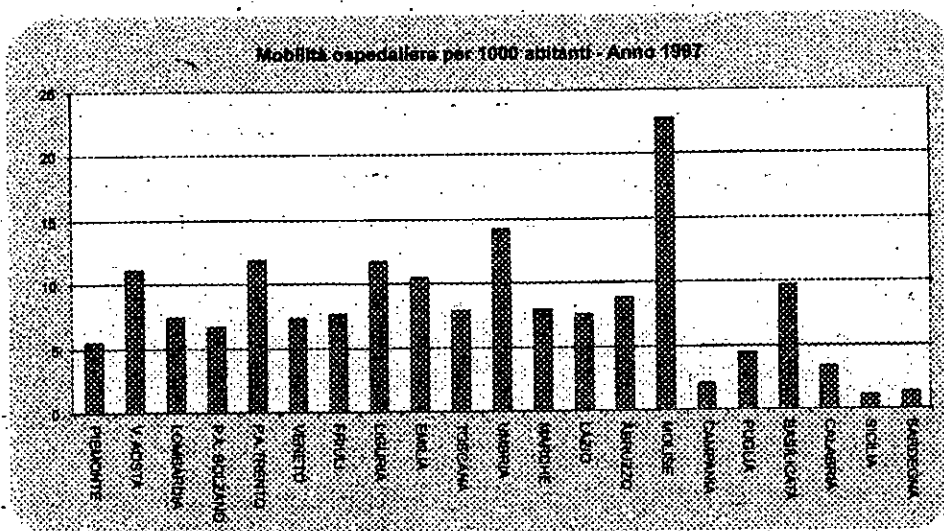


lo nazionale, un valore quasi doppio rispetto a quello dei ricoveri per acuti, con una variabilità territoriale molto più accentuata. Per quel che concerne l'indice di attrazione (n. di dimessi provenienti da fuori regione ogni 1000 dimessi) emerge che la Regione Molise importa un consistente numero di ricoveri da altre regioni (22,7 per 1000 dimessi), mentre la Regione Sicilia ricovera essenzialmente pazienti della propria regione (1.1 ricoveri provenienti da fuori regione ogni 1000 dimessi).

Concludendo, si osserva che tutte le Regioni dell'Italia meridionale ed insulare, ad eccezione del Molise, presentano un saldo totale tra le importazioni e le esportazioni negativo.

Al Nord le regioni che invece presentano un saldo totale negativo sono il Piemonte e la Valle D'Aosta: le esportazioni superano le importazioni.

Le Regioni dell'Italia centrale sono generalmente importatrici di ricoveri; in particolare, analizzando la tipologia di ricoveri emerge che le Regioni Umbria e Marche presentano un saldo negativo per l'elevata assistenza ospedaliera (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Unità Spinale etc.).



Fonte SIS

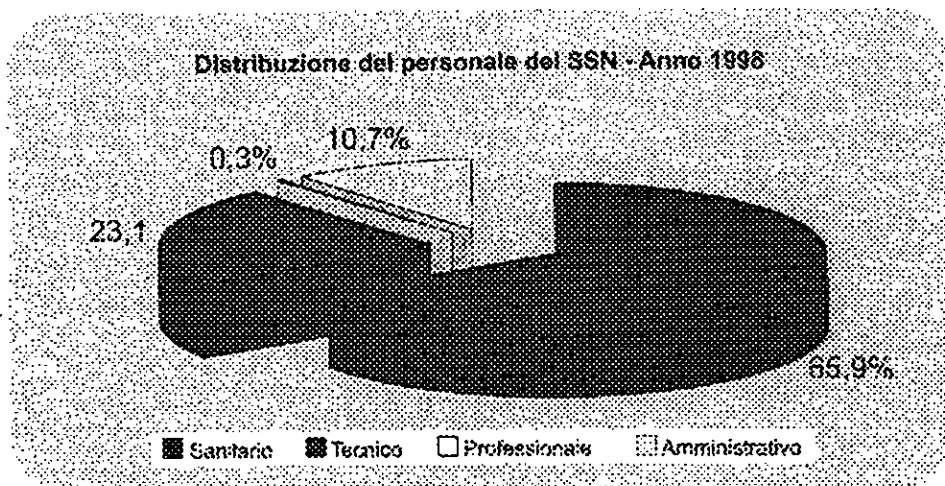
3.4.4. Il personale

Il personale del Servizio sanitario nazionale

Il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali (compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta e degli istituti psichiatrici residuali) e dal personale delle Aziende Ospedaliere. Nel 1998 tale personale è risultato costituito da circa

646.000 unità, circa 8.300 unità in meno rispetto all'anno 1996, confermando il trend decrescente degli ultimi anni.

Il personale del Ssn è così ripartito: il 65,9% è costituito dal ruolo sanitario, il 23,1% dal ruolo tecnico, il 10,7% dal ruolo amministrativo e il restante 0,3% dal ruolo professionale.



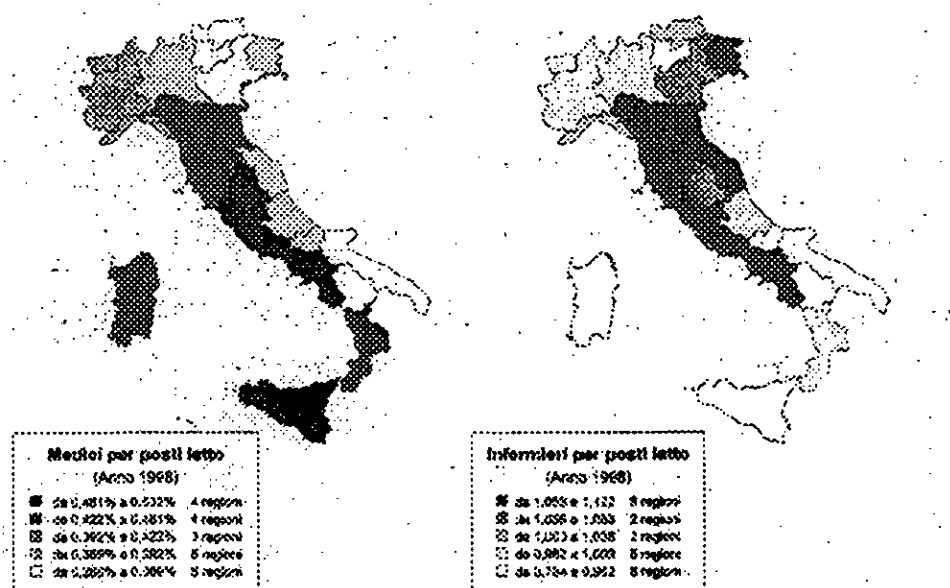
Fonte SIS

Il rapporto personale totale su popolazione residente, a livello nazionale, è di 11,2 unità per 1000 abitanti: la variabilità interregionale di tale indicatore risente della diversa dotazione di personale dipendente, dovuta a differenti tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari (pubbliche o private accreditate). Nell'ambito del ruolo sanitario il personale medico risulta costituito da 96.500 unità e quello infermieristico da circa 253.000 unità; rispetto al biennio precedente il numero dei medici ha subito un leggero decremento, mentre quello degli infermieri è rimasto costante.

Il rapporto infermieri/medici risulta essere sostanzialmente stabile nel triennio considerato e si attesta, a livello nazionale al valore di 2,6 infermieri per ogni medico; tale rapporto decresce scendendo dal Nord al Sud del Paese. La Provincia autonoma di Bolzano si evidenzia per il valore più elevato 4,1 infermieri per medico, seguono la Provincia autonoma di Trento (3,2), il Friuli-Venezia Giulia (3,4) ed il Veneto con 3,5. Nelle Regioni meridionali, sono le Regioni Sicilia e Molise (2,0) a presentare il rapporto più basso.

Il personale ospedaliero

Nel 1998 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 557.000 unità di cui il 17,7% è rappresentato da personale medico, il 43,0% da personale infermieristico ed il restante 39,3% da personale amministrativo, tecnico, professionale e da altre figure appartenenti al ruolo sanitario. Dal confronto con l'anno precedente si rilevano significative variazioni.



Fonte: SIS

A livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono, mediamente, di circa un medico ogni 2,4 posti letto e circa un infermiere ogni posto letto. L'analisi territoriale è stata effettuata prendendo in esame indicatori quali numero di medici per posto letto e numero di infermieri per posto letto. L'indicatore relativo al personale medico presenta una forte variabilità: la regione che dispone di più medici per posto letto risulta essere la Campania (0,56 medici per letto) seguita dalla Sicilia (0,50 medici per letto), mentre la Provincia autonoma di Trento (0,28) e la Calabria (0,27) presentano gli indici più bassi. Per quanto riguarda la disponibilità di personale infermieristico si osserva che la regione Marche presenta il valore più favorevole (1,11 infermieri per posto letto); la Basilicata, invece, con un valore di 0,78 infermieri per posto letto rappresenta la regione meno dotata rispetto a questa figura professionale.

Passando alla composizione del personale per tipo di struttura ospedaliera si rileva che le 217.000 unità di personale delle Aziende ospedaliere costituiscono

no il 39,1% del personale ospedaliero totale mentre il personale operante negli ospedali a gestione diretta, 261.000 unità, ne costituisce il 46,8%; il restante 14,1% del personale ospedaliero opera in strutture come i Policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il personale totale delle Aziende ospedaliere è costituito per il 17,3% da medici (in media, 0,39 medici per posto letto) e per il 41,3% da infermieri (circa 0,88 infermieri per posto letto) mentre negli ospedali a gestione diretta operano in media 17,7 medici e 45,7 infermieri ogni 100 unità di personale totale.

Per misurare il carico di lavoro del personale ospedaliero si utilizza un indicatore che mette in rapporto il numero di dimissioni con il totale personale. Mediamente sono circa 20 le dimissioni per ciascuna unità di personale. Tale valore varia da un minimo di 15,3 del Friuli-Venezia Giulia ad un massimo di 24,7 della Basilicata.

Il rapporto dimissioni/personale sanitario è a livello nazionale di 28,8. Anche in questo caso è la regione Friuli-Venezia Giulia a registrare il valore più basso 21,8, mentre la Basilicata, con un valore di 35,4, rappresenta la regione con il carico di lavoro più elevato in riferimento al personale del ruolo sanitario.

3.5. LA GESTIONE FINANZIARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE *

Il 1999 ha rappresentato per il Servizio sanitario nazionale (Ssn) un anno di svolta, nel corso del quale sono state avviate due riforme importanti, sia dal lato della sua organizzazione, con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 -"Riforma ter"-, sia dal lato del suo finanziamento, con il decreto legislativo contenente "Disposizioni in materia di federalismo fiscale".

Dal lato dell'organizzazione del Ssn, la "riforma ter" ha inteso completare ed integrare il processo di riordino avviato con i precedenti decreti legislativi 502/92 e 517/93 e le successive loro integrazioni contenute in varie leggi e decreti ministeriali attuativi, anche eliminando le ambiguità e le contraddizioni, con il fine di garantire maggiore tutela ai cittadini, migliorando la qualità e l'efficienza del sistema sanitario e rafforzandone i principi solidaristici. I principali contenuti qualificanti della riforma riguardano: la conferma del ruolo del Ssn; la valorizzazione ed il completamento della regionalizzazione e della aziendalizzazione del Ssn avviate con il decreto 502/92; il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione dell'assistenza sanitaria; la ridefinizione del significato e dei meccanismi di accreditamento; l'individuazione delle aziende ospedaliere e l'attivazione dei distretti socio-sanitari; la valorizzazione delle risorse umane e l'esclusività del rapporto di lavoro e l'introduzione dei fondi integrativi del Ssn.

Dal lato del finanziamento del Ssn è intervenuto, successivamente, il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (G.U. 15/3/2000) attuativo dell'articolo 10 della legge delega 13 maggio 1999 n. 133, raccordato alla riforma dell'organizzazione del Ssn dall'articolo 19 ter del citato decreto legislativo n. 229/99. L'impatto sul Ssn del federalismo fiscale si manifesterà gradualmente dal 2001, quando saranno aboliti tutti i trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario nazionale (Fsn), di parte corrente e in conto capitale. Pertanto, ad eccezione di una limitata quota di finanziamento che rimarrà gestita direttamente dal livello centrale per finalità e programmi specifici, l'intero finanziamento dell'assistenza sanitaria nelle regioni a statuto ordinario sarà basato sulla finanza regionale. Parallelamente all'abolizione dei trasferimenti è previsto l'avvio di un meccanismo perequativo, basato su trasferimenti interregionali a valere sulle somme derivanti dalla compartecipazione al gettito dell'Iva, finalizzato a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza sulla base della quota capitaria definita dal

(*) Sezione aggiornata in fase di stampa

Piano sanitario nazionale (Psn), corretta per tenere conto delle differenze di fabbisogno sanitario a livello regionale. Al fine di garantire i livelli uniformi di assistenza nell'ambito del Ssn, inoltre, per almeno un triennio dall'avvio del nuovo sistema di finanziamento, le regioni saranno tenute al rispetto del vincolo di destinazione all'assistenza sanitaria delle somme corrispondenti alla suddetta quota capitaria. L'abbandono del vincolo di destinazione, dopo il primo triennio, è comunque vincolato all'avvio di un "sistema di garanzie" che consentirà al livello centrale di monitorare e verificare l'effettiva tutela dei livelli essenziali di assistenza nelle singole regioni.

Il 1999 ha rappresentato anche l'anno di avvio delle attività connesse al Patto di stabilità interno definite dall'articolo 28 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (finanziaria 1999), che nell'ambito del Ssn ha previsto importanti risvolti. Innanzitutto, in attuazione del comma 9, è stata effettuata una ricognizione delle entrate e delle spese regionali a consuntivo per gli anni 1995, 1996 e 1997 secondo una metodologia concordata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e "corretta" nel corso di incontri tra livello centrale (Ministeri della sanità e del tesoro) e singole regioni.

Inoltre, sulla base dei dati rilevati, è stato calcolato l'ammontare dei disavanzi regionali, sia degli esercizi anteriori al 1995, sia del triennio 1995-1997, è stato previsto un apposito accantonamento e sono stati emanati i primi provvedimenti per il loro ripiano.

Infine, in attuazione del comma 10, è stato definito un sistema di indicatori e di parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa, finalizzati alla verifica dei livelli di assistenza assicurati in ciascuna regione e provincia autonoma, alla valutazione dei risultati economico-gestionali ed alla individuazione delle cause degli eventuali disavanzi. I 65 indicatori individuati dal Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro e con la Conferenza permanente sono articolati in sei gruppi, per tipologia del fenomeno analizzato: indicatori e parametri di carattere generale, economico-finanziari, di domanda, di risorse, di attività e utilizzo delle risorse e di risultato.

Infine, il 1999 ha anche visto l'avvio dei progetti regionali per il perseguimento degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale con la quota vincolata del 3% del Fsn, previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 662/96, integrato dall'articolo 33 della legge 449/97 e dal Piano sanitario nazionale 1998-2000. Sono stati individuati i primi quattro obiettivi prioritari: riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili; potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI); miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali.

La spesa corrente complessiva del Servizio sanitario nazionale nel 1999 stimata in base alle indicazioni fornite in via provvisoria dalle regioni, ammonta a 120.380,24 miliardi di lire e assorbe, pertanto, il 5,7 % del Pil.

Rispetto all'insieme dei paesi industrializzati, l'Italia si trova ancora allineata ai paesi che fanno riscontrare i valori più bassi della quota di risorse complessivamente destinate alla sanità. Rispetto al 1995, nel 1997 (ultimi dati Ocse disponibili), sono tuttavia aumentati i paesi che dedicano alla spesa sanitaria complessiva una quota di Pil inferiore o uguale al 7,6% dell'Italia. Irlanda, Regno Unito, Giappone e Spagna vi destinano, rispettivamente, il 6,3%, il 6,8%, il 7,2% e il 7,4% del PIL, il Canada il 7,6%. Mantengono quote superiori molti paesi europei, quali, ad esempio la Francia, con il 9,6%, e la Germania, con il 10,7%, ma anche la Grecia, con l'8,6%, e il Portogallo, con il 7,9%. L'insieme dei paesi europei appartenenti all'Ocse, in media, nel 1997 destina l'8,0% del PIL alla sanità (contro l'8,1% nel 1995), gli Stati Uniti il 13,9% (14,1%) ed il complesso dei paesi Ocse, in media, il 7,8% (come nel 1995).

Considerando soltanto la quota di risorse pubbliche destinate alla spesa sanitaria, nel 1997 solo Grecia, Irlanda e Portogallo fanno riscontrare valori inferiori al 5,6% dell'Italia, con valori pari a, rispettivamente, il 5,0%, il 4,9% ed il 4,7%. In Giappone si registra il 5,7%, nel Regno Unito il 5,8%, nell'insieme dei paesi dell'Ocse il 5,7% e in quelli europei il 6,1%, in Canada il 6,4%, negli Stati Uniti il 6,5%, in Francia il 7,1% e in Germania l'8,3%.

L'inversione di tendenza dell'andamento della spesa sanitaria (soprattutto pubblica) rispetto al Pil, che aveva caratterizzato l'esperienza italiana nella prima metà degli anni novanta, a seguito dell'insieme degli interventi di politica sanitaria che ne avevano frenato la precedente dinamica, appare confermata nella seconda metà del decennio e si riscontra anche nell'insieme dei paesi industrializzati. Tra il 1990 e il 1995, il peso medio della spesa sanitaria sul Pil, sia pubblica che totale, è passato, nel complesso dei paesi Ocse, rispettivamente, dal 5,5% al 5,8% e dal 7,2 al 7,8%, assestandosi sul 5,7% e il 7,8%, nel 1997. In Italia, il peso relativo della spesa sanitaria pubblica, dopo il netto decremento registrato tra il 1990 e il 1995 (dal 6,3% al 5,4% del Pil), si è stabilizzato (5,3% nel 1997), analogamente al peso della spesa sanitaria totale (passato dall'8,1% al 7,7% e al 7,6% del PIL). Emerge lo stabilizzarsi anche della componente privata della spesa sanitaria, che dopo la crescita continuativa fino a metà anni novanta è ormai attestata intorno al 30% (rispetto a circa il 25% medio dei paesi Ocse).

La spesa sanitaria pubblica totale procapite, pari a 2.018 mila lire a livello nazionale nel 1999, a 1.975 mila nel 1998 e a 1.625 mila nel 1995, continua a far riscontrare scostamenti significativi tra le singole regioni, nonostante nel corso degli ultimi anni si siano notevolmente ridotti. Nel 1995, la spesa procapite più bassa si registra in Basilicata, con 1.371 mila lire, e quella più elevata

nella P.A. di Bolzano, con 1.913 mila lire. Nel 1999, il valore più elevato si registra ancora nella P.A. di Bolzano, con 2.860 mila lire, quello più basso in Sicilia, con 1.808 mila lire.

I meccanismi principali indicati dalla manovra per il 1999 (legge 23 dicembre 1998, n. 448) sono diretti al controllo ed al contenimento della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo: oltre al già citato articolo 28, relativo al Patto di stabilità interno viene regolamentata l'attività libero-professionale intra-moenia, con l'istituzione di un Fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario del Ssn che optano per l'esercizio della libera professione intramuraria; sono emanate disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria" che prevedono degli incentivi finanziari per l'attivazione da parte di regioni e aziende Usl di "idonei e sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza" (948,5 miliardi di lire per il triennio 1999-2001); per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera, si responsabilizzano le regioni e le province autonome indicando quale obiettivo delle attività di controllo la riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza ordinaria (almeno l'1% annuo dei ricoveri e della spesa corrispondente). Per il contenimento della spesa 1999, la manovra interviene sulla spesa farmaceutica, prevedendo la realizzazione di un risparmio, rispetto al tetto di spesa già fissato dalla legge 449/97 (11.451 miliardi di lire, più un ulteriore incremento del 10%), pari al 60% dell'eccedenza di spesa registrata nel 1998. Vengono, inoltre, aggiornati i criteri per l'applicazione delle sanzioni per lo sfondamento del tetto di spesa e viene istituito, presso il Ministero della sanità, l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali con compiti di raccolta, monitoraggio e analisi dei dati sui consumi, le modalità di impiego e la spesa per la totalità dei farmaci, inclusi quelli non a carico del Ssn.

Nel 1999 il finanziamento complessivo del Ssn, pari a 112.958 miliardi (inclusi 4.950 miliardi di lire di integrazione, assegnati in sede di assestamento di Bilancio), pari a 1.960.656 lire pro-capite, è risultato così composto:

- 50.288 miliardi, stimati, di IRAP e addizionale IRPEF attribuiti direttamente alle regioni,
- 5.269 miliardi, stimati, di entrate proprie delle aziende sanitarie e delle regioni,
- 5.883 miliardi di partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome,
- 51.519 miliardi di integrazione statale (Fsn: di cui 50.611 alle regioni e 908 ad altri enti sanitari).

Con L. 382/96, L. 662/96 e L. 449/97 sono state introdotte, tra le altre, norme sanzionatorie nei confronti delle regioni, consistenti in riduzioni percentuali sulla quota spettante di FSN corrente da applicarsi in conseguenza di ina-

dempienze a previsioni legislative.

La ripartizione della quota indistinta del Fsn tra le regioni, sempre a norma della L. 662/96 Fsn, è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

- popolazione residente e frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso;
- tassi di mortalità della popolazione;
- indicatori epidemiologici territoriali;
- indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari della popolazione.

I valori così ottenuti sono stati quindi corretti per tenere conto della mobilità sanitaria interregionale.

Le L. 724/94 e L. 662/96 dispongono che le regioni Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedano al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza alcun apporto a carico del Fsn, utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dalle quote di IRAP e di addizionale IRPEF loro attribuite e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci.

La normativa vigente in tema di ripiano dei disavanzi del Ssn prevede che a partire dall'esercizio 1990 una quota dei disavanzi rimanga a carico delle regioni, le quali devono provvedere con proprie risorse agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi fissati dal Psn, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione della quota capitaria di finanziamento, nonché ai disavanzi di gestione delle aziende sanitarie non derivanti da maggiori spese conseguenti a provvedimenti di carattere nazionale; solo per la maggiore spesa imputabile a questi ultimi si prevede la possibilità di ripiano a carico dello Stato.

3.6. IL TEMA DELLA QUALITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La ricerca di efficienza e di efficacia nell'ambito dei servizi sanitari pubblici impone —accanto ad interventi di contenimento dei costi— un'attenzione particolare per la qualità dei servizi.

La qualità nei sistemi sanitari è una condizione complessa e multidimensionale, la complessità dei fattori che la influenzano e la molteplicità delle chiavi di lettura del fenomeno pongono non pochi problemi di ordine metodologico.

In estrema sintesi si possono, tuttavia, individuare tre principali aree di intervento:

- la qualità professionale, intesa come la risposta ai bisogni sanitari più adeguata dal punto di vista scientifico e professionale;
- la qualità valutata dall'utente : la risposta più efficace ad aspetti del servizio legati alle esigenze e alle attese del cittadino;
- la qualità gestionale : la risposta che combina al meglio le risorse necessarie e le utilizza nel modo più efficiente.

Nessuna delle tre descritte dimensioni esaurisce, da sola, i problemi di garanzia della qualità del servizio. Una politica globale della qualità, pertanto, deve tenere conto ed integrare tutte e tre le descritte componenti.

La ricerca della qualità impone la diffusione nel Sistema Sanitario delle tecniche e delle modalità di definizione, misurazione e monitoraggio delle principali componenti la qualità, sia quelle *tecniche ed oggettive*, in cui domina la valutazione degli operatori professionali e dei gestori del servizio, sia quelle *relazionali e soggettive*, nelle quali entra in campo la valutazione del cittadino che fruisce del servizio stesso.

3.6.1. La dimensione relazionale della qualità

In particolare la dimensione relazionale della qualità rappresenta un nuovo elemento che deve caratterizzare il rapporto fra il Servizio sanitario nazionale ed il cittadino e trova la sua affermazione nelle più recente produzione normativa.

Principi fortemente innovativi, introdotti nel più recente passato, riconoscono, infatti, accanto agli attori tradizionalmente erogatori delle prestazioni sanitarie un significativo ruolo di partecipazione ai cittadini/utenti in materia di verifica della qualità del servizio e in materia di reclamo per i disservizi e di tutela dei propri diritti.

All'interno di questo nuovo rapporto il cittadino perde il suo ruolo di destinatario

passivo del servizio e diventa soggetto attivo dello stesso, capace di esprimere esigenze e preferenze e di indirizzare l'offerta di prestazioni.

Il Servizio Sanitario, a sua volta, è chiamato ad "ascoltare la voce" dei propri utenti, a definire gli obiettivi e gli standard di qualità partendo dalle esigenze rilevate sul versante dell'utenza, ad impegnarsi per il raggiungimento degli stessi, a misurare i risultati e il livello di soddisfazione dei cittadini, a predisporre ulteriori azioni di miglioramento.

Il Servizio pubblico, in altri termini, si "apre" ad un nuovo rapporto non autoreferenziale con la propria utenza.

La dimensione qualitativa del servizio pubblico, quindi, si amplia, supera i confini della qualità scientifica e professionale e affronta dimensioni generali di qualità del servizio orientate agli elementi direttamente percepiti e valutati dal cittadino come la tempestività, la puntualità e la regolarità, la semplicità delle procedure di accesso e amministrative, la comprensibilità e la completezza delle informazioni, l'orientamento e l'accoglienza, il comfort e la pulizia, la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario.

Il processo avviato, tuttavia, va esteso, approfondito e sviluppato.

L'approfondimento riguarda aspetti che sebbene già affrontati dal sistema non hanno ancora trovato il loro completo sviluppo: es. gli standard di qualità, il coinvolgimento degli operatori per il miglioramento della qualità, gli strumenti attraverso i quali i cittadini o le loro associazioni possono comunicare con l'azienda per esprimere le proprie esigenze e verificare la qualità del servizio.

3.6.2. Il programma nazionale per la qualità

Il Ministero della Sanità ha da tempo avviato una serie di iniziative e di programmi per lo sviluppo ed il monitoraggio della qualità del Servizio sanitario nazionale.

Occorre, peraltro, ricordare che il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone fra i suoi obiettivi lo sviluppo di un Programma Nazionale per la Qualità che deve essere finalizzato a rendere sistematico l'orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la dimensione professionale, quella organizzativo-aziendale e quella relazionale dell'assistenza.

Per quanto riguarda il livello centrale sono già attivi tavoli di confronto e di diffusione di esperienze e di politiche sull'argomento della qualità anche con riferimento alla dimensione delle relazioni tra il Servizio sanitario nazionale ed il cittadino utente : in particolare ci riferiamo all'applicazione del sistema degli indicatori previsto dall'articolo 14 del D.Lgs. 502/1992 e della Carta dei servizi.

3.6.3. Il processo di attuazione della Carta dei servizi e la qualità dei servizi al cittadino

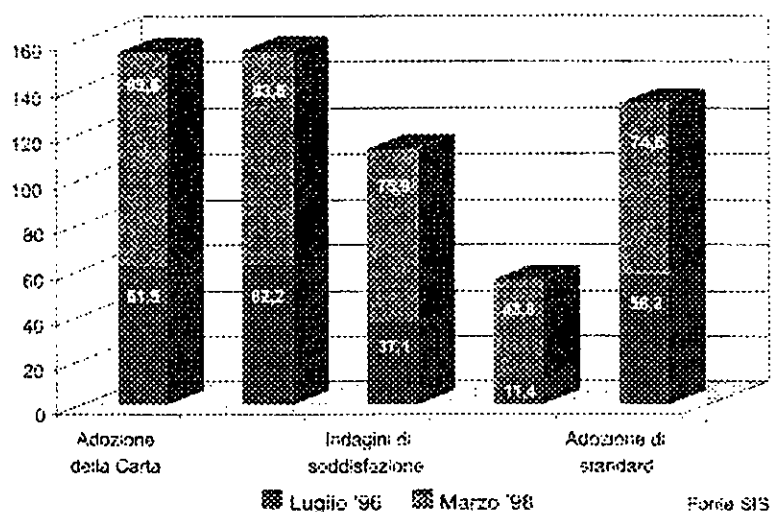
Una recente indagine (disponibile sul sito del Ministero della Sanità www.sanita.it) sul livello di attuazione della Carta dei servizi, attuata dal Ministero della Sanità in collaborazione con le Regioni e le aziende sanitarie, ha evidenziato che nel sistema sanitario è in atto una crescente e diffusa attenzione al miglioramento della qualità, sia dal punto di vista dei servizi erogati sia da quello dei rapporti con i cittadini.

L'attuazione della Carta dei servizi

Nel grafico seguente vengono rappresentati i risultati relativi alla attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario e alla diffusione dei principali strumenti che la costituiscono.

Si osserva che è in atto un complessivo incremento della diffusione dell'intero sistema:

Lo sviluppo della Carta dei servizi sanitari e dell'applicazione di alcuni strumenti fondamentali alla sua attuazione



Confronto tra l'attuale Rapporto (marzo '98) e il precedente (luglio '96).

Il settore della Sanità risulta essere, nella pubblica amministrazione, quello nel quale è stato realizzato il più alto livello di attuazione della Carta dei servizi. In particolare, per le Aziende USL e Ospedaliere, il livello di attuazione supera il 90%.

**Il livello
di attuazione
e il raggiungimento
degli obiettivi**

*Percentuale di strutture che dichiara di aver adottato la Carta
suddivisa per area geografica*

NORD	CENTRO	SUD
87,6	84,9	90,2

L'attuazione risulta quindi distribuita in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Dalla rilevazione compiuta risulta inoltre che il miglioramento delle relazioni con gli utenti, l'introduzione di nuovi strumenti, e il miglioramento della qualità del servizio sono i principali obiettivi che le Strutture intendono conseguire attraverso la Carta dei servizi. L'adeguamento alla normativa (DPCM 19 .5.1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari") e il miglioramento dell'immagine aziendale risultano essere, per l'insieme delle Strutture, obiettivi relativamente secondari.

Oltre l'86,3% delle Strutture coinvolte nell'attuale valutazione (sia le Strutture che hanno adottato la Carta dei servizi, sia quelle sia intendono adottarla), dichiarano di aver messo in atto azioni per coinvolgere il personale sui temi della Carta dei servizi.

**Coinvolgimento
del personale**

Anche in questo caso si registra una tendenza positiva: il numero di Aziende USL ed Ospedaliere che dichiara di aver messo in atto azioni di coinvolgimento del personale sui temi della Carta dei servizi, è aumentato di circa 30 punti percentuali rispetto alla precedente valutazione.

Il 91,2% delle Strutture che ha partecipato alla valutazione possiede un sistema per la gestione dei reclami; la sua adozione è un fenomeno in continua crescita: rispetto alla precedente valutazione la percentuale di Aziende USL e Ospedaliere che ha adottato un sistema per la gestione dei reclami è aumentata di oltre 30 punti percentuali. L'analisi per area geografica non evidenzia significative differenze: al Nord 92,6%, al Centro 91,8%, al Sud 88,4%.

**I sistemi
di gestione
dei reclami**

Tuttavia solo due terzi delle Aziende USL ed Ospedaliere ha diffuso ai cittadini informazioni sulle modalità di accesso e di presentazione dei reclami.

Le indagini finalizzate a misurare il grado di soddisfazione degli utenti sono aumentate, rispetto alla precedente valutazione, in modo straordinario: non più del 25% di Aziende USL e ospedaliere aveva effettuato un'indagine di sod-

**La realizzazione
di indagini
di soddisfazione**

disfazione a luglio '96, a marzo 1998 il numero di Aziende che dichiara di averne effettuato almeno una sale a valori superiori al 70%.

*Percentuale di indagini di soddisfazione realizzate
suddivise per area geografica*

NORD	CENTRO	SUD
79,2	76,7	67,9

I destinatari delle indagini sono molto spesso gli utenti ricoverati, ma anche gli utenti di diagnostica e specialistica ambulatoriale e altre particolari fasce d'utenza. I temi maggiormente indagati dalle indagini di soddisfazione sono, nell'ordine, i seguenti: aspetti relazionali (72,1%), aspetti alberghieri e comfort (69,8%), informazione (67,4%) e umanizzazione (63,8%).

**Le Conferenze
dei servizi**

Si rileva un notevole incremento nel numero di Aziende USL e Ospedaliere che ha indetto una Conferenza dei servizi allo scopo di presentare ai cittadini gli obiettivi dell'azienda, con un aumento di più di 37 punti percentuali dalla precedente rilevazione

**L'adozione
degli standard
di qualità
del servizio**

Tre quarti, circa, delle Aziende USL (73,2%) e di quelle Ospedaliere (78,5%) dichiarano di aver adottato standard di qualità ed anche per questo tema si registra un trend positivo rispetto ai dati della precedente valutazione con un aumento medio di 18 punti percentuali. Rispetto alla totalità delle Strutture sanitarie che sono state coinvolte, quasi i tre quarti (72,4%) hanno dichiarato di avere adottato degli standard di qualità e quasi i due terzi delle Strutture (60%) hanno dichiarato di aver adottato meccanismi e procedure per la loro verifica. I quattro temi per i quali sono stati adottati standard di qualità del servizio dal maggior numero di Strutture sono, in ordine di importanza, i seguenti: le informazioni, la tutela e l'ascolto, tempi di attesa e gli aspetti relazionali.

**La risposta
delle strutture
sanitarie
ai reclami**

E' risultato che a partire dalle segnalazioni ricevute le aziende hanno avviato azioni di miglioramento tese ad eliminare le cause di disservizio. Si osserva che le iniziative più frequenti sono l'assunzione di impegni con i cittadini su aspetti specifici del servizio (modifica degli standard), la ridefinizione e semplificazione delle procedure, e la attivazione di corsi di formazione per il personale.

*Percentuale delle iniziative di miglioramento avviate
in seguito all'analisi dei reclami*

Temi delle iniziative di miglioramento avviate in seguito all'analisi dei reclami	Percentuale di Iniziative
Modifica di standard	52
Ridefinizione di procedure	42
Interventi di formazione del personale	34
Interventi strutturali/allestimento di presidi	26
Istituzione di gruppi di lavoro su temi specifici	24
Istituzione/coinvolgimento del gruppo interno sulla qualità dei servizi	34
Coinvolgimento di associazioni	7
Coinvolgimento di associazioni sindacali e di categoria	5
Coinvolgimento di Ordini professionali e di Collegi	11
Coinvolgimento di medici di medicina generale e pediatri	4
Tempo di attesa	6,1
Aspetti alberghieri e comfort	8,0
Aspetti relazionali	5,3
Azioni di miglioramento generale del rapporto con i cittadini	4,9

Fonte SIS

Si nota come le strutture sanitarie hanno attivato iniziative di innovazione praticamente su tutti i fattori di qualità che determinano il livello di soddisfazione dell'utente con i servizi del Ssn. Alcuni temi, come l'informazione al pubblico e l'ascolto e la tutela dei cittadini appaiono fortemente "gettonati" dalle Strutture.

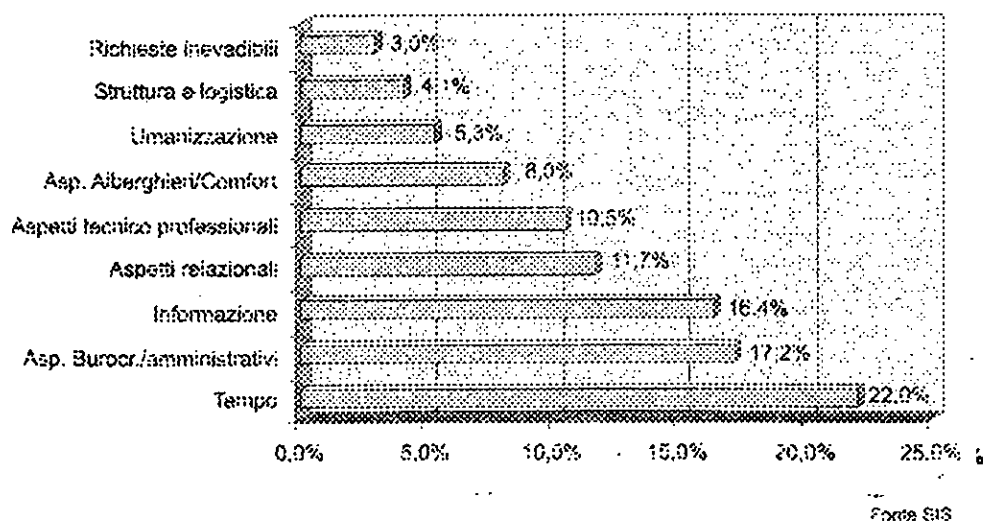
I motivi dell'insoddisfazione dei cittadini

Da quello che emerge dai dati a disposizione, le strutture sanitarie stanno mettendo in atto veri e propri "sistemi d'ascolto" dei cittadini. Sono in netta crescita non solo l'adozione di sistemi di gestione dei reclami, ma anche di altri strumenti di ascolto come le indagini di soddisfazione e le Conferenze dei servizi. In particolare per quanto riguarda i reclami, le strutture si sono impegnate in maniera notevole: il numero di reclami trattati nel periodo di riferimento (per l'esattezza nel secondo semestre 96 e nell'intero 97) è un numero davvero notevole: oltre 84.000. La provenienza dei reclami per quanto riguarda la tipologia

di Strutture è riportata nella tabella seguente. Si nota come ci sia una prevalenza dei reclami ricevuti dalle Aziende Usl e Ospedaliere sulle altre strutture coinvolte nell'indagine:

Dalle segnalazioni degli utenti, emergono i seguenti risultati:

- I tempi di attesa per le prestazioni, gli aspetti burocratici amministrativi e le informazioni sono gli elementi sui quali maggiormente si concentrano i reclami; tale dato tra l'altro è confrontabile con quello della precedente valutazione in cui i fattori più frequentemente oggetto di reclami sono stati identificati in: informazione non corretta, lunghi-tempi d'attesa e procedure per il pagamento del ticket (parte degli aspetti burocratici amministrativi);
- l'umanizzazione delle cure e gli aspetti strutturali sono gli elementi sui quale vengono presentati un minor numero di reclami;
- a metà strada si pongono gli aspetti tecnico professionali e quelli relazionali.



Per quanto riguarda le diverse aree geografiche, sono state considerate le differenze tra nord, centro e sud: la situazione delle tre zone è abbastanza differenziata suggerendo delle diversità rispetto ai motivi di reclamo da parte degli utenti; alcuni degli elementi che maggiormente spiccano sono:

- per il Centro il primo fattore per i reclami è quello relativo agli aspetti tecnico professionali;
- per il Sud il secondo fattore (molto prossimo al primo che rimane il tempo) è quello degli aspetti alberghieri e comfort;
- i primi tre fattori identificati a livello nazionale ovvero tempo, aspetti