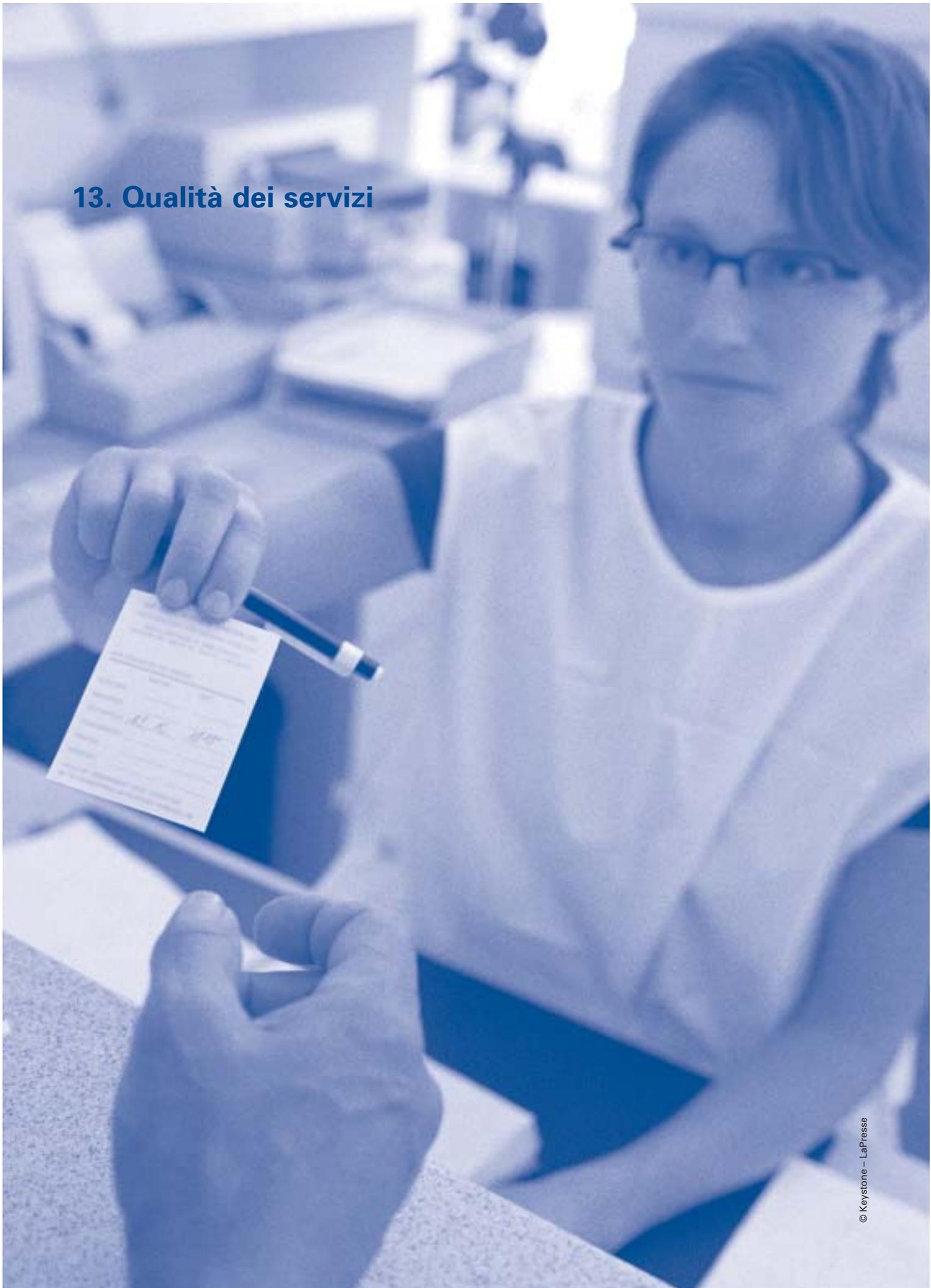


13. Qualità dei servizi



13.1. La qualità percepita dei servizi sanitari

Le linee di tendenza sulla qualità percepita dei servizi sanitari derivano dalla ricerca “La qualità percepita dei servizi sanitari pubblici in Italia”, commissionata dal Ministero della sanità ad Eurisko. L’indagine è stata condotta, nel periodo gennaio-dicembre 2000, su un campione rappresentativo della popolazione italiana d’età superiore a 14 anni. I risultati sono confrontati con un analogo studio a livello nazionale condotto, per conto del Ministero della sanità, nel 1997.

Le indicazioni più rilevanti della ricerca si riferiscono alle seguenti aree:

- il giudizio dell’opinione pubblica sul SSN;
- il giudizio sul SSN basato sull’esperienza;
- l’accesso e le dimensioni di fruizione dei servizi sanitari pubblici;
- la valutazione complessiva della qualità dei servizi fruiti;
- la valutazione analitica della prestazione dei servizi fruiti con l’indicazione, per ciascun servizio, delle priorità d’intervento per migliorare la qualità percepita (intesa, in questo ambito come soddisfazione presso l’utenza).

Per quanto riguarda il giudizio dell’opinione pubblica sul SSN, la maggioranza della popolazione (62%) si orienta su un giudizio di sufficienza o si dichiara soddisfatto (giudizio molto buono, buono o sufficiente) e il 38% si dichiara insoddisfatto (giudizio mediocre, scadente o molto scadente).

Tale valutazione complessiva appare in ripresa rispetto alla precedente rilevazione del 1997. Infatti, il SSN si configura come il servizio che più di ogni altro è migliorato nella percezione dei cittadini nel periodo 1997-2000.

Ancora più positivo risulta il giudizio dell’opinione pubblica, sull’insieme dei servizi sanitari pubblici della zona di residenza.

Su questo versante, infatti, i giudizi positivi aumentano di tre punti percentuali: il 65% della popolazione li giudica molto buoni, buoni o sufficienti, il 35% li giudica mediocri, scadenti o molto scadenti.

Lo stesso orientamento positivo si riscontra

nelle persone che hanno utilizzato un servizio pubblico negli ultimi sei mesi.

La valutazione media dei servizi sanitari pubblici, complessivamente fruiti negli ultimi sei mesi, è orientata in senso positivo. Infatti, il 64% dei fruitori ne dà un giudizio di eccellenza a fronte di un 13% rimasto negativamente impressionato.

Il dato conferma, nella sostanza, quanto già emerso nel 1997.

Questo quadro tendenzialmente positivo viene ulteriormente confermato dalla scarsa incidenza delle criticità sul versante della accessibilità ai servizi.

Infatti, l’esperienza di non poter accedere ad un servizio perché non disponibile, in riferimento alle proprie necessità, risulta del tutto minoritaria e riguarda solo il 9% degli intervistati.

Sulla base dei risultati della ricerca – e in particolare in relazione alle aree percepite di criticità e di eccellenza – è, inoltre, possibile classificare i servizi sanitari pubblici in:

- servizi relativamente meno eccellenti e più critici, come sportelli e uffici amministrativi dell’ASL e PS;
- servizi relativamente meno eccellenti ma anche meno critici, come servizi domiciliari, Uffici Relazione con il Pubblico, servizi di diagnosi e cura in ospedale;
- servizi eccellenti, con aree di criticità, come medicina di base e laboratori analisi.

13.2. L’accreditamento dei servizi sanitari

L’accreditamento, che rappresenta uno strumento di garanzia della qualità delle attività sanitarie, è stato introdotto nella normativa italiana dal D.Lgs. 502/92, ma ha trovato notevoli difficoltà nella sua applicazione pratica.

Un’indagine svolta nei primi mesi del 2002 dalla CNAQ (Commissione Nazionale per l’Accreditamento e la Qualità), cui è attribuita una specifica competenza sul tema, in collaborazione con le Regioni e Province Autonome, ha permesso di avere un quadro preciso sullo stato di applicazione dell’accreditamento. Si è

evidenziato che solo 15 Regioni hanno recepito il D.P.R. 14 gennaio 1997 inerente i requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie, che è preliminare al processo di accreditamento. Per quanto attiene all'accREDITamento, 16 Regioni hanno emanato atti per disciplinarlo, mentre in merito alla determinazione del fabbisogno, richiesta dallo stesso D.L. 229/99 per l'attivazione dell'autorizzazione e dell'accREDITamento, 6 Regioni dichiarano di avere provveduto a ciò per tutti i settori, 8 Regioni per alcuni settori, mentre 7 non lo hanno determinato. Sono comunque 17 le Regioni che dichiarano di avere in corso di definizione o approvazione normative sui temi inerenti autorizzazione od accREDITamento.

La rilevazione della Commissione Nazionale (inizio 2002) ha chiarito che l'accREDITamento ha avuto forme di concretizzazione reale solo in 7 Regioni. Per la precisione, in quattro Regioni il processo è giunto nella fase attuativa – ovvero di gestione completa di tutto il percorso con rilascio (o negazione) del certificato di accREDITamento – alla conclusione di una procedura formalizzata. Esso ha coinvolto tutte le tipologie di strutture sanitarie solo nella Regione Lombardia, dove hanno avuto l'accREDITamento definitivo 183 strutture ambulatoriali pubbliche e 302 private ex-convenzionate, come pure i 118 ospedali e le 75 case di cura, oltre a 59 strutture residenziali. In Friuli Venezia Giulia l'accREDITamento è stato limitato alle sole strutture ambulatoriali, con l'accREDITamento di 23 strutture ambulatoriali pubbliche su 167 esistenti e di 42 private su 46 (a 4 strutture è stato revocato l'accREDITamento), oltre che ad 11 privati non ex-convenzionati. In due Regioni (Marche e Piemonte) il processo è stato attivato nei primi mesi del 2002 ed è in una fase iniziale. In altre tre Regioni il processo è ancora in fase sperimentale: l'Emilia Romagna ha realizzato l'accREDITamento sperimentale su 150 strutture ambulatoriali pubbliche, 4 ambulatoriali private ex-convenzionate, 85 ospedali e 21 case di cura su 38 presenti; la Toscana ha sperimentato su 80 ospedali pubblici e su 4 ambulatori pubblici; la Provincia Autono-

ma di Bolzano ha fatto una sperimentazione su due strutture termali.

13.3. L'ECM come strumento per la qualità professionale degli operatori della sanità

Il sistema di ECM (Educazione Medica Continua) è stato attivato in Italia nel 2000 in base al D.L. n. 502 del 1992 con la nomina della Commissione Nazionale per l'ECM, poi modificata ed estesa ai rappresentanti delle Regioni e delle professioni sanitarie non mediche nel 2002.

Questi provvedimenti hanno introdotto in Italia il principio dell'obbligatorietà dell'aggiornamento dei medici, reso necessario dal sempre più rapido progredire dell'innovazione nel settore medico, biologico, della diagnostica e della clinica ed hanno uniformato il nostro Paese con quanto già avviene in molti paesi europei. Il sistema è stato avviato in forma sperimentale dal 2000 con le seguenti caratteristiche:

- le procedure di richiesta di accREDITamento, assegnazione dei crediti e registrazione delle valutazioni sono completamente informatizzate sul sito del Ministero della salute;
- gli argomenti e gli obiettivi dell'ECM di ogni singolo medico non sono lasciati del tutto alla decisione individuale (in base ai bisogni di aggiornamento individualmente percepiti), ma sono in parte determinati da obiettivi prioritari di salute a livello nazionale e regionale;
- vengono al momento accREDITati solo eventi formativi residenziali, con la partecipazione diretta dei discenti, mentre la formazione a distanza è ancora in fase di sperimentazione;
- nelle more dell'accREDITamento dei soggetti fornitori di ECM ("Provider") ogni evento formativo viene valutato da parte di esperti che, in base a parametri prefissati, assegnano il numero di crediti valutando la rilevanza dell'argomento, la qualità pedagogica e la qualità organizzativa dell'evento;
- l'obbligatorietà del sistema ECM segue criteri di gradualità. È obbligatorio acquisire 10 crediti nel 2002, 20 nel 2003 e così via fino a 50 nel 2006 quando, uniformemente alle in-

dicazioni europee, si dovranno acquisire 150 crediti in 3 anni.

Le fasi sperimentali hanno riguardato gli eventi formativi relativi all'anno 2001. Per quanto concerne gli eventi formativi residenziali, la fase sperimentale si è conclusa il 31 dicembre 2001 e a partire dal primo gennaio 2002 è iniziata la fase a regime. Per quanto riguarda la formazione a distanza, la fase sperimentale sarà avviata nell'autunno 2003.

In base alla considerazione che i medici sono un elemento importante ma non l'unico a determinare la qualità complessiva dell'assistenza e considerato che sulla qualità complessiva intervengono tutti gli operatori coinvolti nelle procedure sanitarie (oltre al livello qualitativo dell'organizzazione del sistema e delle strutture), l'obbligo dell'ECM in Italia è stato esteso a tutti gli operatori della Sanità (oltre 900.000 soggetti).

Questo comporta un onere organizzativo ed investimenti di spesa non ancora ben definiti (costi diretti e costi indiretti legati al tempo/assenze degli operatori) ma, se realizzato in modo efficace, potrebbe costituire elemento di importante avanzamento e miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza.

13.4. Le liste di attesa

L'attuazione di quanto disposto dal D.L. n.124 del 1998, in materia di riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di day hospital, ha dato luogo ad una serie di programmi e di iniziative, da parte di Regioni e Aziende sanitarie, diversi per metodi, risorse e risultati.

Più recentemente, l'accordo tra Stato e Regioni, siglato il 14 febbraio 2002, ha fornito un ulteriore vigore a tali programmi di attività, estendendo il campo di applicazione a tutte le prestazioni sanitarie, ambulatoriali e di ricovero, per le quali la riduzione dei tempi di attesa riveste carattere di priorità, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza.

L'accordo- attraverso le "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi

di attesa" che sono andate ad integrare, come allegato, il D.P.C.M. del 29 novembre 2002 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"- ha ribadito che un'erogazione tempestiva delle prestazioni sanitarie è condizione fondamentale per ottemperare ai principi alla base dei LEA (Livelli Essenziali d'Assistenza) e in particolare a quelli della corretta risposta a bisogni di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità ed appropriatezza delle cure.

Il successivo accordo tra Stato e Regioni dell'11 luglio 2002, attraverso un lavoro istruttorio effettuato dal tavolo di monitoraggio dei LEA, ha individuato una classificazione nazionale delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero. Il tema del tempo di attesa viene declinato in ordine a priorità cliniche (appropriatezza ed urgenza della prestazione), riconoscendo che alcune situazioni di bisogno meritano speciale attenzione perché la tempestività dell'assistenza ne condiziona l'efficacia reale, in termini di esito clinico e sociale.

Il ruolo di indirizzo e di monitoraggio esercitato dal Ministero della salute, finalizzato a promuovere indirizzi generali, a sostenere le iniziative in corso e a diffondere le esperienze più significative, si è concretizzato attraverso una serie di attività.

Nel corso dell'anno 2001 è stata promossa e realizzata, attraverso una Commissione tecnica nazionale, un'analisi sistematica del problema delle liste d'attesa e sono state formulate raccomandazioni per gli interventi volti alla loro riduzione.

Sulla base di tali indicazioni, è stata condotta una rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa, dalla cui analisi è emerso che:

- le Aziende hanno attuato diverse iniziative sul versante della razionalizzazione dell'offerta di prestazioni, dedicando tuttavia un'insufficiente attenzione al problema della razionalizzazione e dell'appropriatezza della domanda;
- la misura e il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono dis-

cretamente diffusi sul territorio nazionale, anche se con una certa disomogeneità metodologica, mentre è risultata insufficiente l'attenzione che le Aziende dedicano al versante dei ricoveri ospedalieri;

- sono abbastanza diffusi (85% dei casi), i CUP (Centri Unificati di Prenotazione) per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, il 60% dei quali è di livello aziendale, mentre la maggior parte dei ricoveri viene ancora prenotata presso i reparti delle strutture di ricovero;
- in alcune Regioni sono già in atto alcune iniziative innovative tra cui, ad esempio, i percorsi diagnostico-terapeutici, i raggruppamenti omogenei d'attesa, l'utilizzo di Internet per diffondere le informazioni;
- nonostante le numerose iniziative avviate dalle Aziende, è ancora modesta l'attività di divulgazione agli utenti dell'informazione relativa alla durata dell'attesa per le prestazioni. Dal 1999 ad oggi sono state promosse e realizzate dal Ministero della salute numerose iniziative per fornire, sia agli operatori sia agli utenti del SSN, idonei strumenti di conoscenza e un ventaglio di esperienze, considerate di particolare rilevanza ai fini del miglioramento dei tempi d'attesa.

Riferimenti bibliografici

Commissione nazionale del Ministero della Salute sui tempi e le liste d'attesa. Relazione finale: analisi e proposte in tema di liste d'attesa, maggio 2001.

Ministero della Salute. Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e di tempi di attesa dalle Aziende ASL e ospedaliere, giugno 2002.

