



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
I° CONGRESSO NAZIONALE**

**IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E
TERAPIE SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI**

1. INTRODUZIONE

Il Legislatore Costituzionale ha posto con grande chiarezza in capo allo Stato “la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini di diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie attraverso i livelli assistenziali di assistenza”, affidando al tempo stesso alle Regioni la diretta responsabilità della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

L’attenzione attualmente posta sulla necessità di fornire agli utenti dei servizi sanitari la disponibilità di cure cliniche di qualità riguarda non solo il complesso dei mezzi attraverso i quali gli operatori si rendono responsabili dello stabilire, mantenere e monitorare standard di rendimento all’interno di ciascuna struttura, ma si rivolge, altresì, agli stessi presupposti per i quali il sistema sanitario permette alle strutture, sia pubbliche che private, di “funzionare”.

Se, infatti, si parte dalla definizione (una delle definizioni) di qualità come aderenza di un prodotto ad un requisito predeterminato, sono da considerarsi meccanismi di qualità anche i sistemi di autorizzazione e di accreditamento, ovvero i sistemi che permettono alle strutture assistenziali, rispettivamente, di esercitare attività sanitarie (autorizzazione all’esercizio) e di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale (accreditamento istituzionale). Tali sistemi, infatti, si realizzano verificando il possesso da parte della struttura da autorizzare/accreditare di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi tali da assicurare un livello di qualità del servizio non inferiore rispetto ad un livello minimo stabilito dalle istituzioni.

L’appropriatezza, infatti, definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Pertanto l’appropriatezza, intesa come sviluppo e attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria, rappresenta il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale, attraverso il DL 229/99 e la normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L’introduzione dei LEA costituisce l’avvio di una fase per la tutela sanitaria: garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogate, dotandosi contemporaneamente di uno strumento di governo dell’assistenza.

L’obiettivo del presente lavoro è quello di contribuire all’informazione e divulgazione dei criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza all’anziano.

2. PREMESSE

L’Italia è fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani [1]:

- Gli individui con 65 anni e oltre sono il **20,3%** della popolazione;
- l’**indice di vecchiaia**, ossia il rapporto tra la popolazione che ha 65 anni e più e quella con meno di 15, è pari al **144,5%**;
- nel 2011 **la speranza di vita alla nascita è di 79,4 anni per gli uomini e 84,5 per le donne** [2].

I dati demografici, in base al rapporto annuale 2012 ISTAT, confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana: il progressivo invecchiamento della popolazione evidenzia l’importanza dello sviluppo di strategie e politiche dimensionate sull’anziano e mirate alla promozione di un invecchiamento in buona salute.

Il rapporto dell’ISTAT mostra inoltre che, tra la popolazione degli ultrasessantacinquenni:

- il **19,2** ha limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana (**disabilità**);

- **aumenta la prevalenza di patologie croniche**, connesse soprattutto all'invecchiamento: ipertensione (52,4%), osteoporosi (33,5%) e diabete (19,5%).

Gli ultrasessantacinquenni risultano dunque essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie; condizione che ha indotto il Servizio Sanitario ad un'attenta riflessione circa la necessità di ripensare culturalmente e riconsiderare strutturalmente le prestazioni erogabili.

3. VALUTAZIONE

In un momento nel quale la finanza pubblica è sottoposta ad una forte pressione verso la riduzione delle spese e l'aumento delle entrate, con una pressione fiscale ai massimi livelli, è naturale che i cittadini e l'opinione pubblica prestino un'attenzione speciale alla qualità dei servizi pubblici forniti a fronte delle imposte e dei contributi pagati al settore pubblico. Da questo punto di vista è ben nota l'esistenza di uno storico divario tra il Nord e il Sud in termini di disponibilità, efficienza e efficacia dei servizi pubblici fondamentali.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria del Paese, l'appropriatezza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali.

3.1 Normativa di riferimento

Una breve panoramica sull'Appropriatezza dell'assistenza sanitaria:

- Il concetto di "Appropriatezza" è stato introdotto nel contesto normativo italiano a seguito della **Raccomandazione n° 17/1997 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa** agli Stati membri, "sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria", in cui l'appropriatezza delle cure viene indicata come una delle componenti fondamentali;
- la **Legge 449/1997**, "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica", inserisce l'appropriatezza fra i profili da considerare nell'ambito del monitoraggio dell'attività ospedaliera (Capo I – Sanità, p.to 9, lett. a);
- il **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** introduce la distinzione fra: "Appropriatezza clinica" (erogazione di cure mediche ed interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente) e "Appropriatezza organizzativa" (concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse)
- il **D.Lgs. 229/99**, "Norme per la razionalizzazione Del SSN", richiama la promozione ed il controllo dell'Appropriatezza in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria (c.2., art.1);
- il **DPCM 29/11/2001**, "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" (LEA), fornisce le prime indicazioni operative per la valutazione dell'inappropriatezza in ambito ospedaliero, indicando come " (...) inappropriati i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.", fornendo un elenco di DGR "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogate in regime di degenza ordinaria;
- il **DM 12/12/2001**, "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", individua un set di indicatori "... finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ...";

- Il **DM. 25/02/2004** istituisce la "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza": fra i criteri adottati la valutazione delle evidenze di efficacia clinica riveste un ruolo centrale; I lavori della commissione hanno portato alla stesura di una proposta di aggiornamento del DPCM LEA, al momento in fase di valutazione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, recante una serie di indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero e specialistico;
- **Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2004** "Linee Guida per la Diagnostica per immagini"; pubblicate in richiamo alla necessità del rispetto dell'appropriatezza clinica, per quanto attiene l'utilizzo di radiazioni ionizzanti nella pratica clinica;
- l'**Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005** istituisce il "Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione", che si concentra maggiormente sugli aspetti di appropriatezza organizzativa ed efficienza dell'impiego delle risorse del SSN;
- il **DM 10/12/2009**, "Controlli sulle cartelle cliniche" specifica i criteri per l'individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriata, fra cui l'elevata variabilità e l'elevato impatto economico del volume di erogazione, e fissa la percentuale minima di cartelle di niche che devono obbligatoriamente essere controllate a tale scopo;
- il **Patto per la Salute 2010-2012** del Ministero della Salute, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'Assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando inoltre la lista dei DRG ad alto rischio di inappropriata (se erogati in regime di ricovero ordinario);
- Il **Piano Sanitario Nazionale 2010-2012** prevede un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale: il superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali.
- Il **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010 - 2012** fissa i tempi massimi di attesa per prestazione/tipologia di assistenza¹, da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio piano. In particolare, le prestazioni ambulatoriali vengono distinte in classi di priorità:
 - ✓ Urgente (U) - devono essere garantite entro 72 ore,
 - ✓ Breve (B), da eseguire in 10 giorni,
 - ✓ Differibile (D) entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti,
 - ✓ Programmata (P).

In caso di mancata individuazione della tempistica massima da parte delle Regioni, si applicano i parametri fissati dal Piano (30 giorni per le diagnostiche e 60 per le strumentali).

3.2 Gli indicatori di inappropriata

Il **Progetto "MATTONI SSN"** (approvato in Conferenza Stato Regioni il 10 Dicembre 2003) si pone l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) che rappresenta la base dati condivisa a partire dalla quale sviluppare misure necessarie al bilanciamento costi - qualità.

¹ Le prestazioni sono state individuate anche a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa svolta dall'AgeNaS, in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006.

Tra i 15 Mattoni istituiti dal Ministero, il "Mattoncino 7 – Misura dell'appropriatezza" [3] si pone di arricchire e perfezionare gli strumenti già disponibili per la valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, di identificare e proporre strumenti per la misurazione e la valutazione dell'appropriatezza degli altri livelli essenziali di assistenza (assistenza farmaceutica e assistenza specialistica ambulatoriale) e di favorire l'integrazione, a livello concettuale e operativo, fra la dimensione organizzativa (setting assistenziali in cui la prestazione viene erogata) e la dimensione clinica dell'appropriatezza.

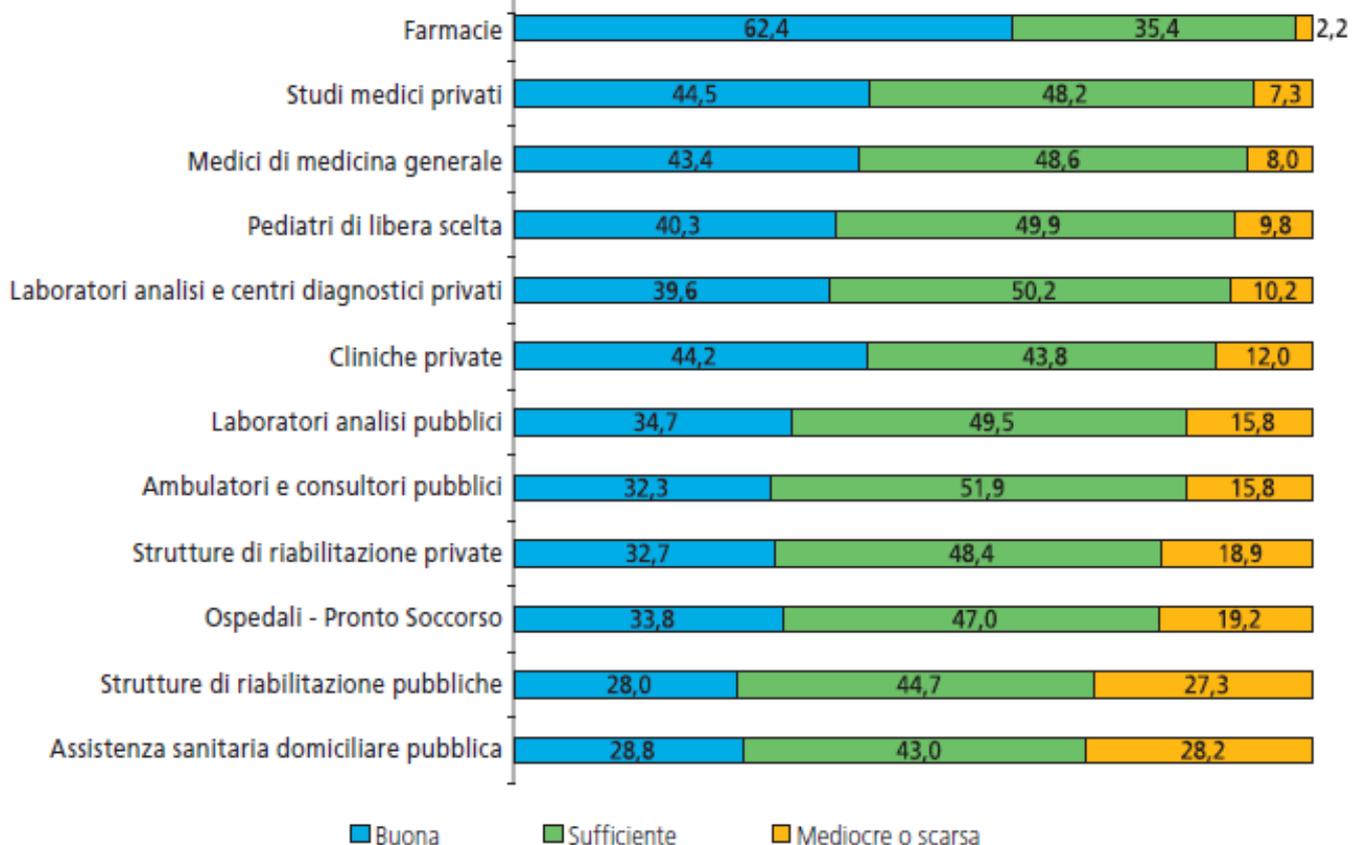
Inoltre, il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Qualità, ha attivato la sperimentazione di studi, per la scelta di un set di indicatori per determinare il grado di appropriatezza di alcune prestazioni sanitarie [4, 5]. attraverso 19 indicatori si pone l'obiettivo di identificare le prestazioni ospedaliere inappropriate, per alcune patologie croniche, e, contestualmente, individuare e caratterizzare le carenze nell'offerta dei servizi extraospedalieri.

3.3 Il punto di vista dei Pazienti/Accessibilità servizi

Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente rappresentano elementi fortemente correlati tra loro e dal ruolo sempre più importante. In sanità, in particolare, la *customer satisfaction* rappresenta l'indicatore più importante della capacità dell'organizzazione di sintonizzarsi con l'utente, il paziente, la cui soddisfazione dovrebbe costituire uno dei principali segnali rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

L'indagine condotta dal Ministero della Salute attraverso il Censis sulle aspettative, le opinioni e le valutazioni degli italiani sulla sanità, ha permesso di evidenziare tre aree distinte per grado di soddisfazione (buona, sufficiente, mediocre o scarsa), come evidenziato in Figura 1.

Figura 1 - Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio (valore %)



Fonte: indagine Censis 2010

I risultati dello studio evidenziano un livello di soddisfazione basso (mediocre o scarsa) in particolare per l'assistenza sanitaria domiciliare, le strutture di riabilitazione pubbliche e gli Ospedali-Pronto Soccorso.

3.3.1 LISTE D'ATTESA

L'analisi dei dati mostra problematiche relative all'area di ricovero, soprattutto in merito alla disomogeneità della distribuzione territoriale dei servizi, in particolare per lo svantaggio delle Regioni Meridionali, per quanto riguarda la presenza degli ospedali e dei pronto soccorso (ma anche degli ambulatori pubblici). Le regioni Centrali evidenziano problematiche relative all'accessibilità dei servizi ospedalieri e d'emergenza, in relazione sostanzialmente ai tempi d'attesa (cfr. Tabella 1).

Tabella 1 Problemi di presenza sul territorio e di accessibilità dei servizi sanitari, per ripartizione geografica (valore %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Servizi indicati come scarsamente presenti sul territorio					
Assistenza sanitaria domiciliare pubblica	18,3	14,2	23	25	19,5
Ospedali e Pronto Soccorso	4,4	8,8	15,7	26,5	15
Ambulatori e consultori pubblici	6,3	15	14	22	14,9
Servizi indicati come non facilmente raggiungibili a causa del tempo di attesa					
Ospedali e Pronto Soccorso	25,9	24	53,2	37,8	35
Ambulatori specialistici pubblici	24,4	20,4	36,2	34,9	29,6
Laboratori analisi pubblici (ASL e ospedale)	26,7	17,7	29,9	27,4	25,9

Fonte: indagine Censis 2010

Ed è proprio quello delle **liste d'attesa** il nodo che, nel sistema di erogazione dei servizi diagnostici ambulatoriali, costituisce nell'opinione degli utenti intervistati l'aspetto che più necessita di un intervento migliorativo: è infatti il 70% degli intervistati ad esprimersi in questo senso. Il tema delle attese risulta peraltro correlato in modo piuttosto vistoso con le modalità di prenotazione e con tipo di struttura in cui è stato effettuato l'accertamento (cfr. Tabella 2).

Tabella 2 - La durata media in giorni della lista di attesa, per tipo di struttura erogatrice e modalità di prenotazione (valori medi)

	Ha contattato telefonicamente il CUP regionale	Si è recato allo sportello della struttura scelta	Ha contattato telefonicamente la struttura scelta	Totale
Ospedale Pubblico	76	50	40	57
Poliambulatorio pubblico	78	46	25	57
Struttura privata convenzionata	72	21	31	27
Totale	76	43	34	50

Fonte: indagine Censis 2010

I tempi di attesa in lista risultano sensibilmente più contenuti nelle strutture private convenzionate, mentre tra chi si è rivolto alla struttura pubblica a rappresentare una determinata decisiva dei tempi di attesa è la modalità di prenotazione.

Altri aspetti che necessitano interventi di miglioramento, secondo gli intervistati, riguardano:

- per il 27,2% l'investimento in **macchinari più nuovi ed efficienti**;
- per il 25,9% l'organizzazione del **sistema di prenotazione**;
- per il 25,5% **l'organizzazione degli appuntamenti**;
- per il 6,7% la **disponibilità e formazione del personale**.

3.3.2 APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE

La Diagnostica per Immagini in campo mondiale ha compiuto in questi ultimi anni significativi progressi con un notevole miglioramento delle apparecchiature disponibili, sia in termini di risoluzione spaziale, sia in termini di miglioramento della sensibilità dei sistemi di rilevazioni delle radiazioni, con la possibilità di ridurre significativamente il carico di radiazioni ionizzanti per esame, mantenendo inalterata o, più spesso, migliorando l'accuratezza diagnostica.

Lo sviluppo di nuove tecnologie, in termini di crescita delle applicazioni tecnologiche ed informatiche, consente l'utilizzo di macchinari che producono una minor esposizione per i pazienti e per gli operatori sanitari.

La protezione dal rischio di radiazioni si traduce nella riduzione del numero di esami radiologici inappropriatamente richiesti ed eseguiti: questi esami comportano lo spreco di risorse, allungamento dei tempi di attesa e, se eseguiti con radiazioni ionizzanti, una indebita irradiazione del paziente ed un aumento della dose collettiva alla popolazione.

Per quanto riguarda l'Italia, è estremamente preoccupante il dato relativo all'età delle apparecchiature emerso da studi di settore (dati aggiornati al 2004 - cfr.Tabella 3) [6].

Tabella 3 - Età media delle apparecchiature diagnostiche

	Età media	% > 6 anni	% tra 6 e 10 anni	% > 10 anni	Numero di Apparecchiature
Telecomandati	10,8	24%	18%	58%	1.835
Diagnostica Radiologica (incluso digitale)	11,7	21%	10%	69%	3.165
Mammografi	8,7	45%	13%	42%	1.116
Ecografi	6,5	60%	19%	21%	10.090
TAC	5,7	56%	26%	18%	1.003
Angiografia	9,5	38%	15%	48%	562
Risonanza Magnetica	5,1	64%	26%	10%	300
PET e PET-TC	3,9	88%	4%	8%	24
Gamma Camere	9,2	35%	24%	42%	484

Fonte: Indagine ANIE-AIMN-SIRM 2004

Superata la vita media dell'apparecchiatura ne può conseguire, per la caduta delle caratteristiche tecniche (cfr. Tabella 4) , una riduzione dei parametri qualitativi minimi delle prestazioni diagnostiche che si traduce in un potenziale aumento del "fermo macchina", un potenziale aumento dei costi macchina e i relativi costi di manutenzione. L'indagine ha preso in considerazione tutte le apparecchiature presenti nelle strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere, ASL, IRCSS e Policlinici Universitari) per un totale di 872 strutture.

Tabella 4 - Caratteristiche dell'obsolescenza per le tecnologie di diagnostica

APPARECCHIATURA	ACCETTABILITÀ		SICUREZZA	
	Periodo di Accettabilità della qualità clinica	Numero di apparecchiature di Età > al Periodo di accettabilità	Periodo di Sicurezza dell'apparecchiatura	Numero di apparecchiature di Età > al Periodo di sicurezza
Diagnostica Radiologica (incluso digitale)	10	2172 (69%)	12	1086 (34%)
Telecomandati	7	1305 (71%)	9	1139 (62%)
Mammografi	6	613 (55%)	8	542 (49%)
Angiografia	6	350 (62%)	8	309 (55%)
Gamma Camere	7	288 (60%)	9	231 (48%)
Ecografi	5	5080 (50%)	6	4078 (40%)
TAC	5	533 (53%)	7	374 (37%)
Risonanza Magnetica	5	140 (47%)	7	89 (30%)
PET e PET-TC	5	7 (27%)	7	3 (11%)

Fonte: Indagine ANIE-AIMN-SIRM 2004

L'indagine ha confermato la gravità del fenomeno dell'invecchiamento delle Apparecchiature Diagnostiche nelle strutture pubbliche del nostro Paese: di particolare criticità sono i dati relativi all'incidenza delle apparecchiature ancora in esercizio con un'età superiore a 10 anni (cfr. Tabella 4).

Si tratta cioè di apparecchiature obsolete, la cui utilizzazione oltre a comportare un'indebita esposizione a quantità, oggi non accettabili, di radiazioni ionizzanti, con possibili implicazioni per il paziente e per gli operatori sanitari, rischia di aumentare notevolmente, per la ridotta capacità diagnostica, il numero di false negatività e soprattutto di ritardare il momento diagnostico con implicazioni negative sul piano prognostico per i pazienti, e con rilevanti costi successivi per il SSN.

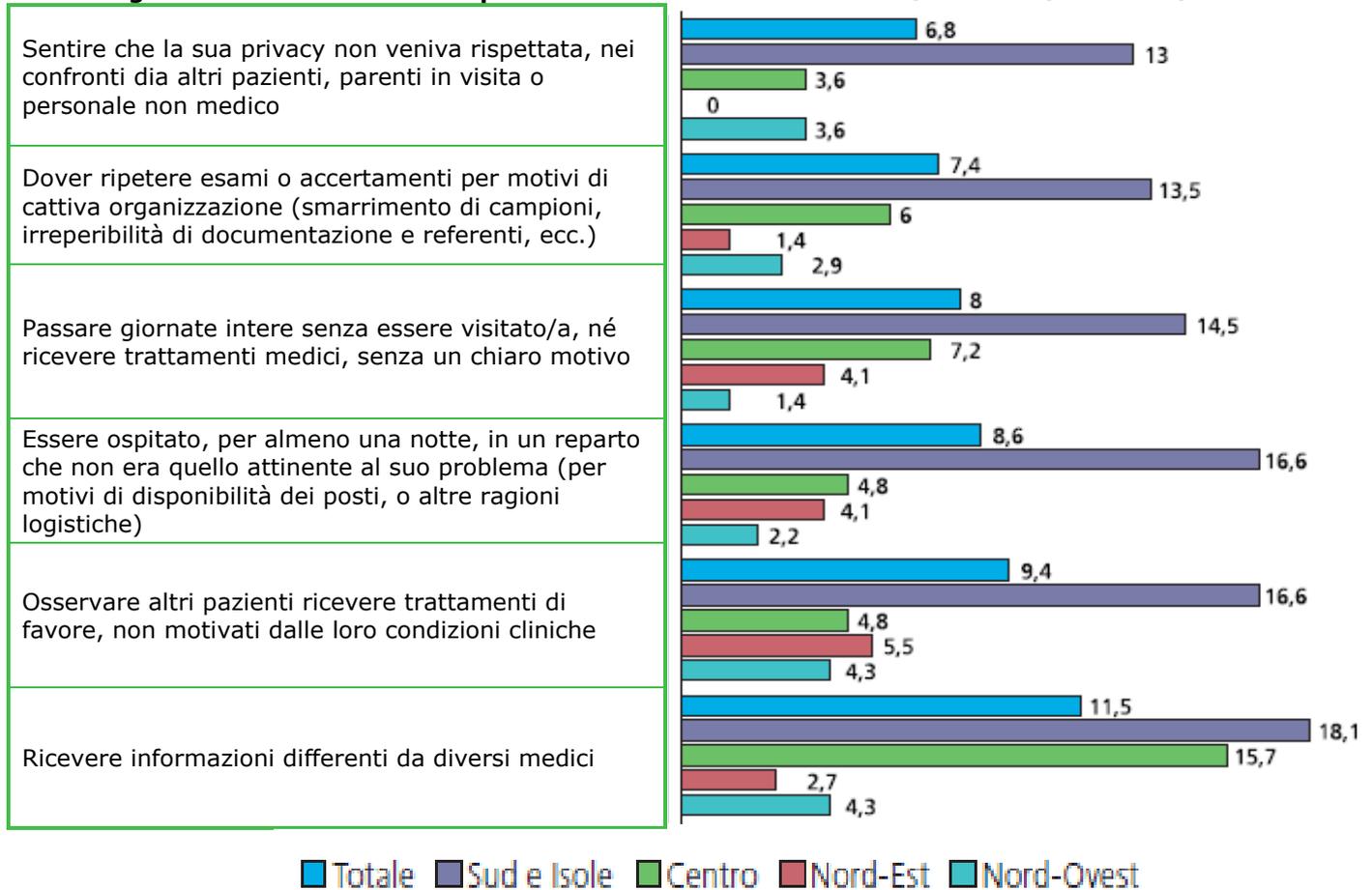
3.3.3 QUOTIDIANITÀ NEI REPARTI

Ulteriori segnali di criticità dell'assistenza, indicativi del persistere di modalità disfunzionali di gestione del paziente, sono stati rilevati a proposito della "quotidianità" nei reparti rispetto alla quale:

- l'8,0% dei pazienti (il 14,5% nel Mezzogiorno) ha passato una giornata senza essere visitato né ricevere trattamenti medici, e senza che gli fosse chiaro il motivo;
- l'11,5% (il 18,1% al Sud e Isole) ha indicato di aver avuto informazioni diverse da diversi medici.

Altri aspetti significativi di malfunzionamento e di cattiva gestione in ambito ospedaliero sono riportati in Figura 2.

Figura 2 - Eventi accaduti ai pazienti nel corso del ricovero ospedaliero (valore %)



Fonte: indagine Censis 2010

4. ANALISI DEI DATI

Il fenomeno delle *liste di attesa* in Italia riveste un peculiare impatto sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale da un lato, che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza dall'altro; deve quindi costituire oggetto di un impegno comune del Governo e delle Regioni nell'amministrazione del sistema sanitario. La sinergia tra livello centrale e periferico trova applicazione attraverso la realizzazione e concretizzazione del **Piano Nazionale di Contenimento delle Liste d'Attesa** (Conferenza Stato-Regioni del 28/03/2006).

Si tratta di trovare le soluzioni più efficaci per il governo delle liste di attesa, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate.

L'impostazione su cui poggia il Piano concordato tra Stato e Regioni consente di individuare con chiarezza la catena di responsabilità: il problema viene affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.

L'obiettivo deve essere infatti quello di promuovere la capacità del SSN, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di prestazioni, per garantire risposte adeguate al perseguimento degli obiettivi di salute, e di far coincidere la domanda di prestazioni con il

bisogno individuato. Il raggiungimento di tale obiettivo consentirà di eliminare l'eccesso di domanda inappropriata e, al contempo, di erogare tutte le prestazioni indispensabili per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, oltre ad una migliore gestione delle risorse economiche disponibili.

Per quanto riguarda *l'obsolescenza delle apparecchiature diagnostiche*, gli studi evidenziano che la continua innovazione nelle metodiche diagnostiche, frutto del progresso medico-scientifico e la conseguente disponibilità di nuove apparecchiature con tecnologie più avanzate permettono una migliore capacità diagnostica, riduzione dei tempi di esecuzione e il contenimento del costo dell'esame stesso.

Risulta inoltre necessario un sistema di valutazione e di soddisfazione dal punto di vista degli utenti, quale strumento di miglioramento continuo della qualità offerta; per tale motivo è fondamentale che le opinioni dei cittadini a proposito delle prestazioni ricevute siano parte integrante di un sistema di monitoraggio costante e sistematico, che permetta di costruire veri indicatori e di elaborare metodologie capaci di intercettare i segnali del malfunzionamento e di individuare i margini di miglioramento.

A tale proposito alcuni elementi essenziali per il corretto funzionamento di un simile sistema possono essere (emersi dallo studio Censis 2010):

- la valutazione di un servizio deve essere ottenuta immediatamente a seguito della fruizione;
- gli strumenti utilizzati devono essere semplici e comprensibili, ma volti a misurare anche aspetti tecnici del servizio, mantenendo sempre e comunque centrale il punto di vista dell'utente;
- l'audit clinico rappresenta uno strumento fondamentale per l'individuazione delle disfunzionalità, ma affinché la valutazione sviluppi le proprie potenzialità in termini di effettivo miglioramento dei servizi è indispensabile integrare questa attività con un sistema di rilevazione della *customer satisfaction* puntuale e multidimensionale.

Tutto ciò al fine di passare da una programmazione sanitaria centrata sulle prestazioni ad una centrata sugli obiettivi di salute da raggiungere con la collaborazione e condivisione di tutti gli attori sociali, coinvolgendo il paziente/utente nel continuo miglioramento delle prestazioni del SSN, in termini di efficienza e ottimizzazione dei costi.

Coinvolgere significa comunicare con i cittadini sui temi della sanità e della salute. Innanzitutto la comunicazione, chiara e puntuale sulle opzioni di trattamento e sui trattamenti individuali, ma anche la comunicazione sui problemi, sulle prospettive, sulla collocazione dei servizi, sulle buone pratiche. Coinvolgere significa riconoscere agli utenti del SSN, ai cittadini, alle autorità locali e alle associazioni di cittadini il diritto di partecipare alla progettazione, all'organizzazione e fornitura dei servizi (Documenti ufficiali del Governo Inglese).

Anche il Parlamento Europeo si è espresso sull'importanza del coinvolgimento dei cittadini, pazienti e familiari, nell'assistenza all'anziano, al fine di soddisfare le esigenze individuali degli assistiti e migliorare il rendimento e l'efficacia dei servizi di assistenza [7].

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario – *"Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2009-2010"* – Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato SpA. Disponibile on line da: <http://www.salute.gov.it/>
- [2] ISTAT, Istituto nazionale di statistica – *"Rapporto annuale 2012, La situazione del Paese"*. Disponibile on line da: <http://www.istat.it/>
- [3] Ministero della Salute, Progetto Mattoni SSN – *"Misura dell'Appropriatezza, Valutazione dell'Appropriatezza a Livello di Sistema"* – approvato il 16/05/2007. Disponibile on line da: <http://www.mattoni.salute.gov.it/>
- [4] Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio VI – *"Indicatori di Appropriatezza organizzativa, Patto per la Salute 2010-2012"* – Ottobre 2010, Disponibile on line da: <http://www.salute.gov.it/>
- [5] Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio VI – *"Programma Operativo Appropriatezza, Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza"* – Febbraio 2011. Disponibile on line da: <http://www.salute.gov.it/>
- [6] ANIE – SIRM – AIMN (Federazione Nazionale Imprese Elettrotecniche – Società Italiana Radiologia Medica - Associazione Italiana di Medicina Nucleare) – *"Indagine sui servizi di diagnostica per immagini presenti nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate"*. Disponibile on line da: www.sirm.org/
- [7] *"Assistenza a lungo termine per le persone anziane"* Risoluzione del Parlamento europeo del 9 settembre 2010 sull'assistenza di lunga durata agli anziani (2011/C 308 E/13). Disponibile on line da: <http://eur-lex.europa.eu/>

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

ANALISI DELLE CRITICITÀ

1. Il punto di vista dei pazienti
2. Il punto di vista legale
3. Obsolescenza dei macchinari
4. Liste di attesa, costo ticket e indagini nel privato
5. Monitoraggio delle urgenze e degli incidenti nei casi di solitudine domiciliare
6. Cup e Recup
7. Il riutilizzo degli esami/accertamenti eseguiti entro 90 gg
8. Costo beneficio dell'impiego di tecnologie diagnostiche d'eccellenza
9. Criticità dell'organizzazione e gestione dei poliambulatori
10. La telemedicina una moderna tecnologia sempre più vicina agli anziani