



ALLEGATI

Presentazione del Progetto

Premessa

Il ruolo del cittadino utente delle strutture sanitarie è cambiato in modo significativo negli ultimi decenni. Si è sviluppata, infatti, in Italia un'iniziativa culturale e politica per l'affermazione dei diritti del malato. Tale cultura ha trovato espressione già negli anni '70 in testimonianze come quella del giornalista Gigi Ghirotti in "Lungo viaggio nel tunnel della malattia" o in testi come "I diritti del malato" di Giulio Maccacaro.

In tal modo il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 Costituzione e attuato con la legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si è concretizzato nei diritti dei cittadini utenti delle strutture sanitarie. Il cittadino è una persona che va considerata nella sua globalità, non semplicemente in quanto eventuale portatore di una patologia. La sua soggettività non può essere annullata quando egli entra nel pronto soccorso o nella portineria dell'ospedale o in qualunque altra struttura sanitaria.

Uno degli aspetti più significativi è costituito, inoltre, dalla nascita di associazioni, quali la nostra, di tutela dei diritti del malato, non nei termini di pura rivendicazione di risarcimento dei danni da errori di diagnosi e di terapia, come successo in altri paesi occidentali, ma di tutela della condizione del cittadino utente che consiste nella salvaguardia, nello sviluppo e nel miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale. La cultura del diritto alla tutela della salute, un tempo estranea alle corsie degli ospedali e delle strutture sanitarie in generale, è diventata nel tempo un sentire radicato nei cittadini.

In questo contesto, molte aziende sanitarie hanno adottato la Carta dei servizi ed istituito gli Uffici per i rapporti con il pubblico (URP), ponendosi il problema della relazione con l'utenza e con le associazioni di tutela. Pur esistendo anche lodevoli eccezioni, si può dire oggi che, a fronte di una esperienza consolidata nel tempo, spesso si è trattato e si tratta di una mera prassi burocratica, senza un reale cambiamento del rapporto tra malati e operatori sanitari, tra cittadini e amministrazione sanitaria, finalizzata in molti casi a fungere da ammortizzatore.

I cittadini utenti, d'altra parte, sono divenuti negli ultimi anni più informati e più esigenti. Al fondo c'è una forte domanda di salute, ma anche una maggiore consapevolezza dei propri diritti.

Il malato continua ad essere una persona in condizioni di oggettiva debolezza ma sa di avere diritto ad un trattamento corretto ed efficace e lo esprime attraverso rilievi e denunce individuali o collettivi. Per questo la sanità e la medicina debbono fare i conti con questa domanda di salute più complessa e sofisticata.

Le verifiche di qualità da parte dell'utente

Ci sono alcune Aziende sanitarie che hanno fatto e fanno ricorso alle verifiche di qualità. E' una prassi importante che ha permesso di realizzare frequenti controlli sui servizi erogati e di adottare una organizzazione mirata ad obiettivi, invece che cadenzata sulla routine.

In tal modo si è cominciato a orientarsi a forme di autocontrollo, che permettano di verificare i miglioramenti effettivi delle strutture sanitarie e dello stato di salute della popolazione.

E' però fondamentale sottolineare il ruolo dell'utente nelle verifiche della qualità dei servizi e quindi l'utilità di operare tali verifiche partendo dalla qualità "percepita" dall'utente.

La nostra Associazione, in passato, come altre, ha operato "in modo empirico" in questo campo sottoponendo ai malati e agli operatori sanitari dei questionari per conoscere il gradimento dei servizi, gli eventuali disagi patiti, le proposte di miglioramento. I dati raccolti con queste indagini, spesso svolte in collaborazione con le Aziende sanitarie, hanno offerto elementi utili di conoscenza che hanno orientato l'azione di tutela dei diritti, ma non hanno sempre permesso verifiche complete e rigorose.

Il fine di questo Progetto regionale consiste nel realizzare un nuovo strumento di indagine organico e completo, di provarlo sul campo (nel caso specifico, l'ospedale) e di offrirlo alle istituzioni che, totalmente, parzialmente, con modifiche, vogliono utilizzarlo.

L'indagine proposta, proprio perché progettata e realizzata da un'associazione che ha sedimentato una conoscenza della sensibilità e dell'ottica dei malati, può fornire utili elementi di conoscenza per l'organizzazione ottimale dei servizi in modo da rispondere alle richieste dei cittadini ed essere al contempo elemento di stimolo per gli operatori sanitari.

Il questionario

Gli elementi costitutivi

Il problema della valutazione della qualità si pone come fattore importante all'interno del processo di trasformazione in atto nel Servizio Sanitario Nazionale.

I sistemi sanitari sono caratterizzati da due elementi:

1. la crescita continua dei costi, che spesso risulta priva di un'autoregolamentazione efficace e la difficoltà di valutare i miglioramenti effettivi in rapporto allo stato di salute della popolazione,
2. i cambiamenti avvenuti in altri contesti che hanno utilizzato nuovi modelli organizzativi, la politica dell'Unione Europea orientata alla qualità, lo sviluppo di nuove

tecnologie e metodi sempre più complessi hanno portato a guardare alla qualità come a una risposta al problema sanitario.

L'esigenza di minimizzazione degli errori in ambito diagnostico e terapeutico, la consapevolezza dell'elevata importanza del fattore umano, la necessità di garantire le migliori prestazioni possibili ai costi più bassi determinano la necessità di adottare le strategie della qualità. Infine la qualità costituisce anche un importante vantaggio competitivo. L'utente può, infatti, scegliere la struttura cui rivolgersi e poiché non paga direttamente la prestazione o comunque partecipa alla spesa in maniera uguale in tutte le strutture, si rivolgerà laddove troverà un livello qualitativo più elevato.

È importante non sottovalutare il ruolo occupato dall'utente. La valutazione che egli fa del servizio è determinata sia da fattori oggettivi che soggettivi, cioè da un lato da cosa gli viene effettivamente dato, e dall'altro dalle sue aspettative, dai suoi bisogni, dalla sua 'cultura'. Questo rende ancor più difficile la misurazione e la valutazione delle prestazioni e la standardizzazione delle operazioni. Il contributo dell'utente per migliorare il servizio diventa quindi un fattore importante.

Se si considera la qualità come concetto relativo al cliente, le caratteristiche che il prodotto deve possedere sono in funzione delle aspettative e dei bisogni del cliente. In questo contesto la qualità è definita come "grado di discrepanza tra le aspettative o desideri del cliente e le loro percezioni sul servizio" (Zeithmal, 1991) La qualità è proprio la differenza tra ciò che l'azienda è in grado di offrire e ciò che il cliente si aspetta gli venga offerto.

Negli ultimi anni, sulla spinta dell'OMS, che nell'ambito del progetto "Salute per tutti nell'anno 2000" ha definito tra i 38 obiettivi, l'impegno per gli Stati Membri di attivare sistemi di monitoraggio della qualità delle prestazioni sanitarie, l'Italia ha varato importanti provvedimenti:

- il DMS 24 luglio 95 adotta un insieme di indicatori quale strumento ordinario per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie. Tali indicatori sono stati scelti da una Commissione del Ministero della Sanità appositamente costituita. Sono definiti in tutto 215 indicatori: 78 indicatori di risorse, 45 indicatori di attività, 52 indicatori di risultato.

- il DMS 15 ottobre 96, in attuazione dell'art. 14 D.L. 502/92, definisce gli indicatori relativi al grado di soddisfazione dell'utente. I 79 indicatori sono suddivisi in quattro gruppi:

- Personalizzazione/umanizzazione
- Diritto all'informazione
- Prestazioni alberghiere
- Aspetti della prevenzione

Essi sono stati definiti da una Commissione apposita nominata dal Ministero della Sanità alla quale hanno partecipato attivamente rappresentanze dei cittadini.

Posto che tali indicatori devono poter rilevare il grado di soddisfazione dell'utente, si sono definiti i diritti da garantire, e cioè (Ardigò, 1995):

- L'accesso ai servizi nei tempi più brevi possibili
- Cure di qualità adeguate
- Un'informazione obiettiva sull'offerta di prestazioni ospedaliere disponibili
- Il beneficio dei progressi della medicina in campo diagnostico e terapeutico
- La libertà di scelta del luogo di cura e del trattamento terapeutico fra diverse opzioni possibili

- La diagnosi e gli atti terapeutici sintetizzati in una cartella clinica nel rigoroso rispetto della riservatezza nei confronti di terzi
- Il diritto a veder presi in considerazione dalla struttura eventuali reclami

Il DPDCM 19 maggio 1995 contiene le linee guida per la formulazione della Carta dei servizi pubblici sanitaria.

Il decreto legge 502/92 come modificato dal d.l. 517/93 e il decreto 229/99 prevedono all'articolo 14 la partecipazione delle Associazioni di tutela della salute nelle attività relative di valutazione dei servizi sanitari.

Le fasi della ricerca e gli obiettivi

Fasi della ricerca

L'individuazione di una metodologia per la valutazione del grado di soddisfazione del degente. La metodologia da utilizzare prevede la definizione di 15 fattori:

- tempi
- motivi scelta
- prestigio
- procedure
- qualità tecnica
- continuità terapeutica
- segnaletica
- informazioni sulla salute
- informazioni sull'organizzazione
- qualità interpersonale
- confort locali
- confort orari
- qualità del vitto
- servizi aggiuntivi
- tutela

Obiettivi:

- valutare il grado di soddisfazione dei degenti nel caso di ricovero ospedaliero. Lo scopo è di ottenere una fotografia del sistema ospedaliero della Regione del Veneto analizzato rispetto alle variabili che caratterizzano la qualità.
- individuare i punti critici, cioè le dimensioni rispetto alle quali i degenti si mostrano mediamente non soddisfatti.

Metodologia

Si sono attuate le seguenti fasi:

1. individuazione delle strutture e delle aree da indagare con il questionario;
2. costruzione del questionario;
3. somministrazione del questionario a soggetti scelti in base al principio della casualità, per un campione rappresentativo di strutture sanitarie della Regione del Veneto;
4. raccolta ed elaborazione dei dati.

Aree di sondaggio all'interno dei singoli presidi o dei distretti.

Area medica
Area chirurgica
Area materno-infantile

Si è pensato di somministrare il questionario scegliendo un reparto rappresentativo per ogni area di tutte le Aziende sanitarie pubbliche e di alcune private.

Nello specifico:

U.O.A. MEDICINA per l'area medica
U.O.A. CHIRURGIA generale per l'area chirurgica
U.O.A. OSTETRICIA E GINECOLOGIA per l'area materno infantile

Dettagli questionario

Il questionario è autosomministrato per rispettare la privacy e l'anonimato dei pazienti e degli operatori.

I moduli del questionario sono consegnati da un delegato del Centro per i diritti del malato in busta aperta alla Dirigenza sanitaria dell'ospedale per la distribuzione tramite il/la capo-sala in un giorno feriale (mercoledì o giovedì, al fine di evitare le poche presenze durante i fine settimana) e ritirati dopo una settimana, in busta chiusa.

I questionari sono compilati dai presenti in reparto il giorno della rilevazione, scelti dal/la capo sala in modo casuale in ogni stanza.

Il questionario è il risultato degli elementi costitutivi sopra esposti, tenendo comunque conto che non ha caratteristiche di scientificità bensì di utile strumento di orientamento.