UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Dottorato di Ricerca in

Marketing e commercio elettronico per le strategie di impresa

Ciclo XXVIII

"LA QUALITÀ IN SANITÀ"

Tesi di dottorato di:

Fatou Mbodj - Matr. 1018012

Tutor:

Chiar.mo Prof.Alberto Marino

ANNO ACCADEMICO 2014 / 2015

La Qualità in Sanità

Capitolo 1 - La qualità in sanità 3
1.1 La qualità nella sanità e la redistribuzione delle risorse 3
1.2 Le norme ISO 9001-2008 6
1.3 Le dimensioni della qualità 12
1.4 La qualità a livello internazionale 22
Capitolo 2 – Il ruolo del Direttore Sanitario 25
2.1 L'evoluzione dell'approccio alla qualità 25
2.2 Il ruolo del Direttore Sanitario: un know-how in continuo mutamento 26
2.3 Le nuove competenze del Direttore Sanitario in un contesto di qualità 29
2.3.1 Competenze manageriali fondamentali del DS 30
2.3.2 Competenze manageriali ed informatiche 31
2.3.3 Leadership e lavoro di squadra 33
2.3.4 Comunicazione verbale e non 35
Capitolo 3 - Customer Satisfaction 37
3.1 La Customer Satisfaction 37
3.2 Metodologia di ricerca 41
3.3 Customer Satisfaction: un esempio riferito a 1000 pazienti 43
3.4 I risultati delle interviste 44
Capitolo 4 - Parte finale 55
4.1 Il perseguimento dell'efficienza nel SSN italiano 55
4.2 La garanzia del diritto alla salute 59
Bibliografia 61
Allegati: questionari – sezione ricovero e sezione ambulatoriale 63
Ringraziamenti 75

Capitolo 1 - La qualità in sanità

1.1 La qualità nella sanità e la redistribuzione delle risorse

Con i DM 24 luglio 1995 e 15 ottobre 1996 vengono definiti ed approvati gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione previsti dall'art. 14 del D.Lgs. 502/92.

Il piano sanitario nazionale 1998-2000 pone come obiettivo prioritario la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria, sulla base di un Programma Nazionale per la Qualità definito a livello Ministeriale.

Il Programma è finalizzato a rendere sistematico l'orientamento del Servizio sanitario nazionale verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la dimensione professionale, quella organizzativo-aziendale e quella relazionale dell'assistenza. Gli obiettivi relativi a ciascuno di questi componenti, le attività svolte ed i risultati conseguiti dovranno poi essere chiaramente indicati nella Carta.

Il concetto di accreditamento è stato introdotto per la prima volta con il D.Lgs 502/92; esso fu inizialmente inteso come la volontà di garantire una verifica ed un monitoraggio delle strutture che fornivano prestazioni nell'ambito del SSN.

Qualità e Servizio Sanitario Lombardo

L'aspetto fondamentale che ha contraddistinto l'applicazione della L.R. 31/97 di riforma del sistema sanitario lombardo è stata l'attenzione posta alla qualità del servizio reso al cittadino.

Per raggiungere questo obiettivo sono stati implementati a livello aziendale dei progetti sulla qualità, resa e percepita, in grado di sensibilizzare, di formare gli operatori e di creare un impatto positivo nei confronti dell'utenza.

La Regione si è impegnata nel miglioramento della qualità dell'assistenza ponendo particolare attenzione sia all'efficacia dei trattamenti, monitorandone gli esiti, sia alla soddisfazione dell'utente in tutti i suoi aspetti. Queste tematiche sono state affrontate

dalla Regione Lombardia in maniera approfondita, per delineare precisi indirizzi ed attivare un processo orientato all'offerta di un sistema sanitario competitivo.
Il processo di accreditamento è stato impostato secondo quanto definito dalla L.R. 31/97 ed è stato il punto di partenza per gli approfondimenti sul tema che si sono sviluppati in questi anni.
La *delibera n.38133 del 6 agosto 1998*, recepisce i requisiti minimi previsti dal D.P.R 14.1.97 dando avvio al processo di accreditamento in Regione Lombardia. I requisiti stabiliti nella delibera citata non sono da considerare "aggiuntivi" rispetto a quelli minimi stabiliti dall'atto di indirizzo nazionale, ma sono da ritenere essenziali per la definizione regionale dei livelli di assistenza. Nel contesto del Sistema Sanitario Regionale l'accreditamento fissa il livello di sicurezza e tutela del cittadino che si affida a soggetti interlocutori del Sistema Sanitario Regionale, mentre il sistema autorizzativo, che fa riferimento ai requisiti minimi del D.P.R. 14.1.97, rappresenta la soglia di garanzia al di sotto della quale non è concessa la facoltà di esercitare attività sanitarie.

L'accreditamento è quindi un processo attraverso il quale le strutture sanitarie, sia di diritto pubblico che di diritto privato, acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Sistema Sanitario Regionale. L'accreditamento, che ha permesso di iscrivere nel registro regionale circa 700 strutture, costituisce solo un segmento, fondamentale ed imprescindibile, all'interno del percorso che conduce all'instaurazione di un rapporto tra il soggetto che offre una prestazione sanitaria ed il Sistema Sanitario Regionale che l'acquista per conto del paziente. La L.R. 31/97 ha poi sancito l'introduzione nelle strutture di sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni e dell'efficienza delle risorse finanziarie. La norma ha previsto inoltre che le aziende sanitarie debbano assicurare lo svolgimento di tutte le attività necessarie per la produzione, l'erogazione ed il controllo di prestazioni e di servizi secondo le norme ISO 9000. Per realizzare questo progetto la Direzione Generale Sanità ha istituito l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, con il compito di organizzare e coordinare la promozione, l'introduzione e la valutazione di sistemi di qualità nelle strutture sanitarie.
Un tema particolarmente innovativo che si sta affrontando in Lombardia è il cosiddetto "Accreditamento all'Eccellenza" delle Strutture Sanitarie. L'esperienza più' consolidata in questo campo è quella americana maturata dalla Joint Commission on Accreditation

of Health Care Organizations (JCAHO) che attualmente accredita l'80% delle strutture di ricovero e cura in USA. L'esperienza di "Accreditamento per l'Eccellenza" sviluppata negli Stati Uniti si incentra essenzialmente su un sistema che si propone di attribuire agli ospedali dei giudizi di valore che consentano di stimare l'efficacia sanitaria delle performance ospedaliere, con particolare attenzione all'esito delle prestazioni sanitarie erogate. Si sta portando avanti questa esperienza in 10 strutture sanitarie della Regione Lombardia, in collaborazione con la Joint Commission International Accreditation: l'organismo della JCAHO che cerca di approfondire tale argomento a livello internazionale. La finalità proposta è quella di valutare l'impatto nelle strutture sanitarie di una metodica diversa di approccio alla qualità rispetto a quelle fino ad ora utilizzate, al fine di diffondere cultura a livello aziendale, di assumere informazioni utili per lo sviluppo del processo di accreditamento e di ottenere elementi per la valutazione delle aziende. L'obiettivo della collaborazione con la JCI è soprattutto quello di assistere le strutture sanitarie nel processo di identificazione e sviluppo degli indicatori di performance, nonché nell'accrescimento di un sistema di miglioramento delle prestazioni coerente e sostenibile basato sugli standard internazionali della Joint Commission.

Un altro tema sul quale sono in corso degli approfondimenti è l'accreditamento rivolto ai professionisti: è un argomento ampliamente dibattuto, che comporta il superamento dei criteri di accreditamento istituzionale classico e indirizza verso il miglioramento continuo della qualità delle capacità e delle conoscenze dei professionisti.

Particolare attenzione è dedicata dalla Regione Lombardia anche alla customer satisfaction, la quale si concretizza in due modalità applicative: la valutazione tramite questionari di gradimento dei servizi sanitari e l'analisi dei reclami. Entrambi sono sviluppati sia a livello delle singole strutture sia a livello regionale. Di particolare interesse sono stati i risultati ottenuti dal questionario somministrato a cura del CRISP (Centro di ricerca Interuniversitario sui Servizi di pubblica utilità alla Persona) a più di 5.000 persone ricoverate presso strutture lombarde in una prima fase e a 10.000 in una seconda. Il questionario ha consentito di valutare lo stato di salute dei pazienti dopo la dimissione riferita all'ultimo ricovero presso una determinata struttura nell'anno solare in studio. Oltre a permettere la messa a punto dello strumento, che è stato proposto a tutte le A.O. lombarde, le interviste hanno fornito un'importante indicazione sul grado

di soddisfazione dei fruitori dell'assistenza ospedaliera. Per quanto riguarda i reclami è da evidenziare come la Regione Lombardia sia una delle poche realtà che da qualche anno effettua un'analisi regionale di tali informazioni. I risultati dell'indagine del CRISP (riportati nel "Report delle attività – nel 2001") riguardanti la customer satisfaction rivelano un grado di soddisfazione molto elevato degli utenti relativamente al "trattamento alberghiero" ricevuto nelle strutture ospedaliere lombarde. Gli utenti che giudicano i vari aspetti del servizio come ottimo o soddisfacente raggiungono il 92,28%; il più alto livello di soddisfazione è quello inerente la riservatezza personale, l'igiene, la pulizia degli ambienti e l'organizzazione della giornata; seguono, in ordine di soddisfazione, i giudizi circa il personale medico e infermieristico ed infine quelli relativi ad aspetti meno importanti. Altra indagine ricca di indicazioni in questo settore è quella condotta da Datamedia per conto della Regione Lombardia nel marzo 2001 con l'obiettivo di rilevare il grado di soddisfazione degli utenti per le prestazioni ricevute e la loro opinione sulla qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria in tutti i suoi aspetti.

1.2 Le norme ISO 9001-2008

Le norme ISO 9001 sono state comunque il principale modello di riferimento indicato dalle società e dalle Istituzioni. Le Iso 9000 sono norme di applicazione generale che possono essere adattate a tutti i settori produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando esiste la necessità di dimostrare la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme.

I requisiti di tali norme sono costruiti per fornire una garanzia al cliente non attraverso un controllo sul risultato ma, piuttosto, sul rispetto di procedure predefinite, così da poter ridurre drasticamente i rischi di non conformità.

I sistemi di qualità ispirati alla norma ISO sono molto diffusi nelle aziende di produzione dei beni, essi hanno inoltre il pregio di consentire una definizione precisa dei ruoli e delle relative modalità di comunicazione ed integrazione, riducendo i costi della "non qualità" e migliorando il servizio reso (Baraghini G., Capelli M., 1997).

Un'altra caratteristica distintiva delle norme ISO riguarda la possibilità di integrazione con altri sistemi: in questo senso il sistema qualità ispirato alle ISO 9000 può essere

considerato una prima importante tappa di avvicinamento al più complesso sistema della qualità totale.
La predisposizione di un sistema qualità ispirato alle norme ISO 9000 richiede un periodo di addestramento lungo ed anche in funzione del livello di qualità iniziale dell'organizzazione e della complessità della struttura.

Il sistema descrive le procedure adottate, ne verifica l'applicazione, la certificazione e il riconoscimento ufficiale di ciò che è stato codificato da parte di un ente terzo.
I requisiti necessari per la predisposizione del sistema forniscono al cliente una garanzia sui rischi di non conformità del prodotto offerto, attraverso un controllo sul rispetto delle procedure e non sulle caratteristiche degli esiti.
La certificazione viene richiesta ad un organismo indipendente accreditato dall'ente nazionale che regolamenta e controlla tale attività, il Sincert.

Vision 2000 è il nome dato al programma decennale di revisione e miglioramento delle norme ISO 9000, articolato in tre fasi:

1. La prima (1990-94) ha aggiornato tali norme senza modificarne la struttura;
2. La seconda (1996-2000) ha revisionato la struttura e i contenuti di tali norme, sulla base delle esigenze espresse dagli utilizzatori;
3. L'ultima del 2008 ha subito alcuni cambiamenti più che altro di carattere chiarificatorio e di puntualizzazione rispetto l'esperienza applicativa di livello mondiale.

   Secondo la nuova edizione della ISO 9001, le certificazioni accreditate, non devono essere rilasciate prima della pubblicazione ufficiale della ISO 9001-2008, secondo la norma internazionale.

Gli obiettivi di questa revisione sono:

- Rafforzare il contesto che incide sulla progettazione e attuazione del sistema gestionale in riferimento alla qualità di organizzazione nell'ambito in cui essa opera tenendo conto dei rischi e dei cambiamenti;

- L’elemento gestionale è fondamentale per produrre risultati, il concetto di attività viene esteso in concetto di **“insieme di attività”.** Ancora il termine **individuare** è stato sostituito con **determinare,** perché ritenuto generico;
- Il **prodotto** è inteso come risultato di tutti i processi di realizzazione;
- I sistemi di gestione qualità e i relativi processi affidati ad esterni, restano sotto la responsabilità dell’organizzazione stessa, la quale deve includerli all’interno del proprio sistema gestionale qualitativo. Inoltre vengono anche espressi i tipi di controllo che ditte esterne possono effettuare;
- Tutti i documenti di origine esterna, sono necessari per la pianificazione e il buon andamento gestionale della qualità;
- Il rappresentante della direzione, deve far parte della struttura direzionale;
- Le risorse umane sono un elemento essenziale, in quanto la competenza del personale è la base per assicurare la conformità del prodotto che viene influenzata dal personale stesso in quanto ricopre dei compiti nella gestione della qualità;
- Il termine qualità viene sostituito con “conformità dei requisiti” e viene anche espresso e sottolineato che la formazione è finalizzata alla competenza;
- Viene chiarito il concetto di ambiente di lavoro;
- Le attività dopo la consegna del prodotto comprendono: disposizioni di garanzia, obblighi contrattuali per servizi di manutenzione e supplementi riferiti a ricicli ed eliminazione ultima;
- Nella fase di progettazione e sviluppo vengono precisate le diverse finalità delle verifiche e validazione, che avendo scopi diversi, possono essere svolte e registrate in tempi diversi, per una migliore riuscita del prodotto;
- Le apparecchiature di controllo e misurazione, devono essere sempre revisionate, per garantire al meglio i risultati prodotti e registrati;
- La rilevazione del soddisfacimento del cliente, può avvalersi di fonti e relativi strumenti coerenti con la reale percezione del mercato;
- Le azioni correttive e preventive sottolineano che il riesame delle stesse è finalizzato alla loro efficacia.

Le norme della serie ISO 9000-2000 (Vision 2000) danno alle organizzazioni che vogliono applicare un sistema di gestione per la qualità, la capacità di recepire le diverse norme legislative e le altre regole che volontariamente l'organizzazione sceglie per la gestione economico-organizzativa, per la realizzazione dei prodotti e la fornitura di servizi. In sanità questa caratteristica è particolarmente importante per la reale complessità delle attività svolte e delle regole applicate, dei requisiti della sicurezza, dell'ambiente, della erogazione di una prestazione efficace e di un servizio allineato alle aspettative dei clienti e alla Carta dei Servizi.
La nuova norma ISO 9001-2008 amplia l'applicazione del sistema di gestione e punta alla soddisfazione – oltre che del cliente – di tutte "le parti interessate": persone fisiche e giuridiche a diversi livelli di coinvolgimento e di rapporto con la struttura sanitaria. Negli anni successivi ha subito una profonda revisione dei contenuti della precedente edizione verso nuovi principi per la gestione della qualità nelle organizzazioni, adattandola alla evoluzione delle strutture organizzative nel contesto economico competitivo nel quale operano.

Il "nuovo" principio fondamentale dell'approccio permette un coerente e profittevole utilizzo delle norme all'interno di una struttura sanitaria.
Non sappiamo se le nuove ISO 9000/Vision potranno essere applicate efficacemente tenendo in considerazione le specificità del contesto sanitario in modo da diventare un modello di riferimento capace di sostenere il miglioramento continuo e soprattutto di essere condiviso dai professionisti che operano in strutture sanitarie a partire da medici e infermieri.
Finora per molti operatori della sanità, le ISO 9000 non hanno rappresentato un approccio credibile dal momento che troppo spesso la loro applicazione è risultata essere burocratica, legata alla ricerca della conformità alla norma stessa, senza tenere conto della specificità del mondo sanitario, alle critiche però non si sono affiancate proposte alternative a dimostrazione delle difficoltà ad identificare un modello proponibile per il miglioramento della qualità in sanità.
D'altra parte attualmente è proprio questo il problema centrale del sistema sanitario. A livello nazionale, già il Piano Sanitario 1998-2000 poneva come obiettivo prioritario la garanzia di adeguati livelli di qualità nell'assistenza sanitaria, mentre il recente Piano,

prevede proprio di “promuovere all’interno di ogni Azienda Sanitaria la costituzione di un Servizio della Qualità con l’obiettivo di portarlo alla certificazione secondo la norma ISO 9000”.

L’ex Ministro della Salute, Prof. Girolamo Sirchia, ha ribadito la priorità e l’importanza di questo obiettivo al Forum Sanità Futura tenuto a Cernobbio nel 2002 dichiarando: “Dobbiamo mettere tutte le strutture che erogano servizi, cominciando dagli ospedali, in regime di qualità”. Ciò significa dare loro procedure tali per cui si possa garantire un’azione conforme a certi requisiti, registrata e quindi controllabile. Questo significa applicare la certificazione di qualità secondo la norma ISO”.

Quando le certificazioni ISO 9000 sembravano essere diventate un sicuro punto di riferimento tanto da essere espressamente citate in documenti quali la L.R. 31/97 e il PSN 2002-2004, quando sembravano aver raggiunto la consacrazione definitiva con il riconoscimento da parte di una figura istituzionale quale il Ministro della Sanità, arriva in Europa ed in Italia il modello americano di accreditamento della JCI e, forte dei consensi già ottenuti, inizia la rincorsa all’organismo ISO nel porsi come punto di riferimento per le certificazioni di qualità di parte terza. Allo stesso Forum di Cernobbio, poche ore dopo le dichiarazioni del Ministro, venivano presentati i risultati della prima sperimentazione dell’accreditamento secondo gli standard della JCI (Joint Commission International) fatta in Italia in 10 ospedali lombardi. Come noto, la JCI è la versione internazionale della famosa commissione statunitense nota come JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Health-care Organization).

Nell’analisi dei lavori di sperimentazione presentata a Cernobbio sembra che tra le norme ISO 9000 e gli standard dell’accreditamento della JCI le aree sovrapponibili siano quantificabili nel 55%. Questa percentuale, qualora risultasse corretta, dimostrerebbe indirettamente la validità della certificazione ISO 9000; la quale verrebbe inoltre legittimata come momento propedeutico di crescita organizzativa utile prima di accreditarsi con gli standard della JCI.

È comunque da precisare che gli standard della JCAHO statunitense non sono gli stessi identici della JCI, poiché questi ultimi sono stati depurati da tutti gli aspetti prodotti dalla normativa statunitense. Quali sono le prospettive per questa forma di accreditamento nel mercato italiano? È pensabile che nel giro di qualche anno possa

insidiare l'attuale indiscussa preminenza della certificazione ISO 9000? Quale fra i due sistemi di certificazione di parte terza è più confacente alle organizzazioni sanitarie?

Gli standard della JCI sono circa 1500, ovviamente tutti misurabili, e suddivisi in due grandi aree: standard centrati sul paziente e standard di gestione dell'organizzazione sanitaria. Gli standard che devono essere rispettati per ottenere l'accreditamento JCI costringono a monitorare e tenere sotto controllo sin dall'inizio aree critiche già note e definite; del resto l'accreditamento JCI e la sua filosofia nascono nel mondo medico e vengono consumate nello stesso mondo senza avere origini ed approdi diversi da quelli dell'universo sanitario.

Una fondamentale differenza rispetto alla normativa ISO è rappresentata dal fatto che gli standard della JCAHO sonno stati definiti in accordo con le associazioni che rappresentano tutte le categorie professionali mediche e del mondo sanitario, essa quindi gode di una indiscussa legittimazione del mondo medico che, senza scadere nell'autoreferenzialità, permette alla JCAHO di essere considerata diversamente rispetto a come viene inquadrato l'organismo ISO, le cui norme vengono applicate tanto per la produzione di un qualsiasi prodotto industriale quanto per un servizio di neuro-radiologia.

Un'altra sfumatura è data dal fatto che l'accreditamento JCI si realizza per classi di qualità crescente: questo significa che non vengono posizionate sullo stesso livello tutte le strutture sanitarie che ottengono l'accreditamento (questo accade perché negli USA i rimborsi delle compagnie assicurative sono differenti in base all'adeguatezza che si ottiene nell'accreditamento).

È opportuno segnalare, per finire, che le metodologie descritte sono due fra i molteplici e talvolta contrastanti metodi di approccio alla qualità esistenti: si va infatti dalla certificazione ISO 9000, all'accreditamento di "eccellenza" statunitense (JCAHO), inglese (CPA) o olandese (CCKL), dalla "verifica e revisione della qualità (VRQ) e dal miglioramento continuo di qualità" (MCQ), all' "analisi partecipata della qualità" (APQ), dal Total Quality Management (TQM), al modello europeo di Qualità totale, sostenuto dall'European Foundation for Quality Management (EFQM). Ciascun metodo focalizza in misura prevalente l'attenzione su una dimensione ritenuta prioritaria, ma non le esaurisce tutte o comunque ne tiene conto in un'ottica particolare.

Le metodologie appartenenti al gruppo MCQ TQM operano nell'ottica dell'accreditamento all'eccellenza, in quanto tendono ad implementare un sistema dinamico ed un miglioramento continuo della qualità, sia pure con metodologie e livelli in parte diversificati.

1.3 Le dimensioni della qualità

I metodi di valutazione e miglioramento della qualità tendono a svilupparsi secondo diverse dimensioni. Secondo la classica tripartizione di Avedis Donabedian gli assi della qualità sono indirizzati alla struttura (qualità organizzativa), al processo (qualità professionale) ed all'esito (qualità percepita). Il termine *struttura* (qualità organizzativa) fa riferimento alle risorse disponibili ed alle modalità organizzative delle stesse.

Quando si parla di processo si intende il prodotto, le prestazioni, la loro tempestività e la loro appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione ed all'uso delle risorse. La dimensione della qualità di processori riferisce alla correttezza tecnica, al coordinamento ed integrazione delle stesse, nonché alla continuità dell'assistenza; da ciò si deduce che l'asse richiama implicitamente il comportamento degli operatori.

Nella Qualità totale si indica una sequenza finalizzata ed interconnessa di attività con lo scopo di fornire u prodotto al cliente; sequenza che quasi sempre coinvolge più di una unità organizzativa e più di una figura professionale.

I processi sono tanto più importanti quanto più, in base alle evidenze scientifiche ed al consenso di esperti, aumentano le probabilità che si verifichino esiti favorevoli.

Nel mondo della qualità industriale, ma anche nella sanità, si dà molto peso all'analisi dei processi come mezzo di miglioramento, soprattutto se ci si pone il problema dell'appropriatezza delle prestazioni. Quando si parla di *esito* si fa riferimento alle modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari:

- In senso positivo si intende il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e dell'handicap.

- In senso negativo sono rappresentanti dalle complicazioni e dagli effetti iatrogeni. Nel campo della prevenzione l'esito è la riduzione dell'incidenza delle malattie.

Un esito particolare è rappresentato dalla soddisfazione dei pazienti, dei familiari e della popolazione. È necessario distinguere l'esito del risultato ed usare il risultato per indicare il grado di raggiungimento di un obiettivo.

Le dimensioni proposte da Liva e Di Stanislao fanno riferimento a:

- qualità manageriale: direzione, strutture, attrezzature, informazione, formazione, valutazione e miglioramento;
- qualità tecnica: procedure tecniche per discipline cliniche e procedure di supporto quali gestione dei farmaci, aspetti alberghieri, pulizia, igiene, ecc;
- qualità percepita: sicurezza e soddisfazione degli operatori, diritti e soddisfazione dei clienti.

Focarile individua più analiticamente come contenuti della qualità dell'assistenza:

- accessibilità: capacità di assicurare le cure appropriate a coloro che ne hanno bisogno;
- appropriatezza: grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema clinico ed alle conoscenze;
- competenza: livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- continuità: grado di integrazione nel tempo tra diversi operatori e strutture sanitarie che hanno cura dello stesso soggetto o di un gruppo di soggetti;
- efficacia attesa: capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti ai quali è rivolto;
- efficacia pratica: risultati ottenuti dall'applicazione di routine dell'intervento;
- efficienza: capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile;
- sicurezza: grado con cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio;

- tempestività: grado con cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento in cui gli è di massima utilità;
- umanizzazione: livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio.

Queste diverse declinazioni del concetto di qualità in sanità ci consentono di rilevare che non si fornisce qualità ad un solo attore, o ad una categoria di attori coinvolti nel "processo salute". Crozier afferma che *non c'è qualità se non è qualità per tutti i soggetti coinvolti nel processo.*

Sulla base dell'analisi delle diverse dimensioni della qualità, si può affermare, in sintesi, che le metodologie di approccio alla qualità sono tese alla:

- qualità professionale,
- qualità organizzativa
- qualità partecipata e/o percepita.

Entro i diversi campi d'analisi le metodologie maggiormente utilizzate sono:

- approccio tecnico-professionale:
  - *medical e clinical audit,*
  - *miglioramento continuo della qualità (Quality Assurance, VRQ),*
  - *accreditamento professionale,*
  - *linee guida ed evidence based medicine;*
- approccio organizzativo:
  - *total quality management,*
  - *certificazione di qualità (ISO 9000),*
  - *accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità,*
  - *accreditamento all'aeccellenza;*
- approccio partecipativo:
  - *APQ*

Approccio tecnico-professionale

Il Medical e Clinical Audit è un approccio sistematico, formalizzato e volontario di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, sviluppato soprattutto nei paesi anglosassoni a partire dagli anni settanta.
Esso si basa sulla revisione retrospettiva della pratica professionale con l'obiettivo di individuare possibili cambiamenti.
Si può distinguere fra Medical Audit, limitato solo agli aspetti medici e Clinical Audit, quando si prendono in considerazione ulteriori aspetti strutturali, di processo e di esito, relativi alle diverse componenti della pratica professionale, compresa quella infermieristica.
La valutazione si struttura come un processo ciclico, l'Audit Cycle, che può essere riassunto nei seguenti quattro punti:

- Definizione dei criteri di buona qualità delle cure,
- Raccolta dei dati di attività,
- Confronto delle performance con i criteri predefiniti ed individuazione degli scostamenti,
- Introduzione dei cambiamenti clinici ed organizzativi necessari per migliorare la qualità.

Il Medical Audit non ha un approccio globale al servizio, ma focalizza l'attenzione su aspetti di volta in volta diversi dell'assistenza sanitaria, individuati sia a livello territoriale che ospedaliero. Significativi esempi della varietà delle dimensioni che possono essere oggetto del Medical Audit sono proposti da Hughes e Humprey che hanno individuato, con riferimento all'attività dei medici di medicina generale, nove diverse aree all'interno delle quali si esprime un'attività di Medical Audit:

- Analisi della attività medica (practice activity analysis);
- Studio di casi (case studies);
- Analisi dei protocolli (disease and process audit);
- Soddisfazione del paziente (seeking patients' View);
- Sistema informativo (service indicators and the use of routinely available information);

- Lavorare in un gruppo di pari (working in peer groups);
- Visita di altre condotte mediche (practice visiting);
- Compilazione del rapporto annuale (practice annual reports);
- Attività di prevenzione e ruolo di facilitatore.

Ciascuna delle nove aree cerca di dare una risposta ad uno dei seguenti problemi metodologici che il Medical Audit si trova ad affrontare:

- Descrizione dell'attività clinica,
- Misurazione dell'attività clinica,
- Modalità per la raccolta delle informazioni necessarie alla valutazione,
- Esposizione dei risultati della valutazione,
- Ruolo del valutatore.

Quality Assurance, Verifica e Revisione della Qualità, Miglioramento Continuo della Qualità.

L'Audit Cycle contiene elementi che vengono ripresi dalla Quality Assurance (QA) o Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) come comunemente viene definita in Italia.

Secondo Donabedian il sistema VRQ ruota attorno a tre assi portanti:

- Il disegno del sistema o dell'assetto organizzativo generale dell'ospedale o specifico per ogni unità operativa;
- Il monitoraggio delle prestazioni mediche ed infermieristiche e delle loro costituenti fondamentali;
- La valutazione dei risultati.

I sette gradini operativi di un modello di VRQ sono riassumibili nella "Spirale della Qualità":

- Enucleazione dei problemi;
- Selezione delle priorità;
- Selezione della metodologia più appropriata per determinare le dimensioni di ogni problema;

- Elaborazione dei criteri e degli standard per misurare e comparare aspetti della realtà valutata;
- Individuazione delle carenze confrontando la realtà esistente con ogni criterio e standard;
- Correzione delle deficienze o eliminazione delle differenze;
- Verifica a distanza di tempo della validità dei risultati e degli indicatori scelti.

Accreditamento Professionale

L'accreditamento Professionale può essere sinteticamente definito come un meccanismo di valutazione esterna tra pari (peer review), per accertare il grado di corrispondenza a set di indicatori di qualità.
L'accreditamento Professionale ha un carattere fortemente partecipativo e si propone quasi come un'attività di autoregolazione.
Criteri ed indicatori vengono definiti attraverso un lungo processo di confronto e di validazione tra pari e sono poi continuamente aggiornati, in quanto prendono come punto di riferimento lo stato di eccellenza raggiunto.
La valutazione può essere effettuata tra pari o da un'agenzia indipendente, ma i valutatori sono sempre professionisti della sanità.
L'accreditamento Professionale si pone come obiettivo finale il miglioramento continuo, attraverso una logica di apprendimento organizzativo che coinvolge tutti i professionisti di una determinata struttura.
I sistemi di accreditamento Professionale, pur perseguendo tutti una finalità di miglioramento continuo e di ricerca dell'eccellenza, si differenziano fra loro per le logiche di valutazione seguite, per la scelta delle dimensioni da tenere sotto osservazione, per la definizione di criteri ed indicatori e per il sistema di misurazione adottato.
I sistemi di Accreditamento Professionale sono strettamente correlati all'Accreditamento all'Eccellenza. I principali metodi sono:

- JCAHO, Sistema di Accreditamento Statunitense: oggetto della valutazione è il miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio, con lo scopo di

individuare le aree di debolezza dell'organizzazione sanitaria, consentendo di porvi rimedio e di riallocare le risorse in modo efficiente.

- CCHFA, Sistema di Accreditamento Canadese: l'unità di osservazione è il processo di cura sull'utente e non il funzionamento del reparto. Il metodo pone l'attenzione sull'integrazione e sulla continuità del processo di cura, dall'accesso alla dimissione.
- ACHS: Sistema di Accreditamento Australiano: dà rilievo all'esperienza individuale complessiva del paziente all'interno dell'ospedale. I criteri e gli indicatori sono stati concepiti come supporto alle strutture sanitarie nel fornire al paziente una cura di qualità elevata in modo efficace ed efficiente.

Linee guida ed Evidence Based Medicine

Le linee guida e l'Evidence Based Medicine (EMB) sono strumenti ideati, in primo luogo, per aiutare il medico a prendere le decisioni e per migliorare gli esiti delle cure e sono, inoltre, strumenti per valutare la good practice ed il comportamento professionale nella pratica clinica. Le linee guida e l'EMB hanno i loro presupposti teorici nella epidemiologia clinica, la quale si propone di riordinare i risultati della ricerca clinica e di definire gli effetti delle scelte cliniche sulla salute.

Le linee guida sono costituite da un insieme di indicatori riferiti a specifici problemi clinici, elaborati da un gruppo di pari, dopo attenta revisione della letteratura esistente, allo scopo di aiutare la decisione medica e di ridurre l'alta variabilità dei comportamenti.

La progettazione, lo sviluppo, l'implementazione di una linea guida deve rispettare:

- La validità: le linee guida si basano sulla corretta interpretazione delle evidenze disponibili;
- Il costo-efficacia: le linee guida portano ad un miglioramento della salute a costi accettabili;
- La riproducibilità: una linea guida è riproducibile quando, un'altra linea guida basandosi sulle stesse evidenze, conduce ad analoghe raccomandazioni;
- L'affidabilità: una linea guida è affidabile quando nelle stesse condizioni cliniche un altro gruppo di medici le applica in maniera simile;

- L'applicabilità clinica: lo sviluppo di una linea guida avviene con il contributo di tutte le discipline chiave e degli stessi utenti;
- La flessibilità clinica: le linee guida specificano quali sono le eccezioni rispetto alle raccomandazioni ed indicano in quali circostanze le preferenze dei pazienti devono essere prese in considerazione;
- La chiarezza: le linee guida usano un linguaggio chiaro, che ne facilita l'uso nella pratica nella clinica;
- La documentazione meticolosa: le linee guida indicano chiaramente i partecipanti, gli obiettivi ed i metodi; collegano le raccomandazioni con le evidenze disponibili;
- I tempi di revisione: le linee guida contengono i tempi e le modalità con cui esse devono essere sottoposte a revisione;
- Il monitoraggio di utilizzazione: le linee guida indicano il modo in cui viene verificata l'adesione alle raccomandazioni.

Approccio organizzativo-gestionale

Il TQM (Total Quality Management o Gestione Totale della Quality) prende avvio dal settore manifatturiero privato per poi accedere al settore dei servizi commerciali prima e successivamente in quelli pubblici.
Le caratteristiche del TQM potrebbero essere riassunte nella seguente definizione: un programma integrato a gestione aziendale di cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere una cultura di miglioramento continuo, basato su una definizione di qualità incentrata sull'utente.
Per Okland è fondamentale il coinvolgimento dell'intera organizzazione: "il TQM è un approccio per aumentare l'efficacia e la flessibilità e per organizzare e coinvolgere l'intera organizzazione, ogni dipartimento, ogni attività, ogni singola persona ad ogni livello.

Certificazione UNI EN ISO 9000

Le ISO 9000 (International Standards for Organitations) sono norme di applicazione generale che possono essere adattate tutti i settori produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando sussiste la necessità di dimostrare la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme.
I requisiti di tali norme sono costruiti per fornire una garanzia al cliente non attraverso un controllo sul risultato ma, piuttosto, sul rispetto di procedure predefinite, così da poter ridurre drasticamente i rischi di non conformità.
La predisposizione di un Sistema di Qualità ispirato alle norme ISO 9000 richiede un periodo di addestramento lungo in funzione del livello di qualità iniziale dell'organizzazione e della complessità della struttura.

Accreditamento Autorizzativo e Requisiti minimi

Il concetto di accreditamento è stato introdotto per la prima volta in Itali con il Decreto Legislativo n. 502/92. L'accreditamento va inteso come la volontà di garantire una verifica ed un monitoraggio delle strutture che forniscono prestazioni nell'ambito del SSN.

Accreditamento all'eccellenza

L'Accreditamento all'Eccellenza ha pochissimi punti in comune con l'Accreditamento di tipo istituzionale immaginato dal legislatore italiano. Esso è inteso come l'abilitazione ad operare per conto dei sistemi di assistenza pubblica, ed ha come elementi caratteristici la fissazione ed il controllo degli standard e la partecipazione di tipo volontaristico da parte degli ospedali.

Analisi Partecipata della Qualità

È una procedura di valutazione dei servizi pubblici e sociali, in particolare di quelli sanitari, caratterizzata da una impostazione partecipativa, che prevede il coinvolgimento dei cittadini e degli operatori non solo come fonte di informazione, ma anche come soggetti attivi nella realizzazione dell'indagine e come utilizzatori dei risultati.

Questo metodo di valutazione dei servizi sanitari è stato elaborato dal Laboratorio di Scienze della Cittadinanza e interessa essenzialmente la qualità percepita, in particolare le relazioni interpersonali, il comfort, la disponibilità di servizi e la soddisfazione degli operatori.
Sotto il profilo teorico, esso si basa su una matrice che consente di misurare la qualità, scomposta in nove dimensioni o aree teoriche, per la cui identificazione si parte da due ordini di distinzioni:

- Qualità tecnica, qualità della dimensione interpersonale e comfort dell'ambiente;
- Processi, strutture ed esiti.

Combinando queste due categorie, rispettivamente riferite alle dimensioni della qualità ed agli aspetti costitutivi dell'erogazione dei servizi, si è pervenuti all'individuazione delle nove aree teoriche:

- Qualità tecnica per strutture;
- Qualità tecnica per processi;
- Qualità tecnica per esiti;
- Qualità della dimensione interpersonale per struttura;
- Qualità della dimensione interpersonale per processi;
- Qualità della dimensione interpersonale per esiti;
- Comfort per struttura;
- Comfort per processi;
- Comfort per esiti.

Le aree teoriche vengono valutate da sei tipi di fenomeni indicatori: il rispetto o la violazione di standard, le disfunzioni, gli eventi sentinella, le situazioni di particolare qualità, le opinioni di operatori e le opinioni degli utenti.

I primi quattro parametri individuano la dimensione oggettiva della qualità, mentre gli ultimi due, relativi a giudizi ed opinioni, si riferiscono alla dimensione soggettiva della qualità stessa.

Questo tentativo di attuare un doppio approccio alla qualità è ritenuto un carattere saliente del metodo APQ, che pur restando orientato alla percezione della qualità da

parte degli utenti ed alla loro soddisfazione per evitare i rischi di un sistema autoreferenziale, introduce strumenti volti a valutare fatti, dati strutturali ed eventi oggettivi.

Nel DPCM 19.5.1995 concernente lo "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari", al punto 1.3 dell'allegato, il modello dell'analisi partecipata della qualità APQ è stato indicato come strumento per la verifica del rispetto degli standard promossa periodicamente dalle ASL e realizzato in collaborazione con i cittadini e con le loro organizzazioni.

1.4 La qualità a livello internazionale

La qualità a livello internazionale risponde alle principali sfide sanitarie secondo un contesto di cambiamento. Tra le sfide sanitarie maggiormente rilevanti a livello europeo ed internazionale che il SSN deve affrontare si annoverano:

- Partecipazione alle attività degli organismi internazionali e sovranazionali;
- Gestione dei rapporti con l'Unione europea, con il Consiglio d'Europa e con l'Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica;
- Rapporti con l'Organizzazione mondiale della sanità e le altre agenzie specializzate delle Nazioni Unite;
- Promozione dell'attuazione delle convenzioni, delle raccomandazioni e dei programmi comunitari e internazionali in materia sanitaria;
- Svolgimento delle attività connesse alla stipula degli accordi bilaterali con i Paesi UE ed extra UE;
- Definizione dei rapporti giuridici ed economici in materia di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Unione Europea ed in ambito extracomunitario;
- Interventi sanitari in caso di emergenze internazionali anche con procedura Medevac;
- La cooperazione sanitaria trans-frontaliera;
- La mobilità dei pazienti nella UE e la mobilità degli operatori sanitari nella UE;
- La piena attuazione del regolamento sanitario internazionale dell'OMS;
- Lo sviluppo della progettazione europea di settore per favorire l'ingresso delle Istituzioni sanitarie italiane nel cosiddetto spazio europeo della ricerca.

L'Unione Europea, con il Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013" e con il Programma "Europa 2020", indica, infatti, la necessità di rafforzare, in un quadro strategico unico, la cooperazione a livello comunitario nei settori nei quali gli Stati membri non possono agire soli (tra questi figurano le minacce sanitarie di maggiore entità, le questioni che hanno un impatto transfrontaliero o internazionale, come le pandemie e il bioterrorismo, le problematiche connesse alla libera circolazione dei beni, dei servizi e delle persone), di garantire una maggior comprensione della salute a livello europeo e globale e di riservare più spazio alla salute nell'insieme delle politiche dei governi degli Stati membri.
A livello internazionale invece abbiamo dei sistemi che non rispettano i principi europei, come per esempio il caso americano dove la nascita e lo sviluppo sono strettamente correlati alla necessità di fronteggiare la diffusione di malattie infettive. Il primo embrione di organizzazione sanitaria americana è infatti costituito da una rete di ospedali, nati con lo scopo di prevenire la diffusione di queste malattie portate da marinai e viaggiatori.

Però dal 1970 al 1996 il budget nazionale è cresciuto tenendo conto dell'assicurazione dei malati e una nuova ristrutturazione viene effettuata. Attraverso un progetto di sicurezza sociale finanziato dal governo federale i cittadini statunitensi sono eleggibili indipendentemente dal reddito, quando raggiungono i 65 anni o divengono inabili permanenti. Così è nato Medicaid, un progetto di assistenza finanziato congiuntamente dal governo federale e dagli stati, che è rivolto ai cittadini con basso livello di reddito e viene erogato attraverso sistemi di eleggibilità che variano da stato a stato.
Con la nomina nel 2008 di Barack Obama a Presidente degli Stati Uniti, assistiamo a delle nuove riforme del sistema sanitario: da 'Medicare' e 'Medicaid' a 'Obamacare'. Quest'ultimo è un sistema sociale che ha l'obiettivo di ridurre drasticamente il numero degli americani senza copertura assicurativa.
Nei continenti africano e asiatico abbiamo le stesse forme di assistenza sanitaria attraverso il rafforzamento delle capacità di risposta e la responsabilizzazione degli amministratori locali. Con l'aumento della popolazione e delle malattie, il

miglioramento della situazione economica e della politica sanitaria diventano necessari per la ricerca di nuovi sistemi adeguati alla qualità sanitaria.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, investire in salute equivale ad investire nello sviluppo umano e nel benessere sociale ed economico. Per avere un ambito sanitario adeguato, si vuole:

- La prevenzione delle malattie;
- Azioni sulla sicurezza alimentare e la nutrizione;
- La sicurezza dei medicinali;
- La lotta al fumo;
- La normativa sul sangue, tessuti, cellule e organi;
- La qualità dell'acqua e dell'aria

I paesi con la sottoscrizione della carta di Tallin, hanno il compito di investire nel proprio SSN e di rafforzare l'investimento in altri settori che hanno un impatto sullo stato di salute nella popolazione, con disponibile sui legami tra lo sviluppo socio-economico e la salute, per adattare il SSN alle esigenze, alle preferenze e le aspettative della popolazione. I diritti e la responsabilità nella realizzazione di questo scopo, necessita lo studio dei ruoli dei principali attori nello sviluppo della sanità e loro livello di eccellenza.

Capitolo 2 – Il ruolo del Direttore Sanitario

2.1 L'evoluzione dell'approccio alla qualità

Nel nostro Paese, fino al momento attuale, è tuttavia caratterizzato da fattori decisionali di non semplice lettura; la qualità è stata infatti introdotta ufficialmente nel nostro sistema sanitario, ma non senza approssimazioni e persistenti zone d'ombra.

Le scuole di pensiero ed i metodi di approccio alla qualità sono invece molteplici e talvolta contrastanti, o almeno non immediatamente conciliabili: dalla certificazione ISO 9000, all'accreditamento di "eccellenza" statunitense (JCAHO), dalla "verifica e revisione della qualità" (VRQ) e dal "miglioramento continuo di qualità" MCQ), all' "analisi partecipata della qualità" (APQ), dal Total quality Management (TQM), al modello europeo di Qualità totale, sostenuto dall'European Foundation for Quality Management (EFQM).

In questo contesto la reazione più diffusa da parte degli stessi responsabili ed operatori della sanità, sembra essere improntata ad un certo scetticismo in merito alla possibilità di applicare effettivamente tali metodiche alla prassi terapeutica ed assistenziale quotidiana, contraddistinta da un'inerzia non facilmente superabile a trasformare i modelli routinari di lavoro.

D'altro canto è da ritenersi segno di maturità imprenditoriale, sociale e politica proporsi il traguardo ambizioso, ma non velleitario, di progredire oltre la stretta osservanza delle disposizioni vigenti, ponendosi l'obiettivo di una qualificazione destinata a rispondere in modo soddisfacente alle esigenze dei cittadini.

L'orientamento di fondo del processo di riordino del Sistema Sanitario Nazionale persegue il contenimento dei costi, senza abbassare la qualità delle prestazioni (il che implica la necessità di misurarla), sviluppando una migliore efficacia/efficienza. Ciò postula l'implementazione di un modello gestionale ed organizzativo tale da offrire precise garanzie di qualità e da soddisfare le esigenze degli utenti, costituendo la variabile strategica del successo. (Di Stanislao F., Liva C., 2000).

2.2 Il ruolo del Direttore Sanitario: un know-how in continuo mutamento

I ruoli dell'ospedale e dell'assistenza territoriale di oggi sono profondamente mutati rispetto al passato, e questo a seguito delle fisiologiche variazioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione, dell'innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale e all'esigenza di cure sempre più rapide e di elevata qualità specialistica: con essi sono in parte cambiati anche i compiti e le competenze affidate al Direttore Sanitario.

Per comprendere quali saranno le competenze e le funzioni del Direttore Sanitario, dalle doti manageriali al know-how e al percorso formativo necessario alla corretta gestione, è innanzitutto fondamentale comprendere in quale assetto organizzativo, strutturale e sociale si troverà ad operare. Vedere quindi quali sono stati storicamente i compiti a lui affidati ed infine cercare di comprendere in quale realtà lavorativa si troverà a dover agire con il suo doveroso bagaglio di professionalità.

La popolazione di oggi invecchia e sopravvive di più. Nel 2007, la speranza di vita alla nascita, era pari a 78,7 anni per gli uomini e 84,0 anni per le donne. Sia per gli uomini che per le donne si rilevano ancora oggi dati di maggiore sopravvivenza nelle regioni centrali e del Nord-Est rispetto al Sud Italia. Un sensibile aumento rispetto ai dati del 1983 (25 anni prima) in cui per gli uomini si stimava una aspettativa di vita di 71,3 anni e di 77,9 per le donne (Grafico 1).

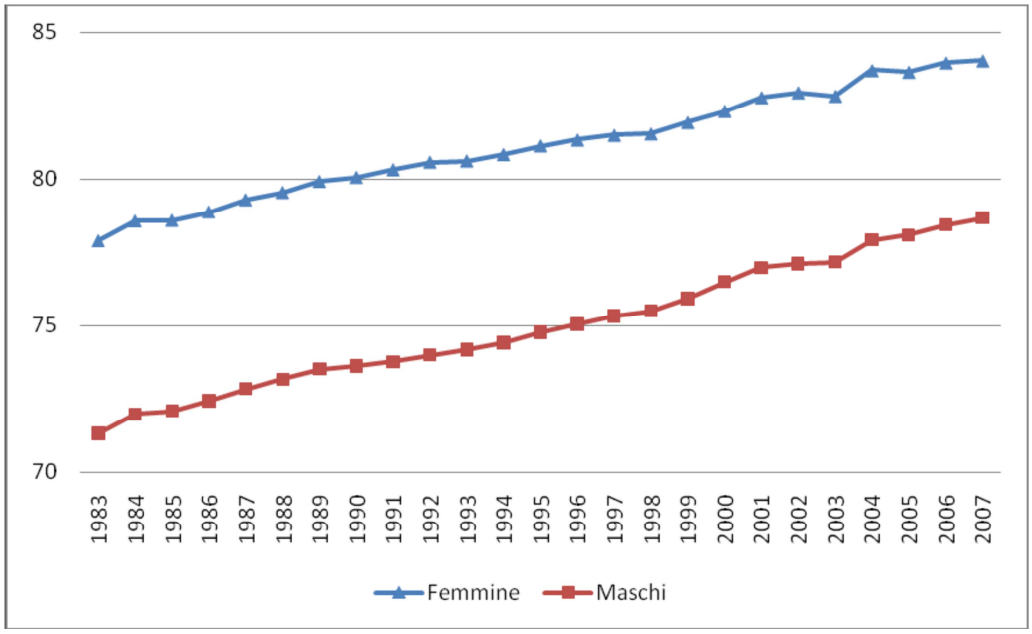


Grafico 1: Trend temporale della speranza di vita alla nascita dal 1983 al 2007

Tra gli inizi degli anni 2000 e il biennio 2006-2007, al netto dell'effetto dell'invecchiamento della popolazione, la mortalità oltre il primo anno di vita è inoltre diminuita da 103,5 a 89,8 per 10.000 negli uomini e da 61,3 a 54,5 per 10.000 nelle donne (rispettivamente 13% e 11% di riduzione). Partendo da questi dati è verosimile un ulteriore aumento dell'aspettativa di vita e quindi dell'età media della popolazione (invecchiamento). Con esso aumenterà, così come è già in divenire, l'impegno socio sanitario e assistenziale per tutte le patologie cronico-degenerative e tumorali. Le patologie ad esempio cardio- e cerebrovascolari, che determinano un elevatissimo carico di malattia nella popolazione adulta, soprattutto anziana, anche in termini di invalidità, disabilità ed impegno assistenziale per il Servizio Sanitario Nazionale, costituiscono ad esempio circa il 24% della mortalità generale.

In questa ottica, sarà importantissimo il ruolo del territorio e dell'assistenza sociale con cui gli ospedali sono chiamati sempre più ad integrarsi.

La popolazione di oggi, in qualità di consumatore dei servizi offerti dal SSN, è inoltre più consapevole ed informata rispetto al passato e per questo cerca e cercherà sempre più di influenzare le decisioni in merito alla propria salute (fenomeno detto "consumerismo", fortemente alimentato ed influenzato da internet): vuole essere sempre più parte attiva nelle scelte ed essere assistita da un Sistema Sanitario di Qualità.

Altro importante scenario in cui anche al Direttore Sanitario è chiesto, e lo sarà sempre più, di dare il suo supporto per il corretto governo è quello delle Tecnologie Sanitarie. Oggi, per tecnologia sanitaria intendiamo: farmaci, dispositivi medici, grandi apparecchiature, procedure mediche e chirurgiche, sistemi d'organizzazione e gestione, sistemi informativi, sistemi di supporto all'attività clinica (es. cartella clinica informatizzata).

Una nuova tecnologia è infatti generalmente introdotta per migliorare la qualità dell'assistenza ma la sua introduzione è, di conseguenza, associata ad un aumento dei costi (acquisto, corsi di formazione, nuovo personale) che, almeno inizialmente, rende i processi più complessi.

Tutto questo in un contesto in cui l'aumento dell'offerta e della domanda, che qualunque Direttore Sanitario è chiamato a governare, si scontra, con il problema della limitatezza delle risorse.

La spesa sanitaria pubblica corrente, in rapporto al PIL, a livello nazionale denuncia infatti una crescita, dal 2001 al 2007, dal 5,95% al 6,59%; un aumento della spesa pro capite fra il 2008 e il 2009 dell'1.91%, da 1.782 € a 1.816 € (la spesa è cresciuta del 27,8% dal 2003) ma anche nel 2009 il Servizio Sanitario Nazionale si è confermato complessivamente in disavanzo per circa 3,260 miliardi di € (54 € pro capite).

In un epoca di risorse limitate, quindi, il compito di ogni figura che ruota intorno al mondo della Sanità (operatori sanitari, manager, politici, pazienti e cittadini) è, e sarà sempre più, quello di garantire servizi sanitari ottimali.

L'ottimalità è stata da Donabedian definita come *"il bilanciamento dei miglioramenti di salute contro i costi di questi miglioramenti. La definizione implica che vi sia una "migliore" o "ottimale" relazione tra i costi e benefici nell'assistenza sanitaria, un punto al di sotto del quale potrebbero essere ottenuti più benefici a costi che sono bassi rispetto ai benefici e al di sopra del quale i benefici aggiuntivi sono ottenuti a costi troppo elevati rispetto ai benefici corrispondenti"*.

Compito difficile, ma non impossibile, attraverso il recupero di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

2.3 Le nuove competenze del Direttore Sanitario in un contesto di qualità

I primi accenni a compiti e doveri di un Direttore Sanitario sono presenti nel “Testo unico delle leggi sanitarie” del 1934.6 Ad esso è seguito il testo legge n° 1631 del 1938 (la così detta “Legge Petragnani”), in cui sono esposte le “Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali”. Con esso è stato ufficialmente istituita la figura del Direttore Sanitario.7 A questi era affidato il compito di “curare il buon governo dell'ospedale” e per far ciò si doveva avvalere delle sue migliori competenze derivanti dalla tradizione igienistico-sanitaria. Doveva inoltre svolgere il ruolo di controllo del personale sanitario e di consulenza gestionale nei confronti della Amministrazione.

Sono ad essi seguite diverse leggi e diverse riforme del Sistema Sanitario Nazionale che a volte ne hanno sempre di più delineato le mansioni e le responsabilità (Legge Mariotti e seguenti) ed altre volte hanno modificato sostanzialmente l’ambiente in cui è chiamato ad operare (Leggi di istituzione e riordino del SSN).

Oggi, a distanza di oltre settanta anni da quella prima legge, il Direttore Sanitario ha assunto sempre più un ruolo gestionale e di direzione tecnica dell’ospedale con necessarie competenze medico-legali/documentali, di controllo e promozione della qualità e ultimamente anche di gestione del budget.

Per far questo si dovrà avvalere, nei prossimi anni, dei nuovi modelli organizzativi derivanti dalle Scienze economico-gestionali, informatiche e comunicative sia degli strumenti tecnici messi a disposizione dalla Clinical Governance quali l’Health Technology Assessment (HTA), l’Evidence-based Health Care ed il Risk Assessment/Management.

L'introduzione della Clinical Governance dovrà, in tale ottica, avere priorità assoluta nella gestione del sistema.

Il Direttore Sanitario dovrà essere in grado di utilizzare, interpretare e gestire tutti gli strumenti del Governo Clinico:

- valutazione continua delle attività e dei processi clinici adottati (clinical audit);

- introduzione sistematica e continuativa delle più recenti evidenze scientifiche nella pratica clinica quotidiana (evidence based practice); rilevazione costante delle attività operative (indicatori di performance clinica);
- gestione attiva e preventiva del rischio clinico (clinical risk management);
- valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie (health technology assessment);
- coinvolgimento dei cittadini e delle persone assistite;
- gestione della qualità dei processi clinici e gestionali.

2.3.1 Competenze manageriali fondamentali del DS

Come garante del buon Governo tecnico-sanitario dell'ospedale, è innanzitutto fondamentale assicurare una formazione focalizzata sullo sviluppo di quelle competenze igienico-legali-sanitarie che permetteranno al medico Direttore Sanitario di assolvere al meglio il suo compito.

Grande importanza deve essere data, come base della formazione, allo sviluppo delle conoscenze epidemiologiche e biostatistiche. Questo perché solo se si è in grado di comprendere a pieno i bisogni di salute della popolazione si possono fornire/organizzare servizi/risposte adeguati.

Come ricordato dal Dott. Mastrilli, con il termine Governo Tecnico, in setting ospedaliero, si intende "la necessità/capacità di avere una visione globale del sistema e delle competenze tecniche da gestire, organizzare e controllare, competenze ed attività che sono il "collante" tra il management e la clinica e che partecipano appieno al raggiungimento dell'obiettivo primo, per non dire unico, di una struttura sanitaria: la qualità delle prestazioni rese ai pazienti".8 Tale principio è ovviamente estensibile anche al territorio.

Bisogna quindi acquisire tutte quelle conoscenze che permetto di garantire la sicurezza dei pazienti, la privacy, il controllo delle infezioni ospedaliere, la corretta gestione dei farmaci, della documentazione sanitaria, del comitato etico, dei problemi connessi alla sterilizzazione e dei rifiuti.

Più in particolare, quelle conoscenze tecniche che sono racchiudibili nei seguenti gruppi: aspetti igienico-sanitari, malattie trasmissibili, documentazione sanitaria e flussi informativi, donazione di sangue ed organi, gestione dei farmaci, etica e privacy, medicina legale, accesso alle prestazioni, organizzazione e gestione dei servizi e non in ultimo sicurezza sul lavoro.

Deve inoltre acquisire specifiche competenze in valutazione delle tecnologie sanitarie: Health Technology Assessment.

L'Health Technology Assessment (HTA) si può infatti definire come "la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze, dirette o indirette, nel breve e lungo periodo, dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie".9 Come ricordato dal dott. Carlo Favaretti, "tale metodologia si propone infatti di valutare la reale efficacia degli interventi medici, l'appropriatezza e l'efficienza con cui gli stessi sono adottati, i miglioramenti qualitativi, i benefici clinici e organizzativi ad essi legati, suggerendo di conseguenza come gestirli, promuoverli o, al contrario, scoraggiarli. L'HTA incide quindi sul processo decisionale, in quanto consente di compiere scelte di politica sanitaria evidence-based e previene l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate o superflue, contenendo la spesa che le stesse comporterebbero e migliorando la qualità complessiva dell'assistenza medica".

2.3.2 Competenze manageriali ed informatiche

Parte integrante del percorso formativo è l'acquisizione di tecniche in management sanitario. Parlando ormai giustamente di aziende, chiunque ricopra incarichi dirigenziali (ed il Direttore Sanitario è, e lo sarà ancora, parte del vertice strategico delle aziende sanitarie o ospedaliere) deve possedere quelle capacità e conoscenze tecniche che gli permettano di formulare e pianificare strategie aziendali, di governarne i processi di implementazione, partecipare all'allocazione delle risorse e curare le relazioni con l'ambiente esterno.

Fondamentalmente, in ambito sanitario possiamo distinguere due livelli organizzativi: l'organizzazione del Sistema Sanitario e l'organizzazione dei servizi sanitari. Il Direttore Sanitario è chiamato ad operare soprattutto in quest'ultimo dove sono

distinguibili tre livelli fondamentali, ormai consolidati da anni e che probabilmente subiranno un ulteriore consolidamento con forte integrazione anche dell'assistenza sociale:

Primary care: primo contatto del paziente con il sistema, soddisfacimento del bisogno sanitario non ancora emerso (pre-emergente) o emergente non ancora ben definito o del bisogno ormai cronico anche del non autosufficiente. In questo settore, al Direttore sanitario, sarà sempre più richiesto di dare il suo contributo al fine di garantire livelli ottimali di offerta dei servizi (promozione, prevenzione, mantenimento dello stato di salute, counseling, educazione sanitaria ma anche diagnosi e trattamento di base o cronico). Qui bisognerà garantire e strutturare sempre più percorsi di cura sia a medio che a lungo termine per le diverse patologie.

Secondary care: trattamento specialistico, ambulatoriale o ospedaliero, per quei pazienti indirizzati dall'assistenza primaria;

Tertiary care: tutti quei servizi ad elevata specializzazione con elevato impegno di tecnologie. Di solito erogati da pochi centri.

In tutti questi diversi livelli al Direttore Sanitario è chiesto di operare, partendo da una stima del burden delle diverse patologie anche diviso per zona geografica, per programmare ("processo di organizzazione delle decisioni e delle azioni da intraprendere nel presente allo scopo di raggiungere particolari finalità in tempi futuri"10,11) attraverso ideazione, pianificazione, azione e valutazione. Il tutto, in un'ottica di Total Quality Management, può essere una chiave di successo per il presente e per il futuro.

Un valido strumento per facilitare la pratica delle attività manageriali è l'acquisizione e lo sviluppo delle conoscenze informatiche per ideare, e quindi realizzare, sistemi di scambio ed utilizzo delle informazioni.

Per informatica si intende lo studio degli algoritmi (sistemi di regole e procedure) per comprenderne le loro proprietà formali e matematiche, le loro implementazioni hardware e/o linguistiche e dunque le loro applicazioni.

L'informatica medica, in particolare, è quel ramo dell'informatica che si impegna ad utilizzare le teorie, le tecniche e le tecnologie proprie dell'informatica stessa in ambito medico in modalità altamente interdisciplinare.

In particolare si occupa di:

- Metodi ed architetture per i sistemi informativi sanitari;
- Clinical Decision Support Systems;
- Sistemi di classificazione ed archiviazione dati;
- Sistemi basati sui protocolli;
- Registrazione, elaborazione ed analisi di segnali e/o immagini;
- utilizzo del Web per fini sanitari.

L'obiettivo cardine dell'informatica medica è quindi quello di gestire tutti i flussi informativi prodotti durante le diverse attività sanitarie integrandoli.

Una conoscenza infatti dei metodi di scambio delle informazioni, e quindi come trattarle, associata ad una cultura manageriale può sicuramente facilitare il compito di Governo Tecnico e Clinico del Direttore Sanitario.

2.3.3 Leadership e lavoro di squadra

Le organizzazioni sanitarie sono state classicamente definite come forme di "burocrazia professionale" in cui le diverse professionalità sono generalmente autonome ed in rapporto diretto con il cliente/paziente. In tale ottica, il compito del Direttore Sanitario può essere quello di favorire la standardizzazione delle azioni di gestione: i livelli di conoscenza dei singoli operatori condizionano le azioni di programmazione del vertice direttivo. Oggi, le organizzazioni sanitarie sono sempre più interpretabili come forme flessibili in cui il lavoro si organizza per "gruppi di lavoro" su specifici progetti o obiettivi. Questo perché solo tramite il lavoro di gruppo si possono creare sistemi più funzionali e accettabili. Tutti dovrebbero essere al corrente dei progetti e tutti devono farsi parte attiva dei cambiamenti, soprattutto organizzativi: solo il coinvolgimento di

tutti è in grado di favorire il cambiamento culturale ed il massimo coinvolgimento di tutti i professionisti che può rendere una organizzazione di successo.

A seconda del livello di coinvolgimento del personale si possono avere diversi gradi di reazione del personale che vanno dall'indifferenza al cambiamento passando per rifiuto, resa, tolleranza, consenso senza supporto e supporto passivo. Ogni organizzazione dovrebbe vivere perennemente in un ottica di cambiamento continuo verso l'optimum (supporto attivo, massimo coinvolgimento professionale). Compito di favorire e garantire il processo del cambiamento è proprio del leader. Il Direttore Sanitario, come Medico Manager Leader, può favorire e rendere reale tale cambiamento.

Compito del leader è infatti quello di dirigere tutte le attività di cui è responsabile puntando sulle persone che ne fanno parte incoraggiandole e motivandole, facendole sentire parte attiva dell'organizzazione e non pedine esecutive.

La leadership è infatti definibile come quel processo con cui si influenzano le azioni di un gruppo organizzato per il perseguimento di specifici obiettivi o meglio ancora come quel processo che permette di dare un senso all'organizzazione, ai suoi obiettivi e alle sue azioni costruendo consenso sociale.

Capacità fondamentale del Leader è anche quella di sapersi circondare dei collaboratori giusti e saper modificare l'ambiente per renderlo il più produttivo possibile e adatto al lavoro di squadra. Deve creare valore per le persone.

L'ambiente di lavoro ideale dovrebbe essere:

Credibile: il manager condivide regolarmente con i propri dipendenti i programmi e i piani dell'azienda ascoltando i loro pareri. In questo modo tutti conoscono il rapporto tra il loro operato e gli obiettivi prefissati a breve, medio e lungo termine dell'azienda.

Rispettoso: il manager deve apprezzare il lavoro ben condotto e tentare di avvicinarsi ai suoi dipendenti ascoltandoli e comprendendo i loro problemi e le loro necessità;

Equo: ognuno riceve il giusto riconoscimento per il proprio lavoro. Tutto questo per generare orgoglio e cameratismo tra i dipendenti che rendono un'azienda sempre più forte nel tempo.

2.3.4 Comunicazione verbale e non

Per quanto sin ora detto, una importante skill che il Direttore Sanitario - Manager e Leader - deve avere e sviluppare è quella comunicativa.

Deve cioè possedere le conoscenze di gestione del linguaggio verbale, paraverbale e non verbale, la giusta sensibilità per l'auto-osservazione, l'organizzazione degli interventi, la gestione delle emozioni e delle domande. Conoscere quindi la gestione del linguaggio, della postura e della comunicazione non verbale. Deve essere inoltre in grado di scrivere documenti efficaci nei diversi contesti organizzativi e professionali.

Deve possedere una comunicazione così detta persuasiva. Funzione fondamentale di ogni comunicazione è infatti quella di influenzare e manipolare la realtà sociale. Il suo principale scopo è quello di produrre cambiamenti su opinioni, credenze, atteggiamenti e valori ma soprattutto sui comportamenti dei singoli individui.

La comunicazione persuasiva è schematizzabile come un processo continuo di negoziazione e apprendimento, per ottenere consenso e quindi l'aiuto e la fiducia dei propri collaboratori.

Secondo Jay Conger (docente di comportamento organizzativo alla University of Southern California), la comunicazione persuasiva poggia su quattro pilastri:

La credibilità: le persone sono più favorevolmente tese ad ascoltare chi ritengono affidabile e autorevole. La credibilità si guadagna sicuramente coi fatti dopo aver dimostrato nel tempo di essere degni di fiducia perché silavora nell'interesse comune;

L'individuazione di obiettivi e benefici comuni: le proposte fatte devono presentare chiari vantaggi tangibili per il gruppo. Bisogna saper far leva sugli interessi e sulle priorità dei singoli per il bene comune. Questo si ottiene anche attraverso colloqui formali e non, ascolto continuo dei propri collaboratori. Tutto questo permette di studiare e conoscere anche le esigenze dei singoli per cercare, nel possibile, di soddisfarle;

Un linguaggio chiaro e comprensibile: sono da preferire le sequenze logiche ben delineate. Anche l'uso di esempi può essere di grande utilità;

Sintonia emotiva: bisogna saper prestare anche attenzione alle reazioni e agli stati d'animo dei propri collaboratori.

Risparmio energetico, consumi e nuove energie

Le strutture sanitarie rappresentano, infatti, una delle principali fonti di consumo del settore pubblico e tanto sono più grandi le strutture tanta più energia è necessaria per farle funzionare. Considerando poi il continuo aumento dei costi dell'energia e che si tratta di strutture a volte in funzione per tutto l'arco della giornata, è evidente che la sostenibilità economica delle stesse, già in crisi per i motivi precedentemente esposti, potrebbe subire un ulteriore colpo.

Agli ospedali sono infatti ascrivibili elevati consumi per riscaldamento, climatizzazione e illuminazione; ingente consumo di acqua calda sanitaria; produzione di vapore per sterilizzazione e umidificazione; ampio impiego di dispositivi diagnostici e terapeutici; produzione di rifiuti speciali ed emissioni di gas in atmosfera.

Capitolo 3 - Customer Satisfaction

3.1 La Customer Satisfaction

Un Sistema Qualità centrato sulle esigenze dei pazienti deve tenere in giusta considerazione i loro pareri e deve tenere conto degli strumenti che essi hanno a disposizione per formulare un giudizio.
Con la collaborazione di referenti di alcune strutture sanitarie che hanno effettuato l'indagine, sono stati messi a punto 2 questionari tipo per le aree principali di indagine: area di ricovero e area ambulatoriale.

Si è puntato così allo sviluppo metodologico per la determinazione del campione, alla praticabilità del metodo lasciando la più ampia autonomia alle strutture di intervenire nell'impostazione del campionamento adeguandole alle singole realtà, alle mission aziendali e all'impatto sull' organizzazione della risorsa utente.
L'obiettivo generale è di costruire una rete di informazioni sulla qualità percepita attraverso una rilevazione complessiva già esistente nelle strutture sanitarie, oggetto di ricerca di diversi studi in riferimento al questionario inserito nel libro del Dott. Alberto Marino "*Marketing, Customer Satisfaction e Qualità "esterna" nelle aziende sanitarie e socio assistenziali, in ottica di Efficacia ed Efficienza delle aziende Sanitarie e Socio Assistenziali*".

L'obiettivo di questo questionario, hanno come base di partenza per il miglioramento del sistema di customer satisfaction: in esse sono infatti contenuti i principi e i criteri base per una corretta applicazione della customer satisfaction, facendo leva sul criterio dell'ascolto del paziente-cliente, che deve esser ideato e diretto per permettere un flusso di comunicazione a due vie. Le indicazioni si incontrano sull'organizzazione che deve essere conforme alla mission aziendale operante in un sistema non isolato.

L'indagine di customer deve sempre rispondere ad una esigenza di cognizione finalizzata ad interventi migliorativi oltre che alla semplice definizione di un indice. Affinché costituisca una risorsa deve avere il riconoscimento tecnico e quindi

corrispondere a requisiti propri della ricerca metodologica a cui va aggiunto il dato che per tradursi in informazione deve esser interpretato e contestualizzato.

Strumenti di segnalazione: il questionario e le rilevazioni

L'obiettivo che si vuole conseguire è quello di stabilizzare gli approcci metodologici delle iniziative di rilevazione, per organizzare il cosiddetto Customer Relationship Management, e proporre un'analisi incrociata tra più indicatori del grado di soddisfazione percepita: indagini qualitative, indagini quantitative, focus group, reclami e altri segnali provenienti dall'utente.
Per la valutazione del grado di soddisfazione è stato adottato il questionario a domande chiuse a cui si è aggiunta l'opzione della domanda aperta per indicare suggerimenti e osservazioni.

Questo mezzo, pur costituendo una standardizzazione delle informazioni e risultando poco flessibile, costituisce la forma adatta a raccogliere dati di sistema, tenendo in debita considerazione le interazioni di fattori importanti come la dimensione organizzativa delle strutture o le variabili del territorio.

Infatti, nella definizione del questionario è opportuno prestare la massima attenzione alle dimensioni di qualità (pensate dagli utenti e alle espressioni lessicali); al codice linguistico utilizzato che deve necessariamente essere di colui che risponde e non di coloro che predispongono il questionario.
Le strutture devono promuovere le azioni di consultazione e di raccolta delle segnalazioni di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei cittadini.

Struttura del questionario

Sulla base delle esperienze maturate si è scelto il questionario con struttura ad albero con domande generali, relative al servizio in generale e sia con domande specifiche sull'esperienza vissuta nella struttura stessa.
Questa impostazione costituisce un'opportunità per ottenere un tasso di risposta alto poiché il questionario si può ritenere completo, ai fini del report regionale, anche se compilato in modo corretto solo nella sua parte generale.

Nei questionari si è adottata quasi sempre una scala a 4+1 valori, riconoscendo anche l'opzione "non saprei", poiché si è ritenuta la formula più indicata ad esprimere i giudizi di indifferenza.
Sono sempre previste, inoltre, aree con domande aperte per esprimere pareri non codificabili facilmente ma di indubbia utilità.
Il questionario è strutturato da: *domande chiuse* centrate sui temi delle aree indagate, una *domanda aperta* per eventuali osservazioni libere, *domande di carattere generale* che possono influire sul giudizio complessivo (lo stato di salute, l'età, la scolarità, ecc).
E' importante che la struttura del questionario, qualunque sia la modalità di somministrazione utilizzata, preveda la parte anagrafica e i dati relativi alla scolarità. Questi elementi sono ritenuti fondamentali per la rilevazione regionale; ogni struttura, poi, può estendere lo schema anagrafico in funzione delle correlazioni che ritiene più opportune per le proprie elaborazioni.
Le esperienze precedenti hanno messo in rilievo che la valutazione del livello di soddisfazione globale per i servizi ricevuti è fortemente correlata in senso positivo con lo stato di salute dell'intervistato.
Da questo fatto discende la necessità di avere un'indicazione di tale stato, senza peraltro procedere ad un vero e proprio questionario di rilevazione; infatti si ritiene che in questa fase anche una sola domanda permetta di valutare lo stato emotivo del paziente che può procedere con una sovra e sottovalutazione della prestazione.
Poiché la compilazione del questionario richiede tempo e attenzione è indispensabile rendere piacevole l'impatto visivo adottando un carattere e una grafica sufficientemente leggibili.

Un aspetto importante merita il modulo informativo e la richiesta del consenso per l'utilizzo dei dati sempre mantenendola privacy.

Aree di indagine

I questionari sono relativi all'area di ricovero ordinario ed ai servizi ambulatoriali. Preliminarmente il questionario prevedeva una terza parte riferita all'area cosiddetta operativa, cioè si voleva investigare la qualità percepita dai collaboratori in relazione alla mission qualitativo imposto dalla Direzione Generale, ma purtroppo per problemi di tempo ed interazione con i direttivi ospedalieri, non è stato possibile organizzare anche questa sezione. Questa terza area potrebbe essere uno spunto di partenza per ulteriori studi di ricerca per aumentare il grado di efficienza nei servizi.

Le tematiche individuate sono tradizionalmente riconosciute come indicative dell'indice di soddisfazione del paziente:

• *Informazione/comunicazione*
• *Accessibilità*
• *Aspetti organizzativi*
• *Relazione*
• *Professionalità degli operatori*
• *Continuità/qualità delle cure*
• *Aspetti alberghieri (vitto, alloggio, igiene)*

I fattori oggetto dell'indagine devono essere messi strettamente in relazione alle note di criticità di maggiore rilievo provenienti dalle segnalazioni dell'utenza e dal rispetto delle regole di buon funzionamento aziendale (i fattori devono corrispondere ad aree su cui intervenire con azioni di miglioramento).
Le tematiche toccate nei questionari regionali nascono dall'analisi della reclamistica e dai percorsi in atto dal Sistema Qualità regionale.
Un questionario con troppe variabili fattoriali potrebbe risultare ad una prima lettura troppo complessa: è auspicabile perciò un'indagine mirata con un questionario breve.

3.2 Metodologia di ricerca

Decretata la natura e la dimensione del campione, bisogna fare la scelta del metodo di rilevazione che si vuole adottare, in quanto ognuno di essi presenta vantaggi e svantaggi e può influire sulla bontà dei dati raccolti. Analizziamo i principali metodi:

Indagine telefonica (metodo C.A.T.I.)

Questo sistema consente di avere un'entrata immediata all'utente che è solitamente contento di collaborare ad una attività finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Ha il vantaggio di avere un costo ridotto, (facilmente pianificabile) una disponibilità immediata dei dati e permette di effettuare la rilevazione dopo il periodo di ricovero/assistenza e quindi di intervenire senza eventuali condizionamenti psicologici.

Un probabile punto di difficoltà sta nel fatto che tutto ciò deve essere compiuto in un periodo tendenzialmente limitato con il supporto di strutture specialistiche dedicate al marketing telefonico o con una formazione ad hoc per il personale interno.

Il metodo C.A.T.I., Computer Aided Telephone Interview, implica l'utilizzo di computer con software adatti ad ottimizzare il tempo e supporta la registrazione dei dati, visibili in tempo reale.

Una corretta impostazione del contatto telefonico può ovviare a problemi di privacy, già superati con la presentazione di un modulo informativo e di richiesta di consenso.

Autocompilazione a distanza

Consiste nell'invio a casa dal questionario preaffrancato o nella consegna diretta al momento della dimissione.

Il vantaggio lo si ritrova nel minor carico di lavoro per le risorse interne, nel rispetto della privacy e nella mancanza di condizionamento.

Lo svantaggio può consistere nel costo, comunque pianificabile, e nel rischio di un ritorno limitato. Questo ultimo aspetto può essere ovviato con un richiamo – *recall* - postale o telefonico.

Autocompilazione durante il ricovero/assistenza

Il questionario autocompilato è più complicato poiché richiede una maggiore collaborazione dell'intervistato e bisogna ricordare che per una certa parte della popolazione risulta più difficile ed impegnativo leggere e capire piuttosto che rispondere alle domande.

Ai degenti e ai pazienti A.D.I. deve essere somministrato dopo un congruo periodo della presa in carico e prima della visita/esame. L'ovvio vantaggio di questa modalità consiste nell'esiguo numero di risorse da dedicare all'attività di indagine.

Intervista

E' una metodologia di forte impatto e di riscontro positivo da parte degli utenti soprattutto nell'area del ricovero e dell'A.D.I. Si possono registrare dei condizionamenti ma i dati di alcune indagini pilota hanno evidenziato una maggiore polarizzazione dei risultati rispetto alle altre modalità di somministrazione, in quanto richiede una formazione attenta del personale intervistatore garantendo un alto numero di questionari con dati completi.

L'indicazione regionale per la somministrazione dei questionari si fonda sul principio dell'autonomia. Ogni struttura può scegliere la modalità che meglio si adatta alla specifica realtà organizzativa e che permetta un'efficace ed efficiente indagine di customer satisfaction.

A livello regionale, è importante che la struttura dichiari la modalità scelta e, con essa, l'organizzazione che ne deriva. Questo aspetto di autonomia comporterà un'adeguata valutazione a livello regionale dei dati delle diverse strutture.

Criteri di validità dei questionari, registrazione ed elaborazione di dati

Ai fini dell'analisi sono da considerarsi validi i questionari completi. I questionari si ritengono validamente compilati se l'80% delle domande riporta una risposta valida. Si reputa valida anche la domanda "non saprei". Non è ammesso dare più di una risposta

alla stessa domanda, a meno che non si tratti di una domanda con risposta multipla e ciò sia esplicitamente indicato.

I questionari raccolti dalle singole strutture dovranno essere analizzati attraverso il controllo di completezza e coerenza.

3.3 Customer Satisfaction: un esempio riferito a 1000 pazienti

L'analisi di customer satisfaction è stata effettuata su 1000, distribuendo 500 questionari per sezione.

Il questionario somministrato era costituito da due parti ben caratterizzate che riguardavano:

• Customer satisfaction: si trattava delle domande relative allo schema di base proposto dalla Regione per l'indagine locale della soddisfazione dei pazienti rispetto al trattamento ricevuto;

• Lo stato di salute: con l'adozione delle domande per la misurazione dell'efficacia dei trattamenti medici ricevuti.

Questionario e definizione delle variabili considerate

L'abbinamento delle due parti esposte sopra permette da una parte di iniziare ad esplorare la possibilità di misurare l'efficacia delle terapie fornite e la loro percezione, in termini di miglioramento della propria salute, dall'altra il livello di gradimento del trattamento alberghiero, con la possibilità di verificare quanto lo stato di salute possa incidere sulla positività o negatività dei giudizi.

Ogni intervista è connotata da alcuni "codici" identificativi che permettono di segmentare i risultati ottenuti, in particolare:

Informazioni sull'intervistato:

1) sesso;

2) età;

3) professione;

4) scolarità

5) nazionalità

Giudizi sul ricovero:

1) igiene e pulizia ambienti;
2) tranquillità e comfort personale;
3) frequenza visite infermieri;
4) sollecitudine e cortesia infermieri;
5) problemi pazienti stanza;

CL_ETA: classi di età in decenni; è una variabile ordinale a 6 livelli, ottenuta dalla variabile I2, raggruppata per decenni:

1: < 30 anni;

2: tra 31 e 40 anni;

3: tra 41 e 50 anni;

4: tra 51 e 60 anni;

5: tra 61 e 70 anni;

6: > 70 anni.

3.4 I risultati delle interviste

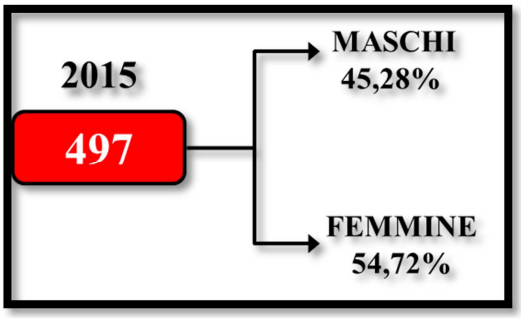
Complessivamente il livello di soddisfazione degli intervistati è elevato e l'ordinamento della tabella secondo la percentuale di giudizi ottimi riflette il target al quale vuole tendere il servizio sanitario regionale per quanto concerne la soddisfazione degli utenti.

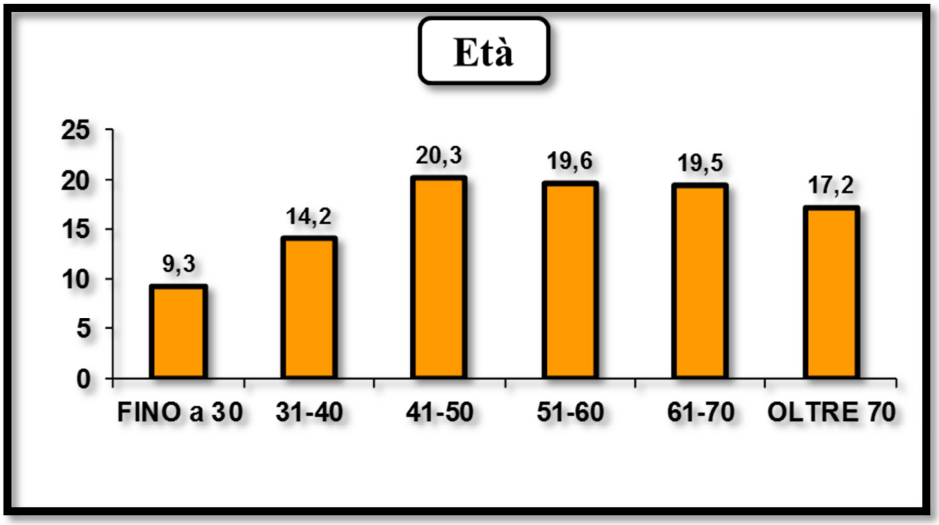
Il questionario è stato consegnato ai referenti degli ospedali, i quali hanno intervistato i pazienti. Sono stati consegnati complessivamente 500 questionari per sezione (ambulatoriale e ricovero) suddivisi equamente tra l'A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo e all'A.O. Bolognini di Seriate per un totale di 1000.

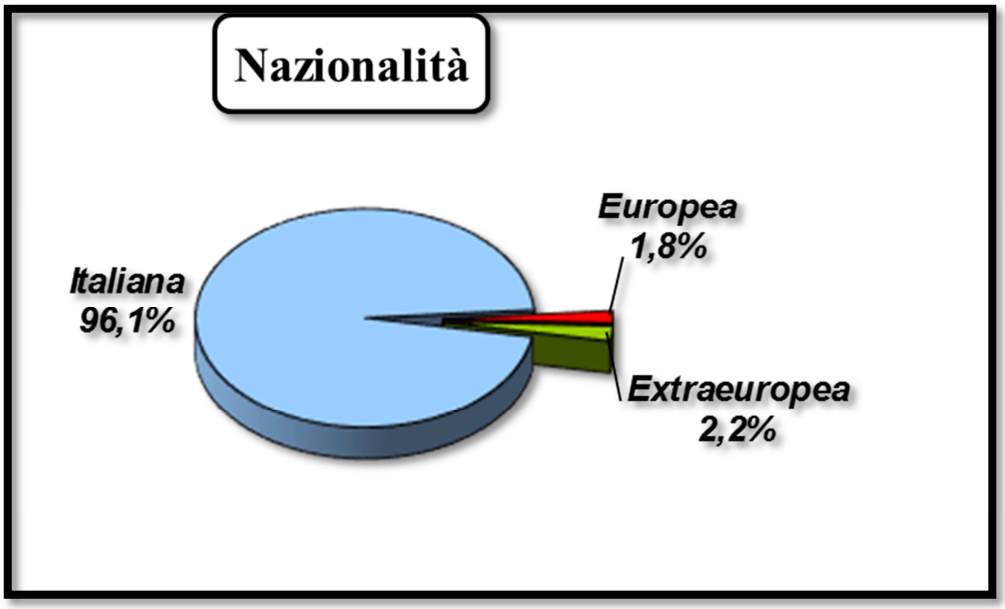
Successivamente, questi, sono stati consegnati in busta chiusa ed analizzanti nel loro complessivo, senza distinguere la provenienza dell'ospedale. Le domande fanno riferimento alla prenotazione telefonica o allo sportello in generale.

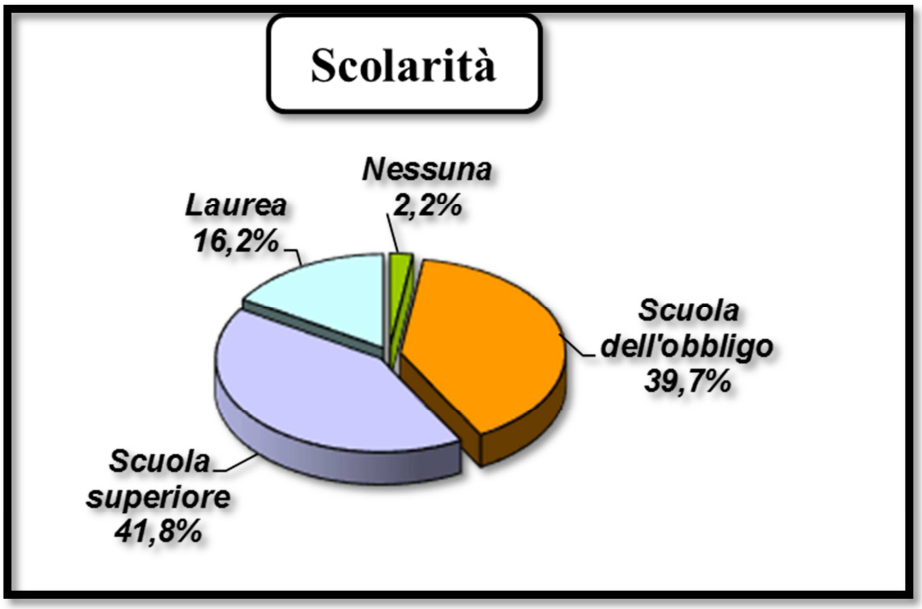
Sezione ambulatoriale

Analizzando nel dettaglio, scopriamo quanto segue. Il questionario è stato risposto validamente 497 volte su 500. I rispondenti sono per il 54,72% femmine, l'età media è 52,36 anni, il 96,1% è di nazionalità italiana ed il 39,7% dei casi ha conseguito la scuola dell'obbligo.









La domanda successiva investigava il mezzo utilizzato per prenotare la visita ambulatoriale: telefonicamente o tramite lo sportello. E' risultato che il 42,59% ha prenotato telefonicamente, mentre la maggioranza (57,41%) allo sportello.

E' stato richiesto di esprimere un giudizio, per ogni quesito, con una scala che va da "per nulla soddisfatto" al "soddisfatto". In aggiunta a questo è stata inserita anche

l'opzione di indifferenza, cioè il "non saprei". Questa scelta opzionale è stata seguita per la maggior parte delle altre domande della sezione ambulatoriale.

Per semplicità raccogliamo con una scala da 1 a 4 + 5 (non entra nella media) le seguenti opzioni, denominate ***range***:

1) Per nulla soddisfatto
2) Poco soddisfatto
3) Abbastanza soddisfatto
4) Soddisfatto
5) Non saprei

Telefonicamente

Ricordiamo che il nostro valore di riferimento, su cui calcolare i diversi parametri, è 497 cioè il numero di pazienti che hanno risposto almeno all'80% dei test.

Prenotazione telefonica				
Quesito	n. risposte	%	Range	Non saprei
E' soddisfatto (orari, cortesia..)?	415	83,5%	2,53	5
Orari in cui è possibile prenotare al telefono	422	84,9%	2,58	7
Attesa per prendere a linea	435	87,5%	2,86	12
Cortesia dell'impiegato con cui ha parlato	433	87,1%	2,48	3

Come possiamo notare abbiamo una percentuale di rispondenza media dell'85,8% ed i pazienti si ritingono suddivisi quasi equamente (2,61) tra il poco soddisfatti ed abbastanza soddisfatti. In particolare risultano più soddisfatti in merito all'attesa di prendere la linea telefonica, mentre si ritengono meno soddisfatti sull'operatore con cui hanno interloquito.

Allo sportello

Prenotazione sportello				
Quesito	n. risposte	%	Range	Non saprei
E' soddisfatto in generale?	384	77,26	2,45	12
Orari apertura sportello	352	70,82	2,89	5
Semplicità nel raggiungere gli sportelli	387	77,87	2,96	10
Attesa allo sportello	366	73,64	2,33	2
Comfort dei locali d'attesa	371	74,65	2,42	15
Cortesia impiegato	365	73,44	2,75	3
Rispetto privacy	370	74,45	3,45	2
Informazioni varie	380	76,46	2,61	11
Attesa appuntamento visita/esame	420	84,51	2,24	23

Rispetto alla sezione telefonica, abbiamo un livello di rispondenza minore di quasi 10 punti decimali con una media del 75,90%, mentre il livello di soddisfazione è leggermente migliorato (2,68). In particolare riscontriamo che uno dei valori più alti è la cortesia dell'impiegato, variabile/ operatore che nella prenotazione telefonica risultava più deficitario. In assoluto il rispetto della privacy è quello che ha riscosso il maggior apprezzamento, mentre il tempo di attesa della prestazione rimane il punto debole di questo blocco di domande

Indipendentemente dalla tipologia di prenotazione è stato richiesto di rispondere ad altre due blocchi di domande: relativamente alla soddisfazione dell'accettazione amministrativa (pagamento ticket) e della soddisfazione della prestazione ambulatoriale.

Accettazione amministrativa

Accettazione amministrativa				
Quesito	n. risposte	%	Range	Non saprei
E' soddisfatto dell'organizzazione?	412	82,90	2,13	9
Orari apertura	408	82,09	2,32	6
Semplicità nel raggiungere gli sportelli	398	80,08	2,17	10
Semplicità del disbrigo pratiche	404	81,29	2,33	2
Attesa sportello	435	87,53	2,42	15
Cortesia impiegato	421	84,71	2,75	3

Come possiamo notare, abbiamo una percentuale di rispondenza maggiore rispetto a al blocco di domande sulla prenotazione allo sportello. Una motivazione può essere il numero di domande poste in essere.

Notiamo che la media, la più bassa sino ad ora, del punteggio ottenuto è 2,35, in particolare stupisce la poca soddisfazione relativa all'organizzazione di questo servizio.

Servizio ambulatoriale

Servizio ambulatoriale				
Quesito	n. risposte	%	Range	Non saprei
E' soddisfatto dell'organizzazione?	452	90,95	2,56	15
Semplicità nel raggiungere gli ambulatori	410	82,49	2,63	8
Attesa prima della prestazione	416	83,70	2,23	10
Comfort locali di attesa	413	83,10	2,35	3
Rispetto privacy	432	86,92	2,88	7
Cortesia infermieri	440	88,53	2,42	5
Cortesia medici	438	88,13	2,39	8

Il servizio ambulatoriale risulta essere il blocco più risposto. Probabilmente le domande contestuali sono meno sentite dai pazienti, mentre quelle più pratiche hanno un risultato più efficace. In particolare la media dei rispondenti è 86,26% ed il livello di soddisfazione si attesta su una media di 2,49.

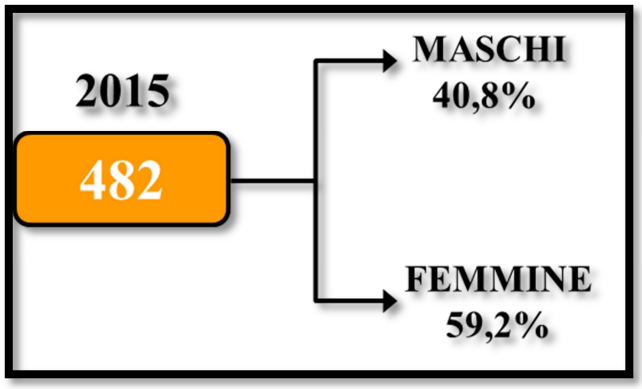
In generale stupisce, ma non troppo, l'incertezza delle risposte di ogni blocco (prenotazione telefonica, sportello, accettazione amministrative e servizio ambulatoriale) sulla soddisfazione generale del servizio con il quesito *"..consiglierebbe questo ospedale a conoscenti.."*. L'86,57% ha risposto SI, l'11,53% non ha risposto (quindi si presume che sia indeciso) e solamente 1,9% risponde NO. Possiamo affermare che il servizio generale soddisfa la clientela.

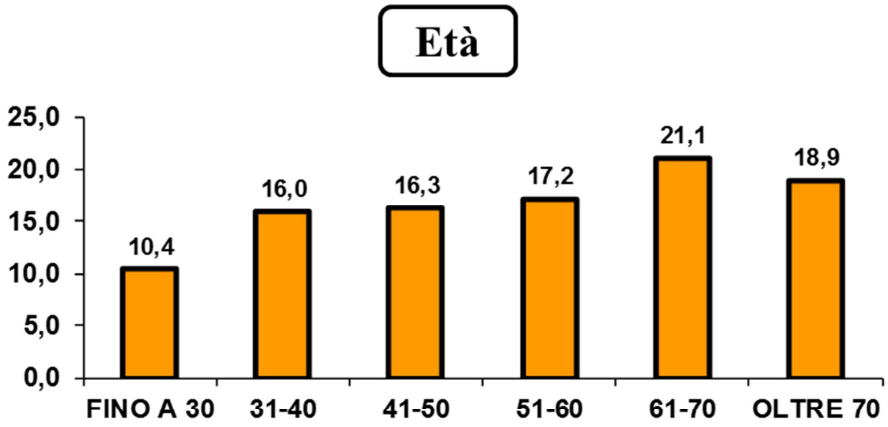
Infine è stato chiesto di rispondere se il servizio ricevuto sia migliorato o peggiorato rispetto ad una possibile precedenza visita:

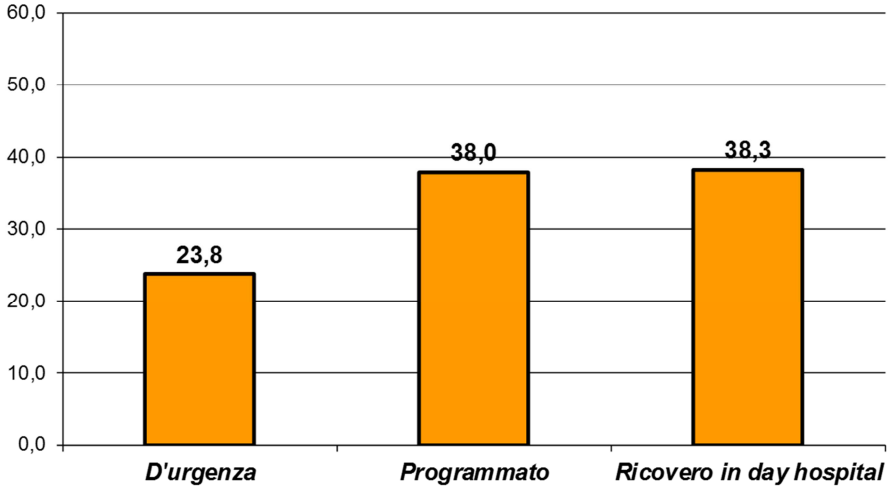
Il 39,17% non saprebbe dare una risposta, il 27,92% ritiene il servizio migliorato, il 18,15% peggiorato, 10,32% uguale e 4,44% è la prima volta che utilizza la struttura.

Sezione ricovero

Analizzando nel dettaglio, scopriamo quanto segue. Il questionario è stato risposto validamente 482 volte su 500. I rispondenti sono per il 59,2% femmine, l'età media è 53,83 anni, il 95,9% è di nazionalità italiana ed il 40,0% dei casi ha conseguito la scuola dell'obbligo. Inoltre il 23,8% ha subito un intervento d'urgenza, 38,0% programmato ed il 38,2% il ricovero in day hospital







Dopo aver esaminato le prime domande iniziali è stato richiesto di rispondere ad una serie di domande inerenti al motivo per cui il paziente è stato ricoverato e come il personale delle Aziende Ospedaliere hanno accolto il degente.

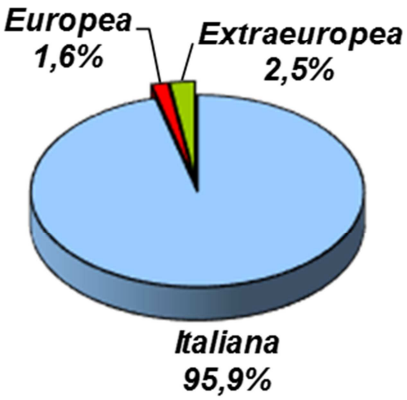
E' stato chiesto se il ricovero è avvenuto su proposta del medico di famiglia, sul medico specialista ospedaliero o se il paziente si è rivolto in modo autonomo al pronto soccorso. I dati sono molto interessanti: più della metà (56,2%) è stato ricoverato su segnalazione del medico specialista, il 24,5% tramite il medico di famiglia ed il 19,3% si è rivolto in modo autonomo al pronto soccorso. Ai rispondenti che si sono rivolti in modo autonomo è stato chiesto il motivo per cui l'ha fatto: il 43,9% per parto, 56,1% per incidenti/inconvenienti.

Alla richiesta se ha avuto difficoltà nel trovare il luogo in cui recarsi per la degenza, il 90% ha risposto che non ha trovato difficoltà, mentre il 10% si e di questi 94% sapeva il motivo per cui era stato ricoverato, fatta eccezione per quelli trasportati in urgenza con l'ambulanza.

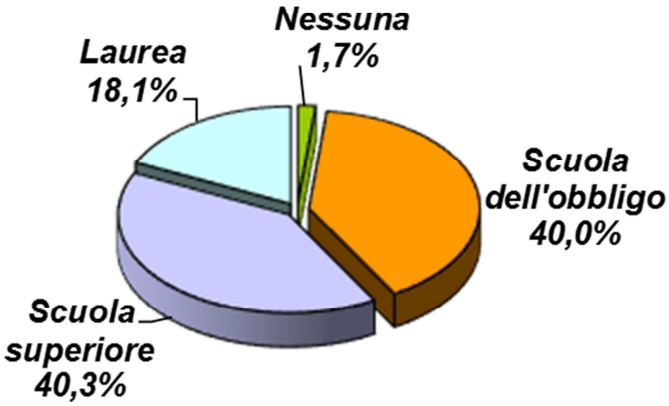
Di questi, il 67,7% ha ricevuto informazioni, nelle prime ore, sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, prelievi e terapie, esami vari ecc..), il 26,2% dopo diverse ore e solamente l'6,1% non è stato esaustivamente informato.

Nel prossimo quesito è stato chiesto di valutare il ricovero nei aspetti essenziali. I risultati sono stati i seguenti: valutati da ottimo a pessimo, con l'opzione "non saprei".

Nazionalità



Scolarità



Ciò che balza all'occhio è sicuramente:

- L'aspetto positivo per la possibilità di scegliere il menù ed il vitto
- L'aspetto negativo è relativo alla sezione servizi igienici e pulizia
- Non sorprende che il *non saprei* è stato utilizzato di media il 12,31%, probabilmente perché il paziente non sempre riesce a valutare l'esperienza in tutti i suoi aspetti. Di certo è un dato a cui si deve porre l'attenzione: una mancanza di una valutazione "certa" o "assodata" può significare che l'obiettivo di soddisfazione è ambiguo.

	NON SAPREI	PESSIMA	INSODDISFACENTE	SUFFICIENTE	SODDISFACENTE	OTTIMA
Valutazione dell'ospitalità offerta	12,30%	1,08%	3,31%	24,65%	26,58%	32,08%
Ambienti (camere, spazi comuni..)	8,24%	9,34%	6,12%	18,62%	33,23%	24,45%
Servizi igienici (qualità, pulizia..)	17,21%	13,97%	9,20%	26,20%	14,12%	19,30%
Tranquillità e comfort personale	3,75%	8,23%	5,34%	11,20%	32,23%	39,25%
Servizi vari (telefoni, giornali, distributori automatici..)	31,20%	3,45%	12,40%	23,14%	17,15%	12,66%
Vitto(qualità, quantità, adeguatezza e varietà dei pasti)	7,22%	3,79%	11,33%	11,26%	21,00%	45,40%
La possibilità di scegliere il menu	6,24%	2,34%	3,24%	18,83%	23,12%	46,23%

Alla domanda "durante il ricovero è stato informato a chi rivolgersi in caso di problemi legati al suo stato di salute?" L'84% ha risposto SI, ma non con precisione, il 10% SI ed il 6% NO.

In generale il personale addetto, la valutazione delle cure ricevute, della riservatezza e della valutazione generale del ricovero risultano in media soddisfacenti per il 37,20% ed una non valutazione (non saprei) del 22,16%.

Ciò che risulta più sensibile agli occhi dei pazienti sono i tempi di attesa prima del ricovero: circa il 40% lo trova inaccettabile ed il 20% medi. Solamente nel 2% dei casi è risultato rapido. Anche se i dati parlano di un attesa media di circa 2 mesi e mezzo (72% dei casi). Il dato che "irrita" maggiormente la sensibilità è che probabilmente il tempo va sommato a quello della visita specialistica.

L'evidenza che si sta' esplicando da questo questionario lo si può vedere in questo ulteriore blocco di domande, riferito all'efficacia delle cure e/o prestazione ricevute all'interno della struttura. Il cliente/ paziente è in media soddisfatto delle cure prestate, dalle indicazione fornite dagli infermieri e dai medici.

Andando a mettere in luce nel dettaglio gli aspetti positivi e negativi rileviamo i seguenti dati (al massimo 3 risposte)

ASPETTI POSITIVI: è stata apprezzata maggiormente la professionalità del personale, l'attenzione al paziente e le informazioni ricevute.

ASPETTI NEGARTIVI: gli aspetti più critici sono stati l'organizzazione e l'efficienza. Da notare che gli aspetti negativi sono stati risposti in misura nettamente minore rispetto a quelli positivi, quindi la tesi della qualità delle cure all'interno delle strutture è comunque rilevata ed apprezzata.

L'ultimo quesito risulta riferito alla valutazione del personale infermieristico e medico, sugli aspetti più e meno apprezzati: in generale il personale infermieristico è stato valutato "nel complesso bene" per più della metà dei rispondenti (52%), un'indecisione del 24,5% (non saprei). Quello che sorprende è il numero di risposte riferite a "dipende dall'infermiere" nel 14% dei casi.

Capitolo 4 - Parte finale

4.1 Il perseguimento dell'efficienza nel SSN italiano

La dimensione europea del Piano Sanitario Nazionale si confronta con tematiche di grande rilevanza che impongono una armonizzazione del servizio sanitario rispetto ai principi della Comunità europea, ad esempio, la libera circolazione dei cittadini e la conseguente mobilità dei pazienti che scelgono di sottoporsi a cure mediche nei Paesi europei.

Importanti indirizzi vengono dall'OMS che, con la Carta di Tallin "Carta dei sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico", partendo dai valori comuni di solidarietà, equità e partecipazione, promuove gli investimenti in settori che influenzano la salute della popolazione, sottolineando la relazione esistente tra salute e benessere economico, cui le scelte nazionali debbono dare maggiore priorità, incoraggia la trasparenza e la valutazione della performance del sistema sanitario per rendere i sistemi sanitari più rispondenti ai bisogni dei cittadini.

A livello italiano, il SSN sta affrontando due grandi sfide assistenziali. La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSN il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario.

La seconda è legata all'incremento dei costi legato allo sviluppo di tecnologie sanitarie e nuovi farmaci, in grado di assicurare potenzialità diagnostiche e terapeutiche fino ad oggi non disponibili. Questi due tematiche assistenziali di fatto segnano un fattore di svolta epocale che assorbirà una ampia parte delle risorse aggiuntive e costringerà il SSN nel suo insieme ad imparare a garantire le prestazioni sanitarie comprese nei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) con margini di efficienza sempre più stringenti.

Non si può non registrare nel nostro paese il differente sviluppo dei sistemi sanitari regionali, sia per i diversi contesti organizzativi preesistenti alla nascita e allo sviluppo

di sistemi sanitari che hanno comportato il mantenimento di specificità regionali che per la diversa capacità fiscale. Per valutare l'effettiva erogazione dei LEA, ai fini della garanzia degli stessi, sono stati adottati strumenti valutativi che partendo dall'analisi della struttura demografica, sociale ed economica della singola regione consentono di monitorare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta presenti nei vari territori, riconducibili alla diversità dell'evoluzione dei diversi servizi regionali, che non sanno rispondere in maniera parimenti efficace al bisogno del proprio territorio. Tale situazione è confermata dai dati economici che mostrando significative differenze nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza confermano la necessità di raggiungere il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, necessario a garantire l'equità del sistema.

Si registrano pertanto nel territorio risposte disomogenee ai medesimi bisogni di salute con conseguente rischio di iniquità nell'attuale copertura dei bisogni e di mancata erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

Al fine di aumentare l'efficienza del SSN, poiché l'efficacia del servizio risulta ampiamente soddisfatta, almeno per quanto concerne le due Aziende Ospedaliere (allargando l'orizzonte, anche alle altre strutture Lombarde) è necessario ottimizzare i seguenti ambiti strategici:

Rilanciare la prevenzione

Si tratta di ampliare le iniziative finalizzate alla prevenzione primaria, soprattutto legate alla promozione degli stili di vita associati ad una diminuzione della incidenza delle patologie cardiovascolari e tumorali. Si tratta poi di estendere la copertura dei soggetti a rischio rispetto agli interventi di prevenzione secondaria e terziaria di dimostrata capacità nel modificare la storia naturale delle malattie cardiovascolari, metaboliche ed oncologiche.

La centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali

Nell'ultimo decennio si sta portando avanti una profonda rimodulazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, anche se non ancora compiutamente in tutto il

territorio nazionale, il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazioni di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, trasformando il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute.

In questo ambito, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio (Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali), che prevedono la rimodulazione dell'offerta assistenziale, sia in termini quantitativi con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, prolungamento dell'orario nei giorni festivi, sia in termini qualitativi con modalità di facilitazione dell'accesso, diffusione dell'assistenza domiciliare integrata, per rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana.

Tramite le forme aggregate delle cure primarie, quindi, si facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale), si migliora in particolare la comunicazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere e il MMG e il PLS in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, alla attivazione e alla partecipazione. Questi obiettivi si realizzano grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina. Infine le forme aggregate di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione e aumentandone l'adesione degli assistiti. Per quanto la previsione delle forme aggregate delle cure primarie sia presente già in vari accordi convenzionali, la loro concreta realizzazione è ancora disomogenea e va pertanto ulteriormente diffusa.

Continuità dell'assistenza e gestione integrata delle cronicità tra territorio e ospedale

I cambiamenti che si registrano nello stato di salute con l'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, hanno evidenziato l'esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare che consenta di

porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e, in tal modo, l'efficacia della continuità delle cure. Anche nella gestione integrata delle cronicità il MMG è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso. Oltre a quanto previsto per le cure primarie e la diffusione capillare in tutto il territorio dell'ADI, modulata secondo gradiente di complessità dei pazienti, la gestione della cronicità può prevedere un'organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da MMG e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero. I posti letto territoriali sono destinati prevalentemente a persone anziane non autosufficienti per assicurare procedure clinico-assistenziali di media-bassa medicalizzazione e la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative, anche momentaneamente scompensate o riacutizzate, che non necessitano della complessità ospedaliera ma che non possono essere trattate a domicilio. Possono rispondere anche ad alcune esigenze sociali, per ricoveri temporanei a breve e medio termine. Tali strutture incontrano spesso un alto gradimento dei ricoverati e dei loro familiari, risultano a minor costo rispetto al ricovero ospedaliero e sono ritenute ad alto valore strategico soprattutto nella delicata fase tra la dimissione ospedaliera e il rientro a domicilio della persona. In particolare, ho rilevato personalmente questo aspetto a causa della mia malattia che mi ha costretto all'ipovendenza e che tutt'ora il mio MMG mi segue nel percorso di continuità assistenziale.

Riconversione progressiva dei piccoli ospedali

I piccoli ospedali, in generale, non sono in grado di dare risposte sanitarie coerenti con la funzione ospedaliera e pertanto devono essere chiusi/ riconvertiti in strutture intermedie in grado di cooperare con le strutture sanitarie vere e proprie.

L'attivazione di tali strutture consente all'ospedale di svolgere prestazioni di alta complessità in tempi coerenti con la gestione della fase acuta della patologia e con attenzione al desiderio del paziente di permanere il più possibile al proprio domicilio. L'ospedale deve essere messo in rete con le altre strutture di differente livello, al fine di

consentire che alcune prestazioni particolarmente complesse vengano erogate in centri specializzati individuati dalla programmazione regionale.

4.2 La garanzia del diritto alla salute

La garanzia del diritto alla salute si concretizza necessariamente con la effettiva attuazione dei percorsi assistenziali e dell'erogazione delle prestazioni di cui ai livelli essenziali di assistenza e dell'equità nell'accesso agli stessi. I LEA si declinano in un contesto programmatorio che valuta la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione rispetto alla tipologia del bisogno, in un costante monitoraggio anche finalizzato ad individuare lo standard di copertura del fabbisogno che si configura come livello minimo per ritenere il LEA garantito, l'appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi, il progressivo miglioramento della qualità delle cure.

Lo Stato e le Regioni hanno in questi anni concordato sull'opportunità di attivare una serie di monitoraggi dell'assistenza erogata e della capacità delle Regioni di garantire i LEA. Il Ministero sta portando avanti importanti iniziative per la valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari, anche al fine di rendere il sistema sanitario più trasparente per i suoi fruitori. Si ricorda in tal senso l'iniziativa del Ministero della salute condotta con la collaborazione di qualificate strutture universitarie circa l'elaborazione, in via sperimentale, di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, elaborati a livello regionale, Asl per Asl, Azienda ospedaliera per Azienda ospedaliera. Tali iniziativa, a carattere sperimentale, dovrà consolidarsi in un'attività permanente di monitoraggio delle performance regionali ed aziendali affidata all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

Negli anni l'attenzione alla valutazione si è aperta, oltre che agli esperti del settore, ai principali interessati al buon funzionamento del SSN, gli utenti che diventano in tal modo compartecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso. Lo studio svolto sulla Customer satisfacion ne è un esempio, tipico ormai delle aziende sanitarie per valutare il grado di soddisfazione raggiunto.

L'ultima considerazione è la collaborazione pubblico privato nell'ambito del SSN e può riguardare tre ambiti diversi ma potenzialmente complementari. Il primo ambito si riferisce alla ruolo che le strutture private possono svolgere di erogatori di prestazioni sanitarie per conto del SSN. Si tratta del sistema basato sull'accreditamento istituzionale e sulla sottoscrizione di contratti annuali in base ai quali le strutture private erogano prestazioni remunerate dal SSN. Il PSN potrà delineare i caratteri di una modifica normativa che consenta percorsi di accreditamento specifici per le strutture di eccellenza rispetto alle strutture in grado di assicurare attività assistenziali di carattere ordinario. A tali strutture soprattutto nelle realtà regionali più arretrate potrebbero essere assegnati budget dedicati (e puntualmente verificati rispetto alle prestazioni rese) finalizzati al recupero dei ritardi assistenziali, con particolare riferimento ai campi prestazionali per i quali si registrino rilevanti fenomeni di mobilità sanitaria. Il secondo ambito riguarda la partnership pubblico – privato per la gestione dei servizi. Tale partnership si realizza specificatamente quando il pubblico e il privato collaborano nella gestione dei servizi in forme quali le sperimentazioni gestionali. Si tratta di ormai numerose esperienze maturate in molteplici regioni, sulle quali occorrerà mettere un punto fermo per individuare soluzioni normative che implementino nella legislazione ordinaria le soluzioni operative e giuridico-istituzionali che, dalla sperimentazione, emergano come meritevoli di una diffusione a tutte le realtà nazionali, uscendo dalla fase sperimentale. Il terzo ambito è quello degli investimenti per la realizzazione e ristrutturazione del patrimonio edilizio e tecnologico del S.S.N. La partnership pubblico – privato si riferisce sia ai contratti di leasing, di cui all'art.160-bis del Decreto Legislativo 163/2006, ma più efficacemente si riferisce al partenariato pubblico privato (PPP) ad iniziativa pubblica, ovvero le concessioni di lavori pubblici, e ad iniziativa privata, cioè il Project Financing che è un proprio impegno lo sviluppo della partecipazione e dell'empowerment dei cittadini.

Bibliografia

1. Baraghini G., Capelli M. (1997) *Il sistema qualita' ISO 9000 in sanità* Ed. Franco Angeli
2. Bero L.A., Grilli R., Grimshaw J.M., Harvey E., Oxman A.D., Thomson M.A. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ 1998; 317: 465-468.
3. Bonoldi A., Grugnetti A.M. (1996): Il miglioramento continuo della qualità assistenziale, Nursing Oggi, 1.
4. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Measuring quality of care. N Engl J Med1996; 335: 966-970.
5. Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines. JAMA 1999; 282 (15): 1458-1465
6. Carmine Zoccali: II razionale delle linee guida su: le linee guida della SIN http://www.sin-italia.org/lineeguida/2.pdf
7. Chassin MR. Improving the quality of care. N Engl J Med 1996:335:1060-1063
8. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: Standard Manual and Interpretative Guidelines for Organization Serving People with Disabilities for 1994, Tucson, Arizona, USA
9. Craig R. Ramsay, et al: Evaluation of clinical guidelines for the management of end-stage renal disease in Europe: the EU BIOMED 1 Study Nephrol Dial Transplant (2000) 15: 1394-1398 32 Daniele Marcelli et al: *Data management and quality assurance for dialysis network* in press
10. Cravera Alessandro: Maglione Marco: Ruggeri Riccardo: La valutazione del capitale intellettuale. C'reare valore attraverso la misurazione e la gestione degli asset intangibili. Il Sole 24 Ore Libri 2001
11. Crozier M (1998) *Stato modesto, stato moderno* Ed. Lavoro, Roma
12. Donabedian A. (1990): La qualità dell’assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
13. Di Stanisalo F., Liva C.: L’accreditamento dei Servizi: proposta di un modello. NAM 1996; 12, (1):11-16
14. Di Stanislao F., Liva. C. (1998) *Accreditamento dei servizi sanitari in italia* Ed. Centro Scientifico Editore
15. Donabedian A., La qualita dell'assistenza sanitaria: primo volume. NIS: Firenze 1990.
16. Effective Health Care. Getting evidence into practice. 1999; 5 (1): 1-16
17. Evangelista M.P., Falasca S., Scelsi S.: La scheda infermieristica come crescita dell’autonomia professionale: percorsi e metodi, in Internet, ASR Emilia Romagna.
18. Focarile F. (1998) *Indicatori di qualita' nell'assistenza sanitaria* Ed. Centro Scientifico Editore
19. Focarile F. (2000): Indicatori di qualità nell’assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, Torino.

20. Francesco Locatelli, Simeone Andrulli and Lucia Del Vecchio : Difficulties of implementing clinical guidelines in medical practice Nephrol Dial Transplant (2000) 15: 1284-1287
21. Galgano A. (1996) *I sette strumenti della Qualita' totale* Ed. II Sole 24 Ore
22. Galgano A. (1992) *La qualità totale* Ed. Il Sole 24 Ore
23. Gatta N., Ricelli I. (1990): Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica, Rosini Editrice, Firenze.
24. Grenier R., Drapeau J., Desantels J. (1992): Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica, Sorbona, Milano.
25. Hamer S., Collinson G. (2002): Evidencebased practice, McGraw-Hill, Milano.
26. Hannu V. (1985): Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari, concetti e metodologia, (edizione italiana), Edimedica Due.
27. Hospital Accreditation Programme, Standard for the Accreditation of Community Hospitals, CASPE, UK Jacquerye A. (1987): Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica, Uses edizioni scientifiche, Firenze.
28. Joint Commission on Accreditation of health Care Organization Accreditation Manual for Hospital. Ed. 1992
29. Joint Commission on Accreditation of health Care Organization Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals for 1995. Ed. 1995
30. Liberati A., Apolone G., Nicolucci A., et al. The role of attitudes, beliefs and personal characteristics of italian physicians in the surgical treatment of early breast cancer. Am. J. Public Health 1990; 81 (1): 38-42
31. Liva C., Di Stanislao F. (1996) *L'accreditamento dei servizi sanitari. uno strumento per la promozione della qualita*. NAM, vol. 12
32. Loiudice M. (1998) *La gestione del cambiamento in sanità* Ed. Centro Scientifico Editore
33. Manzo E. (1990): Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Masson, Milano.
34. Marina Braccini (1998) *La qualita' totale come strategia competitiva* Ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli
35. Marcantoni M., Torresani A. (2000) *Guida alla vision 2000* Ed. Franco Angeli
36. Morosini P., Perraro F. (1993): Glossario ragionato e illustrato per il miglioramento continuo di qualità in sanità, Centro Scientifico, Torino.
37. Morosini PL, Perrero F. (1999) Enciclopedia della gestione di qualità in sanità Ed. Centro Scientifico Editore
38. Palmer R. (1990): Efficienza gestionale e principi base per valutare la qualità dell'assistenza, Q.A., 2.
39. Pestotnik SL. Classen DC. Evans RS. Burke JP. Implementing antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes. Aim Intern Med 1996:124:884-8901
40. Ranci Ortigiosa E. (2000) *La valutazione di qualita nei servizi sanitari* Ed. Franco Angeli
41. Saccani C. (1990): Qualità e certificazione, Mc Graw Hill, Milano.
42. Scrivens E. (1997) Accreditamento dei servizi sanitari. esperienze internazionali a confronto Ed. Centro Scientifico Editore

Allegati: questionari – sezione ricovero e sezione ambulatoriale

Gentili Clienti, il questionario, redatto da una ricercatrice dell'Università degli studi di Bergamo, è rivolto a coloro che hanno usufruito del servizio ospedaliero e ha lo scopo di verificare il livello di qualità del Servizio Sanitario Nazionale. I dati inseriti saranno utilizzati nel rispetto della privacy secondo il Decreto Legislativo 196/2003.

SEZIONE AMBULATORIALE

1. **Sesso del rispondente al questionario**

A) Maschio

B) Femmina

2. **Età del rispondente**

_____

3. Quale è il suo paese di origine?

A) Italiana

B) Europea

C) Extraeuropea

4. E' in possesso di quale titolo di studio?

A) Nessuna

B) Scuola dell'obbligo

C) Scuola superiore

D) Laurea

5. In merito alla prenotazione telefonica

	1	2	3	4	5
E' soddisfatto (orari, cortesia..)					
Orari in cui è possibile prenotare per telefono					
Attesa per prendere la linea					
Cortesia dell'impiegato con cui ha parlato					
Scala di valutazione (barrare una casella per domanda) 1) Per nulla soddisfatto 2) Poco soddisfatto 3) Abbastanza soddisfatto 4) Soddisfatto 5) Non saprei					

5. In merito alla prenotazione allo sportello

	1	2	3	4	5
E' soddisfatto in generale					
Orari apertura sportelli					
Semplicità nel raggiungere gli sportelli (es: segnaletica..)					
Attesa allo sportello					
Comfort dei locali di attesa					
Cortesia impiegato					
Rispetto privacy					
Informazioni varie					
Attesa per appuntamento della visita o esame					
Scala di valutazione: barrare una casella per domanda					

1) Per nulla soddisfatto 2) Poco soddisfatto 3) Abbastanza soddisfatto 4) Soddisfatto 5) Non saprei

6. Accettazione amministrativa e pagamento ticket (utilizzare il livello di valutazione come nella precedente domanda)

	1	2	3	4	5
E' soddisfatto in generale					
Orari apertura sportelli					
Semplicità nel raggiungere gli sportelli (es: segnaletica..)					
Attesa allo sportello					
Comfort dei locali di attesa					
Cortesia impiegato					
Rispetto privacy					
Informazioni varie					

7. Ambulatorio presso cui ha effettuato la visita o esame

	1	2	3	4	5
E' soddisfatto dell'organizzazione?					
Semplicità nel raggiungere l'ambulatorio					
Attesa prima della prestazione					
Attesa allo sportello					
Comfort dei locali di attesa					

Rispetto privacy					
Cortesia infermieri					
Cortesia medici					
Scala di valutazione: barrare una casella per domanda 1) Per nulla soddisfatto 2) Poco soddisfatto 3) Abbastanza soddisfatto 4) Soddisfatto 5) Non saprei					

8. Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe questo ospedale o questo poliambulatorio a conoscenti?

A) SI

B) NO

C) NON SAPREI

9. Se ha già fatto visite o esami specialistici presso questa struttura, trova che il servizio sia:

A) Uguale

B) Peggiorato

C) Migliorato

D) E' la prima volta che utilizzo la struttura

E) Non saprei

Gentili Clienti, il questionario, redatto da una ricercatrice dell'Università degli studi di Bergamo, è rivolto a coloro che hanno usufruito del servizio ospedaliero e ha lo scopo di verificare il livello di qualità del Servizio Sanitario Nazionale. I dati inseriti saranno utilizzati nel rispetto della privacy secondo il Decreto Legislativo 196/2003.

SEZIONE RICOVERO

1. Sesso del rispondente al questionario

A) Maschio

B) Femmina

2. Età del rispondente

_____

3. Quale è il suo paese di origine?

A) Italiana

B) Europea

C) Extraeuropea

4. E' in possesso di quale titolo di studio?

A) Nessuna

B) Scuola dell'obbligo

C) Scuola superiore

D) Laurea

5. Il ricovero è avvenuto in quale condizioni?

A) D'urgenza

B) Programmato

C) Ricovero in day hospital

6. Il ricovero è avvenuto?

A) Su proposta del medico di famiglia

B) Su proposta del medico specialista ospedaliero

C) Si è rivolta/o autonomamente al Pronto Soccorso senza impegnativa

D) Altro, specificare

_____

7. Quando è giunta/o in ospedale ha avuto difficoltà a trovare il luogo in cui doveva recarsi?

A) SI

B) NO

8. Al momento del ricovero era a conoscenza del motivo per cui Lei veniva ricoverato/a?

A) SI

B) NO

9. Al momento del ricovero è stata/o informata/o sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, prelievi e terapie, esami esterni al reparto, pasti, visite parenti ecc.)?

A) Sì, nelle prime ore del mio arrivo

B) Si, ma dopo diverso tempo

C) No, nello specifico

10. In merito al ricovero

	1	2	3	4	5	6
Valutazione dell'ospitalità offerta						
Ambienti (camere, spazi comuni..)						
Servizi igienici (qualità, pulizia..)						
Tranquillità e comfort personale						
Servizi vari (telefoni, giornali, distributori automatici..)						
Vitto(qualità, quantità, adeguatezza e varietà dei pasti)						
La possibilità di scegliere il menu						

Scala di valutazione: barrare una casella per domanda
1) Ottima
2) Soddisfacente
3) Sufficiente
4) Insoddisfacente
5) Pessima
6) Non saprei

11. Durante il ricovero, è stato informato a chi rivolgersi in caso di problemi legati al suo stato di salute?

A) Si, ma non con precisione

B) Si

C) No

12. Sulla base della sua esperienza, che giudizio attribuisce al personale?

A) Ottimo

B) Soddisfacente

C) Sufficiente

D) Insoddisfacente

E) Pessimo

F) Non saprei

13. Come valuta le informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate?

A) Esaurienti

B) Soddisfacenti

C) Sufficienti

D) Insufficienti

E) Nulle

F) Non saprei

14. Come considera il rispetto della riservatezza personale (comunicazione di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc.)?

A) Ottimo

B) Soddisfacente

C) Sufficiente

D) Insoddisfacente

E) Pessimo

F) Non saprei

15. Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero e cura. Come valuta l'organizzazione dell'ospedale nel suo insieme?

A) Ottima

B) Soddisfacente

C) Sufficiente

D) Insoddisfacente

E) Pessimo

F) Non saprei

16. Cosa pensa in merito ai tempi di attesa (visite, ricovero..)?

A) Inaccettabili

B) Eccessivamente lunghi

C) Preferisco andare al pronto soccorso per far prima

D) Adeguato al sistema di assistenza pubblica/ privata

E) Medio

F) Rapido

17. Come considera le cure a lei prestate?

A) Ottime

B) Soddisfacente

C) Sufficiente

D) Insoddisfacente

E) Pessimo

F) Non saprei

18. È soddisfatto delle indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, alimentazione, eventuali visite di controllo, ecc.)?

A) Soddisfatto

B) Discretamente

C) Sufficientemente

D) Solo in parte

E) Per nulla

F) Non saprei

19. Secondo la sua esperienza, la struttura presso cui è stato/a ricoverato/a, ha carenze di posti letto?

A) Si

B) No

C) Non saprei

20 . Qual è stato il tempo di attesa per il suo ricovero?

A) Oltre i 6 mesi

B) Entro il mese

C) Entro due mesi

D) Oltre i 3 mesi

21. Quali sono gli aspetti che ha gradito in misura maggiore o minore della sua esperienza di ricovero? (max. 3 risposte)

	Maggiore	**Minore**
Organizzazione		
Efficienza		
Informazioni e comunicazioni		

Attenzione al paziente		
Privacy		
Professionalità		
Qualità delle cure		
Comfort alberghiero		
Non saprei		

22. Come valuta il personale infermieristico per gli aspetti qui sotto elencati? (max. 3 risposte)

A) Nel complesso bene

B) Soddisfacente

C) Sufficiente

D) Insufficiente

E) Pessimo

F) Non saprei

G) Dipende dal singolo infermiere/a

H) Frequenza delle visite infermieristiche

I) Professionalità

L) Sollecitudine e cortesia degli infermieri nel rispondere alle richieste

M) Vicinanza, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio

23. Come valuta le informazioni ricevute dal personale medico ed infermieristico in merito al:

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Stato di salute sulle cure prestate						
Rischi legati all'intervento						

Dopo la dismissione (le cure, farmaci..)						
Chiarimenti						

Scala di valutazione: barrare una casella per domanda
1) Esaurienti
2) Soddisfacenti
3) Sufficienti
4) Insufficienti
5) Nulle
6) Non saprei

24. Ha avuto problemi con gli altri pazienti della sua stanza?

A) Si

B) No

25. Ha avuto problemi per ricevere le visite da parenti o amici?

A) Si

B) No

C) Difficoltà con gli orari

D) Mancanza di spazio

E) Affollamento

26. Ritiene soddisfatte le aspettative che lei aveva al momento del ricovero?

A) Pienamente

B) Discretamente

C) Sufficientemente

D) Solo in parte

E) Per nulla

F) Non saprei

G) Non sono mai stato ricoverato

27. Dopo la dismissione, ha avuto bisogno di un'assistenza domiciliare a casa? Come personale infermieristico, terapisti o operatori vari

A) Si

B) No

Ringraziamenti

L’interesse per l’argomento è nato da un settore che mi tocca da vicino, ovvero la Sanità. A causa dei miei problemi fisici, ho potuto verificare e testare molti servizi che il SSN offre e quindi ho deciso di approfondire questo sistema al fine di comprenderne meglio le dinamiche.

Per arrivare al culmine di questo percorso formativo, ringrazio le persone che mi hanno da sempre sostenuto, come la mia famiglia, il Dott. Invernizzi Fabio, il prof. Alberto Marino e tutte le persone che mi hanno aiutato a raggiungere questo grande traguardo.

Dott.ssa Fatou Mbodj