

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

33° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 27 MAGGIO 1999

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Seguito e conclusione dell'audizione della professoressa Nerina Dirindin, docente di economia sanitaria presso l'Università degli studi di Torino, nell'ambito del settore d'indagine sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria

* PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 12 e <i>passim</i>	* DIRINDIN	Pag. 3, 12
BORTOLOTTO (<i>Verdi-l'Ulivo</i>)	10		
* CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	11		
* MIGNONE (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	9		
* PIANETTA (<i>Forza Italia</i>)	10		

Interviene la professoressa Nerina Dirindin, docente di economia sanitaria presso l'Università degli studi di Torino.

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

Seguito e conclusione dell'audizione della professoressa Nerina Dirindin, docente di economia sanitaria presso l'Università degli studi di Torino, nell'ambito del settore d'indagine sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione della professoressa Nerina Dirindin, docente di economia sanitaria presso l'Università degli studi di Torino, nell'ambito del settore d'indagine sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria.

Ricordo che nella seduta del 19 maggio scorso erano stati svolti alcuni interventi da parte dei commissari, ai quali la professoressa Dirindin non aveva avuto modo di replicare. Comunque la relazione svolta dalla nostra ospite è stata inviata a tutti i membri della Commissione.

Vorrei far presente alla professoressa Dirindin che oggi è presente il senatore Bortolotto, che è il membro incaricato del coordinamento del settore di indagine oggetto di questa audizione.

Non essendovi senatori che intendono intervenire, do la parola alla professoressa Dirindin per rispondere a quanto richiesto nella scorsa seduta.

DIRINDIN. Signor Presidente, onorevoli senatori, ho trasmesso alla Presidenza della Commissione una breve nota, che ritengo comunque sufficiente per chiarire gli elementi essenziali della mia risposta. Ho colto le sollecitazioni ed i quesiti specifici che sono stati posti la volta precedente per cui ho preparato questa breve nota, contenente gli elementi che ritengo utili per i chiarimenti richiesti: vi intratterò, dunque, solo per esporre le questioni essenziali.

Un primo quesito che il Presidente aveva avanzato nella scorsa seduta aveva a che vedere con il numero di strutture coinvolte in questo processo di adozione e attuazione della Carta dei servizi nonché di monitoraggio per la sua realizzazione nelle aziende del Servizio sanitario nazionale. In effetti, il Presidente ha colto che, mentre per le aziende ospedaliere e le aziende unità sanitarie locali la quantità delle attività è sufficiente a garantire una vasta partecipazione, per le case di cura private la partecipazione è estremamente ridotta. Per la verità, la volta precedente non ho avuto modo di precisare verbalmente (vi era invece una specifica

nota nella relazione scritta) che la scelta è stata quella di far partecipare al monitoraggio solo le case di cura private che non avessero carattere di lungodegenza e con più di 200 posti letto. È ovvio che questo ha ridotto enormemente il campione, ma l'obiettivo era quello di individuare le strutture più significative quanto a tipologia e numerosità di attività erogate e anche tenendo presente che l'azione di sostegno che ha svolto finora il Ministero per la Carta dei servizi si è rivolta prevalentemente verso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale.

Un secondo punto che era stato sollevato aveva a che vedere con la verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla Carta dei servizi. Dalla rilevazione compiuta risulta che il miglioramento delle relazioni con gli utenti, l'introduzione di nuovi strumenti di ascolto e di tutela dei cittadini, e il miglioramento della qualità dei servizi sono i tre principali obiettivi che le strutture intendono conseguire in relazione alla Carta dei servizi. Ci sono invece altri obiettivi che sono considerati dalle strutture relativamente secondari: in particolare l'adeguamento della normativa (che può essere considerato in positivo, nel senso che non viene considerato semplicemente come un adempimento normativo) e il miglioramento dell'immagine aziendale.

Sono stati anche valutati i motivi dichiarati dalle strutture causa del mancato o incompleto raggiungimento di alcuni degli obiettivi che erano stati prefissati. Va rilevato in primo luogo il fatto che siano state segnalate difficoltà di tipo tecnico-metodologico, soprattutto da parte delle aziende USL e ospedaliere. Per i policlinici e per gli IRCCS dobbiamo rilevare che la Carta dei servizi non costituisce un obiettivo prioritario, in linea di massima, e questa è la principale ragione del mancato conseguimento degli obiettivi che con la Carta ci si potrebbe porre.

Un terzo quesito era stato sollevato circa l'adozione di *standard* di qualità del servizio interno del Servizio sanitario nazionale. Anche questo argomento, per brevità, non era stato presentato la volta precedente, quindi colgo l'occasione per fornire qualche elemento di conoscenza, informando che nel documento scritto è anche presente una tabella sintetica in merito.

Ricordo che la Carta dei servizi ha introdotto, per la prima volta nella pubblica amministrazione, il concetto di *standard* di qualità. Gli *standard* costituiscono un punto di riferimento per l'azienda e per i cittadini. La rilevazione ha consentito di quantificare in oltre tre quarti (il 73,2 per cento delle aziende USL e il 78,5 per cento di quelle ospedaliere) la percentuale delle aziende che hanno adottato *standard* di qualità: sottolineo, quindi, il fatto che oltre i tre quarti delle aziende USL e ospedaliere hanno adottato veri e propri *standard* di qualità. Anche per questo si registra un *trend* positivo rispetto agli anni precedenti, con un aumento medio di 18 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione.

Gli *standard* di qualità più frequentemente indicati dalle strutture fanno riferimento alle informazioni ai cittadini, agli strumenti di tutela e ascolto, ai tempi di attesa (i cui dati sono frequentemente presenti e il più delle volte specificati al meglio anche in termini quantitativi come obiettivi di riferimento da realizzare) e agli aspetti relazionali.

Un altro tema che era stato sollevato dagli interventi della scorsa seduta riguarda l'adozione di strumenti di ascolto e di tutela, e in particolare gli organismi ed uffici a questo preposti.

Ricordo che l'ufficio di relazioni col pubblico è presente nell'87 per cento delle strutture: questo, quindi, è uno strumento ampiamente utilizzato nelle realtà che abbiamo indagato. Dall'indagine risulta, fra l'altro, che solo una piccolissima percentuale dei reclami presentati dai cittadini non passa attraverso gli uffici di relazione col pubblico, il che vuol dire che essi sono considerati dai cittadini lo strumento attraverso il quale possono esprimere il proprio punto di vista all'azienda a cui si rivolgono.

Oltre agli uffici relazioni col pubblico, esistono altri organismi misti di tutela, e credo che siano questi quelli cui il Presidente aveva fatto riferimento nella precedente seduta. Tali organismi di tutela sono definiti misti perchè in essi sono presenti sia rappresentanti delle aziende che rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini; tali organismi sono stati censiti nel corso della valutazione effettuata nel 1996, per cui i dati riportati riguardano tale anno. Questi dati hanno consentito di rilevare che il 25 per cento delle aziende sanitarie ha costituito questi organismi, la cui origine - peraltro - è spesso precedente alle indicazioni contenute nello schema generale di riferimento della Carta dei servizi.

In particolare alcune regioni, grazie a normative specifiche (che risalgono ad anni appena trascorsi, o addirittura al decennio precedente come nel caso della Lombardia), hanno istituito questo tipo di organismi, mi riferisco ad esempio agli uffici di pubblica tutela della Lombardia che hanno lo scopo specifico di raccogliere e trattare i reclami.

Peraltro, tali organismi affiancano l'ufficio relazioni con il pubblico e in qualche caso determinano problemi di coordinamento rispetto ad altri soggetti perchè si sovrappongono quanto a funzioni svolte. Va detto inoltre che queste strutture non sono presenti in tutte le regioni ma solo in alcune, dai nostri dati risultano ampiamente diffuse in Lombardia, Emilia Romagna, Umbria e Sicilia.

Un'altra delle questioni sollevate riguarda le indagini circa la soddisfazione dei cittadini, un tema rispetto al quale credo sia importante capire quali rilevazioni sono state condotte dal Servizio sanitario nazionale.

Le indagini finalizzate a misurare il grado di soddisfazione degli utenti, rispetto alla precedente valutazione, sono aumentate in modo relativamente consistente: a luglio del 1996 soltanto il 25 per cento delle aziende USL e ospedaliere aveva effettuato almeno un'indagine di questo tipo; a marzo del 1998, il numero di aziende che dichiara di averne effettuata almeno una sale a valori superiori al 70 per cento. In questo caso si registra quindi un rilevante incremento, perlomeno in termini di attenzione, rispetto a questo genere di problematiche.

I destinatari delle indagini sono nella maggior parte dei casi gli utenti ricoverati, ma anche gli utenti di diagnostica e specialistica ambulatoriale; in casi ancora meno frequenti si tratta di appartenenti ad altre particolari fasce d'utenza. Si è inoltre in possesso di dati sintetici relativi alla distri-

buzione delle indagini in merito alla soddisfazione sul territorio e debbo dire che in linea di massima anche in quest'occasione il Nord, il Centro ed il Sud del nostro paese forniscono dati percentuali relativamente analoghi e che si attestano sempre intorno al 70 per cento; evidentemente, quindi, non esistono differenze di rilievo se non piccole variazioni percentuali man mano che si passa dal Nord al Sud.

La conferenza dei servizi – ossia lo strumento finalizzato a verificare l'andamento dei servizi – deve essere convocata almeno una volta l'anno ed è stato rilevato che una bassa percentuale di strutture sanitarie (soltanto il 36,4 per cento) dichiara di aver realizzato almeno una conferenza dei servizi nel periodo di riferimento dell'indagine. Rispetto ai dati della precedente rilevazione si registra un notevole incremento nel numero di aziende USL e ospedaliere che hanno indetto una conferenza, con un aumento di più di 37 punti percentuale.

Un ulteriore tema è quello della conoscenza della Carta dei servizi da parte dei cittadini; si tratta di una questione precedentemente sollevata e che peraltro rappresenta l'aspetto più critico dell'intero processo. I dati che avevamo anticipato la scorsa settimana ovviamente già lo confermano ed ora intenderei aggiungerne qualcun altro. Desidero ricordare che il 77,3 per cento delle strutture oggetto della rilevazione dichiara di aver pubblicizzato la Carta dei servizi; solo l'8 per cento circa delle strutture afferma di aver realizzato qualche iniziativa per verificare l'effettiva conoscenza della Carta da parte dei cittadini. Inoltre, presso le strutture che hanno effettuato questa attività si stima che il livello di conoscenza della Carta da parte dei cittadini si attesti intorno al 10 per cento. Siamo quindi alla presenza di uno sforzo enorme sul piano della realizzazione e diffusione della Carta stessa, ma va sottolineato che il risultato raggiunto in termini di effettiva conoscenza di questo strumento è ancora piuttosto insoddisfacente. Ciò rappresenta indubbiamente – come abbiamo già affermato – il dato più critico dell'intero processo e quindi si rende necessario un grosso impegno che deve procedere proprio in termini di rinnovamento culturale dei soggetti e di differente approccio rispetto ai cittadini.

Un'altra delle questioni sollevate riguarda l'intervento delle associazioni di rappresentanza e di tutela in questo processo e l'attenzione ai pareri ed alle osservazioni che queste stesse associazioni esprimono. È stato infatti chiesto alle associazioni di rappresentanza, presenti all'interno delle strutture interpellate, di esprimere un parere circa l'effettiva attività delle strutture in tema di Carta dei servizi. Sono pervenuti circa 1.000 pareri che rappresentano il livello di soddisfazione delle associazioni in merito ai miglioramenti sui fattori di qualità interessati dalla Carta.

Per ciò che concerne il contenuto dei pareri espressi dalle associazioni, si rileva che in generale il loro giudizio rispecchia un buon livello di soddisfazione nell'impegno dell'azienda sui diversi fattori di qualità dei servizi, per quanto attiene agli impegni sui temi della Carta (*standard*, gestione dei reclami, conferenza dei servizi e informazioni sui servizi). Il picco negativo sotto il profilo della insoddisfazione riguarda il fattore tempo di attesa del quale viene confermata la criticità.

Desidero a tale proposito svolgere qualche breve considerazione. Sappiamo che quello relativo ai tempi di attesa è uno dei fondamentali problemi e motivi dell'insoddisfazione dei cittadini. Le aziende, per superare questo problema, proprio basandosi su questa rilevazione, hanno sostanzialmente adottato tre strategie. La prima è di riorganizzazione dei processi di gestione delle liste di attesa; si tratta del tema fondamentale che riguarda l'organizzazione dei centri di prenotazione, il sistema di preospedalizzazione, il sistema di gestione di liste differenziate a seconda dell'urgenza e della gravità dei casi, un sistema di dimensioni protette e di ottimizzazione dei percorsi che il cittadino deve svolgere dopo le dimissioni, e così via. Quello appena evidenziato è il primo grande tema che ha proprio a che vedere con la gestione delle liste di attesa. Su questo aspetto, tra l'altro, il Ministero della sanità, ma anche le aziende in generale stanno faticosamente, ma sempre più frequentemente, cercando di adottare strumenti per il miglioramento dei sistemi di gestione delle liste di attesa. Uno di questi strumenti è quello che è stato incentivato con il decreto legislativo n. 124 del 1998, che ha modificato il sistema di partecipazione alle spese di esenzione e che in una serie di commi prevede indicazioni alle regioni affinché intervengano, prima disciplinando in termini generali e poi richiedendo ai direttori generali delle aziende USL e ospedaliere interventi specifici per il superamento dei picchi più critici dei tempi di attesa.

La seconda strategia riguarda l'aumento della produttività delle risorse a disposizione, il che vuol dire incremento della produttività del personale anche introducendo sistemi di incentivazione di quest'ultimo, attraverso strumenti contrattuali e, infine, mediante una revisione delle metodologie di manutenzione delle apparecchiature o il recupero di quelle sottutilizzate.

Questa seconda strategia riguarda principalmente il miglioramento dell'efficienza dal punto di vista dell'utilizzo dei fattori produttivi all'interno dell'azienda.

La terza strategia è quella che in qualche modo abbiamo definito nel nostro rapporto «il governo della domanda», ovvero l'incentivazione e il sostegno alle aziende a favore di politiche di verifica della appropriatezza dell'uso di alcune particolari tipologie di prestazioni; si pensi ad esempio all'uso improprio del servizio di pronto soccorso che comporta tempi di attesa particolarmente elevati anche per coloro che hanno esigenze di effettiva emergenza. Sempre nell'ambito di questa strategia di governo della domanda possono inoltre essere contemplati esempi come quello dell'introduzione di percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati e di differenziazione dei percorsi di accesso alla prestazioni in base a criteri predefiniti.

Ovviamente, nel superamento dei problemi delle liste di attesa molte strutture hanno puntato al coinvolgimento di tutti gli operatori e di tutti gli utenti adottando in particolare strumenti volti a rendere le liste di attesa trasparenti e neutre rispetto alle esigenze non cliniche dei singoli cittadini.

Passo ora al quesito riguardante la possibilità di adozione di strumenti correttivi in caso di non attuazione della Carta dei servizi. A questo proposito va ricordato che la normativa ad essa relativa non è di tipo sanzionatorio ma rientra in quelle misure attraverso le quali si intende, in primo luogo, facilitare e promuovere un miglioramento di tipo culturale nel rapporto tra la pubblica amministrazione e il cittadino.

Va peraltro precisato che le strutture cercano di promuovere l'adozione della Carta dei servizi attraverso interventi di vario tipo. Ne cito alcuni. Molte regioni hanno inserito l'adozione della Carta dei servizi tra i criteri per la valutazione dell'operato dei direttori generali; a livello centrale, fra l'altro, oltre all'azione di sostegno finora condotta dalle aziende nei confronti del Servizio sanitario nazionale, sono stati avviati specifici programmi per la promozione della qualità dei servizi, in risposta agli aspetti concreti per l'attuazione della Carta dei servizi. Al riguardo, se eventualmente la Commissione lo desidera, mi riservo di fornire ulteriori precisazioni.

Il Ministero della sanità ha da tempo avviato una serie di iniziative e di programmi per lo sviluppo ed il monitoraggio della qualità del Servizio sanitario nazionale. Devo peraltro ricordare che sta mettendo a punto e realizzando le prime fasi di un programma nazionale per la qualità, all'interno del quale particolare attenzione merita la sperimentazione del sistema degli indicatori per la valutazione della qualità del Servizio, in adempimento a quanto previsto dall'articolo 14 del decreto legislativo n. 502 del 1992. La sperimentazione è stata realizzata nel 1997 ed ha consentito di validare alcuni indicatori non solo perché particolarmente significativi, ma anche e soprattutto perché immediatamente ricostruibili ed interpretabili nelle singole realtà; non ha, invece, considerato altri indicatori perché di minore interesse, poco significativi e difficilmente costruibili.

All'interno del programma nazionale per la qualità - è l'ultimo aspetto - il Ministero della sanità ha avviato una procedura di appalto-concorso per la realizzazione di un'indagine conoscitiva sul grado di soddisfazione dei cittadini nel rapporto con le strutture del Servizio sanitario nazionale. Tale indagine, che è stata svolta dalla società Eurisko e presentata in una conferenza stampa alla fine dell'anno scorso, faceva riferimento ad una serie storica di dati già in precedenza disponibili e valutava il grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale, con riferimento alle principali tipologie dei servizi offerti dal Servizio stesso e dalla pubblica amministrazione.

Vi rappresento, a questo punto, alcune delle indicazioni emerse dall'indagine. La qualità percepita dei servizi sanitari sperimentati mostra differenziazioni fra servizio e servizio: ad esempio, risulta massima per i servizi territoriali e in primo luogo per la medicina di base; intermedia per i servizi ospedalieri, con una contrazione particolare per il pronto soccorso; più contenuta per i servizi direttamente erogati dalle aziende USL, specialmente quelli di sportello.

Ciò che emerge, in sintesi, da questa indagine è che il livello di soddisfazione nei confronti del Servizio sanitario nazionale è ancora piuttosto contenuto e critico in alcune regioni. Anche se sta aumentando il grado di soddisfazione, si registra tuttavia una profonda differenza fra il giudizio che si esprime sull'immagine del Servizio e quello sui servizi effettivamente ricevuti. Mentre il giudizio è insoddisfacente in relazione alla percezione del Servizio sanitario nazionale, è per due terzi soddisfacente per quanto riguarda l'esperienza dei suoi fruitori. Ciò dimostra che esiste ancora una rilevante differenza tra la fruizione effettiva e l'immaginario collettivo; quindi, si tratta non solo di un problema di contenuto, ma anche di comunicazione e di capacità di dare una risposta al cittadino.

Credo di aver fornito tutte le indicazioni necessarie. Se ho tralasciato qualche aspetto, prego i membri della Commissione di segnalarlo.

PRESIDENTE. Ringrazio la professoressa Dirindin per il suo intervento e colgo l'occasione per esprimere il mio apprezzamento per l'assoluta completezza esaustiva con la quale ha risposto ai quesiti posti negli interventi svolti durante la settimana scorsa, ed anche per la dovizia dei dati oggi esposti alla Commissione, che non rappresentano solo una mera enumerazione ma anche un'analisi dei contenuti e del significato dei numeri stessi.

Devo inoltre doverosamente ringraziare la nostra ospite per il documento che ci ha consegnato, che costituisce un importante arricchimento per la Commissione e sicuramente un prezioso elemento per redigere la relazione che il senatore Bortolotto è chiamato a svolgere in tema di stato di attuazione della Carta dei servizi.

Do la parola al senatore Mignone, che ha chiesto di intervenire.

MIGNONE. Professoressa Dirindin, in questo mio intervento faccio riferimento alla relazione che ha svolto nel corso della precedente seduta, della quale leggo una sintesi nel resoconto sommario.

Da tale resoconto risulta che il Mezzogiorno d'Italia finalmente ha un primato positivo in quanto il 90,2 per cento delle sue strutture ha adottato la Carta dei servizi, mentre il Settentrione, per questo, aspetto è più carente, anche rispetto al Centro. In verità, devo dire che riscontro una certa contraddizione in questi dati. È noto, infatti, che la sanità funziona meglio al Nord che al Sud.

La contraddizione sta nel numero dei reclami: mentre nel Nord d'Italia sono stati presentati ben 80.000 reclami sulla qualità dei servizi (devo comunque presumere che si tratti di un dato *record*), non riscontro invece questo dato per quanto riguarda il Mezzogiorno. Pertanto, le chiedo come mai esista questa disparità.

Vorrei, inoltre, sapere se si tratta di una maggiore reattività da parte dei pazienti settentrionali nei riguardi della qualità dei servizi o di una certa superficialità nella compilazione dei moduli della Carta dei servizi nelle strutture del Mezzogiorno. A mio giudizio, probabilmente i pazienti, invitati a compilare tali moduli all'atto delle dimissioni dagli ospedali, si

trovano in uno stato di soggezione e pertanto esprimono delle valutazioni spesso non obiettive, che non riflettono l'oggettività della realtà. Se le cose stanno effettivamente in questo modo, il Ministero della sanità non dispone quindi di un quadro reale e veritiero della situazione esistente nel territorio nazionale.

Vorrei pertanto sapere da lei, professoressa Dirindin, quali provvedimenti si intendono adottare per dare un reale significato alle risposte, in relazione ai dati attinti dal Ministero riguardo alla Carta dei servizi.

BORTOLOTTO. Signor Presidente, anch'io voglio associarmi al giudizio molto positivo che lei ha espresso sulla relazione, oggi ulteriormente arricchita, della professoressa Dirindin. Tuttavia, non posso nascondere il fatto che essa pone in luce una certa difficoltà, in relazione non tanto all'adozione della Carta dei servizi, la quale sembra ormai realizzata, quanto ai risultati per il miglioramento dei servizi stessi.

Faccio degli esempi al riguardo. Nella relazione viene denunciato il fatto che risultano in gran parte inapplicati i meccanismi di rimborso da parte delle strutture e che sono eccessivamente lunghi i tempi di attesa; pur rappresentando questi la principale causa di insoddisfazione dei cittadini, non sono però al primo posto tra gli interventi che, a seguito dei reclami, sono stati messi in atto dalle aziende.

Infatti risulta che la percentuale di iniziative è del 52 per cento (che è quella massima) per la modifica degli *standard*: anche qui non vorrei che la modifica degli *standard* determinasse l'aumento dei tempi di attesa.

Bisognerebbe comprendere se alcune di queste indicazioni sono migliorative per l'utenza o se non rappresentano semplici prese d'atto delle difficoltà esistenti.

Da quanto ho capito, la gran parte dell'attività che si ritiene di poter svolgere per arrivare alla soluzione di queste situazioni è affidata alle regioni perchè, appunto, in questo caso non ci sono sanzioni per gli inadempimenti: si tratta di un miglioramento del servizio che deve essere affidato alle capacità delle singole aziende e delle regioni, e ad esse ci si affida.

Mi chiedo se non sia possibile – e questo è il quesito che pongo – prevedere un'iniziativa a livello ministeriale o anche parlamentare affinché perlomeno i migliori esempi che abbiamo nelle regioni vengano generalizzati con atti e iniziative da assumere, e invece situazioni meno efficienti vengano in qualche modo ridotte con iniziative disincentivanti.

Non c'è dubbio, poi, che vi è una quantità di materiale assai più ingente di quello che è stato possibile mettere a disposizione, e dalla relazione ciò risulta chiaramente: vorrei sapere se è possibile accedervi per avere maggiore chiarezza su alcuni punti che nella relazione, per necessità di sintesi, restano un po' nel vago.

PIANETTA. Rigrazio molto la professoressa Dirindin per le informazioni molto esaustive che ci ha fornito anche oggi, rispondendo alle richieste formulate la volta scorsa.

Mi sembra che – partendo da una visione molto ampia, ovviamente – nelle società occidentali i servizi rappresentino il baricentro di tutta l'attività, un baricentro proiettato ad estendersi in misura sempre maggiore. Pertanto diventa fondamentale esprimersi in quantità e in qualità adeguate, per rendere un servizio pienamente soddisfacente all'utente, considerando che in questa concezione la sanità rappresenta indubbiamente un punto veramente centrale.

Proprio oggi ho avuto modo di ascoltare il presidente della Confindustria, il quale sottolineava la fondamentale importanza del settore sanitario sia come esigenza sentita da tutti i cittadini sia come settore in cui ci può essere una serie di sviluppi e di sbocchi occupazionali; egli ha rilevato peraltro che la riforma in atto sta andando – sempre secondo la sua opinione – in direzione diametralmente opposta.

Tornando a noi, lei, professoressa Dirindin, ha evidenziato gli aspetti collegati all'informazione, all'ascolto e alla tutela dei cittadini, nonché alle relazioni. Quindi si tratta quasi della necessità presente e futura (naturalmente la si può considerare come uno *slogan*), più che di curare e di assistere il paziente, di curare e di assistere con il paziente, e questo dal punto di vista non soltanto del porre in atto tutta la professionalità da parte degli addetti o tutto l'insieme di attenzioni collegate all'utilizzazione di tecnologie il più possibile adeguate ma anche di affrontare tutta quella dimensione che lei la volta scorsa aveva sintetizzato nell'espressione «umanizzazione dei servizi», unitamente ad una corretta informazione ai cittadini stessi e, in ultima analisi, anche in relazione ad una possibile ulteriore semplificazione di tutte le procedure.

Questa è tutta una serie di aspetti che ritengo fondamentale e centrale per l'insieme del possibile miglioramento della sanità in questo paese e, in una logica ancora più ampia, in tutti i paesi dell'Occidente. Dai dati aritmetici forniti ho avuto l'impressione che si faccia molto, ma che si sia anche molto lontani rispetto al conseguimento di questo grande obiettivo.

La questione che le pongo in termini molto generali, al di là dei numeri (anche se, ripeto e sottolineo, lei nella sua esposizione, ha dato un ampio risalto a questo), riguarda la necessità di approfondire ulteriormente l'aspetto che ho indicato, proprio perchè – come ho accennato all'inizio – esso rappresenta il punto centrale di questa nostra società, e quindi vale la pena di poterlo approfondire anche in ordine alle realtà attuali, ma soprattutto in vista delle prospettive future.

CAMERINI. Voglio chiedere alla professoressa Dirindin la sua opinione circa la causa di un fenomeno che si riscontra nella società, anche se probabilmente può darmi una risposta puramente speculativa e non basata sui dati. Sono rimasto profondamente colpito da uno studio del quale ero venuto a conoscenza circa due anni fa (non so se coincida con il citato studio Eurisko), da cui si evince che la percezione collettiva della qualità del Servizio sanitario nazionale, obiettivamente non è positiva; se però si interrogano, nel gruppo di persone che hanno fornito un risposta, coloro

che sono realmente venuti a contatto con esso per problemi personali, l'immagine è di gran lunga migliore.

È stata ipotizzata – e viene citato nel documento della nostra ospite – l'esistenza di un effetto di trascinamento, di *carry-over* di esperienze negative che perdurano nel tempo e contribuiscono a dare un'immagine negativa del servizio fornito. Viviamo in un periodo nel quale la critica verso non solo il servizio pubblico, ma anche la medicina nella sua globalità è molto più viva che non dieci o venti anni fa, l'opinione pubblica viene colpita da notizie su taluni episodi di «malasanità», e così via, per cui ritengo che ci troviamo di fronte ad un fenomeno di generalizzazione: «l'albero che cade fa molto più rumore della foresta che cresce», per cui l'opinione pubblica viene molto colpita da episodi singoli e tende magari a generalizzare fenomeni, per fortuna, relativamente contenuti e modesti.

Può essere questa la spiegazione di tale fenomeno oppure ve ne sono altre?

PRESIDENTE. Professoressa Dirindin, per esigenze di maggiore chiarezza desidererei avere alcune delucidazioni circa l'affermazione secondo la quale gli IRCCS, non avrebbero tra gli obiettivi prioritari l'attuazione della Carta dei servizi. Questa iniziativa ha preso avvio dal Ministero della funzione pubblica e quindi avrebbe dovuto riguardare comunque anche gli istituti che sono a contatto con il pubblico; a quanto mi consta, invece, solo da parte dei Ministeri della sanità e della pubblica istruzione si è provveduto ad attuare un meccanismo di coordinamento che però mi risulta non abbia interessato il Ministero della funzione pubblica. In tal senso, desidereremmo quindi sapere in quali termini ci si ponga rispetto al Ministero della funzione pubblica riguardo alla situazione testé evidenziata.

Desiderere inoltre avere dati ulteriori riguardo agli uffici relazioni con il pubblico anche in termini di differenze rispetto agli uffici di pubblica tutela; mi risulta, infatti, che in alcune regioni si siano creati problemi di competizione – talvolta con risvolti assai negativi – tra queste due diverse istituzioni, anche se debbo dire che in base alla mia esperienza, l'ufficio relazioni non coincide automaticamente con quello di pubblica tutela.

Un'ultima questione: quando si parla di rimborsi, va tenuto presente che non ci si riferisce ad un risarcimento pecuniario, bensì ad una sanzione amministrativa che viene applicata all'ente, ossia a quella che in altri ambiti viene definita contravvenzione.

DIRINDIN. Signor Presidente, desidero innanzi tutto rispondere alla questione, sollevata da alcuni interventi, relativa alla contraddizione che esisterebbe tra la percentuale di adozione della Carta dei servizi, più elevata al Sud rispetto al Nord, e quella relativa al numero dei reclami che procede invece in senso del tutto opposto.

Dalle informazioni in nostro possesso, nel periodo in cui è stata effettuata la rilevazione, la percentuale relativa al numero dei reclami presentati è del 2,2 per mille della popolazione interessata per quanto riguarda il Nord e dell'1,1 e dello 0,8 per mille per quanto concerne rispettivamente il Centro e il Sud. Si riscontra, quindi, una più ampia adozione della Carta dei servizi nel Sud del nostro paese, a fronte di una maggiore frequenza di reclami presentati nel Nord.

Quello che si può osservare al riguardo è che la frequenza dei reclami è determinata da una serie di fattori che si possono sintetizzare sostanzialmente in due. Il reclamo, infatti, dipende dal divario esistente tra il servizio effettivamente percepito ed il tipo di servizio che da parte del paziente è atteso. In tal senso si può quindi affermare che quanto più alte sono le aspettative, tanto più questo divario, a parità di ogni altro fattore, è elevato; quanto più bassa è la percezione del servizio, tanto più il divario è elevato, a parità di aspettativa. Da quanto risulta, quindi, vi è un'influenza di entrambi i fattori e si può ipotizzare che le aspettative nei confronti del Servizio sanitario nazionale si differenzino tra Nord e Sud anche per ragioni storiche o per differenti esperienze vissute; così come possiamo supporre che il diverso livello culturale e di attese nei confronti del servizio pubblico, abbiano dato luogo ad una percezione e ad una valutazione che si differenzia a seconda delle diverse realtà territoriali.

Pertanto, riassumendo, il primo fattore è rappresentato dal divario tra il servizio effettivamente percepito e le attese. Il secondo – che influisce sul numero dei reclami, a mio giudizio in modo probabilmente non irrilevante – riguarda la fiducia della persona che è potenzialmente destinata a reclamare nei confronti della capacità della struttura alla quale viene presentato il reclamo di rispondere positivamente ad esso. Ciò ha a che vedere sia con la cultura generale del cittadino in quanto utente della pubblica amministrazione che con il suo giudizio riguardo alla capacità di ascolto e di intervento della pubblica amministrazione.

Riguardo alla questione dei rimborsi, che era stata sollevata nel corso della precedente seduta, desidero fornire alcuni dati raccolti nel corso del monitoraggio effettuato. Desidero innanzi tutto evidenziare che i meccanismi di rimborso – ovvero quegli strumenti che consentono ai cittadini di trovare compensazione nel momento in cui non hanno una risposta adeguata in termini di servizi prestati – risultano in gran parte inapplicati dalle strutture, ad esclusione di qualche sporadica occasione; mi riferisco nello specifico all'azienda ospedaliera del Sant'Anna di Como e all'azienda USL di Arezzo che hanno previsto espressamente all'interno della Carta dei servizi meccanismi di rimborso delle prestazioni ai pazienti. Non solo, in un caso particolare è stato stabilito che le somme eventualmente da rimborsare agli utenti siano poste a carico dei responsabili del disservizio. In ogni caso, al di là di questi esempi, credo che si debba con molto realismo prendere atto della lunghezza e della difficoltà del percorso da compiere in questo ambito, anche se va comunque sottolineata l'attenzione, ancora molto modesta, che per la prima volta viene rivolta al problema dei rimborsi.

Desidero aggiungere che l'applicazione della Carta dei servizi è ormai praticamente affidata alle regioni alle quali competono anche i prossimi adempimenti. D'altra parte è noto che il sistema è sempre più regionalizzato e si sta ormai procedendo verso il federalismo anche dal punto di vista del finanziamento della sanità.

Va anche detto che in ordine all'attuazione della Carta la normativa non stabilisce sanzioni per le regioni inadempienti; il Ministero della sanità ha comunque previsto forme di intervento sostitutivo, in particolare con riferimento agli interventi sulle liste di attesa che – come già evidenziato – rappresentano l'aspetto più negativo. In questo ambito si sta cercando – per ora assai faticosamente – di attuare un trasferimento di esperienze dalle realtà più avanzate nella realizzazione degli interventi di miglioramento a quelle più arretrate. Si prevede inoltre l'attuazione di programmi interregionali finalizzati ad affrontare il problema delle liste di attesa; proprio in tale direzione negli ultimi mesi il Ministero della sanità ha messo a disposizione delle regioni un finanziamento per la presentazione di programmi interregionali.

L'esperienza fino ad ora insegna che abitualmente non c'è stata una tendenza alla collaborazione tra le regioni che, soprattutto quelle più avanzate, generalmente non si fanno carico di trasferire le proprie esperienze, negative o positive che siano; l'aspetto della diffusione delle esperienze è invece estremamente importante e quindi in tal senso ritengo necessario che il Ministero della sanità ponga in atto le opportune iniziative proprio con l'obiettivo di invertire questa tendenza.

Molti di questi dati che ho sintetizzato rapidamente, sono contenuti nel rapporto che sta per essere predisposto e che siamo ben lieti di mettere a disposizione della Commissione e, in particolare, di coloro che hanno espresso un vivo interesse nei confronti di elementi più puntuali e dettagliati. Il rapporto non contiene ovviamente tutti gli elementi di conoscenza, i quali eventualmente potranno essere successivamente precisati.

In un altro intervento è stato detto che siamo lontani dal conseguimento degli obiettivi, con particolare riferimento agli aspetti dell'organizzazione e dell'informazione dei cittadini. Anche a tale riguardo posso fare una valutazione personale, sulla base dell'esperienza e dell'evidenza che risulta dal monitoraggio. Lo sforzo rilevante che tutti i paesi sviluppati stanno compiendo – anche il nostro paese, anche se forse con quel lieve ritardo che spesso lo contraddistingue – consiste nel passare da un sistema che sentiva come prioritaria una risposta di tipo tecnico-professionale al bisogno di salute dei cittadini ad un sistema che non si limita a rispondere solo in questi termini, sicuramente prioritari, ma considerati in maniera più esclusiva in una economia meno sviluppata o comunque non così sviluppata come quella attuale, alle soglie del 2000; lo sforzo riguarda il passaggio ad un sistema che sposta, quindi, le esigenze da soddisfare dagli aspetti tecnico-professionali a quelli relazionali e di *comfort* alberghiero. Questo è il grande sforzo – ripeto – che stanno facendo tutti i paesi.

Non ci si può limitare – lo ribadisco – a prestare attenzione solo agli aspetti tecnici, che peraltro sono considerati di buona qualità in tutte le indagini relative alla realtà del nostro paese, ma bisogna sempre più affiancare a tali aspetti anche quelli relazionali e di *comfort*. Poichè ciò richiede un grande sforzo di innovazione culturale, progettuale e organizzativa, si richiedono tempi certo non molto brevi, sostegno, supporto ed incentivi che fino ad ora sono stati relativamente carenti. Ritengo che proprio questo sia lo sforzo che, in qualche modo, il Ministero della sanità e soprattutto le regioni più avanti nel processo di ammodernamento devono portare avanti.

Il senatore Camerini ha precisato nel suo intervento che già in una precedente ricerca, che in effetti – se non ricordo male – risale al 1993, era emerso quanto la recente indagine svolta dalla società Eurisko ha confermato e sottolineato. Mi riferisco al giudizio riguardo alla percezione dell'assistito che è relativamente più negativo di quello espresso in relazione ad un'esperienza concreta di accesso ai servizi. Anche a tale riguardo, nei documenti non vi sono elementi sufficienti per compiere un'analisi puntuale e rigorosamente statistica sulle ragioni di una tale differenza. Sicuramente gli elementi che sono stati già individuati (tempi di ricovero diversi, esperienze negative, contenuti degli strumenti di comunicazione più concentrati sugli aspetti negativi che su quelli positivi) fanno sì che l'immagine e la percezione siano nettamente negative. Ciò richiede, dal punto di vista propositivo, uno sforzo del Servizio sanitario nazionale al fine di migliorare anche la sua immagine presso i cittadini. Quindi, anche in questo caso bisogna semplicemente dare una risposta diversa, non solo cioè sul piano tecnico.

Per quanto riguarda il quesito posto dal Presidente in relazione agli IRCCS, il risultato è meno deludente. Probabilmente ciò è dovuto ad una maggiore attenzione su questo aspetto da parte di questi istituti. Anche in tal caso le ragioni sono difficili da individuare. Possiamo avanzare un'ipotesi molto generale: negli IRCCS, avendo essi un connotato di specializzazione tecnica particolarmente spinto, prevale l'attenzione nei confronti degli aspetti tecnici e non su quelli relazionali e ciò emerge, in qualche modo, anche da quello che essi dichiarano essere prioritario.

Per quanto riguarda la relazione e le difficoltà di coordinamento tra gli uffici per le relazioni pubbliche e gli altri organismi pubblici di tutela, non abbiamo ulteriori elementi di conoscenza, anche se è vero che probabilmente gli uffici per le relazioni pubbliche dovrebbero essere in grado di svolgere anche altre funzioni, non solo tutte quelle degli uffici pubblici di tutela. Probabilmente si tratta di verificare se è possibile una specializzazione nell'attuazione di queste funzioni laddove sopravvivono gli organismi, e tra l'altro ciò riguarda solo poche regioni.

Al momento non sono in grado di apportare ulteriori elementi di conoscenza; eventualmente, se il Ministero riuscirà ad averli, sarà nostra cura farli pervenire alla Commissione.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente la professoressa Dirindin e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dei nostri lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,10.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA