

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

32° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 19 MAGGIO 1999

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

## INDICE

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

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 9, 12	* DIRINDIN . . . . .	Pag. 3
* CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	12		
* DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	11		
* SARACCO ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	11		

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

*I lavori hanno inizio alle ore 8,45*

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

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

Rivolgo il nostro benvenuto alla gentile ospite, alla quale do senz'altro la parola.

*DIRINDIN.* Desidero innanzitutto informare i membri della Commissione che è stato predisposto un breve resoconto degli elementi fondamentali emersi sullo stato di attuazione della Carta dei servizi. Il rapporto conclusivo, elaborato a cura del Ministero della sanità nel quadro del programma nazionale di supporto della Carta dei servizi, è in via di definizione e sarà disponibile nell'arco di qualche giorno o al massimo di poche settimane. Tale programma rientra in quello più ampio concernente la qualità dei servizi forniti al cittadino nell'ambito del Servizio sanitario nazionale; un programma finalizzato alla promozione di modalità sistematiche di valutazione della qualità dell'organizzazione, del funzionamento del Servizio sanitario nazionale e dell'assistenza erogata ai cittadini, e che è stato sottolineato con particolare enfasi nel Piano sanitario nazionale 1998-2000.

Il programma nazionale di supporto della Carta dei servizi è attivo dal 1995 con l'obiettivo di fornire assistenza tecnica nell'adozione della Carta alle strutture del Servizio sanitario nazionale e di dare vita ad una rete di scambio e di diffusione delle esperienze più significative emerse nelle fasi di monitoraggio e di valutazione del miglioramento della qualità.

Il documento messo a disposizione della Commissione sintetizza i risultati principali di questa attività di monitoraggio con riferimento al periodo agosto 1996-marzo 1998; poco meno di due anni, quindi, nel corso dei quali non soltanto è stata valutata la percentuale di adozione della Carta dei servizi, ma è stato effettuato anche un esame attento delle valutazioni espresse dai cittadini sul Servizio sanitario nazionale e sugli interventi di miglioramento della qualità conseguenti alle segnalazioni degli utenti.

Il mio obiettivo è fornirvi, in primo luogo, informazioni sulla percentuale di adozione della Carta dei servizi, quindi, sui motivi di insoddisfazione dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale, ed infine, sugli interventi di miglioramento evidenziati nel corso dell'attività del programma di supporto alla Carta dei servizi.

La prima indicazione importante concerne il livello di attuazione della Carta dei servizi all'interno della sanità. Nell'ambito della pubblica amministrazione il settore della sanità è quello che realizza il più alto livello di attuazione della Carta, superando il 90 per cento e mostrando una continua crescita nell'arco degli anni oggetto della rilevazione. Si tratta inoltre di una crescita armoniosa che riguarda sia le diverse aree geografiche del paese, con qualche differenza poco significativa, che le diverse tipologie di struttura. Con riferimento a questo secondo aspetto, vale a dire il diverso grado di adozione della Carta dei servizi a seconda della tipologia di struttura, ritengo opportuno segnalare che la percentuale di attuazione più elevata si registra nelle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere dove è superiore al 90 per cento (rispettivamente 94,1 per cento e 92,4 per cento). La percentuale è via via inferiore man mano che si passa ad altre strutture: negli ospedali classificati è pari al 70 per cento; nelle case di cura private è pari al 72 per cento e nei policlinici universitari è solo del 50 per cento, quindi notevolmente più bassa.

Registriamo pertanto un'elevata percentuale di adozione, che oltre tutto è in costante crescita e riguarda tutte le strutture dell'intero territorio nazionale. È altresì elevata la percentuale di aziende che hanno istituito organismi specifici di ascolto dei reclami dei cittadini e di valutazione della qualità, così come è elevata la percentuale (87 per cento) delle strutture che hanno posto in essere uffici di relazione con il pubblico.

Questa fotografia è il risultato di una rilevazione di dati che ha coinvolto la stragrande maggioranza delle strutture operanti nel Servizio sanitario nazionale. La percentuale di risposta, di poco inferiore al 90 per cento, è stata molto elevata; quindi possiamo affermare che non un semplice campione ma la quasi totalità delle aziende sanitarie ha risposto alle richieste di informazioni e ha partecipato attivamente a questo programma di valutazione e confronto reciproco.

Al di là dei risultati relativi alla percentuale di adozione della Carta dei servizi, credo che in questa sede potrebbe essere utile soffermare la nostra attenzione sui motivi di insoddisfazione del cittadino utente. Uno dei principali effetti del processo di attuazione della Carta dei servizi è stato quello di diffondere nel Servizio sanitario nazionale sistemi e procedure per analizzare i reclami dei cittadini. Dal monitoraggio e dalle rilevazioni effettuate risulta che le strutture del Servizio sanitario nazionale hanno ricevuto dagli utenti, nel periodo luglio 1996-dicembre 1997, circa 80.000 reclami. Quindi, in circa un anno e mezzo abbiamo registrato poco meno di 200 reclami per ciascuna azienda.

Il numero dei reclami è un dato significativo, non soltanto perché dimostra la capacità delle aziende di informare i cittadini circa la possibilità di far presente la propria insoddisfazione, ma soprattutto perché va letto

come una modalità di protesta positiva, esprimendo la fiducia del cittadino nella capacità di risposta e di intervento della struttura stessa per migliorare la situazione messa in evidenza dal reclamo. Ne è una conferma la distribuzione per aree territoriali e per tipologia di azienda della frequenza dei reclami.

Va tuttavia precisato che la percentuale dei reclami è più elevata nelle aziende ospedaliere dove i cittadini accedono più frequentemente e per problemi concreti e specifici, ed è più bassa, invece, nelle USL e nelle altre strutture sanitarie. Inoltre, è possibile rilevare una notevole differenza nella frequenza dei reclami - misurata con riferimento alla popolazione assistita - tra le tre grandi aree geografiche del paese, Nord, Centro e Sud. La frequenza con cui i cittadini esprimono motivi di insoddisfazione è nettamente più elevata al Nord (più del doppio rispetto al Sud), e decresce regolarmente man mano che si scende verso le regioni del Mezzogiorno, segno evidente di una diversa fiducia degli utenti nella capacità di risposta delle strutture sanitarie. Tuttavia ciò potrebbe anche dipendere dal diverso grado di informazione dei cittadini circa l'esistenza di strutture preposte all'ascolto dei reclami degli utenti.

Può essere utile cercare di evidenziare i fattori fondamentali di insoddisfazione dei cittadini nel momento in cui esprimono un reclamo o una protesta nei confronti delle USL.

C'è una tabella, nella documentazione che vi è stata distribuita, che riporta i diversi fattori con la percentuale di presenza nei reclami che vengono presentati nelle aziende USL e aziende ospedaliere. Si tratta di dati estremamente interessanti, perché in parte confermano quanto già da altre rilevazioni o anche dall'osservazione quotidiana della realtà emerge e, in parte, forniscono ulteriori elementi di conoscenza.

Il fattore di qualità più frequentemente presente nei reclami sono i tempi di attesa. Questo è il primo fattore che viene presentato come rilevante in tutto il contesto nazionale, ancorché con qualche differenza nelle diverse aree territoriali, e in tutte le strutture considerate. A questo proposito pare utile ricordare l'impegno del Ministero della sanità per tentare di introdurre elementi volti a fotografare al meglio questo problema e poi dare una risposta in termini di interventi volti alla riduzione dei tempi di attesa. Gli interventi che sono stati predisposti dal Ministero della sanità e, più in generale, dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 partono da quanto è stato definito dal decreto legislativo n. 124 del 1998. Si tratta del decreto legislativo noto perché introduce nel settore sanitario un diverso regime di partecipazione al costo delle prestazioni e di esenzione rispetto alla situazione economica (il famoso «sanitometro» in applicazione al «riccometro») che contiene una serie di norme che impongono alle regioni di intervenire per definire i tempi massimi di attesa e per dare delle indicazioni alle aziende USL e alle aziende ospedaliere, affinché il problema della gestione e della riduzione dei tempi di attesa sia al centro dell'attenzione e soprattutto sia considerato elemento fondamentale negli obiettivi assegnati ai direttori generali. Subito dopo i tempi di attesa, come fattore di qualità del servizio che i cittadini indicano come partico-

larmente importante e insoddisfacente vengono indicati gli aspetti burocratico-amministrativi e le informazioni date.

Questi sono i tre maggiori elementi da considerare, che quasi ovunque sono indicati come i più frequenti motivi di insoddisfazione. Anche qui c'è una differenza tra le diverse aree territoriali. Ad esempio, nel centro Italia il fattore che spicca rispetto agli altri è costituito dagli aspetti tecnico-professionali, mentre gli aspetti alberghieri e il *comfort* sono rilevati maggiormente ancorché non al primo posto, dove permangono i tempi di attesa, nelle regioni del Sud e nelle isole.

Da rilevare che, dopo avere indicato questi primi tre aspetti – tempi di attesa, aspetti burocratico-amministrativi e informazioni – che sono in generale, per la totalità del sistema, al primo posto, gli aspetti che riguardano la capacità di rapportarsi all'utente – quindi gli aspetti relazionali – e gli aspetti di qualità tecnica e alberghiera stanno nella graduatoria dei motivi di insoddisfazione in una fascia centrale, quindi sono elementi indicati ma con una frequenza non elevata, e, soprattutto, sono indicati raramente gli aspetti che hanno a che vedere con le strutture e la logistica e l'umanizzazione del servizio.

Dopo aver visto quali sono i motivi dei reclami, l'altro punto che pare opportuno affrontare è come le strutture si attrezzano per rispondere a questi motivi di insoddisfazione. Che cosa hanno fatto le strutture sanitarie di fronte a questa capacità dei cittadini di esprimere concretamente la propria insoddisfazione? L'indagine ha rilevato come le strutture si stanno sempre più attivando, non soltanto – cosa che sarebbe ovviamente insufficiente – per ricevere i reclami dei cittadini, ma per rispondere ai reclami stessi, anche se questa seconda fase, non solo temporalmente ma anche per complessità, è inevitabilmente successiva e quindi è in via di continua messa a punto.

Abbiamo monitorato le iniziative di miglioramento della qualità avviate in seguito alla presentazione dei reclami. Anche qui avete a disposizione una tabella sintetica che indica quali sono i temi sui quali le strutture sono intervenute con più frequenza a seguito di reclami. In circa la metà dei casi questi interventi hanno portato ad assunzioni di impegno da parte delle strutture su aspetti specifici del servizio, ad esempio, la modifica degli *standard* di qualità del servizio su aspetti specifici segnalati dai cittadini. Gli altri interventi adottati più frequentemente riguardano la ridefinizione delle procedure (avevamo rilevato che una esigenza sentita riguardava lo snellimento delle procedure burocratico-amministrative, per cui le strutture sono intervenute in tal senso) e la formazione del personale, quindi attenzione con particolare riguardo alla riqualificazione e alla preparazione del personale con questa modalità relativamente nuova concernente l'attenzione al giudizio che esprimono i cittadini sulla capacità del servizio di rispondere alle loro esigenze.

Oltre a questi interventi, il programma nazionale di supporto all'adozione e all'attuazione della Carta dei servizi ha colto l'occasione per procedere ad una sorta di rilevazione dei casi significativi di esperienze di «buona sanità», ovvero casi significativi di miglioramento della qualità.

Si tratta di circa 800 casi segnalati nel rapporto che il Ministero della sanità sta predisponendo e che danno il segno della vitalità con la quale il Servizio sta cercando di adottare significative metodologie di rapporto con i cittadini e di intervento di miglioramento della qualità. È ovvio che 800 casi sono relativamente pochi, ma – ripeto – sono il segno della vitalità e del cambiamento in corso in tutte le strutture. Questi casi sono stati individuati su tutto il territorio nazionale e in diverse tipologie di strutture; quindi dimostrano una realtà viva, che ha recepito le indicazioni che sono alla base del processo di adozione e di attuazione della Carta dei servizi e che, ancorché faticosamente ma con una celerità che riteniamo verosimilmente più elevata che in altre realtà della pubblica amministrazione, sta cercando di cambiare e di affrontare questi temi.

Quali sono queste esperienze di miglioramento del funzionamento e dell'organizzazione del servizio? Vorrei fornire al riguardo qualche piccolo elemento di conoscenza. I casi sono distribuiti in tutte le tipologie di strutture, ancorché i casi rilevanti risultano più frequenti nelle aziende USL e ospedaliere. Tuttavia ma hanno risposto positivamente anche le altre tipologie di strutture; un terzo delle altre strutture ha regolarmente indicato esperienze significative, che sono state validate insieme ai tecnici ministeriali, delle regioni e delle singole aziende e valutate, in termini comparativi, come particolarmente significative. Sono piccole esperienze puntuali, che, ripeto, più che dare un'immagine complessiva della realtà, mettono in evidenza come sia una realtà in movimento, che cerca di rispondere positivamente a questo nuovo compito che le viene assegnato. Queste sono indicate tutte nel rapporto, ancorché in modo sintetico.

Abbiamo classificato i casi per fattori di qualità del servizio ed il fattore che emerge più frequentemente è l'informazione ai cittadini: circa un quarto di queste esperienze riguarda infatti l'informazione, che si pone invece al terzo posto nella classifica dei motivi di insoddisfazione. Al secondo posto si collocano le esperienze che abbiamo denominato di «ascolto e tutela»: anche se si tratta solo di un primo passo, riteniamo molto significativo che le aziende si attrezzino per ascoltare i cittadini ed i loro motivi di soddisfazione o di insoddisfazione.

La terza serie di esperienze è volta all'umanizzazione dei servizi: come ho detto, questo fattore in realtà non rientra tra i motivi più sentiti di insoddisfazione, però molte aziende hanno ritenuto comunque necessario intervenire su questo aspetto, nonostante non fosse frequentemente segnalato dai cittadini.

Sinteticamente, posso riferirvi alcuni esempi di esperienze di questo tipo; cito innanzi tutto due casi: la riduzione da due anni a venti giorni del tempo di attesa per l'accertamento dello stato d'invalidità ed una procedura semplificata per garantire le prestazioni specialistiche urgenti. Quasi sempre in queste esperienze il problema dei tempi delle liste di attesa, che è stato frequentemente preso in considerazione, è stato affrontato in termini di gestione delle liste stesse e di verifica dell'adeguatezza della domanda e della congruità tra l'offerta e le esigenze della domanda.

Altre esperienze positive sono rappresentate da un caso di certificazione della qualità del servizio di ristorazione di un ospedale (servizio di natura tipicamente alberghiera) e dall'iniziativa intitolata «un ospedale a misura di bambino»: un'azienda USL, in collaborazione con l'associazione dei genitori, ha messo in atto interventi volti ad umanizzare il reparto di pediatria nei confronti dei pazienti più piccoli. Altre esperienze significative consistono nella riduzione dei tempi di degenza in chirurgia e in un programma per la prevenzione degli incidenti stradali.

Come emerge da questa sintetica disamina le esperienze segnalate nel rapporto sono le più disparate ed in alcuni casi sono anche molto piccole, rendono però l'idea della vivacità con cui il Servizio sanitario nazionale cerca di rispondere alle nuove esigenze cui, forse, in precedenza era meno abituato.

In conclusione, il quadro che emerge dai risultati segnalati nell'ambito della nostra iniziativa di valutazione del processo di attuazione della Carta dei servizi mette in evidenza che sostanzialmente questo processo in corso all'interno del Servizio sanitario nazionale ha raggiunto alcuni primi risultati positivi in termini di adozione e di attuazione della Carta. Il livello di attuazione della Carta e le iniziative adottate indicano che il Servizio sanitario nazionale è una struttura che risponde, anche se in modo eterogeneo e discontinuo nelle diverse realtà, ma comunque sufficientemente ampio ed in continua crescita, agli stimoli della società civile.

Il passo successivo sarà quello di fare in modo che queste esperienze si diffondano sempre più fino a costituire elementi normali e sistematici sia di valutazione dell'insoddisfazione dei cittadini che di risposta alle esigenze di quest'ultimi, superando lo stadio attuale in cui si raggiungono risultati concreti solo in modo puramente episodico e in alcune realtà più vive.

La mia esposizione ha finora affrontato il tema centrale che mi è stato chiesto di trattare nell'audizione odierna, ossia l'attuazione della Carta dei servizi. Mi permetto inoltre di sottolineare che il programma nazionale della qualità, messo in atto dal Ministero della sanità, si sta progressivamente sviluppando ed ha previsto anche un'interessante fase di sperimentazione degli indicatori di qualità per la valutazione del Servizio sanitario nazionale.

In un decreto che risale ormai a circa due anni fa è stato individuato un primo gruppo di indicatori per la valutazione di quattro diversi aspetti della qualità del servizio. Laddove è stato possibile questi indicatori sono stati sperimentati, con particolare attenzione ad alcuni aspetti fra i quali la facilità di interpretazione, l'idoneità a rilevare le informazioni ed il grado di significatività in rapporto alle realtà da valutare. La fase della sperimentazione si è conclusa con l'individuazione di alcuni indicatori significativi che probabilmente saranno adottati a regime; altri indicatori sono stati ritenuti di difficile costruzione ed altri ancora non hanno superato il vaglio della sperimentazione.

Si tratta di un altro ampio settore su cui il Ministero della sanità sta lavorando, anche in prospettiva dei rilevanti cambiamenti che avverranno



nel futuro (già previsti nei disegni normativi in materia di riforma del Servizio sanitario nazionale), che imporranno di trasformare sempre più la valutazione del Servizio sanitario realizzata dal livello centrale da una semplice valutazione sulle dimensioni e sui livelli della spesa ad una valutazione sulla quantità e sulla qualità dei servizi e dell'assistenza erogati ai cittadini.

PRESIDENTE. Ringrazio la professoressa Dirindin per la sua approfondita esposizione sui diversi settori di sua competenza. La ringrazio soprattutto perché, rispetto al quadro generale che ci è stato illustrato dai singoli direttori generali del Ministero della sanità che abbiamo ascoltato all'inizio della nostra attività su tutti i vari temi, finalmente la sua esposizione ha fornito alla Commissione una fotografia più corrispondente al problema esistente e più attuale, con indubbi effetti positivi.

Sin dall'inizio dei suoi lavori la Commissione d'inchiesta ha inteso dedicare attenzione, nell'ambito del sistema delle garanzie, allo strumento della Carta dei servizi, nella convinzione che si tratti di uno degli elementi oggettivi più importanti previsti a garanzia del cittadino.

Il problema principale in materia non riguarda tanto l'adozione della Carta, che sicuramente è avvenuta nella maggior parte dei casi, come abbiamo noi stessi verificato (tengo a precisare che prima di ricoprire la carica di parlamentare sono stato componente del comitato permanente per la Carta dei servizi), quanto la sua operatività, su cui ancora, anche dopo l'esposizione della professoressa Dirindin, mi permangono dubbi, anche perché tale operatività è indubbiamente rallentata dalla scarsa conoscenza che i cittadini hanno di questo strumento.

Sottolineo all'attenzione di tutti in particolare una tabella contenuta nel documento che la nostra ospite ha illustrato, in cui il dato totale delle aziende che hanno adottato la Carta è suddiviso per tipologia di struttura, ossia aziende USL, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedali classificati e case di cura. Leggendo questi dati si potrebbe pensare che la totalità delle strutture abbia adottato la Carta dei servizi, ma se invece ne calcoliamo il numero complessivo emerge che esso è nettamente inferiore al numero dei presidi esistenti in Italia, che sono oltre 1.000. Ho pertanto l'impressione che in tal modo non risulti quanto effettivamente avviene nei singoli presidi.

Affermo ciò perché l'esperienza della nostra Commissione (che in alcuni casi è stata diretta) ha evidenziato che i risultati relativi al reale impiego della Carta dei servizi, a prescindere dalla sua adozione, sono nettamente inferiori, in particolare per quanto riguarda gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e il settore dell'emergenza, nonché alcune aziende ospedaliere: vi sono pertanto strutture in cui la Carta è stata adottata, ma non è impiegata.

È assolutamente comprovato, inoltre, che la Carta dei servizi è maggiormente operativa negli enti pubblici piuttosto che in quelli privati, convenzionati o accreditati.

Per quanto riguarda le verifiche sulle Carte dei servizi adottate, uno dei problemi più importanti fra quelli che risultano alla Commissione riguarda la confrontabilità delle Carte stesse e pertanto vorrei sapere dalla professoressa Dirindin se qualcosa è stato fatto in questo senso.

Giova ricordare che all'inizio dell'esperienza venne data libertà ad ogni azienda, nell'ambito di un canone generale, di attuare una propria Carta dei servizi corrispondente alle caratteristiche di ognuna. Però ciò ha reso in sostanza meno confrontabili gli elementi di una Carta con quelli di un'altra, per cui (almeno fino a quando ho lasciato l'incarico presso il comitato prima citato), risultando molto difficile realizzare una griglia comparativa, si è seguito sempre il criterio di valutare solo alcuni elementi essenziali, i più semplici, essendo i soli confrontabili immediatamente.

Un ulteriore problema riguarda la costituzione degli uffici richiamati dalla Carta dei servizi. In base alla nostra esperienza, gli uffici di relazione con il pubblico sono abbastanza diffusi, così come le centrali uniche di prenotazione; al contrario non abbiamo riscontrato lo stesso impiego diffuso degli uffici di pubblica tutela: abbiamo anzi constatato che sono i più carenti.

Questo senza entrare nel merito – anche se lo richiederebbe – della composizione di tale ufficio, vale a dire della idoneità delle persone che lo compongono. Molto spesso purtroppo, ma ciò è dovuto alla situazione generale delle piante organiche, coloro i quali ricoprono certi ruoli nell'ambito di detti uffici non hanno le attitudini necessarie.

Ho notato che nella sua esposizione non ha parlato molto dei risarcimenti e delle sanzioni, due aspetti che danno invece un'indicazione precisa dell'applicazione della Carta dei servizi.

Sicuramente il maggiore numero di reclami registrato al Nord e soprattutto in alcune aziende dipende dal fatto – così almeno risulta alla Commissione – che al Sud le aziende ospedaliere pubbliche si scontrano con la maggiore competitività di quelle private. È evidente quindi che lo strumento è applicato di più in una parte del paese rispetto all'altra. Occorre anche considerare che esiste un contenzioso medico diretto che non passa dalla Carta dei servizi.

I casi di miglioramento, pochi o tanti che siano, sono da considerare sicuramente con attenzione perché molto importanti, soprattutto se riguardano i tempi di umanizzazione. Su questi, tuttavia, è necessario un approfondimento specifico. Ho sentito parlare di un ospedale a misura di bambino. In proposito faccio presente che una delle problematiche che l'Ufficio di Presidenza ha preso in considerazione come oggetto di un'eventuale inchiesta specifica riguarda proprio gli ospedali specializzati per i bambini.

Quanto agli effetti prodotti dalla Carta riteniamo siano positivi sia per quanto riguarda i tempi di attesa che per quanto concerne la burocrazia amministrativa. Ci chiediamo tuttavia come sia possibile realizzare una migliore sinergia tra tutti gli elementi: la Carta dei servizi; l'agenzia regionale per i servizi sanitari e le associazioni di garanzia e tutela per i cittadini, che hanno operato producendo documentazioni importanti, talvolta più approfondite di quelle risultanti dall'utilizzo di questo strumento.

Comunque, sono convinto che l'illustrazione della professoressa Dirindin abbia fatto comprendere ai componenti della Commissione la necessità di un approfondimento circa la reale applicazione di questo importante strumento che siamo convinti debba avere un'ampia diffusione e pubblicizzazione.

DE ANNA. Signor Presidente, colleghi, permettetemi di ringraziare la professoressa Dirindin per essere intervenuta oggi in questa audizione e soprattutto per la sua chiara esposizione sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria.

Desidero soffermarmi sulla percentuale dei reclami presentati perché, in base alle informazioni forniteci dalla stessa professoressa Dirindin, risulta che al primo posto vi è il problema delle liste di attesa, ancora molto affollate. I cittadini che si rivolgono al Servizio sanitario nazionale per avere delle risposte urgenti si vedono costretti ad essere inseriti in lunghe liste di attesa quando in realtà non è possibile attendere. È un problema annoso e lungi dall'essere risolto. A conferma di ciò posso citare un'esperienza personale, maturata proprio in occasione di un'ispezione che questa Commissione d'inchiesta effettuò in un importante istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Quando ispezionammo l'istituto effettuammo un sopralluogo sulle strutture deputate ai servizi mammografici ed ecografici, indispensabili al funzionamento di un istituto di quel tipo, e ci accorgemmo subito che i servizi erano carenti: scarsa strumentazione e due sole stanze disponibili. Chiesi pertanto al direttore generale della struttura quanti esami potevano essere effettuati in una giornata. La risposta fu un numero irrisorio rispetto all'ampiezza delle richieste. Alle mie osservazioni sull'opportunità di un ampliamento mi fu fatta notare la scarsità di mezzi e l'assoluta mancanza di risorse economiche. Eppure sono convinto che se su quel territorio tutte le possibilità di erogare quel determinato servizio venissero sommate, tenendo conto sia della potenzialità delle strutture pubbliche che di quelle private, la lista di attesa si ridurrebbe notevolmente in pochi giorni. In sostanza se, ad esempio, mettessimo a regime tutti i servizi di cardiocirurgia esistenti in Italia – superiori come numero a quelli presenti negli Stati Uniti – e se questi funzionassero, non ci sarebbero più liste di attesa.

Chiedo quindi alla professoressa Dirindin quale potrebbe essere la via da seguire per risolvere finalmente questo annoso problema.

SARACCO. Ringrazio la professoressa Dirindin – e in qualità di esperto di altra materia il mio ringraziamento assume un significato particolare – per avermi fatto cogliere alcuni aspetti della questione che non mi sono del tutto congeniali.

Ho la convinzione – che nasce dalla mia esperienza di vita – che sia possibile ridurre i tempi morti, superare certe irrazionalità e migliorare enormemente i passaggi nei quali l'attività umana ha un forte peso, grazie ad una razionale impostazione del lavoro e ad un'attribuzione di responsabilità personali in tutte le fasi del processo lavorativo. Intendo riferirmi

a responsabilità ben individuate e considerando la responsabilità stessa in termini non punitivi: chi sbaglia o fa meno bene di quanto previsto deve essere aiutato maieuticamente a migliorare la propria attività, ed essere punito soltanto quando è riscontrabile una pervicacia nel voler operare in maniera non conforme alle prescrizioni.

Chiedo pertanto alla nostra ospite se condivide questa analisi.

CAMERINI. Anch'io ritengo che dobbiamo essere grati alla professoressa Dirindin per quanto ci ha riferito sull'applicazione della Carta dei servizi, che rappresenta una delle componenti fondamentali verso il cammino che conduce ad una buona sanità. In verità, però, ho qualche piccolo dubbio su taluni aspetti. Infatti, mentre è relativamente semplice ottenere dati statistici sul numero di aziende, di IRCCS e di case di cura che hanno attivato la Carta dei servizi, sulla reale corrispondenza ed efficacia dei meccanismi correttivi nutro dei dubbi perché sono le aziende che, in qualche modo, giudicano se stesse. Per questo motivo credo che forse qualche dubbio sulla reale efficacia degli stessi dobbiamo averlo. Tra questi meccanismi mi pare che ve ne sia qualcuno che dovrebbe essere centrale e nella maggioranza dei casi periferico. Mi riferisco al ruolo del Ministero: per esempio, i policlinici che hanno attivato solo nel 50 per cento la Carta dei servizi sono stati in qualche modo sollecitati ad un meccanismo di correzione di questo *deficit*?

C'è poi ancora una brevissima considerazione che vorrei fare sui fattori di insoddisfazione della qualità del servizio. È vero che i tempi di attesa sono al primo posto fra i motivi di insoddisfazione, però ci sono alcune correlazioni che vorrei brevissimamente ricordare. Ad esempio, un cittadino si rivolge ad una struttura sanitaria per una determinata affezione e ha una risposta burocratica del tipo: «tu sei affetto da tale patologia: prendi due compresse al giorno»; ebbene, questo esempio dimostra una carenza sul piano dell'informazione, una carenza sotto il profilo tecnico-professionale e una carenza per quanto concerne la necessaria umanizzazione dei servizi, per cui in una risposta si rilevano contemporaneamente più aspetti carenti nell'analisi dei fattori di insoddisfazione.

PRESIDENTE. Colleghi, tenuto conto del protrarsi dell'audizione e dei concomitanti lavori dell'Assemblea, propongo di proseguire i lavori in una prossima seduta, nel corso della quale, prima della replica della professoressa Dirindin, potranno essere svolti ulteriori interventi da parte dei commissari. Se non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Ringrazio la nostra gentile ospite per la sua collaborazione e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,30.*