Il Sole 24 ORE
Sanità

# Il Ssn secondo i medici: la survey di Anaao Giovani

*Prevale il pessimismo: per 9 su 10 il sistema peggiorerà di anno in anno e per 8 su 10 i Lea saranno ridimensionati; il 40% ha dovuto dimettere i pazienti precocemente*

## Insoddisfatti soprattutto al Sud
## Sotto accusa liste d'attesa e ticket

# La Sanità secondo i medici

a cura di Chiara Rivetti, Andrea Rossi, Dario Amati, Tiziana Attardo, Capiello Maurizio, Novella Carannante, Matteo d'Arenzio, Ilaria Vescarelli, Domenico Montemurro, Carlo Palermo e Paola Gnerre

**In Sanità la customer satisfaction rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza del servizio e pertanto la soddisfazione dell'utente viene indagata come strumento per il reale miglioramento delle performance sanitarie. Un sistema però può raggiungere la massima qualità se viene considerata, come parte integrante del monitoraggio, l'opinione di tutti gli attori coinvolti e quindi non solo dei "fruitori" ma anche degli "erogatori".**

**Presentiamo quindi i dati di questa nuova survey promossa da Anaao giovani che ha valutato, dal 24 giugno al 10 ottobre 2015, la "satisfaction" degli attori "erogatori del servizio" ossia gli operatori sanitari medici.**

**Il questionario è stato inviato a tutti i medici dipendenti ed è stato esteso all'intero territorio nazionale: hanno risposto in 1.643.**

**La diffusione, come per le precedenti survey, è stata realizzata attraverso social network come Facebook e Twitter, e-mail prevalentemente aziendali, newsletter, testate mediche specializzate e sui siti Anaao Assomed, nazionali e regionali.**

**Il possibile bias di selezione, conseguente a risposte da parte di individui estranei alla professione medica, è stato superato richiedendo il numero di iscrizione all'ordine dei medici di appartenenza, verificato attraverso l'anagrafe Fnomceo.**

**Poco più della metà dei responders (51,9%) esercita la propria attività nel Nord Italia, il 22,9% al Centro, il 16,8% al Sud e l'8,27 % nelle isole.**

**In linea con le precedenti survey la fascia d'età più rappresentata è quella dai 51 ai 60 anni (43,34%), seguita dagli under 60 (22%) e dalla fascia di età tra i 41 e i 50 anni (21,2%). Solo il 12,9% dei responders risulta essere under 40 mentre è praticamente nullo il contributo degli operatori under 30.**

**La maggior parte degli intervistati (97,5%) esercita nelle strutture pubbliche, solo l'1,93% nel privato/convenzionato e lo 0,5% nel privato, senza differenze rilevanti tra le varie Regioni italiane.**

## I risultati

Nonostante le attuali ed evidenti difficoltà del Sistema sanitario nazionale (Ssn), progressivamente depauperato da piani di rientro e tagli lineari (la legge di stabilità ha disposto la riduzione di oltre 2 miliardi del fabbisogno sanitario nazionale standard per il 2016), il 46,75% dei responders dà un giudizio più che positivo (7-8) del nostro sistema "salute" ma solo il 3,55% gli conferisce la palma dell'eccellenza (9-10). All'opposto il 3,74% dà invece un voto pessimo (1-3) (grafico 1).

Disaggregando i dati per area geografica, i medici del Nord si dimostrano mediamente più soddisfatti della qualità del Ssn (57,8% con voto 7-8) a fronte di un Sud molto più deluso (24,8%).

Questi dati nel complesso concordano con i risultati dell'indagine condotta dal ministero della Salute sulla "customer satisfaction"[1] per la nostra sanità. Infatti per la maggioranza degli italiani la relazione con il Ssn è molto positiva per quanto riguarda i servizi di primo accesso (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, farmaceutica territoriale), mentre è percepita carente e critica l'assistenza ospedaliera per ciò che riguarda l'accessibilità alle aree di emergenza e ai servizi ospedalieri, a causa della riduzione del numero degli Ospedali e dei Pronto soccorso e al ridimensionamento delle aree di integrazione sociosanitaria e di gestione della cronicità. Il giudizio negativo è rivolto non alla qualità delle cure ospedaliere ricevute, la maggior parte del pazienti infatti si ritiene soddisfatto per la qualità dei servizi ricevuti, ma a una assoluta inappropriatezza organizzativa del sistema, impreparato e inadeguato nella pianificazione e distribuzione dei servizi sia ospedalieri che territoriali.

Alla domanda sulla qualità dei servizi sanitari erogati rispetto ai 5-6 anni precedenti, il 73,44% dei me-

**Grafico 1**

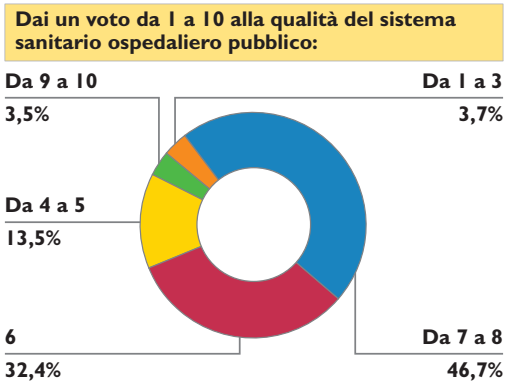


**Grafico 2**

**Rispetto a 5-6 anni fa, come ti sembra sia cambiata la qualità dei servizi che noi medici offriamo ai cittadini?**

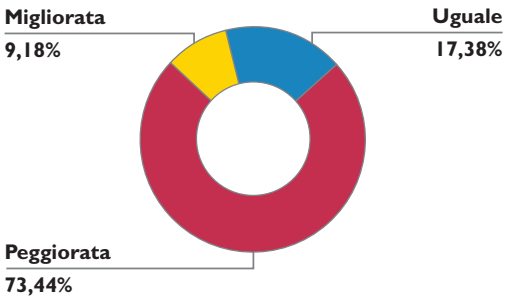



**Grafico 3**

**Pensi che la qualità del sistema ospedaliero pubblico migliorerà nei prossimi anni?**

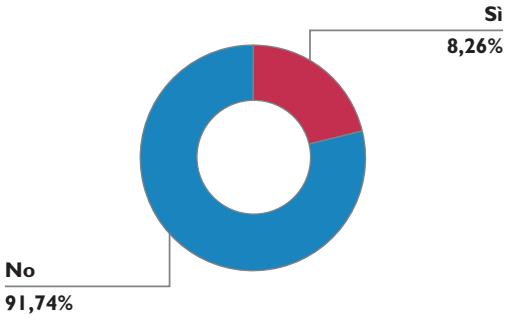
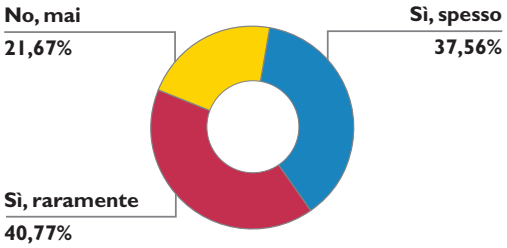



**Grafico 4**

**Ti è mai capitato di dimettere precocemente dal reparto o da Ps anziché ricoverare, per ragioni non prettamente sanitarie (necessità di PI, sovraffollamento in Dea, obiettivi aziendali di degenza media)?**




dici ritiene che sia peggiorata. Per il 17,38% è uguale e solo per il 9,18% è migliorata (grafico 2).

Sono presenti anche qui lievi differenze geografiche, con una maggior percentuale di giudizi negativi al Sud (78,1%) rispetto al Nord (69,4% ).

Il progressivo impoverimento degli organici, ridotti in alcuni casi addirittura al di sotto della soglia di sicurezza, è quasi sicuramente la causa di questa percezione negativa che si scontra invece con il giudizio positivo dato dagli utenti (solo il 30% cittadini del nord e il 48% del sud riferiscono un peggioramento della sanità negli ultimi 2 anni[2]).

Di fatto gli operatori sanitari riescono a garantire la tenuta del sistema solo al prezzo di maggiori sacrifici e carichi di lavoro.

E ancor più pessimiste sono le previsioni per il futuro del nostro Ssn: il 91,74% dei medici ritiene che la qualità del sistema ospedaliero non potrà che peggiorare nei prossimi anni (grafico 3).

Circa il 40% dei responders ritiene poi di aver dovuto dimettere precocemente un paziente, quindi non sulla base del suo status clinico ma a causa di criticità organizzative, come ad esempio il sovraffollamento del Dea, la problematica dei malati fuori reparto e gli obiettivi aziendali inerenti alla durata della degenza (grafico 4).

Questo risultato è particolarmente preoccupante se si pensa all'articolo 3 (doveri del medico) e all'articolo 4 (libertà e indipendenza della professione) del Codice Deontologico che recitano come il «dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo» e «l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione».

Ma dover dimettere un paziente non sulla base della clinica ma a causa di profonde pecche organizzative o ancor peggio di standard ospedalieri definiti prevalentemente sulla base di logiche economiche più che sanitarie è "etico" per il medico?

Uno dei problemi centrali nella gestione delle risorse umane risulta la spinta motivazionale che induce il lavoratore a migliorare le proprie performances. Questo clima desolante sta portando il personale sanitario, in primis i medici, a un'inesorabile deriva verso il burn out. È pertanto facilmente comprensibile come la maggioranza quasi assoluta dei medici percepisca come, date le sempre più inadeguate risorse, il sistema sia destinato a implodere, portando a una notevole riduzione anche dei servizi essenziali.

È stato quindi sondato il punto di vista del medico sulla necessità di riorganizzare l'offerta ospedaliera in relazione al tema della sicurezza. Ben l'83,74% dei responders non sceglierebbe e/o non consiglierebbe ad una parente di partorire in una struttura con meno di 500 parti/anno (grafico 5).

In questa domanda viene chiesto al medico di immedesimarsi nel paziente, e quindi la sua risposta è quella del cittadino che ha il vantaggio di conoscere bene i limiti e i rischi del sistema dove lavora, e che con queste informazioni aggiuntive sceglie di evitare il parto nelle piccole strutture, a tutela della propria salute.

La classica risposta "fossi al posto suo, non lo farei" che i pazienti vorrebbero tanto sentirsi dire e che giustamente li rassicura.

Questa risposta contrasta con l'opinione degli

**Grafico 5**

**Ti rivolgeresti (o consiglieresti a una tua paziente di farlo) a una struttura con meno di 500 parti/anno per partorire?**

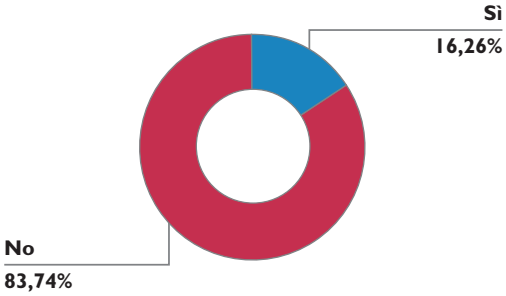
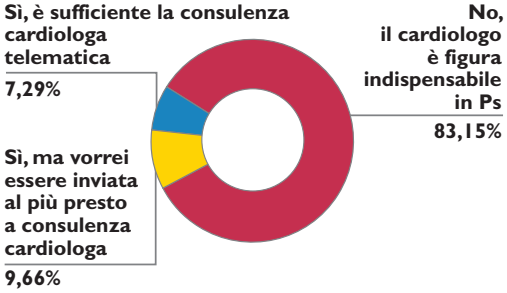



**Grafico 6**

**Nel caso tu avvertissi dolore toracico e/o dispnea, credi che la gestione del tuo caso sarebbe ottimale in un Ps senza cardiologo?**




utenti che frequentemente hanno rivendicato la non chiusura di piccoli punti nascita per non affrontare un viaggio verso una struttura ospedaliera magari anche lontana ma in grado di garantire maggiori standard di sicurezza.

Non è comunque un caso che proprio nei piccoli punti nascita si eseguano più cesarei (50%) rispetto alle unità operative più grandi, cesarei spesso non appropriati e cioè eseguiti principalmente per ragioni di carattere organizzativo.

In Italia la mortalità materno - infantile è notevolmente ridotta nell'ultimo ventennio. Rispetto a una media europea del 3,9 per mille l'Italia presenta un dato di mortalità infantile del 3,2 per mille[3] che permette al nostro Paese di raggiungere posizioni di assoluta qualità a livello europeo. Tuttavia, questo dato incoraggiante si scontra con una vistosa disparità territoriale. Sono infatti registrate punte di mortalità del 4,8 per mille in Sicilia e del 4,1 in Campania contro il 2,6 del Piemonte, il 2,7 del Veneto o il 2,9 della Lombardia. Tale dato assume ulteriore risalto se si pensa che i punti nascita con un numero di parti inferiori a 500 parti/anno sono concentrati in particolare nelle Regioni del sud d'Italia.

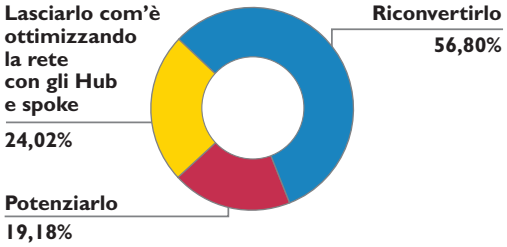
Anche nella domanda successiva si è chiesto al medico di vestire i panni del paziente, di immaginarsi con un dolore toracico e di poter scegliere la migliore soluzione per gestire il proprio caso clinico: la maggior parte dei medici (83,15%) preferirebbe per se stesso un Ps dotato di guardia cardiologia (grafico 6).

Concordemente alla risposta precedente il 56,80% dei responders (grafico 7) ritiene che un piccolo ospedale (25.000 accessi in Ps/anno) dove non siano previsti i servizi di base (es. guardia rianimatoria e cardiologica h24, letti di terapia intensiva ) dovrebbe essere riconvertito. Solo il 19,18% propone di potenziarlo e il 24,02% di lasciarlo com'è, ottimizzando la rete con gli Hub e Spoke.

Il 19 giugno di quest'anno è diventato operativo il nuovo regolamento per gli Standard ospedalieri[4] che individua gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture, definisce tre livelli di presidi ospedalieri in base ai bacini d'utenza e riduce i posti letto per acuti a 3,7 per mille abitanti (di cui 0,7 per lungodegenze/riabilitazione). Soprattutto gli ospedali di base (bacino di utenza 80.000-150.000 abitanti) sono da questo regolamento depauperati di specialità essenziali, al punto che qualsiasi altro tipo di attività più impegnativa rispetto all'erogazione minimale di assistenza sarebbe, dal punto di vista qualitativo, al di sotto di standard assistenziali accettabili. In particolare nei presidi ospedalieri di base non è prevista la specialità di Cardiologia: secondo l'Anmco[5], il decreto cancellerà 581 strutture su 823.

**Grafico 7**

**Cosa credi che si debba fare nel caso di un piccolo ospedale (25.000 accessi in Ps) distante 20 min. da uno più grande, ove non fossero previsti i servizi di base (a esempio guardia rianimatoria e cardiologica h24, letti di terapia intensiva)?**




Dovendo decidere il destino di una struttura, non si può prendere in considerazione solo la sua produttività ma si dovrebbe tener conto del profilo sanitario della popolazione di quell'ambito territoriale, dei relativi bisogni di salute, dei flussi migratori, nonché delle distanze, della qualità dei trasporti e della viabilità, nell'ambito di una programmazione regionale atta a garantire il rispetto dell'erogazione dei Lea, dell'equità e della qualità delle cure.

L'opinione del professionista, con il suo bagaglio

**Grafico 8**

**Le lunghe liste di attesa e il costo dei ticket hanno negli ultimi anni spostato sul privato molte richieste di visite specialistiche e indagini diagnostiche. Ritieni che:**

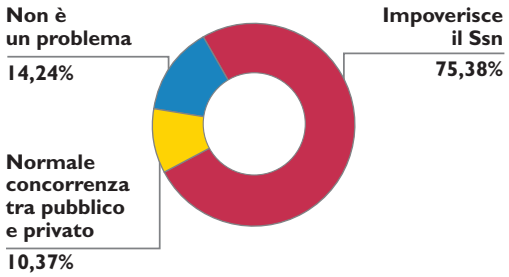
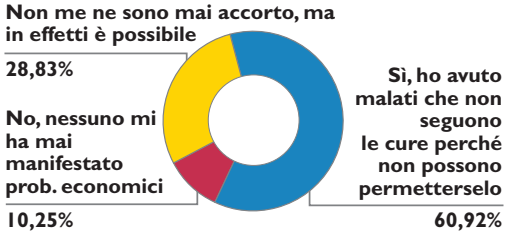



**Grafico 9**

**L'ultimo rapporto annuale Istat ci dice che nel 2013 il 9,5% della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni Ssn per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta. Hai avuto la percezione nel tuo lavoro che l'essere malato rappresenti per alcuni tuoi pazienti un grave problema ecomico?**




culturale e la sua esperienza, non dovrebbe comunque essere sottovalutata né dai decisori politici né dai pazienti stessi.

Il quesito successivo indaga la posizione del professionista ospedaliero sulla messa a rischio del sistema sanitario pubblico a favore della sanità privata. Il 75,38% degli intervistati ritiene che il progressivo incremento delle liste d'attesa per prestazioni sanitari pubbliche e l'elevato costo dei ticket impoverisca ulteriormente il nostro sistema sanitario shiftando sul privato il bisogno di soddisfazione di salute (grafico 8).

La spesa "out of pocket" nel 2014 ammonta infatti a 33 mld, con un significativo aumento di circa 1 miliardo rispetto all'anno precedente[2]. Questo rappresenta un assalto al sistema di universalismo, conquista sociale della seconda metà del novecento, e sta creando disparità tra i cittadini con rischio di sistemi sanitari di serie A e di serie B.

L'elevato costo dei ticket, in combinazione con l'attuale crisi economica, da un lato ha favorito il privato ma dall'altro ha costretto molti pazienti ad abbandonare le cure: nel 2013 il 9,5 % della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni del Ssn per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta[6].

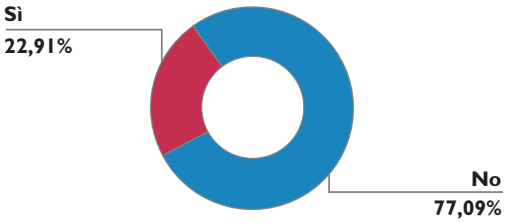
Anche il 60,92% dei nostri responders ha dichiarato di essersi trovato di fronte a malati che non seguivano le cure per motivi economici. Il 28,77% ha invece dichiarato che, pur non essendosi mai accorti di una situazione di palese svantaggio, ha comunque intuito che l'interruzione delle cure potesse essere attribuita a difficoltà di ordine economico o di offerta mentre solo il 7% non ha avuto percezione del problema (grafico 9).

Questa situazione di fragilità è maggiore al sud (72,6%) che al nord (56,6%) come anche evidenziato dall'ultimo rapporto Istat. La popolazione italiana infatti è passata dal 2° al 4° posto per aspettativa di vita, superata da Svizzera e Spagna, ed è solo al 18° posto per spesa sanitaria rispetto al Pil con una spesa che cala progressivamente dal 2011[7].

Concordemente a questo, più dei 2/3 dei responders (77,09%) (grafico 10) non si sono stupiti di fronte ai dati secondo cui l'accesso all'intervento per by pass-aorto coronarico risulta del 40% inferiore tra i meno abbienti di sesso maschile, rispetto ai benestanti[8].

**Grafico 10**

**Uno studio pubblicato sul "Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia" rivela l'accesso all'intervento di bypass aortocoronarico risulta del 40% inferiore tra i meno abbienti di sesso maschile, rispetto ai benestanti. Questo dato ti stupisce?**




Anche questo risultato è indicativo della consapevolezza del medico nel ritenere lo stato socio-economico del paziente come fattore precludente la possibilità di accesso alle cure. Le diseguaglianze in salute percepite dai medici trovano conferme anche nel rapporto Cies[9] su esclusione sociale e povertà, secondo cui i cittadini maschi adulti in difficoltà, in particolare se disoccupati, tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere insoddisfatti della propria salute e a morire prima.

La valutazione della percezione delle diseguaglianze in salute a sfavore dei pazienti con maggiore disagio socioeconomico sembra per i nostri intervistati, maggiormente imputabile a carenze dei servizi di cure primarie territoriali (62,93%) (grafico 11), sottintendendo che la responsabilità di educare il paziente, seguirlo nell'iter di cura, prevedere controlli periodi-

**Grafico 11**

**Credi che le disuguaglianze in salute a sfavore dei pazienti con maggiore disagio socio-economico siano maggiormente imputabili a carenze:**

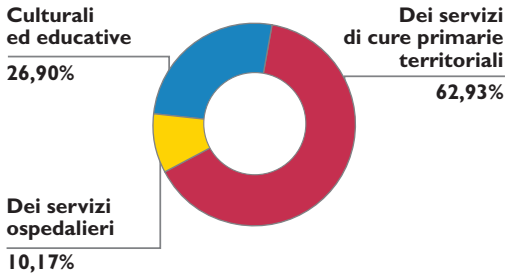



**Grafico 12**

**Le lunghe liste di attesa, soprattutto in certi servizi, sono maggiormente riconducibili a:**

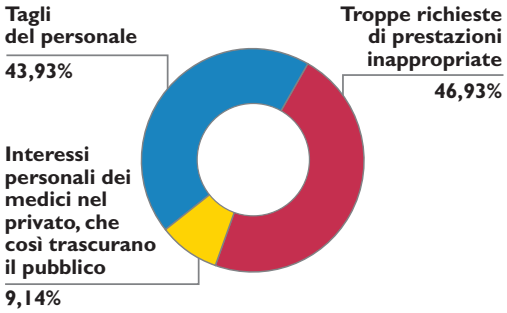
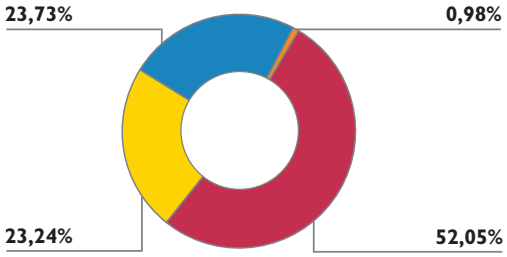



**Grafico 13**

**Una maggiore appropriatezza prescrittiva sarebbe utile per il migliore utilizzo delle risorse. Crdi che per incentivarla si debba principalmente:**




- **Applicare strategie per modificare i comportamenti professionali, come richiedere la motivazione delle prescrizioni**
- **Limitare la possibilità prescrittiva di procedure/ farmaci più costosi ai responsabili di struttura**
- **Intervenire a livello legislativo per limitare il rischio di contenzioso e quindi di medicina difensiva**
- **Valorizzare le competenze dei professionisti**

ci, incidere sui suoi stili di vita e attuare politiche di prevenzione competa prevalentemente al territorio, e quindi di fatto al medico di medicina generale o alle strutture ambulatoriali. A giustificazione di questa percentuale così alta, dobbiamo precisare che la survey è stata condotta soprattutto su medici ospedalieri che spesso presentano una visione ospedalecentrica e non sempre conoscono approfonditamente i servizi territoriali.

Secondo i nostri intervistati, le condizioni culturali ed educative incidono sulle diseguaglianze in salute per il 26,90%, in accordo con il fatto che mano a mano che si risale lungo la scala sociale tutti gli indicatori di salute migliorano.

Infine per il 10,7% (grafico 11) dei medici il maggiore motivo della diseguaglianza è nella carenza dei servizi ospedalieri. Ma il razionamento delle risorse per il Ssn non ha solo della gravi conseguenze sulla salute dei più fragili: è un freno allo sviluppo sociale ed economico di un Paese, in quanto causa l'uscita precoce dal mercato del lavoro di persone altrimenti produttive, un maggior costo a carico del servizio sanitario e dei servizi assistenziali, una minore coesione sociale, con un impatto complessivo stimato intorno al 10% del Pil.

Sempre valutando l'opinione del professionista sulle attuali problematiche organizzative sanitarie, le lunghe liste d'attese per prestazioni sanitarie sono conseguenza di inappropriatezza prescrittiva per il 49,63% dei responders e del progressivo taglio del personale per il 43,93%. Solo una piccola minoranza ritiene che siano effetto di interesse personale del medico (9,14%) (grafico 12).

L'applicazione della normativa europea sull'orario di lavoro[10], prevista il 25 novembre dopo anni di rinvii garantirà finalmente l'adeguato riposo ai professionisti e costringerà le aziende ad assumere nuovo personale, con prevedibili risvolti positivi sulla sicurezza delle cure e sulle liste d'attesa.

Riguardo all'appropriatezza prescrittiva, il 52% dei responders ritiene che dovrebbe essere perseguita riducendo il rischio di contenziosi e la medicina difensiva, e non attraverso il discutibile "decreto appropriatezza", dalle caratteristiche sanzionatorie. Per un altro 45% circa bisognerebbe valorizzare le competenze professionali (23,24%) o favorire le motivazioni prescrizionali (23,73%) (grafico 13).

Il problema appropriatezza è un problema complesso, di natura culturale, organizzativa ed etica che non può essere certo superato con le sanzioni amministrative proposte nel decreto.

Al contrario il Ddl "Gelli", che prevede l'applicazione del codice penale solo in caso di colpa grave e l'inversione dell'onere della prova a carico del paziente, con riduzione della prescrizione da 10 a 5 anni, potrebbe determinare un importante passo avanti nella lotta alla medicina difensiva e contribuire a una maggiore serenità nell'agire medico.

**Grafico 14**

**È in programma una ridefinizione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza). Credi che:**

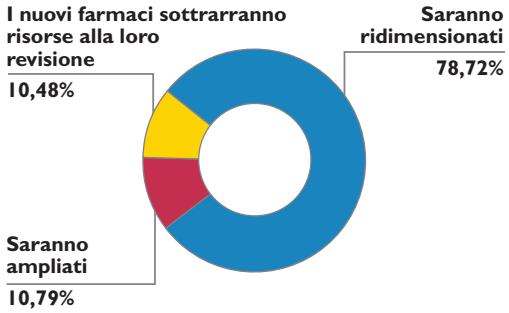
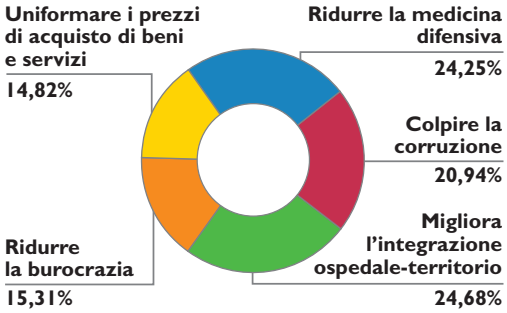



**Grafico 15**

**È in programma una ridefinizione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza). Credi che:**




Rispetto alla ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), l'atteggiamento dei colleghi che hanno risposto alla survey è di generale sfiducia. Circa l'80% infatti ritiene probabile che verranno ridimensionati e solo l'11% che verranno ampliati (grafico 14).

La legge di Stabilità 2016[11] prevede per l'aggiornamento dei Lea lo stanziamento di 800 milioni di euro a fronte di una dotazione del fondo sanitario di 111 miliardi di euro (rispetto ai 113 attesi) che difficilmente saranno sufficienti a fronteggiare l'aumento di spesa degli ultimi anni, anche alla luce dei maggiori oneri previsti (rinnovo del contratto, sblocco del turn over, stabilizzazione dei precari, farmaci innovativi e nuovi Lea, appunto) con il risultato che per il 2016 le risorse nette si ridurranno a 110 miliardi.

Alla domanda quale ambito debba considerarsi pertanto prioritario per ridurre gli sprechi in sanità i responders si sono equamente distribuiti nella lotta alla medicina difensiva (24%), nel miglioramento dell'integrazione ospedale territorio (24%), nella lotta alla corruzione (20%), nella riduzione della burocrazia (15%) e con l'uniformità dei prezzi d'acquisto di beni e servizi (15%) (grafico 15).

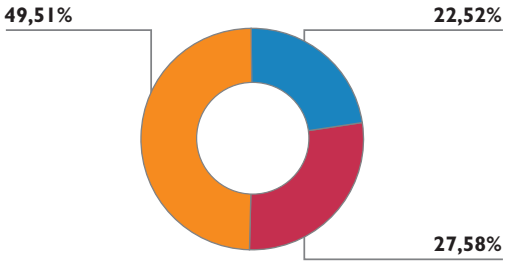
La percezione che la medicina difensiva sia causa di sprechi testimonia come il medico realmente adotti nella sua quotidianità comportamenti mirati a ridurre il rischio di contenzioso, ben consapevole che se fosse più tutelato potrebbe lavorare più serenamente limitando gli sprechi. Questo rispecchia i dati di uno studio Agenas del 2014[12] secondo cui il 58% dei medici pratica la medicina difensiva. La reale quantificazione dei costi è tuttavia molto dubbia: il ministero della salute parla di 10 miliardi/anno, ma sono cifre tutte da dimostrare, spesso derivate da studi datati .

Il rapporto medico/paziente è uno degli elementi cardini dell'arte medica. La nostra survey ha quindi indagato il tempo che il medico dedica al suo paziente. Nonostante i tagli al personale e il conseguente progressivo incremento dei carichi di lavoro, quasi la metà degli intervistati (49,91%) riesce a dedicare tempo ai proprio assistiti (grafico 16).

Il medico dovrebbe sempre avere una visione olistica del suo paziente, che trascende dal mero tecnicismo della diagnosi e cura, e impedirgli con ostacoli organizzativi di dedicare del tempo alla persona che deve curare, vuole dire di fatto impedire al medico di fare il proprio lavoro.

**Grafico 16**

**Nel lavoro del medico è essenziale la relazione e il dialogo con il paziente. Nella tua esperienza quotidiana, quanto tempo dedichi al dialogo?**




- **Molto. Anche se sono stanco e molto occupato trovo sempre il tempo per tutti**
- **Non molto. Cerco di trovare tempo per i pazienti con bassa istruzione o che mi paiono più a rischio di non seguire le cure**
- **Poco. L'eccessivo carico di lavoro mi obbliga a essere frettoloso nella comunicazione per occuparmi maggiormente di altre priorità cliniche**

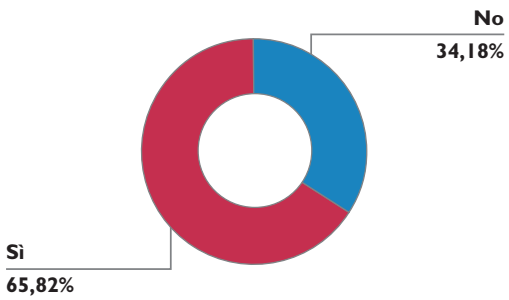
Altro problema spinoso e indagato nella survey è quello della corruzione in sanità . Più della metà degli intervistati (65,82%) ritiene che la politica della corruzione e dell'abuso di potere a proprio vantaggio siano una realtà diffusa nel sistema sanitario (grafico 17).

Il dato interessante è che la percezione del fenomeno risulta più elevata a seconda dell'area geografica di provenienza degli intervistati.

Infatti se al nord "solo" il 61,65% ha risposto di

**Grafico 17**

**Pensi che corrompere, essere corrotti e usare la posizione di potere per i propri vantaggi, siano diffusi nel sistema sanitario pubblico?**




pensare che la corruzione sia diffusa nel Ssn, al centro tale percentuale sale al 67,03% e al sud al 71,79% con punte fino al 76,87% per i medici siciliani e sardi. L'esatta stima di quanto realmente incida questa pratica criminosa sul bilancio dello stato è ignota (si parla di un'incidenza pari al 3% del Pil) ma il Presidente dell'anticorruzione Cantone, ha giustamente affermato che quantificarla con precisione è in realtà ininfluente, perché la corruzione è comunque un fenomeno diffuso in Italia con esiti purtroppo sempre nefasti.

Alla domanda aperta cui viene chiesto ai medici se il sindacato debba occuparsi di equità in salute, la maggioranza dei responders (59,2%) ha risposto affermativamente, sostenendo che lo stia facendo e che lo debba fare. Solo il 28% ritiene che il sindacato debba limitarsi a difendere gli iscritti e che il problema delle diseguaglianze sia di stretta pertinenza politica.

Le modalità suggerite per difendere i diritti dei pazienti e l'equità in salute sono molteplici ed interessanti: i medici affermano che opponendosi ai tagli, limitando la crescita del privato, riducendo i carichi di lavoro, contrastando sprechi, corruzione e medicina difensiva si otterrebbe un Sistema sanitario nazionale migliore e più equo.

Viene poi sottolineata l'importanza di accrescere la consapevolezza critica dei medici e di coinvolgere l'opinione pubblica, spesso troppo poco informata del reale stato del Ssn.

Da questa domanda traspare come i medici, accusati di sprechi e di inappropriatezza, oberati da carichi di lavoro eccessivi, vittime del blocco del turn over, siano nonostante tutto fiduciosi che con un franco confronto con i decisori politici si possano trovare soluzioni condivise, soluzioni che il medico auspica quanto i suoi stessi pazienti.

I medici si chiedono, in definitiva, quando effettivamente si amplierà lo sguardo della politica non solo alla capacità di sostenere i sistemi ma anche alla capacità che questi hanno di dare risposte esaustive e soddisfacenti alla domanda, mettendo al centro delle decisioni il benessere del paziente.

## Conclusioni

La soddisfazione dell'utente ma anche dell'operatore è sicuramente uno dei principali segnali della qualità dei servizi erogati, a sostegno del fatto che nonostante il progressivo de-finanziamento, il nostro Ssn risulta ancora essere a tutt'oggi modello di efficienza e garanzia di equità e di universalismo delle cure.

La percezione e la soddisfazione degli operatori oltre a quella degli utenti dovrebbero pertanto costituire degli indicatori in grado di evidenziare i margini di miglioramento per l'efficienza del sistema stesso.

# La bibliografia

**[1]** Customer satisfaction. Ministero della salute. 2010
**[2]** 48° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese.2014
**[3]** Istat. "Natalità e fecondità. Anno 2013". 27 novembre 2014
**[4]** Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Dm Salute 2/4/2015, n.70
**[5]** Cardiologia negli ospedali n. 205 , anno 2015
**[6]** Rapporto annuale Istat 2015
**[7]** Health at a Glance 2015. Oecd Indicators. November 04,2015
**[8]** Il Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia. Costa G. et al 2014
**[9]** Cies. Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale .2011-2012
**[10]** Dlgs 66/03, Direttiva 2003/88/CE e legge 161/2014
**[11]** Ddl Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 2016
**[12]** Medicina difensiva. Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico. Agenas 2014