesa in linea e la soddisfazione generale per il servizio, che risulta generalmente più bassa. Va peraltro ricordato che la maggior parte dei cittadini che hanno prenotato l'esame diagnostico direttamente presso la struttura si è rivolta al privato convenzionato, componente della sanità pubblica che fa tradizionalmente dell'accessibilità e della buona organizzazione uno dei valori aggiunti principali della propria offerta, e in questo senso vanno lette le indicazioni di buon funzionamento

Tabella 3.34 Prenotazione telefonica direttamente presso la struttura sanitaria (valori %)

Se ha prenotato contattando telefonicamente la struttura, indichi se...

	Totale
Aveva provato a contattare il CUP regionale, ma le hanno dato disponibilità troppo lontane nel tempo, o troppo lontane da raggiungere	19,4
Ha avuto difficoltà a trovare il numero giusto da chiamare	10,7
Il servizio era disponibile solo in orari molto ridotti, o comunque scomodi per lei	20,4
Ha dovuto attendere in linea a lungo prima di riuscire a parlare con l'operatore	31,1
L'operatore è stato gentile e competente	87,4
Ha avuto difficoltà a fornire all'operatore tutti i dati necessari (codice fiscale, codice ricetta ecc.)	12,6
L'operatore ha avuto difficoltà a comprendere il tipo di prestazione che doveva prenotare	7,8
Il servizio le ha permesso di fissare una data ragionevolmente vicina	77,7
Complessivamente si ritiene soddisfatto del servizio di prenotazione	76,7

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

del servizio di prenotazione (generalmente più alte rispetto a quelle rilevate per il CUP); d'altro canto la soddisfazione espressa risulta leggermente più bassa rispetto a quanto emerso tra i rispondenti che hanno usufruito del sistema di prenotazione unificato regionale, e il dato trova con ogni probabilità la sua spiegazione nel fatto che, comunque, il contattare direttamente la struttura costituisce di fatto una modalità di prenotazione più limitante e vincolante, rispetto alle potenzialità (almeno quelle teoriche) di un sistema di prenotazione unificato efficiente.

La prenotazione allo sportello

La scelta di recarsi direttamente allo sportello per prenotare l'esame diagnostico emerge, dall'analisi dei dati, anzitutto come una scelta obbligata per gran parte degli intervistati che hanno optato per essa.

Quasi il 20% dei pazienti, infatti, prima di recarsi allo sportello ha provato a effettuare la prenotazione telefonicamente, ma non ha ottenuto risultati soddisfacenti, né dal CUP né dal centralino

dalla struttura scelta e la quota di "scelte obbligate" sale peraltro fino al 44,2% del campione, se a quelli che hanno tentato con il CUP e/o con il centralino si sommano anche quelli che hanno affermato che, per quanto ne sapessero, non era possibile prenotare l'esame telefonicamente².

Peraltro, se il fallimento del contatto con il CUP viene lamentato soprattutto al Centro (11,8% contro 7,6% nazionale), ma anche al Nord-Ovest i valori sono superiori alla media, e il tentativo di contatto diretto con la struttura non ha consentito di ottenere la prenotazione soprattutto al Sud e Isole (19,3% contro 15,6% nazionale), la mancata conoscenza della possibilità di prenotare l'esame telefonicamente viene dichiarata soprattutto dai rispondenti dell'Italia nord-occidentale (49,3% contro il 33,5%), per quanto anche al Mezzogiorno questo valore risulti sensibilmente più alto della media nazionale (*Tabella 3.35*).

Ne consegue, di fatto, che l'opzione della prenotazione allo sportello venga indicata in ultima analisi come una scelta obbligata soprattutto nelle regioni nord-occidentali, dove la percentuale cumulata di

² Naturalmente i valori percentuali sono stati calcolati contando i rispondenti una sola volta, dunque le quote così ottenute non sono pari, bensì inferiori, alla somma delle quote relative a ciascun item riportato nella tabella.

Tabella 3.35 Prenotazione direttamente presso la struttura, per ripartizione geografica (valori %)

Se ha prenotato recandosi direttamente presso la struttura indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ha provato a prenotare chiamando il CUP regionale ma le hanno dato disponibilità troppo lontane nel tempo, o troppo lontane da raggiungere	8,2	5,9	11,8	6,0	7,6
Ha provato a chiamare direttamente la struttura, ma non è stato possibile effettuare la prenotazione	12,3	11,8	17,6	19,3	15,6
Per quanto ne sa non era possibile prenotare la prestazione telefonicamente	49,3	23,5	11,8	32,5	33,5
Ha dovuto fare più di 20 minuti di fila allo sportello per prenotare	39,7	47,1	52,9	55,4	48,7
Il personale allo sportello è stato gentile e competente	95,9	91,2	91,2	81,9	89,3
Il servizio le ha permesso di fissare una data ragionevolmente vicina	93,2	94,1	64,7	72,3	81,2
Complessivamente si ritiene soddisfatto del servizio di prenotazione	94,5	91,2	73,5	74,7	83,5

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

indicazioni relative al verificarsi delle tre circostanze indagate raggiunge quasi il 60%.

Al di là delle difficoltà organizzative e dei malfunzionamenti dei sistemi di prenotazione telefonica, denunciati soprattutto nelle regioni meridionali, emerge dunque al Nord-Ovest una sostanziale assenza di alternative alla prenotazione *de visu*, sia che si tratti di mancanza di informazione sui servizi di prenotazione disponibili, che di una loro minore organicità rispetto ad altre zone del Paese, che di effettiva mancanza di centri unificati sul territorio.

La disagio di questa modalità di prenotazione si rileva peraltro in modo chiaro grazie ai tassi di risposta relativi all'attesa di oltre 20 minuti sostenuta allo sportello, che si raggiungono o superano il 50% in tutte le ripartizioni, con l'eccezione del Nord-Ovest, dove il dato si attesta comunque in prossimità del 40%, per un valore complessivo nazionale pari al 48,7%.

I giudizi sono invece diffusamente positivi a proposito della gentilezza e della competenza del personale di sportello, e le indicazioni in questo senso

superano il 90% in tutte le ripartizioni territoriali, con l'eccezione del Sud e Isole, dove si fermano all'81,9%, contro la media nazionale dell'89,3%. L'efficacia di questa modalità di prenotazione viene peraltro confermata da quote, anche in questo caso, ampiamente maggioritarie, seppure con variazioni territoriali di assoluto rilievo: a indicare di aver potuto fissare l'accertamento in una data ragionevolmente vicina è infatti oltre il 90% nelle regioni settentrionali, ma la percentuale si ferma al 72,3% al Sud e Isole e addirittura al 64,7% al Centro, a fronte della media nazionale dell'81,2%. Si tratta evidentemente di un indicatore di prossimità relativo alla lista di attesa, che verrà analizzata in seguito, e che si ripercuote inevitabilmente, unitamente alle difficoltà organizzative sperimentate e complessivamente più frequenti nelle regioni centro-meridionali, sull'espressione o meno di soddisfazione complessiva per il servizio di prenotazione: anche in questo caso il dato supera il 90% al Nord, ma si ferma sotto il 75% al Sud e Isole e al Centro, dove si rileva il valore più basso (73,5%), a fronte dell'83,5% complessivo.

Tabella 3.36 La durata della lista di attesa per la prestazione diagnostica, per ripartizione geografica (valori % e valori medi)

Quanto ha dovuto aspettare in lista di attesa prima di poter fare il suo accertamento?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Meno di 1 settimana	20,1	19,4	20,0	27,8	22,3
Tra 7 e 15 giorni	19,6	22,2	21,3	15,3	18,9
Tra 16 giorni e 1 mese	22,3	25,0	22,7	26,4	24,0
Tra 1 e 3 mesi	24,6	20,8	20,0	17,4	21,1
Oltre 3 mesi	13,4	12,5	16,0	13,2	13,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Media giorni	51	46	54	48	50
Media mesi	1,7	1,5	1,8	1,6	1,6

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

3.2.3. Le attese

Complessivamente i pazienti intervistati hanno indicato che il tempo intercorso fra la prenotazione e l'erogazione dell'accertamento diagnostico è stato in media di 50 giorni, pari a 1,6 mesi. I dati fanno osservare delle oscillazioni piuttosto limitate in base alla variabile territoriale, pertanto è nelle regioni del Centro che si rilevano i valori più alti (54 giorni di attesa media) e al Nord-Est quelli più bassi (media di 46 giorni). Anche la distribuzione dei dati per classi non fa osservare oscillazioni particolarmente rilevanti, e di nuovo emerge come al Centro siano più frequenti che nel resto del Paese i casi di attese che hanno superato i 3 mesi (il 16% contro il 13,6% nazionale) [Tabella 3.36].

È tuttavia dall'analisi delle attese in base al tipo di prestazione ricevuta e al tipo di struttura che l'ha erogata che emergono le differenze più evidenti, e si ricevono le informazioni più significative.

Anzitutto si rileva che se non sussistono differenze tra le attese mediamente sostenute negli ospedali e nei poliambulatori territoriali pubblici (in ambedue i casi il valore è pari a 57 giorni), nelle strutture private convenzionate queste si riducono a 27 giorni. Poiché, come sottolineato in prece-

denza, tra chi si è rivolto al privato convenzionato la modalità prevalente di prenotazione dell'esame è stata il contatto telefonico diretto con la struttura, si osserva parallelamente un numero di giorni di attesa sensibilmente più basso per chi ha effettuato questo tipo di prenotazione, pari a 34 giorni, contro i 43 indicati mediamente da chi vi si è recato direttamente e i 76 di chi si è rivolto al CUP regionale (Tabella 3.37).

Va però sottolineato il fatto che anche in relazione alle prestazioni erogate direttamente dal soggetto pubblico (quindi da poliambulatori e ospedali) i tempi di attesa variano sensibilmente a seconda della modalità di prenotazione: per chi ha contattato telefonicamente direttamente l'ospedale l'attesa media si riduce a 40 giorni, contro i 50 di chi ha prenotato allo sportello e i 76 di chi ha ottenuto la prenotazione chiamando il CUP, e ancora più vistosa è questa differenza a proposito del poliambulatorio territoriale, poiché sono 78 i giorni medi di attesa per chi si è rivolto al CUP, contro i 46 di chi ha prenotato allo sportello e i 25 di chi ha potuto chiamare direttamente la struttura, e si tratta di dati che evidenziano quanto i sistemi di prenotazione unificata non solo risultino poco accessibili per l'utenza (come rilevato

Tabella 3.37 La durata media in giorni della lista di attesa, per tipo di struttura erogatrice e modalità di prenotazione (valori medi)

	Ha contattato telefonicamente il CUP regionale	Ha contattato telefonicamente la struttura scelta	Si è recato allo sportello della struttura scelta	Totale
Ospedale pubblico	76	40	50	57
Poliambulatorio pubblico	78	25	46	57
Struttura privata convenzionata	72	31	21	27
Totale	76	34	43	50

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.38 La durata media della lista di attesa, per tipologia di accertamento e tipo di struttura erogatrice (valori medi)

	Ospedale pubblico	Poliambulatorio pubblico	Struttura privata convenzionata	Totale
Rx (radiografia tradizionale)	61	36	7	41
Esame radiografico complesso ¹	89	72	73	83
ECG (elettrocardiogramma) ²	48	20	10	31
EEG (elettroencefalogramma) ²	24	–	10	18
Ecografia ³	44	66	25	42
Esame endoscopico (gastroscopia, colonscopia, broncoscopia ecc.)	46	73	78	54
TC (tomografia computerizzata)	46	73	49	53
RM (risonanza magnetica) ⁴	65	91	15	52
PET (tomografia a emissione di positroni) o scintigrafia ⁵	40	122	–	48
Altro esame strumentale	95	185	28	100
Totale	57	57	27	50

¹ Si intendono le radiografie digitali, fluoroscopie, mammografie e radiografie con mezzo di contrasto (angiografie, coronarografie ecc.).² Si intendono anche Holter (esame nelle 24 ore).³ Si intendono anche eco-doppler, ecocardiografie ecc.⁴ Si intendono anche RM con mezzo di contrasto.⁵ Si intendono anche altre tecniche diagnostiche di medicina nucleare.

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

in precedenza), ma offrano, numeri alla mano, un servizio assolutamente inadeguato, se la loro ragion d'essere deve essere quella di ridurre le liste di attesa per mezzo della razionalizzazione e l'ottimizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari ambulatoriali.

Inoltre, gli esami a proposito dei quali si registrano i tempi di attesa più lunghi (con l'eccezione delle prestazioni che ricadono nella definizione "altro", e che consistono del 3,9% del totale) sono gli esami radiografici complessi, per i quali l'attesa

media raggiunge gli 83 giorni, con significative variazioni tra le diverse zone del Paese, per cui al Centro il valore medio raggiunge i 110 giorni (quasi 4 mesi), mentre al Nord-Est si ferma a 44. A questo proposito va sottolineato il fatto che in questa definizione sono ricadute soprattutto le mammografie, effettuate in maniera preventiva da donne nelle classi d'età intermedie (*Tabella 3.38*). Anche gli esami endoscopici hanno comportato attese assolutamente rilevanti, pari in media a 54 giorni, e in questo caso l'ospedale è la struttura che

ha offerto i tempi più brevi (46 giorni contro gli oltre 70 degli ambulatori pubblici o privati convenzionati), così come gli esami diagnostici tecnologicamente più impegnativi, quali TC (53 giorni, che arrivano a 73 negli ambulatori territoriali e si fermano poco sotto i 50 sia in ospedale che nel privato convenzionato) e RM (52 giorni, ma che si riducono a 15 nel privato convenzionato contro i 65 dell'ospedale e i 91 degli ambulatori aziendali).

Peraltro, dal confronto tra le differenti tipologie di strutture erogatrici si osserva, sinteticamente, che se nel privato convenzionato i tempi di attesa risultano generalmente più contenuti (in particolare per radiografie tradizionali, tracciati elettrocardiografici ed elettroencefalografici e soprattutto risonanza magnetica nucleare, mentre per esami radiografici complessi e TC le attese sono uguali o superiori al pubblico), le differenze tra ospedale e poliambulatorio risentono direttamente del livello di specializzazione clinica e tecnologica che gli esami richiedono, pertanto nei poliambulatori si registrano attese assai più ridotte che nell'ospedale per gli esami meno complessi (radiografie ed ECG), mentre per quelli che prevedono tecnologie più sofisticate o operatori particolarmente specializzati i tempi risultano nettamente più contenuti in ospedale.

Infine, un altro elemento importante nell'analisi dei dati relativi alle liste di attesa è rappresentato dal motivo dell'accertamento, e dunque dalla capacità del sistema di razionalizzare e organizzare le attese anche in considerazione delle condizioni cliniche e dei bisogni dei pazienti.

Si osserva, infatti, che per gli accertamenti compiuti per approfondire dei nuovi sintomi i tempi di attesa tendono a ridursi (in media si fermano a 42 giorni contro i 50 complessivi), per quelli effettuati come controllo di patologie già note i tempi tendono invece ad allungarsi (52 giorni), ma è per quelli effettuati per motivi preventivi che si rilevano i tempi più lunghi (71 giorni in media), mentre è

per gli accertamenti effettuati nell'ambito di una preospedalizzazione che le liste di attesa risultano più brevi (25 giorni in media). Se da una parte si tratta di variazioni che testimoniano, almeno in parte, la capacità del sistema di offerta di garantire ai casi più urgenti tempi più ridotti (anche se questo accade molto più negli ospedali che nei poliambulatori territoriali), dall'altra ne consegue che i pazienti in condizioni di salute precarie, quelli che con maggiore frequenza si sottopongono a esami di controllo ma presso i quali sono significativi anche i controlli preventivi, sono anche quelli che indicano tempi di attesa più lunghi (si passa infatti dai 21 giorni tra chi le definisce ottime ai 63 di chi le dichiara insufficienti).

L'opinione per cui l'attesa sostenuta in lista è stata troppo lunga viene condivisa dal 36,4% del campione, mentre a non essere d'accordo con questa affermazione è il 63,6%. Si osservano a questo proposito variazioni territoriali piuttosto significative, per cui la quota di "sì" si ferma al 25,7% al Nord-Est e raggiunge il 44,2% al Sud e Isole. Confrontando invece i tassi di risposta rilevati tra gli intervistati in base all'attesa effettivamente sostenuta si osserva come le indicazioni di accordo con l'affermazione per cui si sia trattato di un'attesa troppo lunga siano pari al 6% circa tra chi ha atteso meno di 1 settimana, al 14,6% tra chi ha atteso tra 1 settimana e 15 giorni e al 35,4% tra 16 giorni e 1 mese, mentre diventano maggioritarie tra chi ha atteso tra 1 e 3 mesi (65,3%) o più di 3 mesi (84,1%): i dati suggeriscono, dunque, che i 30 giorni rappresentino una sorta di valore-soglia, oltre il quale l'attesa in lista viene generalmente considerata eccessiva (*Tabella 3.39*).

Ma al di là della condizione di sospensione che può risultare sgradevole a prescindere dalla situazione clinica, la lista di attesa sostenuta può soprattutto avere un impatto sul percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti. È il caso segnalato

Tabella 3.39 Ritieni di aver atteso troppo tempo in lista di attesa, per durata della lista di attesa (valori %)

	Meno di 1 settimana	Tra 7 e 15 giorni	Tra 16 giorni e 1 mese	Tra 1 e 3 mesi	Oltre 3 mesi	Totale
Sì	5,9	14,6	35,4	65,3	84,1	36,4
No	94,1	85,4	64,6	34,7	15,9	63,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Tabella 3.40 Ripercussioni negative a causa del tempo passato in lista di attesa, per durata della lista di attesa (valori %)

Ritiene che il tempo passato in lista di attesa abbia avuto ripercussioni negative sul suo quadro clinico?

	Meno di 1 settimana	Tra 7 e 15 giorni	Tra 16 giorni e 1 mese	Tra 1 e 3 mesi	Oltre 3 mesi	Totale
Sì, se non ci fosse stata lista di attesa, o se questa fosse stata più breve, avrebbe ottenuto più tempestivamente informazioni necessarie per il suo percorso terapeutico	100,0	92,0	91,1	64,9	45,2	17,5
No, il tempo trascorso tra la prescrizione e l'effettuazione dell'accertamento è stato minimo, o ininfluyente rispetto alle sue condizioni di salute	–	8,0	8,9	35,1	54,8	82,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

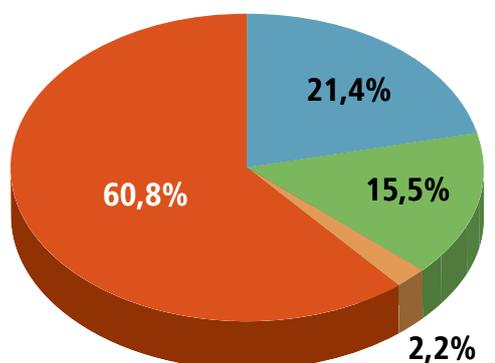
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

dal 17,5% del campione, che ritiene che il tempo passato in lista di attesa abbia avuto ripercussioni negative sul suo quadro clinico, ossia che se non ci fosse stata lista di attesa, o se questa fosse stata più breve, avrebbe ottenuto più tempestivamente informazioni necessarie per il suo percorso terapeutico, mentre l'82,5% ritiene che il tempo intercorso tra prenotazione ed effettuazione dell'esame sia stato minimo, o comunque ininfluyente rispetto alle sue condizioni di salute (*Tabella 3.40*). Anche in questo caso le indicazioni di un impatto negativo della lista di attesa sulle loro condizioni cliniche risultano sensibilmente più alte tra i pazienti che hanno dovuto affrontare attese più lunghe, per cui se tutti i pazienti che hanno atteso meno di una settimana hanno indicato che si è trattato di un tempo minimo o irrilevante, la percentuale relativa

a quanti la pensano all'opposto si attesta tra l'8% e il 9% tra chi ha atteso un tempo compreso tra 1 settimana e 1 mese, mentre sale al 35,1% tra chi ha atteso da 1 a 3 mesi e raggiunge il 54,8% tra i pazienti che sono stati in lista di attesa oltre 3 mesi.

Inoltre, combinando questo dato con l'opinione sull'eccessiva durata della lista di attesa, si ottiene una nuova variabile che descrive in modo sintetico l'opinione e l'impatto delle liste di attesa per i pazienti (*Figura 3.14*).

Il 60,8% complessivo del campione non ritiene di aver atteso troppo e si è trattato, comunque, di un'attesa minima nel percorso diagnostico e terapeutico; il 21,4% ritiene, invece, di aver atteso troppo a lungo, ma indica che si è trattato di un'attesa ininfluyente sotto il profilo clinico; è il 15,5%, invece, che pensa di aver atteso troppo e



- Non hanno atteso troppo e l'attesa è stata ininfluente
- Hanno atteso troppo, ma l'attesa è stata ininfluente
- Hanno atteso troppo e l'attesa ha avuto un impatto negativo
- Non hanno atteso troppo, ma l'attesa ha comunque avuto un impatto negativo

Figura 3.14 L'opinione sulla durata e l'impatto sul percorso clinico della lista di attesa (valori %).
Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

che ritiene che questa attesa lo abbia penalizzato nel suo percorso, mentre il 2,2%, pur riconoscendo di non aver atteso troppo, pensa però che questa attesa lo abbia penalizzato.

L'attesa sostenuta in ambulatorio prima di potersi sottoporre all'esame rappresenta un dato che misura in modo piuttosto eloquente la qualità dell'organizzazione e della gestione degli appuntamenti, e nuovamente emerge come su questi aspetti le differenze territoriali esercitino un peso

importante sulle opinioni dei pazienti. Ad aver atteso meno di 10 minuti è il 22,6%, dato che risente in modo vistoso della variabile geografica, per cui si ferma al 13,9% al Sud e Isole e raggiunge il 43,1% al Nord-Est (Tabella 3.41). La quota di rispondenti che ha atteso tra 10 e 20 minuti è pari a un quarto circa del campione (25,2%), con variazioni minime tra le macroaree territoriali, così come sono piuttosto limitate le oscillazioni in questo senso a proposito della percentuale che ha atteso tra 21 minuti e 1 ora (il 36,6%, che rappresenta la quota più alta della distribuzione). Assolutamente significative, invece, sono le variazioni territoriali osservate per le percentuali relative a quanti hanno risposto di aver atteso oltre 1 ora, pari al 15,6% complessivamente, che raggiunge però il 29,2% al Sud e Isole e si ferma all'1,5% al Nord-Est.

Che le attese più lunghe si rilevino nelle regioni del Mezzogiorno è confermato, peraltro, anche dai valori medi, pertanto a fronte di una media di 43 minuti di attesa il valore registrato al Sud e Isole è pari a 63 minuti, contro i 23 del Nord-Est e i 32 del Nord-Ovest, mentre rimangono su durate di poco superiori al dato medio nazionale i valori rilevati al Centro (49 minuti).

Anche in questo caso le differenze tra le diverse strutture sono piuttosto significative, e se tra poliambulatorio e ospedale si osservano valori com-

Tabella 3.41 Il tempo atteso in ambulatorio, per ripartizione geografica (valori % e valori medi)

Quanto ha dovuto aspettare in lista di attesa prima di poter fare il suo accertamento?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Fino a 10 minuti	24,4	43,1	17,1	13,9	22,6
Da 10 a 20 minuti	29,7	20,0	26,8	21,2	25,2
Da 20 minuti a 1 ora	36,6	35,4	39,0	35,8	36,6
Oltre 1 ora	9,3	1,5	17,1	29,2	15,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Media minuti	32	23	49	63	43

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

più similmente simili (rispettivamente 49 e 47 minuti in media), i pazienti che si sono rivolti al privato convenzionato hanno sostenuto in ambulatorio attese assai meno lunghe, pari in media a 27 minuti.

3.2.4. Lo svolgimento dell'accertamento

I dati relativi alle opinioni e alle esperienze dei pazienti nell'ambito dell'effettiva erogazione della prestazione diagnostica delineano un quadro che nel complesso ricalca in buona misura quanto rilevato anche a proposito del ricovero ospedaliero, pertanto, seppure con variazioni talvolta significative a seconda dei diversi contesti territoriali e delle condizioni contingenti dei pazienti, sotto il profilo dell'accoglienza, della disponibilità e della qualità del rapporto medico-paziente gli intervistati si esprimono positivamente in larga maggioranza, mentre sugli aspetti organizzativi, burocratici e anche economici si sono registrate indicazioni di problematicità tendenzialmente più frequenti, per quanto anche sotto questo profilo la maggioranza del campione si sia espressa in termini di sostanziale soddisfazione.

In particolare:

- a non aver avuto problemi nel trovare l'ambulatorio in cui recarsi è oltre il 90% del campione, con valori un po' più bassi tra chi si è rivolto all'ospedale (91,6%) rispetto a chi è andato in un poliambulatorio (96,6%) e tra chi ha prenotato tramite CUP (90,4%) rispetto a chi ha interagito direttamente con la struttura, telefonicamente (94,9%) o allo sportello (95,1%) [Tabella 3.42];
- il personale nella struttura è stato disponibile a fornire informazioni nell'89% dei casi, ma il dato tende a scendere in modo significativo soprattutto al Sud e Isole (83,8%) rispetto a quanto rilevato nelle regioni settentrionali (oltre il 90%), e anche in questo caso le quote sono più contenute in ospedale rispetto agli ambulatori pubblici o privati (l'86,7% contro oltre il 90%) e tra i rispondenti che hanno prenotato tramite CUP (83,6% contro il 92% delle prenotazioni telefoniche o allo sportello delle strutture selezionate).

Per quanto concerne gli aspetti burocratici ed economici, pur rilevando che circa i tre quarti del campione non hanno espresso al riguardo opinioni

Tabella 3.42 Valutazioni rispetto allo svolgimento dell'accertamento, per ripartizione geografica (valori %)

Riguardo allo svolgimento dell'accertamento, indichi se...

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ha trovato facilmente l'ambulatorio in cui doveva recarsi	94,0	89,2	89,9	94,8	92,8
Ha trovato nella struttura personale disponibile a darle informazioni	91,8	94,6	87,6	83,8	89,0
Ritiene che nell'insieme la procedura burocratica per ottenere la prestazione sia stata troppo complicata	26,2	18,9	12,4	33,8	25,0
Il ticket che ha dovuto pagare le è sembrato eccessivo	22,4	18,9	32,6	36,4	28,0
Viste le sue condizioni di salute e/o economiche, le è sembrato ingiusto dover pagare il ticket	21,9	16,2	27,0	32,5	25,2
Sente di essere stato correttamente informato sulle modalità di svolgimento dell'esame	91,3	89,2	93,3	92,2	91,6
Ha sentito che la sua privacy non è stata rispettata	4,9	12,2	11,2	7,8	8,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

negative a fronte di un quarto circa che a livello nazionale ha evidenziato elementi di problematicità, si osserva in particolare una certa tendenza a esprimersi in questo senso tra i rispondenti delle regioni meridionali, e soprattutto tra quelli in condizioni di salute più precarie, per i quali la gestione dell'iter amministrativo, da un lato, e l'esborso per il ticket (laddove le spese sanitarie costituiscono con ogni probabilità una voce rilevante nel loro budget familiare), dall'altro, hanno rappresentato evidentemente aspetti più problematici:

- l'opinione per cui la procedura burocratica necessaria per ricevere la prestazione è stata troppo complicata viene condivisa dal 25% del campione, con valori che oscillano tra il 12,4% del Centro (il valore più basso) e il 33,8% del Sud e Isole (il più alto), mentre tra i pazienti che considerano insufficienti le proprie condizioni di salute il dato sale al 32,1%;
- che il ticket da pagare sia stato troppo costoso lo pensa il 28% degli intervistati, ma il dato raggiunge il 36,4% al Mezzogiorno (contro il 18,9% del Nord-Est) e soprattutto il 45,3% tra i pazienti in condizioni di salute più precarie;
- similmente, a pensare che sia stato ingiusto dover pagare il ticket, in considerazione delle loro condizioni economiche e/o di salute, è il 25,2% dei pazienti, ma il 32,5% dei residenti al Sud e Isole e soprattutto ben il 64,2% dei rispondenti che ritengono insufficienti le loro condizioni di salute, a testimonianza del fatto che i meccanismi di esenzione dal ticket non sempre sono in grado di eliminare i rischi di iniquità che la compartecipazione implica.

Per quanto riguarda il rapporto medico-paziente, e in generale il rapporto tra gli intervistati e il personale che ne ha curato l'accertamento diagnostico sotto il profilo clinico, la sensazione di essere stati informati in modo completo ed esauritivo sulle modalità di svolgimento dell'esame è

condivisa dal 91,6% del campione, e anche in questo caso la variazione più significativa (per quanto comunque abbastanza limitata) la si osserva sulla base delle condizioni di salute, pertanto è l'86,8% dei pazienti in condizioni insufficienti a esprimere questo genere di soddisfazione, contro il 95,5% dei rispondenti in ottime condizioni.

Ad aver sentito, invece, che la propria privacy non veniva rispettata è una percentuale limitata del campione, pari all'8%, per quanto vada segnalato che ad aver avuto questa sensazione sono soprattutto i pazienti in condizioni di salute migliori (13,9% contro 3,8% di chi le definisce insufficienti), a testimonianza del fatto che, per quanto si tratti comunque di un numero ridotto di casi, la medicalizzazione del corpo comporta un certo disagio nelle persone, soprattutto in quelle che non sono abituate a vivere questo tipo di esperienza.

I livelli di soddisfazione indicati dai pazienti a proposito dei vari aspetti dell'erogazione dell'esame diagnostico, e in particolare per quello che riguarda gli aspetti logistici e organizzativi, risultano generalmente alti, seppure anche in questo caso si osservino variazioni importanti in base alla ripartizione territoriale considerata.

Per quanto riguarda le modalità di pagamento del ticket e l'eventuale fila alla cassa sono circa 8 rispondenti su 10 (l'81,5%) a dichiararsi molto o abbastanza soddisfatti, contro il 18,5% che si definisce poco o per nulla soddisfatto di questi aspetti. È al Nord-Est che si rileva il maggior numero di utenti soddisfatti (il 94,1%), mentre al Sud e Isole risultano più alte le percentuali di indicazioni di insoddisfazione (il 23,3%, contro il 5,9% del Nord-Est). A fronte di valori complessivamente in linea con la media nazionale, per quanto riguarda la proporzione tra molto o abbastanza (l'80% contro l'81,5% nazionale) e poco o per nulla soddisfatti (20% contro 17,4% nazionale), si rileva al Centro una tendenza al pre-

Tabella 3.43 Livello di soddisfazione per gli aspetti organizzativi e logistici dell'accertamento diagnostico effettuato, per ripartizione geografica (valori %)**Quanto si ritiene soddisfatto dei diversi aspetti della sua esperienza?**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Le modalità di pagamento del ticket e l'eventuale fila alla cassa</i>					
Molto soddisfatto	11,0	25,0	31,8	10,7	16,6
Abbastanza soddisfatto	70,5	69,1	48,2	66,0	64,9
Molto o abbastanza soddisfatto	81,5	94,1	80,0	76,7	81,5
Poco soddisfatto	17,9	4,4	18,8	22,0	17,4
Per nulla soddisfatto	0,6	1,5	1,2	1,3	1,1
Poco o per nulla soddisfatto	18,5	5,9	20,0	23,3	18,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La gestione degli appuntamenti e l'attesa sostenuta prima di sottoporsi all'esame</i>					
Molto soddisfatto	14,8	28,4	28,9	7,3	17,1
Abbastanza soddisfatto	66,1	62,1	52,3	66,7	63,2
Molto o abbastanza soddisfatto	80,9	90,5	81,2	74,0	80,3
Poco soddisfatto	15,8	6,8	14,4	20,7	15,7
Per nulla soddisfatto	3,3	2,7	4,4	5,3	4,0
Poco o per nulla soddisfatto	19,1	9,5	18,8	26,0	19,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La qualità dell'ospitalità e delle strutture (pulizia delle sale di attesa, dotazione dell'ambulatorio, bagni ecc.)</i>					
Molto soddisfatto	23,5	37,8	34,1	16,1	25,2
Abbastanza soddisfatto	67,2	59,5	61,5	64,6	64,3
Molto o abbastanza soddisfatto	90,7	97,3	95,6	80,7	89,5
Poco soddisfatto	7,7	2,7	3,3	16,1	8,7
Per nulla soddisfatto	1,6	–	1,1	3,2	1,8
Poco o per nulla soddisfatto	9,3	2,7	4,4	19,3	10,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

valere delle indicazioni di massima soddisfazione “molto soddisfatto” rispetto a quelle intermedie “abbastanza soddisfatto” (31,8% di molto soddisfatti contro il 16,6% nazionale e 48,2% di abbastanza soddisfatti contro il 64,9% nazionale) [Tabella 3.43].

Un andamento analogo si rileva anche a proposito della gestione degli appuntamenti e l'attesa sostenuta prima di sottoporsi all'esame, pertanto a fronte dell'80,3% di molto o abbastanza soddisfatti a livello nazionale la percentuale scende al 74% al Sud e Isole e sale fino al 90,5% al Nord-

Est. Anche per questo aspetto i tassi di risposta del Centro evidenziano la tendenza, tra chi si definisce soddisfatto, a concentrarsi maggiormente sulla modalità di massima soddisfazione rispetto a quella di soddisfazione intermedia.

Sulla qualità dell'ospitalità e delle strutture (pulizia delle sale di attesa, dotazione dell'ambulatorio, bagni ecc.) i livelli di soddisfazione rilevati risultano generalmente più alti, e a dichiararsi molto o abbastanza soddisfatto per questo aspetto è complessivamente l'89,5% degli intervistati (che oscilla tra l'80,7% del Sud e Isole e il 97,3% del Nord-Est).

Tabella 3.44 Livello di soddisfazione per gli aspetti clinici e relazionali dell'accertamento diagnostico effettuato, per ripartizione geografica (valori %)

Quanto si ritiene soddisfatto dei diversi aspetti della sua esperienza?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>La disponibilità e la gentilezza del personale medico</i>					
Molto soddisfatto	29,5	44,6	41,8	23,9	32,2
Abbastanza soddisfatto	68,3	51,3	51,6	69,7	63,2
Molto o abbastanza soddisfatto	97,8	95,9	93,4	93,6	95,4
Poco soddisfatto	2,2	4,1	6,6	5,8	4,4
Per nulla soddisfatto	–	–	–	0,6	0,2
Poco o per nulla soddisfatto	2,2	4,1	6,6	6,4	4,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La disponibilità e la gentilezza del personale infermieristico e ausiliario</i>					
Molto soddisfatto	26,1	41,9	41,1	22,6	30,0
Abbastanza soddisfatto	70,1	56,7	46,7	66,5	62,8
Molto o abbastanza soddisfatto	96,2	98,6	87,8	89,1	92,8
Poco soddisfatto	3,3	1,4	12,2	9,0	6,4
Per nulla soddisfatto	0,5	–	–	1,9	0,8
Poco o per nulla soddisfatto	3,8	1,4	12,2	10,9	7,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>La chiarezza delle informazioni mediche ricevute</i>					
Molto soddisfatto	29,3	37,0	41,1	20,6	29,9
Abbastanza soddisfatto	66,3	58,9	48,9	65,9	61,9
Molto o abbastanza soddisfatto	95,6	95,9	90,0	86,5	91,8
Poco soddisfatto	3,3	2,7	10,0	11,6	7,0
Per nulla soddisfatto	1,1	1,4	–	1,9	1,2
Poco o per nulla soddisfatto	4,4	4,1	10,0	13,5	8,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Il tempo atteso prima di ricevere il referto</i>					
Molto soddisfatto	25,3	38,4	36,0	15,5	26,1
Abbastanza soddisfatto	68,2	53,4	55,0	65,8	62,9
Molto o abbastanza soddisfatto	93,5	91,8	91,0	81,3	89,0
Poco soddisfatto	6,0	8,2	9,0	11,6	8,6
Per nulla soddisfatto	0,5	–	–	7,1	2,4
Poco o per nulla soddisfatto	6,5	8,2	9,0	18,7	11,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

Oltre che in base alla zona di residenza dei pazienti, i dati mostrano di variare in modo sensibile anche a seconda della struttura che ha erogato l'esame, pertanto le indicazioni di soddisfazione per questi aspetti rilevate tra chi si è rivolto a un poliambulatorio risultano tendenzialmente più

basse rispetto all'ospedale (in particolare, per la gestione degli appuntamenti e l'attesa prima di effettuare l'esame il dato si ferma al 72,2% contro il 77,2% dell'ospedale), e a loro volta i dati relativi alle strutture pubbliche evidenziano un grado di soddisfazione inferiore rispetto a quello rilevato

nel privato convenzionato (superiore al 90% per tutti e tre gli aspetti considerati). Anche per quanto concerne gli aspetti clinici e relazionali dell'accertamento diagnostico effettuato, il campione esprime in larga maggioranza alti livelli di soddisfazione. Il 95,4% si definisce molto o abbastanza soddisfatto per la disponibilità e la gentilezza del personale medico, con oscillazioni che riguardano soprattutto la proporzione tra quanti esprimono il massimo grado di soddisfazione (il 32,2% complessivamente, che scende al 23,9% al Sud e Isole contro il 44,6% del Nord-Est) rispetto a chi si definisce abbastanza soddisfatto (*Tabella 3.44*). Alti livelli di soddisfazione si riscontrano anche a proposito delle qualità umane e relazionali del personale infermieristico e ausiliario e a fronte del 92,8% di molto o abbastanza soddisfatti le variazioni lungo l'asse della ripartizione territoriale rimangono sostanzialmente limitate alla gradazione della soddisfazione: anche in questo caso le percentuali più alte di molto soddisfatti si rilevano al Nord-Est e al Centro (oltre il 40% contro il 30% nazionale), mentre al Sud e Isole si ritrovano i valori più bassi (22,6%). Per quanto concerne la chiarezza delle informazioni mediche ricevute è il 91,8% a definirsi molto o abbastanza soddisfatto, di nuovo in percentuali leggermente più basse al Sud e Isole (86,5%) e più alte al Nord-Est (95,9%), e anche in questo caso la proporzione tra le indicazioni di massima e quelle di intermedia soddisfazione risulta più favorevole tra i residenti del Centro e del Nord-Est. Infine, a proposito del tempo atteso prima di ricevere il referto si rilevano indicazioni di soddisfazione leggermente più contenute, per quanto sia sempre una larghissima maggioranza a essersi definita molto o abbastanza soddisfatta per questo aspetto, pari all'89%. Il dato si ferma all'81,3% al Sud e Isole (ed è solo il 15,5% a ritenersi molto soddisfatto contro il 26,1% nazionale), mentre

raggiunge il 93,5% al Nord-Ovest ed è al Nord-Est che la percentuale di indicazioni di massima soddisfazione risulta più elevata in assoluto (il 38,4%).

Dunque, sia a proposito degli aspetti organizzativi che sotto il profilo della qualità percepita del servizio dal punto di vista clinico e relazionale, i dati delineano uno scenario caratterizzato da una diffusa soddisfazione. Anche in questo caso, però, occorre sottolineare il fatto che comunque sussistono percentuali non irrilevanti di pazienti (comprese tra il 5% e il 10%), che hanno espresso insoddisfazione e che, alla luce del meccanismo per cui il fatto stesso di aver ricevuto le prestazioni rappresenta un forte elemento di soddisfazione, hanno con ogni probabilità avuto esperienza di gravi malfunzionamenti. Si tratta, come già ampiamente emerso, soprattutto di rispondenti che risiedono nel Mezzogiorno del Paese e con maggiore frequenza di pazienti che si sono rivolti alle strutture pubbliche, e in particolare ai poliambulatori territoriali.

3.2.5. Il giudizio complessivo sull'accertamento diagnostico

La qualità della prestazione diagnostica ricevuta va evidentemente considerata anche alla luce dei risultati che ha fornito, e soprattutto delle osservazioni formulate e delle iniziative prese dal medico che li ha analizzati. È chiaro che si tratta di informazioni che variano in modo estremamente significativo a seconda del quadro clinico dei pazienti, e dunque delle ragioni e delle circostanze che hanno reso necessario effettuare l'accertamento. Che l'accertamento sia stato provvidenziale per individuare un problema grave e stabilire una terapia è accaduto al 14,5% del campione, e il valore sale al 17,7% tra i rispondenti che si sono sottoposti all'esame per approfondire dei sintomi e al 18%

Tabella 3.45 Valutazioni circa l'utilità dell'accertamento diagnostico svolto, per professionista che lo ha prescritto (valori %)

Anche alla luce dei risultati e delle osservazioni effettuate dal medico che li ha visti, quanto è stato utile l'accertamento che ha svolto?

	Medico di medicina generale	Specialista privato	Specialista pubblico	Medico ospedaliero	Altro	Totale
È stato provvidenziale, ha permesso di individuare un problema grave e stabilire una terapia	18,0	15,6	6,9	12,5	4,2	14,5
È stato utile, ha permesso di seguire efficacemente l'evoluzione di un problema già noto	43,4	46,9	54,2	65,0	54,2	48,6
È stato utile, ha permesso di chiarire alcuni aspetti del problema o escludere certe ipotesi, anche se serviranno ulteriori indagini	36,0	36,7	34,7	20,0	41,7	34,7
Non è stato utile, servirà ripeterlo o effettuare altri esami	2,6	0,8	4,2	2,5	–	2,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

tra chi ha ricevuto l'indicazione dell'accertamento dal medico di medicina generale (Tabella 3.45).

L'esame è stato definito utile, dal momento che ha permesso di chiarire alcuni aspetti del problema di salute, o di escludere certe ipotesi, configurando però la necessità di ulteriori accertamenti, dal 34,7% del campione e si è trattato, anche in questo caso, soprattutto delle prestazioni effettuate per approfondire dei sintomi (39,5%), ma anche di accertamenti preventivi (39,3%).

La percentuale più alta di indicazioni si è invece concentrata sull'opinione per cui l'esame è stato utile poiché ha permesso di seguire efficacemente l'evoluzione di un problema già noto, ed è stato complessivamente il 48,6% dei pazienti a esprimersi in questo senso, con una particolare prevalenza tra chi si è sottoposto all'esame in vista di un ricovero programmato (il 61,5%) e tra chi lo ha fatto per monitorare o approfondire una o più situazioni patologiche già diagnosticate (59,7%), e si tratta di un'opinione espressa con maggiore

frequenza dai rispondenti che hanno ricevuto l'indicazione dell'accertamento dal medico dell'ospedale (65%).

È invece assolutamente residuale, e pari al 2,2% complessivamente, la percentuale di intervistati secondo i quali l'accertamento cui si sono sottoposti è stato inutile, perché non ha fornito indicazioni in alcun senso, rendendo necessario lo svolgimento di un altro esame, o perché eseguito scorrettamente o su macchinari vecchi o malfunzionanti, rendendone necessaria la ripetizione.

Nell'ambito del loro percorso diagnostico la maggior parte dei pazienti intervistati ha indicato di ritenere di non aver dovuto affrontare particolari perdite di tempo: si è espresso in questi termini il 71,3% del campione e il dato, oltre a risultare leggermente più basso al Centro (64,8%) e al Sud e Isole (66,7%), risente soprattutto della variabile legata allo stato di salute dei pazienti, pertanto, se tra chi lo definisce ottimo raggiunge l'82,7%, tra i rispondenti che ritengono insufficienti le

Tabella 3.46 Opinioni sulla tempistica del percorso diagnostico, per stato di salute (valori %)

Nel suo percorso diagnostico ritiene di aver perso tempo? Se sì, quando?

	Ottimo	Buono	Discreto	Insufficiente	Totale
Tra l'emergere dei sintomi e la decisione di rivolgersi al medico	–	4,6	5,0	9,4	5,0
Per individuare ed essere visitato dal medico adatto	4,3	2,3	3,3	5,7	3,6
In lista di attesa per poter effettuare l'accertamento	13,0	12,1	20,3	18,9	16,9
In attesa del referto e di poter rivedere il medico per mostrargli i risultati	–	3,5	2,5	7,5	3,2
No	82,7	77,5	68,9	58,5	71,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

loro condizioni si ferma al 58,5% (Tabella 3.46). Tra chi la pensa diversamente prevalgono, invece, le indicazioni relative al tempo passato in lista di attesa (il 16,9% complessivo), con valori che risultano leggermente più alti della media al Centro (17,6%) e al Sud e Isole (19,2%) e soprattutto tra chi si è rivolto a una struttura pubblica (oltre il 20% tra chi è stato in ospedale o nel poliambulatorio territoriale, contro il 6,3% di chi si è rivolto al privato convenzionato).

Il restante 11,8% si suddivide tra il 5% di chi ha individuato la maggiore perdita di tempo nel periodo compreso tra l'emergere dei sintomi e la decisione di rivolgersi a un medico, il 3,6% che fa riferimento invece al tempo passato per individuare ed essere visitato dal medico adatto e il 3,2% che ha indicato il tempo passato in attesa del referto e di poter rivedere il medico al quale mostrare i risultati.

Lo stato di salute dei pazienti pesa in modo sensibile anche su questi tre item, pertanto tra quelli che si considerano in condizioni più precarie le frequenze di risposta relative al periodo intercorso tra l'insorgere dei sintomi e la loro medicalizzazione raggiunge il 9,4% (contro il 4,6% di chi si ritiene in buone condizioni), i rispondenti che citano il tempo in attesa del referto e della possibilità di sottoporlo al medico sono il 7,5% (contro il

3,2% complessivo), mentre il tempo necessario all'individuazione e all'accesso al medico viene citato dal 5,7% dei rispondenti in condizioni insufficienti.

Alla luce dell'esperienza vissuta, la maggior parte degli intervistati ha indicato di considerare le liste di attesa come l'aspetto che è più necessario migliorare, nell'intero sistema dell'erogazione delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali, e si è espresso in questo senso il 70,3%, con valori particolarmente alti al Centro (80,7%), mentre è al Nord-Est che si osserva il valore più basso rispetto alla media nazionale (57,4%) [Tabella 3.47].

Gli investimenti in macchinari più nuovi ed efficienti vengono citati dal 27,2% del campione, con valori leggermente più alti nelle regioni settentrionali (circa il 30%). L'organizzazione del sistema di prenotazione viene indicata da circa 1 rispondente su 4 (il 25,5%), in questo caso in modo piuttosto omogeneo al Centro e al Nord, mentre i rispondenti residenti al Mezzogiorno hanno fatto riferimento a questo aspetto in percentuali leggermente più basse della media nazionale (19,6%). È pressoché analoga la percentuale di intervistati che hanno indicato l'organizzazione degli appuntamenti come uno degli aspetti che è prioritariamente necessario migliorare, e in questo caso la percentuale più alta si registra al Nord-Est

Tabella 3.47 Aspetti da migliorare in merito alle prestazioni diagnostiche ambulatoriali, per ripartizione geografica (valori %)

Alla luce della sua esperienza, quali aspetti delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali ritiene che andrebbero migliorati prioritariamente?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
La lunghezza delle liste di attesa	71,1	57,4	80,7	69,3	70,3
L'investimento in macchinari più nuovi ed efficienti	30,1	29,4	25,0	24,2	27,2
L'organizzazione del sistema di prenotazione (telefonico, via internet, attraverso il medico di famiglia ecc.)	28,3	29,4	29,5	19,6	25,9
L'organizzazione degli appuntamenti	28,3	32,4	11,4	27,5	25,5
La formazione e la disponibilità del personale	5,4	1,5	6,8	10,5	6,7
La manutenzione e la pulizia delle strutture	2,4	1,5	-	6,5	3,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Censis – Ccm, 2009.

(32,4%) e la più contenuta si rileva al Centro (11,4%). Formazione e disponibilità del personale (6,7%) e manutenzione e pulizia delle strutture (3,2%) rappresentano problematiche sulle quali sono confluite quote piuttosto ridotte di indicazioni, per quanto vada sottolineato come al Sud e

Isole si tratti di questioni più sentite che nel resto del Paese: è infatti il 10,5% dei rispondenti residenti al Mezzogiorno ad aver fatto riferimento alla formazione e alla disponibilità del personale e il 6,5% alla qualità delle strutture, e dunque alla loro manutenzione e pulizia.



Parte seconda

Valutazione della qualità percepita: stato dell'arte e fattibilità¹

¹ Estratto dal Rapporto: C. Collicelli, La qualità percepita, SIVeAS, Roma 2008.

4. Lo stato dell'arte

4.1. La valutazione della qualità nella pubblica amministrazione e in sanità: un tema in crescita¹

Molti passi avanti sono stati compiuti negli ultimi anni in ambito sanitario nella direzione dello sviluppo di pratiche e procedure gestionali e valutative più attente all'efficacia, appropriatezza e qualità dei servizi sanitari, di cui è ormai diffusamente acquisita l'importanza nella pianificazione e programmazione sanitaria e in particolare per la verifica dell'impatto dei servizi sul contesto sociale di riferimento.

È in questo ambito che anche la dimensione della qualità percepita, da parte sia degli utenti sia degli operatori, è diventata parte integrante dei criteri valutativi, in quanto permette di vagliare l'attendibilità di riferimenti puramente quantitativi, di considerare gli effetti dell'integrazione dei diversi fattori di produzione e di indicare le leve sulle quali agire per favorire un clima di collaborazione e fiducia nel settore, in grado di aumentare l'efficacia percepita dagli utenti e l'efficienza messa in campo dagli operatori, in un'ottica complessiva

di razionalizzazione e miglioramento del sistema di offerta di servizi sanitari.

Non meraviglia, quindi, che con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 502/1992 si sia affermato anche a livello istituzionale il principio per cui la valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate implica la considerazione del punto di vista dell'utente come dimensione necessaria e irrinunciabile, a cui sono seguite poi le indicazioni relative alle Carte dei Servizi sanitari e agli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP).

È con la Legge 721 del 1994 che si sancisce poi la facoltà di libera scelta del cittadino nei confronti di tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Anche in ambito sanitario, quindi, comincia a entrare nell'uso una nuova logica che consente all'utente un passaggio essenziale dalla condizione di "assoggettato o amministrato" alla condizione di "utente o cliente", connotata da una libertà del comportamento di selezione e "acquisto-fruizione". Il cambiamento di clima impone a tutte le istituzioni, e anche alle aziende sanitarie, di recuperare in qualità ed efficienza, di cominciare a considerare la percezione del cittadino e di svi-

¹ Analisi di sfondo realizzata per conto del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS) del Ministero della Salute.

luppare il potere di attrazione nei confronti degli utenti.

Ciò corrispondeva, d'altra parte, a un trend che era presente in tutta l'area dei servizi pubblici: il contesto istituzionale internazionale e, specificamente, quello europeo, che spesso fanno da traino per l'Italia rispetto all'innovazione gestionale, cominciavano a insistere sempre più, in quegli anni, su nuovi concetti strategici nel campo della valutazione dell'azione pubblica, come quello della qualità, intesa come concetto ampio e multidimensionale, fortemente orientato alla centralità dell'utente-cittadino e all'impatto socioeconomico degli interventi.

Così, per esempio, lo *European Institute of Public Administration* (EIPA) ha prodotto un *Common Assessment Framework* (CAF), come strumento di sviluppo della qualità nei servizi pubblici, partendo dall'assunto che la Strategia di Lisbona non possa trovare realizzazione senza una considerazione adeguata della necessaria innovazione sul piano della qualità e della collaborazione tra differenti istituzioni per attuare le strategie richieste. La stessa definizione delle priorità del VII Programma Quadro per la Ricerca Europea e delle altre azioni nell'ambito delle Iniziative Comunitarie per il periodo 2007-2013 considera il *socio-economic impact* come un elemento imprescindibile della valutazione. I criteri di valutazione indicati per le azioni e i progetti sono infatti l'eccellenza scientifica e tecnologica, la qualità della metodologia, la qualità del management, l'impatto, lo sviluppo e la disseminazione.

Anche in Italia, al di là degli atti normativi già citati, si può affermare che il processo di modernizzazione della Pubblica Amministrazione (PA), e della sanità in modo particolare, sia caratterizzato da almeno 15 anni a questa parte dal passaggio dall'aziendali-

simo alla qualità, intesa come strategia di più marcata attenzione ai risvolti sociali ed economici dell'azione amministrativa, in termini di contributo allo sviluppo e al benessere della collettività.

Per esempio, l'Indagine di scenario sull'innovazione nella pubblica amministrazione del Formez², realizzata nel 2005 attraverso il metodo Delphi presso un panel di esperti, ha registrato la presenza di un trend evolutivo rispetto agli obiettivi di una PA orientata al cittadino e ai risultati e dell'organizzazione a rete, e di una stazionarietà invece rispetto agli obiettivi della sussidiarietà, del federalismo e dell'investimento nelle risorse umane.

Più recentemente, la Direttiva del Ministro per le Riforme e le Innovazioni nella Pubblica Amministrazione del 20 dicembre 2006, "Per una pubblica amministrazione di qualità", richiama l'attenzione, oltre che sul miglioramento continuo delle prestazioni, delle tecnologie e dei sistemi di controllo, sull'autovalutazione e sul collegamento delle attività realizzate con la retribuzione, anche per quanto riguarda il coinvolgimento dei destinatari, ivi compresi i portatori di interesse, con la misurazione della soddisfazione anche in collaborazione con le istituzioni della società civile e con il *benchmarking* della qualità in ambiti di particolare impatto.

Infine, le linee di intervento per un'amministrazione di qualità, presentate nell'ambito del Seminario di Governo di Caserta dell'11-12 gennaio 2007, si esprimono nel senso della creazione di un ambiente favorevole agli investimenti e alla competitività, del miglioramento della qualità dei servizi resi ai cittadini, del recupero di fiducia, dell'integrazione dei servizi, della misurazione dei risultati conseguiti, della *governance multilevel*.

Per venire più concretamente al tema specifico della valutazione in sanità, occorre innanzitutto osservare

² Fattore PA '05, Formez-Forum Pa, 2005.

che dall'analisi dell'operatività valutativa nei gangli del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) emerge un evidente scarto fra tendenze di ampio respiro e realizzazioni concrete. In particolare, la trasposizione in norma del passaggio dall'aziendalizzazione alla *clinical governance* e alla qualità è decisamente lenta e spesso arretrata e prevalgono di gran lunga, su tutto il resto, gli sforzi di applicazione dell'aziendalizzazione, contro l'interferenza dei vecchi approcci formalistici e burocratici su quelli di valorizzazione della qualità. A fronte di Piani sanitari molto ricchi e fortemente centrati sui nuovi obiettivi strategici corrispondono per lo più norme regionali meno ambiziose e più centrate sulla definizione dell'iter amministrativo-burocratico di accreditamento delle strutture e di rendicontazione delle spese e delle prestazioni erogate per centri di costo, con debole attenzione per i risultati e la qualità dei processi.

Non mancano esperienze locali, sia regionali che aziendali o di territorio, di tutto rispetto nel perseguimento degli obiettivi di *clinical governance*, di valutazione degli esiti e di promozione della qualità, ma queste si collocano in un ambito spesso di frontiera e di sperimentazione, una sorta di minoranza che vorrebbe e potrebbe essere trainante. Così le decine di progetti di sperimentazione gestionale condotti nell'ambito del Programma ministeriale di ricerca finalizzata³ hanno dato prova di saper produrre una lunga serie di esperienze particolarmente avanzate di produzione di strumenti gestionali e valutativi, in singole Regioni o in collaborazione tra più Regioni. Ancora relativamente molto poco di quanto fatto in questo ambito è diventato però routine e pratica corrente delle istituzioni sanità.

Il ritardo normativo e la scarsa diffusione delle politiche valutative più avanzate si riversano anche

nella debolezza delle banche dati di riferimento e degli apparati di monitoraggio pur esistenti sulla carta. Siamo ancora lontani in Italia dall'aver messo mano alla strumentazione di un sistema di indicatori completo, che comprenda cioè dati significativi di contesto, input, processo, output e outcome. Indicatori definiti e descritti in numerosi documenti di programmazione nazionale e regionale⁴, ma a tutt'oggi lacunosi e incerti.

Il problema della qualità dei dati, dell'attendibilità delle fonti esistenti e soprattutto della loro compatibilità è ancora aperto. Dopo molti anni di una gestione degli indicatori sanitari con supplenza da parte dell'Istat, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di alcuni organismi internazionali (es. il Sistema *Health for all*), il recente progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), varato nell'accordo di Cernobbio dell'aprile 2004, ha cercato più recentemente di porre rimedio alla debolezza strutturale dell'informazione sul funzionamento del sistema attraverso il lavoro di tavoli interistituzionali, incaricati di mettere ordine nei temi chiave dell'attività sanitaria in maniera sistematica ed esaustiva (dagli ospedali al sistema unificato di remunerazione dell'attività ospedaliera DRG, alla classificazione delle strutture, alle prestazioni farmaceutiche ecc.).

4.2. La qualità percepita: definizioni

4.2.1. La qualità percepita dagli utenti

Un approccio aderente alla sensibilità maturata negli ultimi anni è quello che, per quanto riguarda la qualità, si pone in un'ottica ampia, all'interno della quale assume particolare rilievo l'utente in-

³ Bando annuale riservato alle regioni, agli Irccs e alle Agenzie e Istituti governativi, ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. 502/1992, vedi anche Censis, Gestire e valutare i servizi per la salute, Note e Commenti n. 4/5, 2006.

⁴ A partire dal Decreto del 12.12.2001.

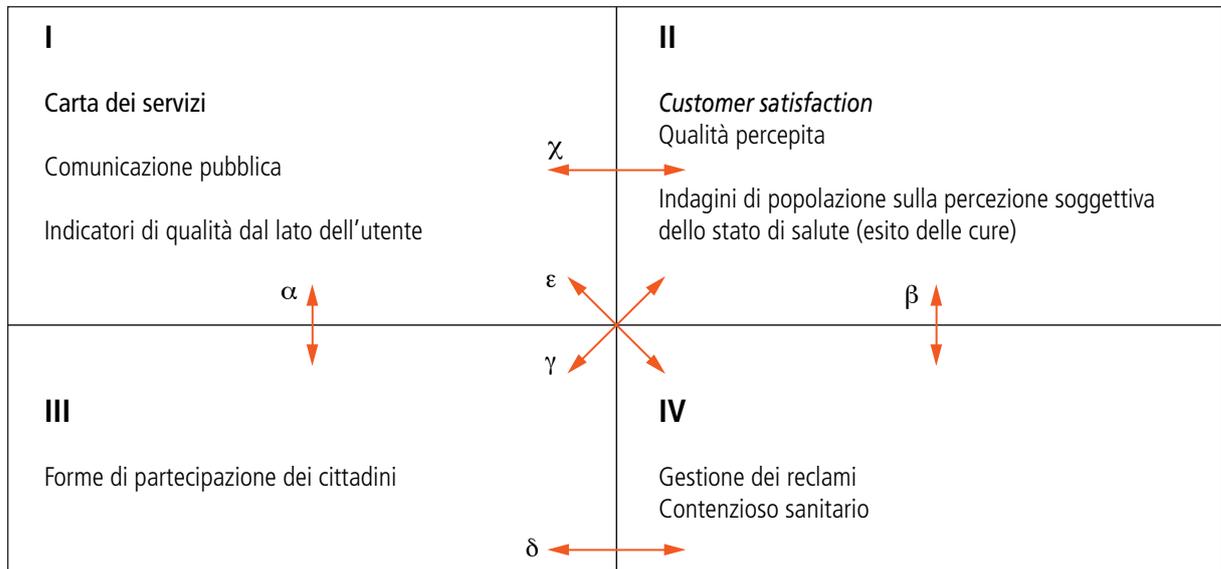


Figura 4.1 Il quadrante della qualità percepita. Fonte: Favretto G. Il cliente nella sanità. Milano: Franco Angeli, 2002.

teso come persona, con bisogni soggettivi e oggettivi, cui devono rivolgersi tutte le potenzialità insite nelle conoscenze mediche e nelle risorse tecnologiche, dando pari importanza alla qualità dei rapporti umani con il personale operante all'interno delle strutture sanitarie, garantendo un'accettazione serena della malattia e delle cure necessarie e facilitando, nei limiti del possibile, il ritorno alla normalità della vita quotidiana.

Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente – *customer satisfaction* – rappresentano elementi fortemente correlati tra loro dal ruolo sempre più importante, anche se rappresentano un obiettivo difficile da raggiungere. La *customer satisfaction*, in particolare, rappresenta l'indicatore più importante della capacità dell'organizzazione di sintonizzarsi con l'utente, nel nostro caso il paziente/cliente, la cui soddisfazione dovrebbe costituire uno dei principali segnali rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

Quando si parla di qualità, d'altra parte, s'intende

“il complesso delle caratteristiche che rendono un oggetto adatto all'uso o alla funzione cui è stato destinato”⁵. Il concetto di “adatto” (all'uso o alla funzione) indica la necessaria presenza di un fattore esterno che definisce l'adeguatezza, elemento che estende e aumenta la complessità dell'ambito concettuale e funzionale della qualità. La definizione di qualità racchiude quindi in sé l'esplicitazione di un giudizio, di una valutazione proveniente da una fonte esterna all'oggetto in questione, e nei servizi in particolare da parte degli utenti.

Si veda, a illustrazione di questi aspetti caratterizzanti il concetto di qualità, lo schema proposto da G. Favretto⁶, che rappresenta la qualità come quell'area di interazione tra il soggetto, con i suoi bisogni e le sue aspettative, e l'oggetto, con le sue caratteristiche intrinseche (Figura 4.1).

La qualità percepita rappresenta, a sua volta, l'insieme delle impressioni e delle conoscenze che i cittadini sviluppano relativamente alla peculiarità

⁵ Favretto G. Il cliente nella sanità. Milano: Franco Angeli, 2002.

⁶ Ibidem.

e all'efficacia del servizio di cui hanno usufruito. La qualità percepita dipende dalla consapevolezza e dalle attese, dai bisogni e dai desideri del cliente. Dovrebbe rappresentare l'elemento fondamentale sui cui fondare la saldatura tra domanda e offerta. È il fattore maggiormente collegato con il concetto di efficacia del servizio, perché intrinsecamente costruito sulla prospettiva del cliente/paziente. Secondo gli approcci più recenti, i professionisti e le istituzioni sanitarie hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la qualità fornita ai pazienti/clienti, attraverso i cosiddetti "Sistemi di miglioramento della qualità", intesi come l'"insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate a vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire e a migliorare di continuo la qualità dell'assistenza fornita al paziente"⁷. I Sistemi di miglioramento della qualità sono di fatto le azioni tese a garantire che l'assistenza fornita ai pazienti osservi dei criteri specifici nell'ambito dell'intero processo assistenziale, dall'identificazione del bisogno sanitario agli esiti delle cure prestate.

In generale, la riorganizzazione dei processi, con l'ottica di migliorare la soddisfazione del cliente, permette di fidelizzare il rapporto con il cittadino e di aumentare l'efficienza del sistema attraverso la riduzione degli sprechi e la razionalizzazione dei costi.

Molteplici sono le variabili che entrano in gioco nella percezione della qualità da parte dell'utente/paziente del servizio sanitario. Per una corretta definizione della qualità percepita, può essere utile tenere conto dei seguenti aspetti che la caratterizzano:

- dipende dal modo in cui i clienti percepiscono il servizio, dalle aspettative coscienti e dalle supposizioni inconscie;
- è influenzata sia dalle mutevoli aspettative e supposizioni, sia dai cambiamenti apportati dal servizio;
- i clienti sono insoddisfatti quando la loro esperienza del servizio è inferiore alle aspettative o supposizioni;
- anche le aspettative o supposizioni dipendono da idee, servizi ideali, e da ciò che si pensa sia possibile ottenere da un servizio pubblico o di cui si pensa di aver bisogno;
- la qualità percepita è più della soddisfazione, la quale a sua volta è qualcosa di più dell'assenza di insoddisfazione;
- spesso le persone non si rendono conto delle loro supposizioni o delle loro aspettative sino al momento in cui queste non entrano a far parte dell'esperienza;
- l'esperienza e dunque anche la soddisfazione o insoddisfazione sono diverse a seconda dei diversi momenti in cui si usufruisce del servizio.

4.2.2. La qualità percepita dagli operatori

Molto si è parlato e si parla di qualità percepita dagli utenti e di *customer satisfaction*, ma molto poco si parla di valutazione della qualità dei servizi percepita dagli operatori.

La letteratura di settore è ricca di esperienze e metodologie per la valutazione della qualità degli operatori, ma intesa quasi esclusivamente come valutazione della formazione ricevuta o del proprio stato di benessere e di motivazione soggettiva, come per esempio in settori in cui è frequente la sindrome di *burn-out*.

La valutazione dell'*efficacia del servizio* da parte degli operatori è invece tema poco trattato, anche se sarebbe molto importante riuscire a rilevare il

⁷ Negro G. Organizzare la qualità nei servizi. Milano: Il Sole 24 ore.

giudizio dei professionisti sul servizio erogato o sulla struttura dove loro stessi operano, ai fini della programmazione, pianificazione e valutazione della qualità e dei costi-benefici. In particolare, gli operatori possono fornire informazioni utili sulla qualità dei processi lavorativi, sulla qualità degli strumenti organizzativi, sui carichi di lavoro, sull'efficienza delle strutture, sull'accoglienza e la tutela dei lavoratori, sulla sicurezza dell'ambiente di lavoro, sul rapporto dell'organizzazione con gli utenti. Anche se, anche in questo caso, occorre tenere conto delle tante variabili soggettive che influenzano le valutazioni, come per esempio le aspettative sulla propria performance lavorativa, le aspettative sull'organizzazione del lavoro dove sono inseriti, le supposizioni sulle modalità di svolgimento del lavoro, le speranze riversate sull'espletamento delle proprie funzioni, le motivazioni al lavoro. Certamente la valutazione della qualità percepita dagli operatori non può essere considerata comparabile o integrabile con la valutazione della qualità percepita dagli utenti, ed è piuttosto consigliabile considerare le due analisi come elementi complementari nell'ambito di un più ampio processo di valutazione e verifica dell'efficacia e della qualità del SSN nel suo complesso.

D'altra parte, è evidente che il miglioramento continuo e la qualità del servizio erogato passano, per buona parte, dalle risorse umane coinvolte. Il personale (specie quello del *front-line*) è, contestualmente, il rappresentante dell'organizzazione agli occhi del cliente/utente – colui che può aiutare il cliente/utente nella risoluzione dei suoi problemi e nella soddisfazione dei suoi bisogni – e una soggettività con proprie aspettative e percezioni delle dinamiche, che opera dentro il servizio. È, quindi, un elemento critico da valorizzare al massimo e da coinvolgere in tutte le fasi del sistema di gestione dei servizi.

4.2.3. Il valore della qualità percepita per la valutazione in sanità

È oggi particolarmente evidente, infatti, che la sanità rappresenta una “strategia di vita e di una qualità della vita che non può che essere condivisa”⁸, e che il sistema sanitario, come strumento fondamentale dello Stato sociale, non appartiene in maniera esclusiva a nessuno dei soggetti in esso coinvolti, ma è alimentato da vari fattori e attori, dai medici come dagli infermieri, dai produttori di beni e servizi come dagli utenti.

In quest'ottica, la qualità percepita, dall'utente come dall'operatore, rappresenta per il SSN una fonte inesauribile di input che integrano quelli finanziari e organizzativi nelle funzioni di governo e regolazione del sistema. In altre parole, la qualità percepita si trasforma, se ben utilizzata, in un ritorno non monetario di investimento, in una possibilità di verifica dell'efficacia, dell'appropriatezza, dell'efficienza dei servizi, e in uno strumento concreto per valutare il rapporto costi-benefici del servizio e la capacità di risposta del sistema.

Anche nell'ottica dell'implementazione di trasparenti e lineari processi di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, la valutazione della qualità percepita e quella della *customer satisfaction* costituiscono un elemento indispensabile per l'attività di “governo clinico”. Se alla rilevazione della qualità percepita corrisponde la capacità dell'organizzazione sanitaria di gestire i processi di miglioramento delle performance alla luce dei risultati della valutazione, si realizza pienamente quello che dovrebbe essere il compito fondamentale delle analisi di qualità.

Volendo riassumere per sommi capi gli elementi di valore della qualità percepita nell'attuale fase del SSN, è possibile citare i seguenti.

⁸ Cipolla C.

1. La normativa, e in particolare il D.Lgs. 502/92 e successive integrazioni, indica precisi impegni per le Aziende sanitarie, che devono orientare le azioni di miglioramento e le verifiche di performance anche alla qualità percepita dagli utenti del servizio. Il testo legislativo suggerisce veri e propri indicatori per la misurazione della qualità del servizio sanitario. In questo senso la qualità percepita costituisce un adempimento legislativo, un atto dovuto nell'ambito dell'attuale sistema sanitario, ma anche un punto qualificante delle più recenti strategie di governo del sistema recentemente avviato.
 2. Il lavoro di analisi, monitoraggio e affiancamento dei Piani di rientro rende particolarmente significativo, dal punto di vista di efficienza, appropriatezza, quantità e qualità dei servizi erogati e rapporto costi-benefici, il tema della qualità percepita e delle segnalazioni delle inefficienze da parte degli utenti.
 3. Anche il nuovo Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVeAS) prevede, tra le altre cose, proprio l'esame della qualità e dell'appropriatezza delle cure, da finalizzare al corretto rapporto tra risorse e prestazioni.
 4. Il recente sviluppo dell'attività di *Risk Management* e l'aumento negli ultimi anni dei contenziosi e delle denunce in ambito sanitario contribuiscono a rendere più urgente l'esigenza, da un lato, di analizzare le fasi del processo di erogazione del servizio, così come percepite dal cittadino e, dall'altro lato, di capire le reali aspettative degli utenti per un miglioramento del servizio e per l'"affiliazione del cliente".
 5. La maggior parte delle procedure più avanzate di accreditamento istituzionale fa riferimento anche alla qualità percepita da parte degli utenti, come elemento utile, e spesso indispensabile, per la valutazione della performance sanitaria e del rispetto degli standard nazionali e regionali.
 6. Il Processo di devoluzione (avviato con il Titolo V) ha messo in particolare evidenza la necessità per le istituzioni nazionali, regionali e locali di coordinare, monitorare e verificare la tutela del diritto alla salute, la qualità, l'integrazione e l'accessibilità dei servizi sanitari, in forma coordinata, concertata e "perequata" tra centro e periferia, al fine di garantire al cittadino la libera fruizione di un suo diritto costituzionale.
 7. La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei criteri di appropriatezza rimanda in maniera diretta alla necessità di rilevare, anche solo per approssimazioni, le caratteristiche della domanda e della soddisfazione e di costruire degli standard in tal senso.
 8. I progetti e programmi di coinvolgimento dei cittadini utenti nella promozione della salute, sia a livello di prevenzione, che di diffusione di comportamenti salutari, che di autoregolazione e di partecipazione attiva alle cure e alla continuità assistenziale, presuppongono una conoscenza scientifica della domanda e della soddisfazione.
 9. Lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario con le sue sfide ambiziose spinge a considerare, tra i dati da raccogliere, anche quelli sui bisogni, sulla domanda, sulla qualità percepita e sulla soddisfazione.
- Per quanto riguarda in particolare gli aspetti normativi, una delle più importanti innovazioni introdotte dal già citato D.Lgs. 502 del 1992 risiede proprio nella maggiore attenzione attribuita al cittadino in quanto fruitore dei servizi sanitari, dal momento che l'art. 14 precisa l'impegno a "garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN "(...) per cui il Ministro della Sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome, i contenuti e

le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alle seguenti dimensioni:

- personalizzazione;
- umanizzazione dell'assistenza;
- diritto all'informazione;
- prestazioni alberghiere;
- attività di prevenzione delle malattie”.

Il Decreto prevede, inoltre, che le Regioni possano utilizzare il suddetto sistema di indicatori per:

- la verifica dello stato di attuazione del diritto alla tutela della salute del cittadino;
- la programmazione regionale;
- la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie.

Al comma 3 dell'art. 14 si precisa che “il Ministro della Sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini, con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità”. Al comma 4 si evidenzia la necessità che le aziende individuino modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio (reclami), in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Gli organi direttivi delle strutture sanitarie devono, secondo quanto previsto dalla normativa, convocare almeno una volta l'anno apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Il D.Lgs. 502/92 è stato successivamente integrato dal Decreto Ministeriale del 15 ottobre 1996, che ha confermato la validità degli indicatori di qualità già individuati dalla normativa precedente e sottolineato “la facoltà delle Regioni e delle Province autonome, delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere di adottare ulteriori indicatori

al fine di assistere efficacemente i processi decisionali regionali e locali”.

Per quanto riguarda, poi, il pesante passivo ereditato e accumulato negli ultimi anni in sanità, esso ha reso necessario puntare con determinazione alla definizione di Piani di rientro per le Regioni in maggiore difficoltà, che, senza penalizzare quantità e qualità delle prestazioni (anzi promuovendo maggiore qualità), siano in grado di invertire la tendenza.

I Piani di rientro fino a oggi realizzati presentano una struttura comune, che riflette i due principali obiettivi che essi intendono perseguire sotto il profilo economico-finanziario: le risorse da destinare all'ammortamento del debito accumulato al 31 dicembre 2005 e le misure da adottare per conseguire, entro il 2010, l'equilibrio corrente e impedire la formazione di ulteriore debito.

In questo ambito, le Regioni hanno l'obbligo di comunicare i dati sul rendimento e sono tenute ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, tale da consentire comparazioni di costi, rendimenti e risultati fra aziende sanitarie.

È evidente che a tale scopo la valutazione della qualità percepita da parte dei cittadini utenti del SSN può costituire una variabile importante nell'individuazione di:

- elementi di spreco;
- prestazioni sanitarie non appropriate;
- strutture sanitarie non funzionanti o mal-funzionanti;
- operatori non preparati o non ben organizzati;
- coordinamento dei servizi intra- ed extra-ospedalieri;
- mancanza di corretta informazione e comunicazione;
- servizi non rispondenti alle reali esigenze.

Anche l'opinione e la qualità percepita da parte degli operatori possono offrire alle Regioni e al

“Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa”⁹ concreti elementi di valutazione rispetto a:

- organizzazione dei reparti;
- orari di lavoro in base al carico di lavoro e alle responsabilità del ruolo;
- sicurezza nell'ambiente di lavoro;
- coordinamento dei ruoli e delle competenze;
- strutture e dispositivi mal funzionanti;
- elementi di spreco e di “emorragia” di spese e investimenti;
- capacità di relazione-comunicazione con il paziente.

Bene ha fatto quindi il SIVeAS a prevedere uno studio di fattibilità rispetto all'istituzione di un sistema di rilevazione della qualità percepita come strumento di valutazione dell'efficienza ed efficacia dei servizi e di razionalizzazione della spesa sanitaria.

4.3. Lo stato dell'arte delle analisi sulla qualità percepita dagli utenti

Le modalità di rilevazione del gradimento e/o dell'in-soddisfazione rispetto ai servizi erogati sono diverse e rispondono a finalità e a target di utenti ben individuati. In questo senso la scelta delle tecniche di rilevazione non può essere casuale e, in genere, è meglio contemprarne diverse, per venire incontro alle differenti esigenze sia dell'ente che dei propri pubblici di riferimento.

Alcune amministrazioni si limitano a monitorare la quantità o la tipologia di utenza che ricorre a un servizio, altre utilizzano un sistema di raccolta dei reclami e delle proposte; ma sempre più diffuse

sono le indagini di *customer satisfaction*, volte a rilevare la soddisfazione (o in alcuni casi le aspettative) dell'utente rispetto a un determinato servizio. Si tratta di tecniche diverse ma non certo alternative, con diversi livelli di complessità gestionale.

Anche in Italia si è assistito, negli ultimi anni, a un notevole sviluppo delle indagini promosse in ambito sanitario sulla *customer satisfaction*. Secondo un rapporto del Ministero della Salute¹⁰, negli anni precedenti al 1996, solo il 25% delle Aziende ospedaliere e delle USL aveva effettuato un'indagine sulla soddisfazione dell'utente, mentre nel periodo successivo, dall'agosto 1996 al marzo 1998, tale percentuale è salita al 75,5%.

Nel Rapporto pubblicato del Ministero della Salute nel 1999, appena sopra citato, sono riportate le prime esperienze nazionali di rilevazione della Qualità percepita degli utenti del SSN. Si inaugura così un nuovo filone di ricerche e approfondimenti sulla percezione e sull'opinione del cittadino, strumenti sempre più funzionali alla pianificazione dei servizi sanitari, al miglioramento delle politiche sanitarie e alla razionalizzazione della spesa.

Il Rapporto fornisce un quadro sulle strutture che hanno attivato iniziative di innovazione su tutti i fattori di qualità che determinano il livello di soddisfazione dell'utente. Alcuni temi, come l'informazione al pubblico e l'ascolto e la tutela dei cittadini, appaiono fortemente “gettonati” dalle strutture. Con una frequenza leggermente inferiore si registrano esperienze relative alla semplificazione delle procedure o al miglioramento delle relazioni con l'utenza e del comfort e alla riduzione dei tempi d'attesa.

⁹ Il Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa è uno strumento istituito dal SIVeAS per supportare il processo di analisi e verifica dell'appropriatezza e della qualità del SSN.

¹⁰ Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione Sanitaria (a cura di). La qualità dei servizi al cittadino nel SSN: valutazione dello stato di attuazione della Carta dei servizi – 1999.

Va sottolineato, tuttavia, che il tipo di indagine impiegata, basata generalmente sull'adesione volontaria, non consente di esprimere giudizi del tutto oggettivi.

Un'altra osservazione significativa del Rapporto si riferisce al riscontro di una percentuale molto cospicua di interventi (circa il 30% dei casi) diretti a segmenti specifici di utenza: anziani, bambini, tossicodipendenti, malati cronici o affetti da malattie terminali. La concentrazione di interventi in quest'ambito sembrerebbe dimostrare che l'innovazione nel SSN tende a concentrare i suoi sforzi sui gruppi più svantaggiati, in un'ottica di maggiore equità e di focalizzazione delle risorse. Nel Rapporto vengono inoltre descritte sinteticamente le tendenze del miglioramento della qualità dei servizi in relazione a diversi fattori, avvalendosi di 112 casi scelti in quanto esemplificativi e "confermati" per la validità dell'esperienza dai referenti regionali in base alla loro conoscenza del contesto locale.

L'elevata frequenza con la quale le strutture sanitarie hanno segnalato esperienze focalizzate sull'ascolto e sulla tutela dei cittadini testimonia della consapevolezza in merito al tema.

L'analisi complessiva delle esperienze pervenute e analizzate dimostra che una notevole quantità di casi si riferisce a interventi volti a misurare il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati. Un'altra porzione di casi, peraltro molto meno frequente rispetto alle indagini di soddisfazione, è relativa a interventi di attivazione e sviluppo di sistemi di gestione dei reclami.

L'ampia partecipazione delle realtà locali all'indagine del Ministero testimonia indubbiamente l'espandersi di una nuova cultura gestionale e valutativa. In molte delle iniziative presentate sono però evidenti limiti, giustificati dalla scarsa familiarità con gli strumenti di ascolto e di misurazione della soddisfazione. Spesso, infatti, le indagini

sono realizzate in maniera sporadica e non all'interno di un intervento progettuale di più ampio respiro. In particolare, spesso gli interventi si limitano alla somministrazione di questionari, senza che a quest'attività seguano iniziative di rigorosa analisi e diffusione dei risultati o realizzazioni di interventi di miglioramento.

4.3.1. L'Istat e l'indagine Multiscopo

Con l'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" l'Istat rileva presso i cittadini informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione. Il campione complessivo dell'indagine, che comprende circa 60.000 famiglie, è stato recentemente ampliato (erano prima 24.000 famiglie) a seguito di una convenzione, cui partecipano Ministero della Salute, Istat e Regioni.

Lo scopo principale dell'indagine è esaudire i bisogni informativi a livello territoriale e consentire stime regionali e sub-regionali utili alla programmazione sanitaria nazionale e locale. L'analisi è suddivisa in diverse sezioni: le condizioni di salute della popolazione, il consumo di farmaci, la prevenzione, l'obesità e l'abitudine al fumo, la fruizione dei servizi sanitari e l'opinione dei cittadini adulti sulla qualità dell'offerta sanitaria nel territorio di residenza.

La valutazione dei servizi sanitari del territorio viene effettuata sulla popolazione di 18 anni e più, secondo una scala numerica con punteggio inizialmente da 1 a 10 (1 giudizio peggiore, 10 migliore). Successivamente il punteggio viene aggregato in tre classi: 1-4 (giudizio insoddisfacente), 5-6 (giudizio sufficientemente soddisfacente), 7-10 (giudizio soddisfacente).

Con la stessa metodologia viene rilevato il giudizio su altri servizi di pubblica utilità (servizio postale,

ferroviario, scolastico, telefonico, televisivo Rai, energia elettrica e gas, acqua).

Le domande che l'indagine multiscopo dedica alla rilevazione dell'opinione dei cittadini sul SSN riprendono i seguenti aspetti:

- giudizio sul Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- opinioni sui cambiamenti del SSR negli ultimi 12 mesi;
- figura professionale di maggiore fiducia per decisioni importanti sulla salute.

4.3.2. Gli Osservatori Regionali

A proposito degli ambiti esplorati per la valutazione della qualità percepita e del risultato delle cure (Carta dei Servizi, Indicatori di qualità dalla parte degli utenti, Indagine multiscopo Istat ecc.), gli strumenti normativi hanno formalizzato la necessità della creazione di Osservatori e dell'attuazione di monitoraggi. Infatti:

- il D.Lgs. 502/92, ex art. 12, Percezione di qualità e risultato delle cure, prevede la costituzione di una rete integrata di Osservatori regionali;
- il D.Lgs. 229/99, Norme per la razionalizzazione del SSN, "favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari, nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi".

Alla luce di quanto stabilito, si è dato avvio al Programma di "Percezione e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (triennio 2000-2003), sviluppato dalla Regione Emilia-Romagna in partnership con altre Regioni e con la Scuola di Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna, e cofinanziato dal Ministero della Salute. L'obiettivo del programma era quello della co-

struzione di luoghi virtuali di incontro di persone istituzionalmente interessate al tema, in comunicazione reciproca, in cui raccogliere e da cui diffondere, per uso degli interessati, i risultati di rilevazioni periodiche o continuative della percezione dei cittadini-utenti in tema di qualità dei servizi sanitari.

Gli "Osservatori della qualità percepita", così come sono stati pensati nello sviluppo del programma, dovrebbero portare contributi al monitoraggio dei bisogni, all'individuazione di obiettivi e all'attivazione di processi di miglioramento nelle aziende sanitarie, realizzati valorizzando anche l'apporto degli utenti, secondo le indicazioni dei piani Nazionali e Regionali.

A conclusione del programma (aprile 2003) i documenti individuano quale prospettiva, sulla quale è stata acquisita l'adesione delle Regioni, il mantenimento della rete di rapporti, con l'obiettivo di uno scambio regolare di informazioni ed esperienze, al fine di arricchire di conoscenze e innovazione il background delle organizzazioni sanitarie che si interfacciano con i cittadini e gli utenti. Nella Relazione conclusiva del Progetto, presentata nel giugno 2003, emerge come il lavoro effettuato abbia prodotto diversi risultati: l'aumento della cultura della qualità percepita; collaborazioni interregionali sistematiche, fruttuose sul piano operativo, di approcci condivisi e di normativa a valenza locale; strumenti metodologici e riflessioni di approfondimento messi a disposizione dell'intero sistema sanitario nazionale.

A tale riguardo la trasferibilità dei singoli ambiti di progettazione è stata garantita, oltre che dalla condivisione tramite Internet, anche dalla costruzione del "Repertorio delle esperienze" sviluppate in ogni Unità Operativa, e dalla produzione di alcune pubblicazioni regionali che valorizzano gli output di singoli progetti.

5. Le possibili indagini

5.1. Prime linee di una proposta metodologica per le future indagini

L'analisi svolta ha permesso di mettere a fuoco la complessità della materia inerente la qualità percepita e le possibili forme della sua rilevazione, attraverso l'interrogazione diretta dei cittadini, attraverso gli operatori, attraverso gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP) e attraverso le Carte dei Servizi. In particolare, l'analisi ha permesso di evidenziare:

- lo stato avanzato della consapevolezza dell'importanza della tematica, sia in Italia sia all'estero;
 - il più importante sviluppo della materia e delle relative metodologie di analisi in contesti nord-europei e nord-americani;
 - la crucialità che la questione riveste in Italia, alla luce dei processi di aziendalizzazione, devoluzione sanitaria a livello regionale e locale, riconoscimento della potestà di libera scelta da parte del cittadino;
 - ancora più rilevante appare la questione in Italia vista la necessità di individuare e di sperimentare modalità più adeguate di analisi della qualità delle prestazioni, degli sprechi, delle possibili riforme migliorative, a livello sia strutturale sia gestionale;
- la spinta che ha avuto l'interesse per la *customer satisfaction*, per gli URP e per le Carte dei Servizi, tra la fine degli anni Novanta e l'inizio del 2000;
 - il ristagno, negli anni più recenti, e dunque l'urgenza di formulare proposte per il rilancio della tematica;
 - l'eterogeneità delle esperienze fino a oggi messe in campo, alcune delle quali di sicuro valore metodologico, scientifico e politico, ma con scarse se non nulle possibilità di confronto e standardizzazione a livello generale.

Le possibili proposte di indagine sono riassumibili come segue:

- A. Rilancio e messa a regime di un Osservatorio Nazionale sulla qualità percepita, in tutte le sue possibili accezioni, e definizione di un percorso metodologico adeguato.
- B. Indagine sugli URP: metodologia unificata di registrazione delle segnalazioni prevenute agli URP attraverso il confronto tra Regioni ed esperti, e sulla base di una metodologia di raccolta dati per via telematica e di creazione di un apposito database.
- C. Indagine sulla soddisfazione degli operatori annuale e per via telematica, con un apposito database, aggiornabile periodicamente, sulle opinioni degli operatori sanitari in merito alla

qualità dei servizi, il clima organizzativo, il rapporto con l'utenza e le strategie migliorative.

D. Indagine sulla soddisfazione degli utenti: realizzazione di una specifica indagine di soddisfazione con campioni rappresentativi a livello regionale e tarata sulle esigenze del SIVeAS.

5.2. Criteri e dimensioni della qualità percepita in sanità

Quando parliamo di qualità nell'ambito dei servizi dobbiamo sempre ricordare che il concetto stesso di qualità assume connotazioni specifiche e molto differenti da quelle della qualità dei prodotti industriali, peculiari del mondo dei servizi.

A differenza dei prodotti industriali:

- i servizi sono intangibili, eterogenei;
- la produzione, la distribuzione e il consumo sono spesso processi simultanei;
- il valore viene essenzialmente prodotto nelle interazioni tra soggetto erogatore e utente;
- gli utenti partecipano alla produzione;
- i servizi non consentono accumulo, non c'è trasferimento di alcuna proprietà.

Secondo uno dei più eminenti e produttivi studiosi del settore, Grönroos¹, la qualità in sanità d'altra parte è ciò che i clienti percepiscono. Nell'azienda sanitaria la qualità, pertanto, deve essere definita nello stesso modo in cui viene percepita e definita dagli utenti, pena nello sviluppo di programmi di gestione e miglioramento dei servizi il rischio di intraprendere azioni sbagliate, ossia non centrate sui bisogni reali, e di investire malamente tempo e denaro.

Per un'efficace progettazione della valutazione oc-

corre pertanto porre la massima attenzione ai criteri e alle dimensioni della qualità percepita nei servizi sanitari, tenendo bene a mente che tutti, operatori *in primis*, ma anche utenti, contribuiscono alla qualità del servizio e che in un'organizzazione di servizi sanitari esistono molte fonti di qualità².

Al fine di individuare e classificare le dimensioni della qualità percepita, vanno quindi considerati anche e innanzitutto quegli aspetti e quegli elementi che influiscono inevitabilmente sulla percezione della qualità del servizio in senso ampio:

- nella progettazione del servizio;
- nella produzione del servizio;
- nella consegna-fruizione del servizio;
- nella relazione tra soggetto erogatore e utente;
- nel risultato dei prodotti-servizi;
- nei processi interattivi.

La considerazione di questi aspetti sola può consentire di inserire l'analisi della qualità percepita nel suo contesto, dove diverse sono le variabili e i processi fonti di qualità, e secondo un approccio di rilevazione funzionale al più generale processo di gestione e miglioramento dei servizi sanitari, sia in termini economici sia in termini di efficienza ed efficacia. Solo così i dati della rilevazione della qualità percepita possono quindi:

- essere utilizzati al fine di una razionalizzazione dei servizi sanitari;
- contribuire a strutturare i processi di controllo, gestione e miglioramento della qualità;
- far confluire le informazioni sulla qualità percepita nello sviluppo di azioni e politiche per l'incremento dell'affidabilità e la funzionalità del sistema sanitario;
- contribuire a dare vita a processi e strutture di

¹ Christian Grönroos è *Professor of Service and Relationship Marketing* alla *Swedish School of Economics and Business Administration* in Finlandia e *Chairman del Board del Centro CERS – Centre for Relationship and Service Management*.

² Grönroos C. *Management e marketing dei servizi*. Torino: ISED, 1994.

“gestione della qualità” che offrono un rilevante contributo all’ottimizzazione delle spese e degli investimenti sia a livello regionale, sia a livello locale e territoriale.

Per una corretta rilevazione della qualità percepita è inoltre necessario ipotizzare una standardizzazione delle dimensioni da studiare, che permetta di costruire variabili misurabili e confrontabili.

I criteri proposti da Gronroos, sintetici ma esauritivi delle categorie cui sono riconducibili le dimensioni di misurazione della qualità percepita nei servizi sanitari, sono per esempio i seguenti.

1. Professionalità e competenza: il fornitore, il personale, i sistemi operativi e le risorse hanno le conoscenze e le competenze richieste per risolvere i problemi in maniera professionale (criterio legato al risultato)?
2. Atteggiamento e comportamento: il personale di contatto è interessato all’utente e a risolvere i suoi problemi in modo amichevole e spontaneo (criterio legato al processo)?
3. Accessibilità e flessibilità: la tipologia di erogazione del servizio, la localizzazione, l’orario, il personale, i sistemi operativi in uso sono tutti elementi che indicano il grado di accessibilità dei servizi e la capacità dell’amministrazione di andare incontro alle richieste e ai bisogni dei cittadini (criterio legato al processo).
4. Capacità di rimediare: capacità dell’organizzazione di rispondere all’eventualità di un errore o danno, anche se imprevedibile. Capacità di offrire soluzioni compensative o alternative (criterio legato al processo).
5. Reputazione e credibilità: percezione dell’affidabilità del servizio e del soggetto erogatore, “fidelizzazione” dell’utente e riconoscimento del corretto valore monetario al servizio (criterio legato all’immagine).

Ai fini dello sforzo di standardizzazione delle dimensioni della qualità percepita e nell’ottica di

un’efficace strutturazione di un questionario, le variabili misurabili possono essere classificate come segue:

- aspetti tangibili: strutture fisiche, attrezzature, personale e strumenti di comunicazione;
- affidabilità: capacità di prestare il servizio promesso in modo affidabile e preciso;
- capacità di risposta: volontà di aiutare gli utenti e di fornire prontamente il servizio;
- competenza: possesso delle abilità e delle conoscenze necessarie a prestare il servizio richiesto;
- cortesia: gentilezza, rispetto, considerazione e cordialità del personale;
- credibilità: attendibilità e onestà dell’ente erogatore del servizio;
- sicurezza: assenza di pericoli, rischi o dubbi;
- accesso: accessibilità e facilità di contatto con il servizio;
- comunicazione: tenere informati gli utenti usando l’ascolto e un linguaggio alla loro portata;
- comprensione del cliente: sforzo dell’organizzazione di conoscere e rispettare le esigenze e le aspettative dell’utente.

Ancora, è importante ricordare che occorre cercare di identificare quegli elementi cui gli amministratori e i manager sanitari devono prestare maggiore attenzione nella pianificazione delle strategie, che influiscono sulla formazione dell’opinione e della percezione dei cittadini e che possono essere controllati e gestiti attraverso specifici progetti e azioni volti al miglioramento del sistema.

In tal senso, può rivelarsi molto interessante analizzare le caratteristiche del sistema quando il servizio fallisce il suo compito e le conseguenze di un’esperienza sanitaria percepita negativamente. L’analisi di simili elementi può risultare particolarmente vantaggiosa per le organizzazioni sanitarie che intendono strutturare un percorso di gestione e di miglioramento della qualità dei servizi

alimentando la partecipazione degli utenti alla programmazione dei servizi e alla modulazione dell'offerta.

Alcuni tra i più eminenti studiosi del settore hanno passato in rassegna un notevole numero di ricerche pubblicate nelle riviste di settore³, dato da 50 studi empirici e dall'elaborazione di 517 correlazioni tra la *customer satisfaction* e gli antecedenti e conseguenti, proprio in termini di errori da evitare o da correggere.

Gli elementi antecedenti alla *customer satisfaction* individuati come rilevanti in questi studi sono:

- le aspettative: rappresentano un'anticipazione del giudizio e un riferimento comparativo con precedenti esperienze;
- le attese: il paziente si dice soddisfatto se i risultati conseguiti sono più alti di quelli attesi e insoddisfatto se sono minori;
- la performance: è legata anch'essa alla disconferma delle attese e ha un effetto diretto sulla soddisfazione;
- gli affetti: la valutazione della soddisfazione non può essere riconducibile alla sola componente cognitiva e razionale, ma include anche le componenti affettive ed emotive della percezione e della partecipazione;
- l'equità: sia il rapporto tra quel che si riceve in relazione all'input del cliente (giustizia distributiva) sia la relazione che si instaura con gli operatori e il modo in cui si è trattati (giustizia interrelazionale).

In tutte le ricerche prese in esame le aspettative e le performance sono positivamente correlate, così come lo sono la performance e l'equità. Gli autori hanno anche evidenziato come le misurazioni adottate nella rilevazione della *customer satisfaction*

influenzino frequentemente sia le relazioni tra gli antecedenti alla soddisfazione sia le relazioni tra antecedenti e risultati della soddisfazione. Anche se la letteratura esaminata dedica molte più energie all'analisi degli antecedenti piuttosto che a quella delle conseguenze, e mancano modelli esaustivi che diano conto in modo rigoroso di che cosa succeda quando il servizio fallisce nel suo compito. Per quanto riguarda le conseguenze, le analisi condotte ne hanno individuate alcune:

- il comportamento lamentoso: si verifica quando la performance del servizio non raggiunge l'aspettativa del paziente, pertanto il cliente reputa il servizio non adeguato (lamentele e reclami);
- il passaparola negativo: rappresenta un comportamento negativo del consumatore che aumenta rispetto a un'esperienza di disaffezione; ciò si genera soprattutto quando il fallimento è ritenuto grave (moltiplicatori di opinione);
- le intenzioni di "acquisto": si intende il proposito del cliente di servirsi nuovamente presso la stessa organizzazione o azienda (*customer loyalty*).

A partire dallo studio e dalla classificazione di tutte le variabili che influiscono, *ex ante* o *ex post*, sulla soddisfazione dell'utente del servizio, gli studiosi suggeriscono alcune strategie per il management sanitario. Per esempio la disconferma gioca un ruolo maggiore rispetto alla performance e alle aspettative e ciò può suggerire come sia consigliabile per i manager non formulare promesse eccessive che poi non si possono mantenere, in quanto attese molto alte nel paziente implicano una forte insoddisfazione qualora non siano soddisfatte appieno. Per quel che riguarda la performance, invece, si suggerisce di puntare a un livello ottimale, a uno standard accettabile e a un livello di qualità equi-

³ Il riferimento è a: *Metanalisi di Szymansky e Henard*: Szymansky DM ed Henard HD (2001); *Customer Satisfaction: A Meta Analysis of the Empirical Evidence*, Journal of Academy of Marketing Science, n. 29; Oliver L e Whence R (1999) *Consumer Loyalty*, Journal of Marketing, n. 63.

librato, in quanto eccessivi sforzi possono produrre effetti irrilevanti sulla soddisfazione ed effetti deleteri sulle spese.

5.3. Osservatorio nazionale sulla qualità percepita: elementi di progettazione

L'idea di costituire un Osservatorio Nazionale sulla qualità percepita non è un'idea nuova. Nasce dall'esigenza di creare una piattaforma conoscitiva comune, nella quale tutte le Regioni possano avere un ruolo e una rappresentanza attiva, lavorando allo stesso tavolo con le altre Regioni, al fine di attuare uno scambio efficace di pratiche, esperienze e dati sulla qualità percepita delle diverse realtà sanitarie.

Sin dalle sue prime formulazioni, obiettivo principale di un Osservatorio Nazionale è stato creare un canale privilegiato per un "ascolto" strutturato dell'utenza attraverso un programma per la rilevazione costante e standardizzata dei dati regionali sulla qualità percepita dagli utenti del SSN e un percorso di analisi e valutazione dei risultati ottenuti, così da consentire una pianificazione di interventi e politiche sanitarie nel rispetto delle esigenze espresse dal cittadino e nello sforzo di rispondere ai bisogni di salute.

Obiettivi operativi strategici di un Osservatorio Nazionale sono quindi i seguenti:

- creare una vera rete di Osservatori regionali per la rilevazione sistematica e la valutazione dei dati sulla qualità percepita dagli utenti;
- creare un tavolo di confronto delle "best practice" regionali dove potersi misurare, in un'ottica collaborativa, sulle politiche adottate a livello locale e creare uno scambio di prospettive e strumenti già sperimentati e utilizzati;
- individuare azioni, strumenti e iniziative, e costruire progetti di valorizzazione dei dati della qualità percepita nella programmazione sani-

taria e di miglioramento della soddisfazione degli utenti;

- costruire una mappatura periodica, su scala regionale e nazionale, della rilevazione e valutazione della qualità percepita, che possa contribuire allo sforzo delle amministrazioni di orientare in maniera più efficace gli interventi di razionalizzazione della spesa, di individuare gli sprechi, di rimodulare l'erogazione dei servizi in un'ottica di miglioramento dell'accessibilità, dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi sanitari.

Sul piano metodologico, si propone di dare vita a un percorso di rilancio e rafforzamento di una rete nazionale di osservatori, caratterizzato dalle seguenti fasi.

1. Creare un tavolo Ministero della Salute-Regioni, cui partecipino le rappresentanze regionali dei singoli Osservatori Regionali per la valorizzazione del lavoro svolto e la progettazione dell'attività da svolgere.
2. Regolare, tramite emanazione di Linee Guida, la necessità per tutte le Regioni di istituire un simile Osservatorio, laddove non sia già avvenuto, prevedendo un piano di lavoro annuale che ogni Regione sarà chiamata a rispettare e fornendo strumenti per la standardizzazione dell'attività.
3. Lasciare alle Regioni la libertà della scelta delle metodologie di raccolta dati e misurazione della qualità percepita in ambito locale e territoriale sulla base delle risorse umane ed economiche disponibili e delle esperienze già acquisite nel campo, ma concordare un "nocciolo duro" di elementi comuni da affrontare in maniera standardizzata e confrontabile.
4. Predisporre un database nazionale per la raccolta dei dati confrontabili di matrice regionale, con un software che permetta l'inserimento informatizzato e l'elaborazione degli stessi per ottenere un'analisi dettagliata.

5. Evitare ogni forma di autoreferenzialità dell'analisi dei dati e della misurazione della qualità percepita, salvaguardando la comparabilità del “nocciolo duro” non in termini di competitività della performance, ma piuttosto in termini di capacità di progettare un percorso coerente di utilizzo dei dati raccolti per implementare le politiche e le azioni volte a migliorare l'efficacia del servizio sanitario.
6. Prevedere meccanismi di utilizzo integrato, sia a livello locale-aziendale, sia a livello regionale che a livello nazionale, delle analisi e valutazione dei dati e individuare le strutture e i soggetti più adatti per la lettura dei risultati dell'Osservatorio e per la loro utilizzazione nella programmazione, nella razionalizzazione e nel miglioramento delle attività sanitarie.

Gli strumenti operativi di un simile Osservatorio nazionale rappresentano il vero contributo che il progetto dovrebbe dare allo sforzo concreto delle amministrazioni nel cercare di condividere il proprio *know how*. Qui di seguito alcuni strumenti di lavoro che potrebbero rendere l'Osservatorio nazionale un progetto efficiente ed efficace di coordinamento nazionale.

1. Strumenti telematici adattati, quali per esempio newsletter mensile, forum on line con appuntamenti fissi (precedentemente concordati) per lo scambio di informazioni, novità, dati, documenti.
2. *Web-community* con incontri virtuali simultanei dell'Osservatorio nazionale, in un'ottica di risparmio di tempo e denaro per gli spostamenti dei componenti.
3. *Database* “intelligente” da integrare con il Sistema Informativo del Ministero della Salute

con accesso e caricamento dei dati di tutte le Regioni, tramite uno o più soggetti addetti a questo specifico compito.

4. Nuclei operativi per i diversi compiti specifici dell'Osservatorio: raccolta dei dati, misurazione della qualità percepita, pianificazione metodologica delle attività dell'Osservatorio, individuazione di indicatori per la rilevazione della qualità, integrazione dei dati regionali, utilizzazione dei risultati ottenuti nei processi di implementazione dell'offerta e della qualità dei servizi, elaborazione di proposte concrete per riportare i risultati della valutazione della qualità in politiche sanitarie e migliorare il sistema.
5. Gruppi consultivi misti⁴ in cui possano confluire le associazioni, esponenti di Aziende sanitarie, rappresentanti dei cittadini e della società civile, esperti come strumenti sussidiari a livello locale e/o regionale, di cui l'Osservatorio possa decidere di avvalersi nella pianificazione della sua attività e dei suoi obiettivi e che fungano da “sensori” di problematiche sociali, sanitarie o di criticità organizzativa e possano aiutare a proporre interventi migliorativi nei servizi per i cittadini.

5.4. URP degli URP: elementi di progettazione

Gli URP dovrebbero costituire, secondo le norme legislative vigenti, uno degli elementi essenziali nell'organizzazione degli uffici pubblici e in particolare delle strutture sanitarie. Gli URP si presentano, infatti, come un elemento di raccordo tra il cittadino che usufruisce del servizio e la struttura che fornisce tale servizio.

Tra i compiti fondamentali degli uffici URP spicca

⁴ Ricordiamo che i Comitati consultivi misti sono già una realtà esistente in diverse Regioni italiane come l'Emilia Romagna e il Veneto. Vennero istituiti per la prima volta nel 1994, in Emilia Romagna con l'emanazione della Legge Regionale 19/94, che formalizza e organizza le modalità di partecipazione dei cittadini nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

quello di raccogliere le segnalazioni e i reclami dei cittadini che, nella moderna società dell'informazione, richiedono e hanno diritto ad avere giuste risposte.

L'utilizzo dei reclami e delle segnalazioni degli URP dovrebbe, quindi, consentire con un minimo sforzo e, di conseguenza, con un costo molto ridotto, la possibilità di valutare da un altro punto di vista, prevalentemente quello dei cittadini insoddisfatti, l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi offerti.

Il processo di valutazione dei servizi sanitari che sempre più prende spazio non solo nella letteratura, ma anche nella gestione politica e pratica della sanità del nostro Paese, non può prescindere dalla considerazione di questi tre aspetti. L'efficienza, sebbene abbia un collegamento stretto con l'analisi dei costi/benefici, in quanto rappresenta una delle più tipiche metodologie di origine economica, è applicata molto utilmente in sanità agli aspetti gestionali e per valutare il rapporto tra input e output. L'efficacia si riferisce al risultato finale e a quello che è l'outcome in termini di salute della popolazione e viene valutata attraverso gli indicatori classici di mortalità e morbilità, e gli esiti delle prestazioni dei singoli servizi. Non è possibile prescindere nella valutazione dei servizi dal concetto di qualità che ingloba al suo interno i due precedenti concetti, e va al di là, riferendosi anche alla soddisfazione delle persone assistite, all'appropriatezza, alla coerenza con le esigenze di salute della popolazione, alle abilità professionali, alle risorse disponibili e a molto altro.

Il lavoro svolto dagli URP consente una valutazione di tutti e tre gli aspetti, in quanto permette di valutare sia il sovrautilizzo che gli sprechi, per esempio attraverso la rilevazione dei tempi di attesa o delle lamentele. La soddisfazione/insoddisfazione del cittadino attiene sia all'efficacia e più spesso all'inefficienza del servizio prestato, consentendo

così una valutazione seppure parziale di questo aspetto del servizio offerto. Infine, il punto di vista del cittadino espresso all'ufficio URP non può che apportare benefici e informazioni utili alla qualità dei servizi che la struttura offre in senso ampio.

L'attenta valutazione del rapporto costi-benefici è uno dei principali diktat di chi, ai diversi livelli di responsabilità, deve gestire i servizi sanitari, soprattutto nel caso di quelle Regioni che sono chiamate a risanare il proprio deficit sanitario. Il gradimento del cittadino è una strategia che assieme ad altre concorre non solo alla realizzazione della qualità totale, ma anche a una migliore allocazione delle risorse.

Di fronte al federalismo sanitario e fiscale delle Regioni italiane, la mobilità sanitaria, e cioè gli spostamenti dalla propria ASL o Regione di residenza verso una struttura non appartenente a essa, assume un ruolo fondamentale, per il riscontro economico che comporta, in attivo e in passivo, a seconda che vi sia prevalenza in entrata o in uscita, nel bilancio della ASL e della Regione. Contenere la mobilità diventa, quindi, un obiettivo fondamentale da perseguire per le Regioni che, d'altra parte, non possono limitarla se non attraverso la soddisfazione della domanda, in quanto la libera scelta dell'individuo è tutelata dal SSN anche per garantire il principio di equità e la lettura del punto di vista del cittadino rappresenta un utile strumento anche in questo senso, in quanto un cittadino che si sente ascoltato e che vede migliorare il servizio tenderà sempre meno a compiere una mobilità.

È evidente, quindi, che le segnalazioni, le lamentele e anche le semplici richieste di informazione da parte dei cittadini, fruitori dei servizi, rappresentano un patrimonio informativo enorme, il cui utilizzo di per sé non aggiunge alcun costo alle strutture stesse; questo patrimonio informativo non è però a oggi adeguatamente utilizzato e i dati non sono raccolti in modo da poter essere utilizzati

a questo scopo, in quanto non esiste una procedura standardizzata né nella raccolta né nella gestione di queste informazioni da parte dell'ufficio stesso. L'utilizzo dei dati URP, se raccolti e classificati secondo una procedura standardizzata, consentirebbe, quindi, di giungere a una valutazione con uno sforzo minimo e con un costo assai ridotto, dal momento che si utilizzerebbe una struttura già esistente e procedure già in essere, ma da standardizzare. Un tipico esempio di ciò è rappresentato da quello che è stato fatto dalla Regione Emilia Romagna e da diverse ASL, come illustrato in precedenza. Queste strutture hanno standardizzato la raccolta delle segnalazioni ricevute dagli URP classificando i reclami e creando degli indicatori quantitativi che permettono di monitorare l'andamento nel corso del tempo.

Poiché la valutazione è di per sé un concetto complesso, ancor più quando si cerca di applicarlo al campo sociale, come in sanità, essa richiede metodologie opportune, tra le quali la costruzione di indicatori risulta essere una delle più economiche e quella più facilmente applicabile in questo contesto. L'utilizzo degli stessi indicatori nel tempo e nello spazio permette, inoltre, di fare un passo in avanti nel processo di valutazione, grazie alla possibilità di confronti temporali e spaziali⁵. Visto che il patrimonio informativo degli URP rappresenta di per sé una potenzialità enorme, lo sforzo e il costo per renderlo utilizzabile come strumento di controllo permanente e di confronto temporale e territoriale è senz'altro uno sforzo utile e redditizio.

Ciò significa però, com'è ovvio, che si pone la necessità di una gestione concertata degli URP delle Regioni e delle Aziende, o quanto meno delle informazioni, o di parte di esse, che pur ga-

rantando l'autonomia di gestione e di implementazione, produca la standardizzazione di procedure comuni. E ciò al fine di raccogliere informazioni confrontabili e di implementare un servizio che sia duraturo nel tempo e che, una volta entrato a regime, produca risultati in maniera automatica. A tale scopo si ritiene che la metodologia più adatta, almeno nella prima fase, potrebbe essere quella di una classificazione di secondo livello delle informazioni raccolte dagli URP di tutta Italia, secondo uno schema concordato, senza costringere a una ridefinizione degli strumenti e criteri di rilevazione le tante realtà che operano già da anni su questo fronte, con sistemi e tecniche proprie.

Una seconda possibilità, da studiare e programmare per una fase più avanzata della progettazione, è invece quella della costruzione di un sistema unico di registrazione e raccolta delle segnalazioni agli URP, da applicare in tutte le Regioni e aziende, che permetta di far confluire, senza passaggi intermedi, le informazioni raccolte in un unico database.

Per quanto riguarda la prima opzione si potrebbero classificare i reclami sia sulla base del servizio per il quale la segnalazione è stata fatta, sia rispetto all'aspetto principale toccato, distinguendo, per esempio, tra segnalazioni relative a struttura, servizio stesso, operatori, informazione o altro.

L'impegno maggiore dovrebbe in questo caso essere dedicato a:

1. analizzare e organizzare gli argomenti delle segnalazioni giunte agli URP, a partire dalle esperienze già fatte da alcune Regioni e/o ASL;
2. proporre una classificazione delle segnalazioni;
3. implementare un sistema informativo che permetta di archiviare le segnalazioni sulla base delle caratteristiche selezionate;

⁵ Schiavi G. La misurazione della *Customer Satisfaction* nelle aziende sanitarie. Milano: Franco Angeli, 2004.

4. definire opportuni indicatori e implementare il sistema informativo di calcolo automatico. Nel caso della seconda opzione, occorrerebbe invece lavorare alla costruzione di una *scheda standard*, che permetta di raccogliere le informazioni secondo una griglia preconstituita di classificazione e analisi dei contenuti informativi utili per lo studio e la comparazione a livello nazionale delle segnalazioni. Anche se il progetto dovrebbe riguardare tutte le Regioni, è possibile immaginare di partire da una parte di esse, nella fase di avvio, e in particolare da quelle più esperte, come l'Emilia Romagna e la Toscana.

Visto che non esiste una struttura gerarchica degli URP delle Regioni, né un URP regionale specifico dei servizi sanitari (mentre esiste un URP della Regione che può accogliere anche segnalazioni sanitarie), si potrebbe comprendere tutti gli URP delle Regioni scelte o selezionare, sulla base delle attività sanitarie delle Regioni, un campione di URP che insistono maggiormente sul territorio e che garantiscono una migliore rappresentatività della situazione.

Il sistema informativo da implementare rappresenta il maggiore costo del progetto, in quanto si tratta di predisporre un software e una piattaforma informatica che permettano di archiviare le informazioni principali e di elaborarle, ma anche di formare almeno una parte del personale degli URP che debba utilizzarlo.

Le dimensioni di analisi dovranno in questo caso avere per oggetto la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate rispetto agli elementi valutabili da parte dei cittadini-utenti.

Tenendo conto delle esperienze a oggi condotte e della finalizzazione del lavoro al monitoraggio nazionale e agli obiettivi SIVeAS, si propongono le seguenti aree di analisi:

- accessibilità dei servizi, mobilità, equità degli accessi;

- tempi d'attesa, flessibilità degli orari di visita e razionamento implicito;
- livello di ospitalità delle strutture;
- atteggiamento di comprensione e accoglienza del personale;
- professionalità e affidabilità del personale;
- qualità di attrezzature e tecnologie;
- contenuti delle informazioni ricevute, esaustività e chiarezza;
- livello di coordinamento dei reparti e del personale;
- qualità stimata dei risultati clinici;
- ripetitività ed eventuali sprechi nelle prestazioni;
- appropriatezza stimata delle cure ricevute;
- costi sostenuti per ticket, *intramoenia*, altri costi;
- continuità assistenziale;
- coinvolgimento del/i *caregiver* e dei familiari;
- percezione ed esperienze rispetto ai rischi delle cure;
- soddisfazione generale;
- reputazione del/i servizio/i;
- contenuti dell'eventuale passa-parola, raccomandabilità.

5.5. La qualità percepita dagli operatori

L'obiettivo di un'indagine sulla qualità percepita dagli operatori è puntare al miglioramento dei risultati e delle performance sanitarie, nonché a un'implementazione generale dell'offerta e della qualità dei servizi sanitari sulla base delle indicazioni che emergono dagli operatori.

Si ritiene, infatti, che l'intenzione del Ministero della Salute e del SIVeAS di capire a fondo l'organizzazione e la funzionalità del SSN per poterlo migliorare e modernizzare non possa più prescindere dalla necessità di una rilevante focalizzazione sui sistemi organizzativi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabi-

lizzazione degli operatori, protagonisti del processo d'erogazione del servizio sanitario.

Appare quindi oggi fondamentale, in un'ottica di miglioramento della qualità e razionalizzazione della spesa sanitaria, un approfondimento sistematico dell'opinione degli operatori, della loro percezione del livello di efficienza ed efficacia del servizio e infine del loro livello di soddisfazione nel lavoro.

Indubbiamente ciò implica anche la necessità di coinvolgere gli operatori nei processi di rilevazione della qualità dei servizi sanitari: il processo di implementazione della qualità del SSN è un percorso lungo e complesso, in cui gli operatori sanitari possono e devono ricoprire un ruolo da protagonisti per rendere davvero efficaci le analisi e per offrire un punto di vista genuino e utile, guadagnato quotidianamente sul campo.

Diverso è il discorso relativamente al livello regionale, dove vanno presi in considerazione, nella fase di progettazione, tutti quei modelli regionali, come il "Sistema di valutazione della performance sanitaria" della Regione Toscana, che già da diversi anni hanno introdotto la "valutazione interna", come elemento strutturale della valutazione generale del Servizio Sanitario Regionale.

Altri utili suggerimenti possono venire dalle esperienze estere, soprattutto quelle svolte nei Paesi anglosassoni: Inghilterra, Scozia e Irlanda hanno periodicamente svolto indagini sulla soddisfazione dei professionisti sanitari e sulla loro percezione di qualità.

Infine, un altro contributo è il filone di ricerche e sperimentazioni che da anni il Formez porta avanti in tema di Clima Organizzativo e Benessere Organizzativo nella Pubblica Amministrazione. Anche se il focus di queste ricerche non è direttamente centrato sulla rilevazione della qualità percepita dagli operatori, crediamo, comunque, che possa essere molto utile approfondire la struttura

metodologica e il piano operativo di ricerca già sperimentato dal Formez.

L'approccio metodologico per lo svolgimento del progetto è molto simile a quello sviluppato per le altre indagini proposte. Si potrebbe quindi prevedere un piano di intervento costituito dalle seguenti fasi:

1. definizione dei soggetti da coinvolgere nel progetto;
2. individuazione delle dimensioni di analisi;
3. individuazione delle strutture da coinvolgere;
4. campionamento del target di riferimento;
5. sviluppo dei questionari;
6. somministrazione dei questionari;
7. piattaforma informatica;
8. raccolta e consolidamento delle informazioni;
9. elaborazione dati e alimentazione indicatori;
10. comunicazione dei risultati;
11. individuazione delle azioni da intraprendere (sviluppo *Action plan*).

Nella fase che potremmo definire "istruttoria" rispetto alla pianificazione dell'indagine, è importante coinvolgere al tavolo di lavoro i rappresentanti delle categorie professionali, le sigle sindacali più rappresentative del settore e i delegati delle Regioni. Sono infatti di vitale importanza per la ricerca il contributo progettuale delle categorie di settore e la collaborazione con esse, allo scopo di costruire un percorso di valutazione comune. La valutazione dell'opinione degli operatori sanitari rappresenta, infatti, uno strumento per migliorare il servizio, ma anche per implementare le condizioni in cui il servizio è erogato e ottimizzare gli strumenti e le risorse a disposizione degli operatori. Le dimensioni di analisi dovrebbero riguardare principalmente i seguenti aspetti:

- la funzionalità e l'ospitalità delle strutture;
- l'accesso alle informazioni, l'eshaustività e la chiarezza;
- la sicurezza;

- i carichi di lavoro e l'organizzazione;
- il coordinamento dei reparti e del personale;
- i rapporti e le relazioni professionali;
- l'assenteismo;
- gli infortuni sul lavoro;
- il rapporto con gli utenti;
- gli orari e i tempi di attesa;
- la qualità delle attrezzature e le tecnologie;
- gli sprechi e le ripetizioni;
- l'appropriatezza;
- la continuità assistenziale;
- il coinvolgimento dei *care-giver* e dei familiari;
- la percezione dei rischi;
- la soddisfazione generale;
- la reputazione del/i servizio/i;
- i contenuti dell'eventuale passa-parola, la raccomandabilità.

Per quanto riguarda gli strumenti di rilevazione, un questionario che si rivolga direttamente agli operatori dovrà prima di tutto infondere fiducia e credibilità e non dovrà in alcun modo sembrare uno strumento di controllo. Dovrà quindi essere percepito come semplice, trasparente e coerente con gli obiettivi della ricerca, che dovranno altresì essere sempre esplicitati.

Un questionario di questo tipo dovrà anche essere breve e maneggevole, di facile comprensione e compilazione. È pur vero che potrebbe rivelarsi utile ai fini della valutazione della qualità percepita la creazione di varie "declinazioni" del questionario base, ognuna specificatamente progettata per ciascuna delle diverse categorie professionali: medici, specialisti, management, personale infermieristico, personale amministrativo, personale tecnico ecc. Ma, soprattutto in una prima fase di avvio del progetto, questo tipo di approccio potrebbe rivelarsi eccessivamente dispendioso, sia in termini economici che temporali e operativi.

Sulla base dell'analisi delle esperienze pregresse in questo campo sia nazionali che internazionali, si

elencano qui alcuni indicatori su cui poter strutturare un primo questionario di rilevazione.

Comfort delle strutture e degli ambienti di lavoro

- Caratteristiche dell'ambiente di lavoro (comodità, affidabilità, modernità ecc.).
- Accesso alle strutture.

Funzionalità delle strutture

- Funzionalità degli ambienti.
- Adeguatezza delle strutture agli scopi preposti.
- Strutture inutilizzate/erroneamente utilizzate.
- Capacità degli utenti di utilizzare le strutture.

Accesso alle informazioni

- Chiarezza delle informazioni e comunicazione di servizio.
- Diffusione/circolazione delle informazioni tecniche e cliniche.
- Dispersione delle informazioni di servizio.
- Blocco dei flussi comunicativi.
- Rispondenza alle esigenze informative – informazioni e direttive ricevute.
- Informazioni contrastanti o contraddittorie.

Sicurezza nel lavoro

- Misure di igiene e prevenzione.
- Affidabilità degli strumenti e dispositivi.
- Accessibilità degli operatori e degli utenti ad ambienti pericolosi o ad alto rischio.
- Congruenza e coerenza delle misure di sicurezza adottate.

Carico di lavoro e organizzazione

- Organizzazione del sistema di turni di lavoro.
- Orario di lavoro.
- Numero di operatori per funzione e utenza.
- Gestione delle responsabilità.

Rapporti e relazioni professionali

- Capacità di ascolto dei dirigenti-management.
- Qualità delle relazioni verticali e orizzontali.
- Capacità di risposta dell'organizzazione alle esigenze dei lavoratori.
- Possibilità di interazione operatori-dirigenti-management.
- Qualità del lavoro in equipe.

Qualità del lavoro

- Tassi di assenteismo.
- Tassi di infortuni sul lavoro.
- Tasso di risposta all'indagine (risposta positiva dei dipendenti alle iniziative dell'organizzazione).

5.6. La qualità percepita dagli utenti

La soddisfazione dell'utenza nei confronti di un servizio viene sintetizzata dagli individui a partire da due variabili di base: la qualità attesa e la qualità percepita. Nella prospettiva dell'utente, la soddisfazione può essere misurata come scostamento fra aspettative (qualità attesa) e percezioni (qualità percepita) del servizio erogato.

L'obiettivo di migliorare la soddisfazione degli utenti può essere dunque raggiunto minimizzando l'eventuale gap tra qualità attesa e qualità percepita, attraverso la comprensione delle dimensioni che si dimostrano rilevanti nell'influenzare la soddisfazione dell'utente.

Una prima premessa fondamentale è quella della valorizzazione delle numerose e variegata esperienze e ricerche già realizzate in ambiti regionali o aziendali. Al fine però di garantire il successo di un progetto di valenza nazionale e il pieno coinvolgimento dei soggetti interessati a livello centrale, regionale e locale, sarà pertanto necessario per il Ministero della Salute e il SIVeAS costruire un rapporto di fiducia con le Regioni e con le

varie istituzioni locali e le rappresentanze della società civile e dei pazienti per garantire il necessario livello di collaborazione e integrazione.

Seconda premessa è quella della necessità di una buona comunicazione, che dovrebbe accompagnare l'iniziativa attraverso un adeguato livello di pubblicità non solo nei confronti degli operatori, ma soprattutto nei confronti dei cittadini, in modo tale da sensibilizzare i potenziali utenti e permettere un'efficace raccolta delle informazioni. Una comunicazione che sia costruttiva, sincera e in grado di fornire un quadro completo dell'iniziativa ha infatti una duplice funzione:

- garantire un buon livello di visibilità al progetto;
- incoraggiare tutti i portatori di interesse nella direzione di una partecipazione attiva all'iniziativa.

Terza premessa è quella della necessaria gradualità. Considerando che il tema della qualità percepita, seppure diffuso, non è mai stato inquadrato in un'iniziativa sistemica/nazionale, occorre adottare un approccio graduale caratterizzato da una prima fase di sviluppo di un progetto pilota. Il progetto pilota, pur avendo un ambito di indagine limitato in termini di strutture/soggetti coinvolti, dovrebbe comunque essere rappresentativo in termini di campione di riferimento, informazioni trattate e metodologia di rilevazione e misurazione dei dati. L'approccio metodologico per lo svolgimento del progetto dovrebbe prevedere un piano di intervento costituito dalle seguenti fasi:

1. definizione dei soggetti da coinvolgere nel progetto;
2. individuazione delle dimensioni di analisi;
3. individuazione delle strutture da coinvolgere;
4. campionamento;
5. sviluppo dei questionari;
6. somministrazione dei questionari;
7. piattaforma informatica;

8. elaborazione dati e alimentazione indicatori;
9. comunicazione dei risultati;
10. individuazione delle azioni da intraprendere (*action plan*).

Le dimensioni di analisi hanno in questo caso per oggetto la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate rispetto agli elementi valutabili da parte dei cittadini-utenti. Tenendo conto delle esperienze a oggi condotte e della finalizzazione del lavoro al monitoraggio nazionale e agli obiettivi SIVeAS, si propongono le seguenti aree di analisi:

- accessibilità dei servizi, mobilità, equità degli accessi;
- tempi d'attesa, flessibilità degli orari di visita e razionamento implicito;
- livello di ospitalità delle strutture;
- atteggiamento di comprensione e accoglienza del personale;
- professionalità e affidabilità del personale;
- qualità di attrezzature e tecnologie;
- contenuti delle informazioni ricevute, esaustività e chiarezza;
- livello di coordinamento dei reparti e del personale;
- qualità stimata dei risultati clinici;
- ripetitività ed eventuali sprechi nelle prestazioni;
- appropriatezza stimata delle cure ricevute;
- costi sostenuti per ticket, *intramoenia*, altri costi;
- continuità assistenziale;
- coinvolgimento del/i *caregiver* e dei familiari;
- percezione ed esperienze rispetto ai rischi delle cure;
- soddisfazione generale;
- reputazione del/i servizio/i;
- contenuti dell'eventuale passa-parola, raccomandabilità.

Sarà quindi necessario decidere il livello dell'analisi, e cioè le strutture sanitarie partecipanti al-

l'iniziativa e nelle quali somministrare i questionari (strutture ospedaliere pubbliche, ASL, policlinici universitari, poliambulatori, URP degli ospedali ecc.).

Contestualmente alla definizione delle strutture da coinvolgere va definito un piano di campionamento coerente con gli obiettivi del progetto e il più possibile rappresentativo dei fenomeni da studiare. Il campione di riferimento sarà composto da pazienti che hanno usufruito dei servizi sanitari ospedalieri o ambulatoriali individuati per l'analisi. Per poter realizzare in modo efficace un progetto così ambizioso, il SIVeAS dovrà identificare dei partner esperti e affidabili con cui collaborare sia nella fase progettuale, sia nella fase operativa, sia anche nella fase di monitoraggio e valutazione del processo.

Allo stesso modo sarà necessario, come già detto, coinvolgere le Regioni e i rappresentanti dei cittadini e dei principali gruppi di interesse in ambito sanitario per poter puntare a un'effettiva realizzazione del piano di rilevazione e valutazione della qualità percepita.

Va inoltre sottolineato che un questionario che si rivolge a un campione così ampio, come quello qui previsto, non dovrà essere troppo complesso né troppo esteso, per cercare di facilitarne la compilazione ed evitare ogni forma di disaffezione. La costruzione di un questionario, infine, deve prevedere dei momenti di riflessione e valutazione anche in itinere, per cercare di calibrare efficacemente lo strumento sugli obiettivi dell'indagine e per verificarne la funzionalità e la coerenza.

Per un'indagine che intende abbracciare tutto il bacino nazionale, l'utilizzo "classico" dei questionari cartacei risulta complicato, dispersivo ed eccessivamente oneroso in termini sia di tempo, che di risorse umane e di risorse economiche. Si propone pertanto l'impiego di un supporto informatico che permetta la compilazione on line dei que-

stionari, da concretizzare attraverso supporti tecnologici per la compilazione *user-friendly* dislocati nelle strutture da analizzare. Ciò può comportare dei benefici in termini di raccolta, trattamento ed elaborazione dei dati, anche se è bene sottolineare che il suo carattere innovativo può causare resistenze da parte di particolari categorie di utenti (anziani, disabili, persone non informatizzate).

Si potrebbe, per esempio, pensare alla progettazione di “colonnine interattive” posizionate nei luoghi più frequentati delle strutture, come atri, bar, sale d’attesa, uffici di prenotazione, URP, direzione sanitaria, atrio del pronto soccorso, ingresso di ogni reparto e dipartimento ecc. Queste colonnine, dotate di funzionalità *touch-screen* o di una semplice tastiera, potrebbero visualizzare le domande, alle quali l’utente dovrebbe essere in grado di rispondere in tempo reale.

Attraverso l’impiego di strumenti informatici collegati alla rete, l’informazione richiesta potrà essere acquisita via *web* e mediante l’utilizzo di programmi appositamente predisposti che permettano:

- l’inserimento guidato delle risposte;
- l’archiviazione dei dati;
- la raccolta degli stessi mediante invio diretto a un server centrale che faccia da banca dati.

I vantaggi che derivano dall’impiego dell’acquisizione telematica delle informazioni sono molteplici; tra i principali vi sono i seguenti:

- i tempi necessari per l’acquisizione delle risposte, insiti in una qualsiasi rilevazione effettuata tramite questionario cartaceo, risultano sostanzialmente azzerati;
- risultano azzerati anche i tempi necessari all’inserimento, su supporto informatico, dei dati acquisiti su carta. Il rapporto telematico, infatti, può essere gestito e organizzato in modo tale da consentire l’immediata e automatica archiviazione dei dati comunicati dall’utente;
- l’archiviazione automatica dei dati elimina to-

talmente la possibilità di commettere errori nelle operazioni di *data entry*;

- occorre inoltre non trascurare l’aspetto economico dell’abbattimento dei costi che può derivare dalla somministrazione di un questionario elettronico rispetto a un questionario cartaceo. Va sottolineato che le informazioni recepite mediante l’acquisizione dei dati saranno tutelate dall’anonimato dell’utente partecipante all’indagine. Per cercare di aiutare gli utenti più svantaggiati, che non hanno la manualità necessaria con strumenti informatici, si può prevedere, almeno per il periodo di lancio del progetto, la presenza di giovani operatori di supporto che aiutino e accompagnino le persone nella compilazione dei questionari.

Sotto l’aspetto procedurale, le modalità di consolidamento delle informazioni dipendono dalla tipologia di somministrazione dei questionari. Laddove si decidesse di adottare uno strumento elettronico per l’erogazione dei questionari, il consolidamento avverrà in automatico e i dati viaggeranno autonomamente verso una banca dati centrale. Nel caso di impiego di questionari cartacei, sarà necessario individuare altre procedure per il consolidamento delle informazioni all’interno della banca dati, per esempio attraverso la necessaria attività di *data entry* da effettuare su un’interfaccia web appositamente costituita, che permetta l’invio in automatico delle informazioni alla banca dati centrale.

Il Ministero, in qualità di ente centrale, dovrebbe definire delle Linee Guida di intervento che le Regioni dovrebbero seguire al fine di colmare i gap emersi durante l’indagine e accrescere il livello di qualità percepita degli utenti. È comunque opportuno sottolineare che esistono già strumenti del genere sperimentati e utilizzati in ambiti di ricerca simili. Si potrebbe quindi considerare anche l’ipotesi di coinvolgere i soggetti che abbiano già una comprovata esperienza nello specifico campo.

L'attività di elaborazione dei dati va finalizzata alla definizione di indicatori in grado di misurare per ciascuna dimensione di analisi il livello di qualità percepita e di fornire indicazioni per introdurre azioni correttive e colmare i gap emersi. Si possono a tale scopo ipotizzare modelli di analisi che contemplino non solo il livello di qualità percepita, ma anche l'importanza data dagli utenti alle varie dimensioni di analisi considerate e il di-

verso punto di vista dei differenti portatori di interesse sulle stesse dimensioni.

Ipotizzando la costituzione di una banca dati centrale, la stessa potrà alimentare un modello di analisi in grado di fornire in *real time* il livello di qualità percepita ripartito/aggregato per Regioni, macroaree di riferimento (Nord, Centro e Sud), tipologie di strutture, tipologie di portatori di interesse ecc.



Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - Roma