

UOSD Comunicazione Integrata Aziendale

Rapporto di ricerca.

La qualità percepita e l'umanizzazione dell'attività di pronto soccorso nella provincia di Latina.

A cura della

***UOS Comunicazione e Relazioni con il Pubblico
Responsabile Dott.ssa Assunta Lombardi***

Con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato

***Associazione Valentina, Cittadinanza Attiva, Avo Latina,
Avo Terracina, Unitalsi di Fondi***

E della

Dott.ssa Nausicaa Ventresco

Indice

Introduzione

L'indagine

La metodologia e le finalità..... 5

Il campionamento.....7

I risultati dell'indagine

Le caratteristiche socio--anagrafiche del campione.....9

La fruizione del pronto soccorso.....16

L'indice di Umanizzazione.....27

La dimensione informativa e gli Opinion Leader.....33

Conclusioni.....**38**

Bibliografia

Introduzione

L'indagine di customer satisfaction è orientata a valutare l'efficacia e l'efficienza del servizio socio---sanitario a partire dall'esperienza che ne fa l'utente. Ponendo al centro dell'analisi il punto di vista del cittadino, è possibile arrivare a comprendere quali siano le reali esigenze di un pubblico con specifiche peculiarità, indagando anche quei processi che, talvolta, restano maggiormente latenti in un contesto. Questo tipo di analisi permette di valutare le pratiche e le modalità attraverso le quali un ente risponde ai bisogni dei cittadini, nonché di far emergere i punti di forza e le criticità di un sistema per pianificare in modo adeguato azioni e politiche di miglioramento. Un costante monitoraggio del rapporto in continua evoluzione tra Salute -Sanità - Società, può aiutare ad implementare risposte appropriate a bisogni reali in un contesto sempre più complesso, in continuo mutamento, facilitando la realizzazione delle aspettative comuni.

L'indagine qui presentata mira ad indagare le modalità di fruizione del servizio di pronto soccorso nella realtà della provincia di Latina. Le motivazioni alla base della scelta di accedere ai servizi del pronto soccorso vengono analizzate in relazione all'ipotesi di ospedale---centrismo, ossia, il processo di interiorizzazione collettiva dell'ospedale come luogo principale delle cure che ne spiega il ruolo centralizzato. Inoltre, saranno esplorate le aree della comunicazione e i canali privilegiati di fruizione delle informazioni. In tal modo, si individueranno gli "opinion leader" dell'informazione in campo sanitario, ossia le figure che sono riconosciute dai cittadini

con maggiore autorevolezza e credibilità. Gli opinion leader sono figure centrali nel processo comunicativo che possono veicolare messaggi ed informazioni con maggiore efficacia. Una volta riconosciute, queste possono ricoprire un ruolo fondamentale nell'attivazione di micro---processi utili all'attuazione di azioni di miglioramento in uno spazio sociale più ampio e complesso. La logica alla base di questo processo è di tipo sistemica: il concetto di sistema è inteso come una serie di elementi tra loro correlati e, le connessioni all'interno del sistema che collegano i vari attori ne determinano il cambiamento. In tal modo il comportamento di ogni elemento è condizionato direttamente o indirettamente dal comportamento di tutti gli altri componenti del sistema. Ciò significa che, per attivare il cambiamento di un comportamento o di un fenomeno a livello macro---sociale, è necessario partire dai micro---fenomeni, cioè quei processi alla base del sistema.

L'indagine.

La metodologia e le finalità

L'indagine, realizzata dalla UOSD Comunicazione Integrata Aziendale Asl di Latina in collaborazione con la dott.ssa Nausicaa Ventresco, si pone come obiettivo l'analisi dell'esperienza vissuta e della qualità percepita dagli assistiti nel servizio di Pronto Soccorso, delle modalità di accesso e fruizione delle cure, indagando, nello specifico, le dimensioni afferenti al processo di umanizzazione. Per umanizzazione si intende

“la capacità di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica”.¹

Le aree problematiche al centro dell'indagine riguardano diversi aspetti del processo di umanizzazione del servizio socio---sanitario, nello specifico:

- le modalità di fruizione dei servizi sanitari e delle cure in relazione ad una visione più o meno centralizzata sull'ospedale;
- le dinamiche relazionali e comunicative tra l'utente ed il personale sanitario;
- i canali di informazione e i soggetti considerati dagli utenti Opinion Leader in ambito sanitario;
- l'organizzazione e la vivibilità dei luoghi dell'assistenza.

L'indagine ha coinvolto diverse realtà ospedaliere con l'obiettivo di elaborare una visione complessiva del fenomeno nella provincia di Latina:

¹Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), Anno XII num.32, 2013

- Ospedale “Santa Maria Goretti” di Latina;
- Ospedale “A. Fiorini” di Terracina;
- Ospedale “San Giovanni di Dio” di Fondi;
- Ospedale “Dono Svizzero” di Formia.

Per le esigenze di rappresentatività numerica del campione, la strategia d’indagine adottata è di tipo quantitativo, ciò ha permesso di individuare e analizzare le variabili più facilmente misurabili ed identificabili. Per la fase di rilevazione è stato costruito un questionario semi-structurato composto da 20 domande, di cui 19 a risposta chiusa e un’ultima domanda a risposta aperta. Invitare le persone ad esprimersi apertamente, offrendo l’opportunità di fornire suggerimenti e considerazioni integrative per un miglioramento del servizio sanitario, amplia la possibilità di far emergere elementi d’interesse utili ad approfondire il punto di vista del soggetto.

Gli intervistati sono stati individuati tra gli utenti che avevano già effettuato il triage. La somministrazione dei questionari è iniziata nel mese di giugno 2015 e si è conclusa a ottobre 2015.

Nella fase di somministrazione è stato molto prezioso il lavoro dei volontari delle Associazioni che operano all’interno dei contesti ospedalieri: l’Associazione Valentina, CittadinanzAttiva e Avo per l’Ospedale di Latina; l’Urp e Avo di Terracina, l’Unitalsi di Fondi e dott. D’Onofrio per Formia.

Il coinvolgimento delle Associazioni ha permesso di attivare una rete di persone che, dopo un’adeguata preparazione, ha affiancato e facilitato l’attività di somministrazione dei questionari.

Il campionamento

La strategia di campionamento adottata è di tipo casuale semplice. Inizialmente è stato considerato il numero stimato degli utenti che accedono alle strutture di Pronto Soccorso su base annuale², nello specifico:

- 66.435 unità per Latina;
- 37.275 unità per Formia
- 52.961 unità per Fondi -Terracina

Vista l'estensione della popolazione su base annuale e considerando la portata delle risorse e dei tempi a disposizione per il completamento dell'indagine, è sembrato opportuno valutare una riduzione del bacino di riferimento da cui attingere le unità di analisi, al fine di ottenere dati maggiormente trattabili e facilitare l'applicabilità delle procedure. Per queste ragioni, a partire dalla media degli accessi su base mensile, e in base alle disponibilità specifiche di ciascun ospedale, è stato elaborato il campione di riferimento:

- 423 casi per Latina;
- 236casi per Fondi -Terracina
- 237casi per Formia;

Per un campione totale di 896casi analizzati.

La fase preliminare pretesting è stata svolta con l'individuazione di un campione sperimentale, ossia di un numero limitato di utenti del Pronto Soccorso cui sottoporre il questionario per attuare un'indagine pilota. E' stato importante, prima di procedere

² Fonte: Regione Lazio, dati al 2013. www.regione.lazio.it

all'avviamento dell'indagine ufficiale, avere la possibilità di testare la qualità del questionario prodotto per ottenere uno strumento d'indagine idoneo, verificandone, dunque, la comprensibilità e la chiarezza delle domande, nonché l'eshaustività delle opzioni di risposta previste. La fase pilota è stata svolta all'interno del Pronto Soccorso di Latina, con il supporto delle Associazioni invitate a collaborare.

I risultati dell'indagine.

Le caratteristiche socio--anagrafiche del campione

La fase di analisi dei dati è stata eseguita con il supporto del software SPSS 21.0.

Le prime analisi eseguite sul campione di intervistati sono utili a descriverne le caratteristiche socio---anagrafiche.

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Maschi	421	47,4	47,4
Validi Femmine	468	52,6	100,0
Totale	889	100,0	
Mancanti	7		
Totale	896		

Tab. 1 Genere degli intervistati

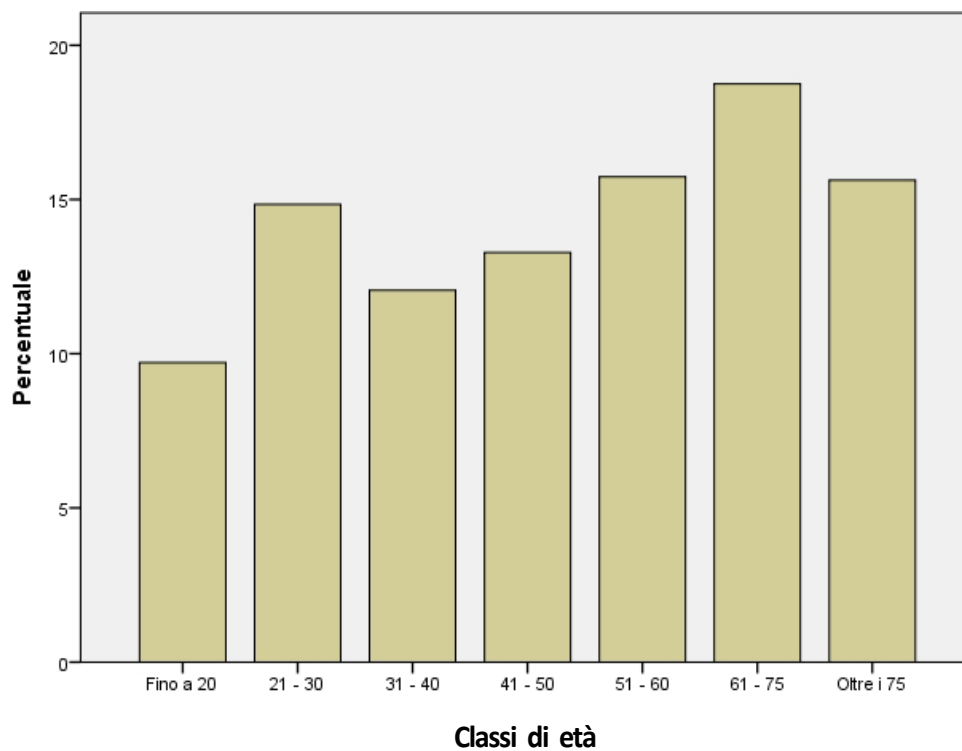
La Tab.1 indica una distribuzione piuttosto equilibrata del campione in base al genere maschile (47,4%) e femminile (52,6%).

Di seguito (Tab.2 e Graf.1) abbiamo una rappresentazione del campione suddiviso in classi di età. Com'è possibile osservare, le categorie più giovani (sotto i 20 anni) risultano meno rappresentate, mentre le fasce d'età presenti in maggior numero all'interno dei servizi di Pronto Soccorso, sono quelle sopra i 50 anni (oltre il 15%) con un incremento nella zona "61---75" nel 18,8% degli intervistati.

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Fino a 20	87	9,7	9,7
21 - 30	133	14,8	24,6
31 - 40	108	12,1	36,6
41 - 50	119	13,3	49,9
51 - 60	141	15,7	65,6
61 - 75	168	18,8	84,4
Oltre i 75	140	15,6	100,0
Totale	896	100,0	

Tab. 2 Divisione del campione in classi d'età

Graf. 1 Rappresentazione grafica del campione suddiviso in classi d'età



Il 94% del campione di intervistati è rappresentato da persone di cittadinanza italiana, mentre il 5,9% sono cittadini stranieri (Tab. 3).

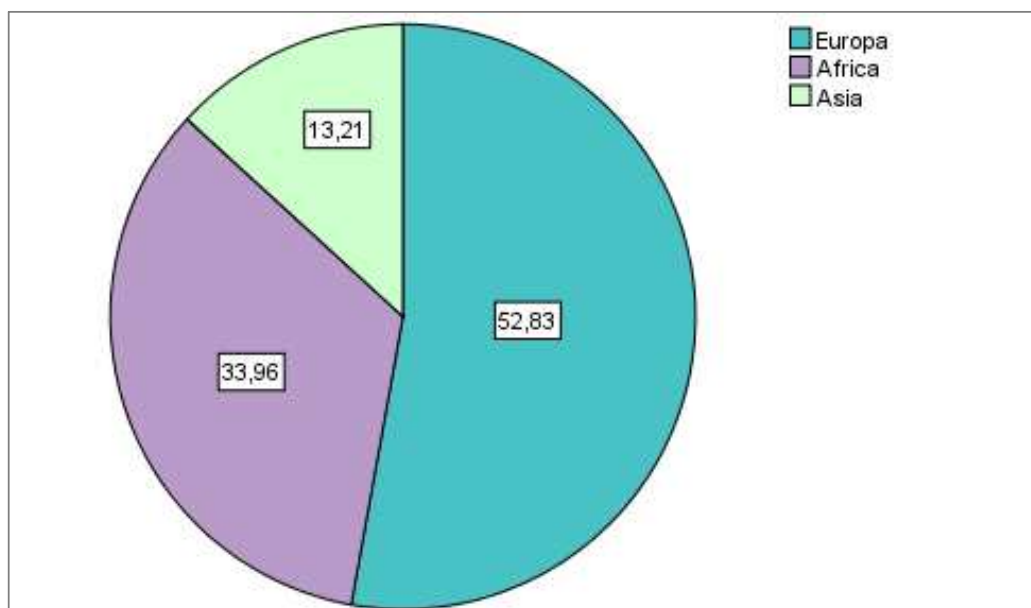
Tab.3 Percentuale di cittadini italiani e stranieri che ha effettuato il triage

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Cittadinanza italiana	834	94,1	94,1
Cittadinanza straniera	52	5,9	100,0
Totale	886	100,0	
Mancante di sistema	1		
Totale	896		

In base ai diversi Paesi d'origine, il sotto-campione formato dai cittadini stranieri si differenzia in tre grandi aree geografiche: il gruppo più numeroso è rappresentato da cittadini provenienti dall'Est Europa (Romania, Ucraina), a seguire il gruppo dell'Africa (composto da cittadini provenienti da Mali, Nigeria, Ghana, Marocco e Tunisia), infine quello dell'Asia (India) (Tab.4 e Graf.2).

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Europa	28	52,8	52,8
Africa	18	34,0	86,8
Asia	7	13,2	100,0
Totale	53	100,0	

Tab.4 Suddivisione del campione di cittadini stranieri nelle aree geografiche di origine.

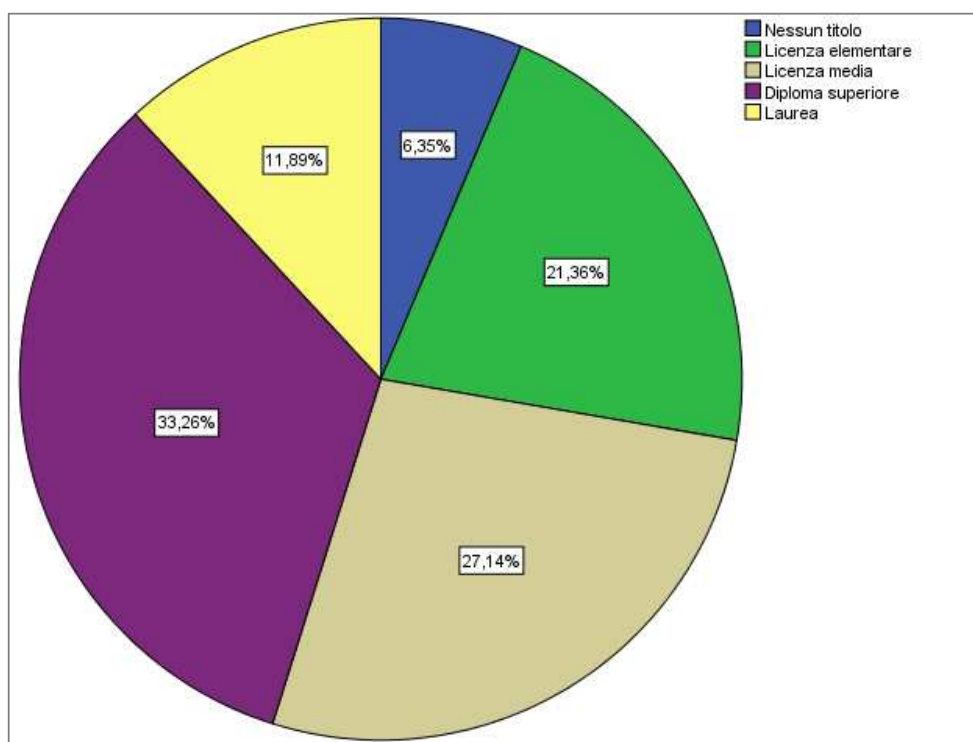


Graf.2 Rappresentazione grafica delle aree geografiche di provenienza dei cittadini stranieri

Come si evince osservando la distribuzione dei casi sulla variabile “titolo di studio” nella Tab.5, il 33% degli intervistati dichiara di aver conseguito il Diploma di scuola media superiore; una rilevante fetta del campione, il 54,8%, combina le modalità Nessun titolo, Licenza elementare e Licenza media. Gli intervistati con il titolo di Laurea sono i meno rappresentati, con l’11,9%. Il grafico a torta (Graf.3) mostra con efficacia rappresentativa la distribuzione in esame.

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Nessun titolo	55	6,4	6,4
Licenza elementare	185	21,4	27,7
Licenza media	235	27,1	54,8
Diploma superiore	288	33,3	88,1
Laurea	103	11,9	100,0
Totale	866	100,0	
Mancanti	30		
Totale	896		

Tab.5 Distribuzione dei casi per titolo di studio



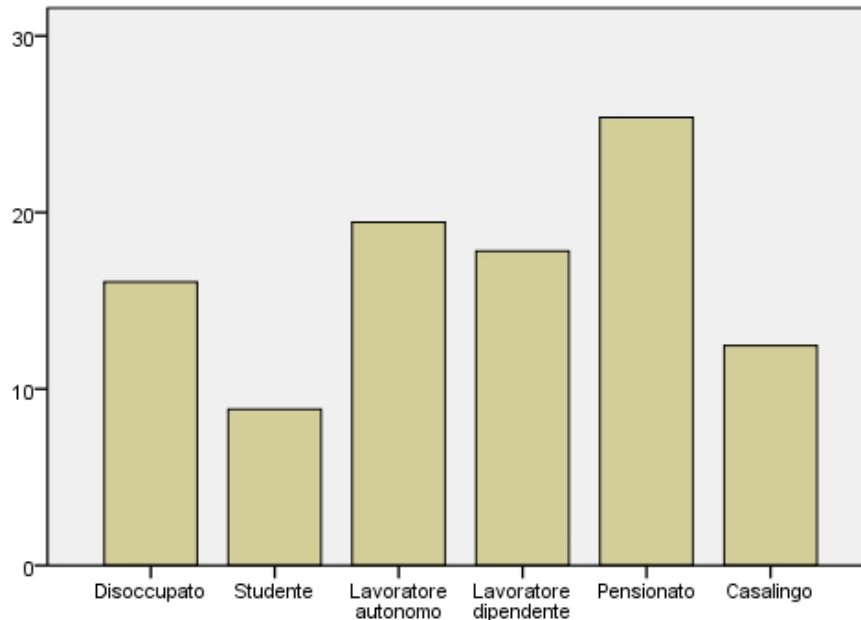
Gra.3 Rappresentazione con grafico a torta della variabile "titolo di studio" sul campione.

In relazione alla variabile “occupazione”, la modalità con la più alta percentuale di intervistati è “pensionato” al 25,4%; tale dato si relaziona con l’accentramento dei casi nelle fasce d’età più alte osservate nelle statistiche precedenti. Accorpendo i casi aventi modalità “disoccupato” insieme a quelli del lavoro non retribuito “casalingo”, troviamo una consistente fetta di campione, oltre il 28%, che risulta escluso dal mercato del lavoro. Inoltre, in accordo con i risultati sul livello culturale si nota come, la categoria “studente” si conferma la più marginale, con l’8.8% degli intervistati. (Tab.6 e Graf4). Ponendo in relazione le distribuzioni fin qui osservate, emerge il profilo di un utente con status sociale medio---basso e con un’età media da “matura ad avanzata”. Le caratteristiche di questo campione ci guidano nell’ipotizzare la presenza di alcune esigenze specifiche legate alle dimensioni dell’assistenza socio---sanitaria e, di valutare la funzionalità e l’adeguatezza delle forme di comunicazione attraverso le quali il personale medico---sanitario si relaziona con il paziente.

Tab.6 Distribuzione del campione sulla variabile professione

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Disoccupato	138	16,1	16,1
Studente	76	8,8	24,9
Lavoratore autonomo	167	19,4	44,4
Validi Lavoratore dipendente	153	17,8	62,2
Pensionato	218	25,4	87,5
Casalingo	107	12,5	100,0
Totale	859	100,0	
Mancanti	37		
Totale	896		

Graf.4 Rappresentazione delle distribuzioni percentuali della variabile professione



La fruizione del Pronto Soccorso

Uno degli obiettivi dell'indagine è esplorare le modalità di fruizione del servizio di Pronto Soccorso.

In primo luogo è stato chiesto agli intervistati di indicare la frequenza con la quale hanno utilizzato il pronto soccorso nell'arco dei dodici mesi precedenti all'intervista (Tab.7).

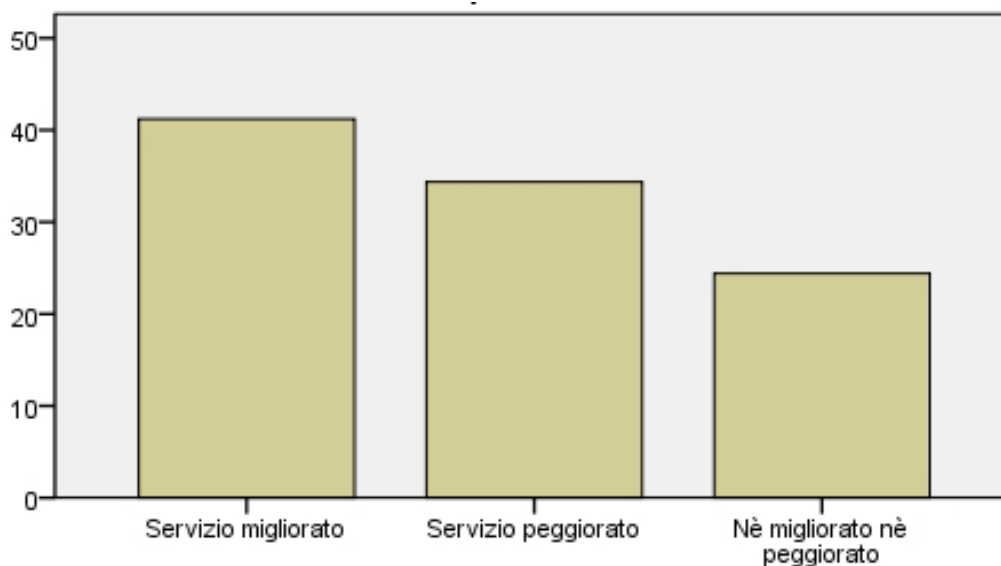
	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi			
Mai, questa è la prima volta	458	51,2	51,2
Da 1 a 3 volte	328	36,6	87,8
Più di 3 volte	109	12,2	100,0
Totale	895	100,0	
Mancanti	1		
Totale	896		

Tab. 7 Dati relativi alla frequenza nell'uso del pronto soccorso nell'arco dell'anno considerato.

Il 51,2% del campione dichiara di essersi recato al pronto soccorso per la prima volta nell'arco dell'anno. E' necessario puntualizzare che il periodo di ricerca include i mesi estivi (da giugno a settembre), nei quali si evidenzia un incremento di affluenza turistica soprattutto nelle località di Terracina e Formia che incide sulla modalità in esame. Resta comunque alta la modalità di frequenza ripetuta durante i dodici mesi, in particolare "da una a tre volte" con il 36,6% dei casi.

Gli oltre 400 intervistati che già in passato sono stati pazienti dello stesso pronto soccorso, si sono espressi sul grado di soddisfazione circa il servizio di accettazione

(Graf.5). A confronto con l'esperienza passata, per il 42,2% dei casi il servizio di accettazione è migliorato; per il 34,4% dei casi il servizio è peggiorato; il restante 24,4% si è collocato nella modalità di stabilità "né migliorato né peggiorato":



Graf.5 Livello di soddisfazione degli utenti per il servizio di accettazione

Un'analisi delle frequenze dei codici di priorità assegnati nel momento del triage, può essere indicativa per valutare il grado di adeguatezza con il quale gli utenti ricorrono al Pronto Soccorso. L'applicazione del triage avviene nella zona di accoglimento ed è svolta dal personale infermieristico specializzato e supervisionato dal medico in servizio. Questa modalità di valutazione immediata e classificazione, è utile per fronteggiare il progressivo aumento dei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso, soprattutto in casi non urgenti, oltre a facilitare una razionalizzazione dei tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando, dunque, come criterio di priorità, le condizioni cliniche e non l'ordine di arrivo.³

³ www.salute.gov.it

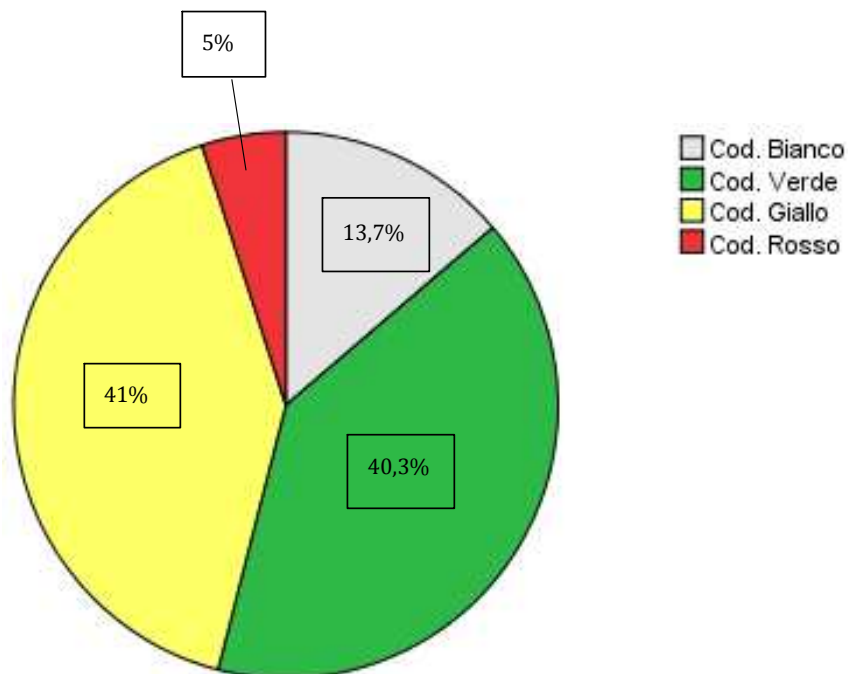
L'attività di triage si articola in tre momenti:

- ... **Accoglienza**, necessaria per la raccolta dei dati, di informazioni utili e dell'eventuale documentazione medica, rilevamento dei parametri vitali e registrazione;
- ... **Assegnazione codici di gravità**: tali codici, in analogia con i criteri definiti dal decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, sono articolati in quattro categorie:
 - **Codice rosso**: pericolo di vita, massima gravità, massima priorità, immediato accesso alle cure;
 - **Codice giallo**: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;
 - **Codice verde**: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
 - **Codice bianco**: non critico, pazienti non urgenti;
- ... **Gestione dell'attesa**: la rivalutazione costante del paziente in attesa e della congruità dei codici assegnati è parte integrante del triage in quanto è possibile che le condizioni di salute varino.

Attraverso le statistiche di seguito riportate, possiamo osservare la tendenza nella distribuzione dei codici di gravità sul campione di utenti:

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Bianco	113	13,7	13,7
Verde	331	40,3	54,0
Validi Giallo	337	41,0	95,0
Rosso	41	5,0	100,0
Totale	822	100,0	
Mancanti	74		
Totale	896		

Tab. 8 Distribuzione di frequenza sulla variabile "codice di gravità".



Graf.6 Grafico a torta rappresentante le percentuali di assegnazione dei codici al triage.

Nella fase di analisi dei dati è stato assegnato un valore numerico ad ogni codice, da un minimo di 0 per il codice bianco ad un massimo di 3 per il codice rosso. Come si evince dalla Tab.8, il 41% del campione accede con il “codice giallo” e un’altra fetta consistente, il 40,3%, accede con “codice verde”, per seguire, il 13,7% vi accede con “codice bianco”. Osservando la tendenza della distribuzione, è evidente come, oltre la metà del campione è rappresentata da codici di non urgenza.

Ciò significa che, in media, gli utenti che arrivano al Pronto Soccorso, vi accedono con una condizione “non complessa” e in assenza di urgenza.

Per quanto riguarda i codici rossi, il valore che si presenta sottostimato è conseguenza dell’oggettiva difficoltà a somministrare il questionario a pazienti in gravi condizioni.

L’accesso inadeguato al servizio di pronto soccorso assume il carattere di un fenomeno generalizzato che diviene ulteriore problema d’indagine. La percentuale rilevante di casi che dovrebbero essere gestiti in altri contesti sanitari ma che approdano indistintamente al pronto soccorso, si presenta sia come una delle cause che possono generare complicazioni nel funzionamento del servizio stesso, sia come sintomo di altre problematiche di carattere socio-culturale e, in particolare, ad alcune debolezze caratterizzanti la più ampia rete dell’assistenza medico-sanitaria.

Approfondendo le motivazioni che hanno spinto le persone a rivolgersi al pronto soccorso, emerge un interessante quadro nel quale si evidenziano i fattori di scelta principali (Tab.9).

	Risposte		Percentuale di casi
	N	Percentuale	
Ritengo che la mia patologia sia urgente	552	44,5%	62,7%
Gli impegni di lavoro non mi consentono di rivolgermi al medico di famiglia o a medici specialisti	22	1,8%	2,5%
I tempi di prenotazione di esami e visite altrove sono troppo lunghi	56	4,5%	6,4%
Il pronto soccorso ha più strumenti per risolvere il mio problema	149	12,0%	16,9%
Il pronto soccorso è sempre aperto	82	6,6%	9,3%
Il pronto soccorso offre un servizio gratuito o meno costoso	51	4,1%	5,8%
La cura prescritta dal mio medico è stata inefficace	41	3,3%	4,7%
Ho avuto difficoltà a fissare appuntamento con il mio medico	7	0,6%	0,8%
Il personale sanitario dell'ospedale è più preparato ed efficiente	57	4,6%	6,5%
Non ho il medico di famiglia	12	1,0%	1,4%
Non conosco il numero della guardia medica	24	1,9%	2,7%
Non sapevo a chi rivolgermi	188	15,1%	21,4%
Totale	1241	100,0%	141,0%

Tab.9 Le motivazioni della scelta di ricorrere alle cure del pronto soccorso.

La domanda sulle motivazioni che hanno indotto gli intervistati a ricorrere al pronto soccorso prevedeva la possibilità di risposta multipla, quindi la selezione di più scelte. Le risposte del campione si concentrano, in percentuali diverse, su tre *item* che diventano i principali fattori di spiegazione per la scelta di accesso al pronto soccorso:

- I) *Ritengo che la mia patologia sia urgente (62,7% dei casi);*
- II) *Non sapevo a chi altro rivolgermi (21,4%);*
- III) *Il pronto soccorso ha più strumenti per risolvere il problema (16,9%).*

Il primo item si riferisce alla percezione della gravità del problema che non è necessariamente correlata all'effettivo bisogno di assistenza immediata. Su questa dimensione grava molto la percezione soggettiva della propria condizione. Considerando, infatti, le alte percentuali di codici "non urgenti", l'ipotesi che si fa strada è quella di un'influenza legata a fattori di origine culturale e che approfondiremo con l'analisi delle successive evidenze empiriche.

Il secondo item è indicativo della preferenza per i servizi di emergenza e può essere un fattore rivelatore di un'insoddisfazione e difficoltà nell'utilizzo dei servizi di assistenza Primaria.

Il terzo item, invece, è rappresentativo del grado di fiducia strumentale avvertito dai cittadini verso il pronto soccorso.

Per approfondire l'analisi di questi tre fattori, osserviamo i risultati emersi dall'incrocio tra la variabile motivazionale e il codice di gravità.

La tavola di contingenza Tab.10 è stata elaborata dall'incrocio della variabile "motivazione nell'uso del pronto soccorso" con la variabile "codice di gravità assegnato". Ponendo il codice di gravità come indipendente, in quanto condizione del soggetto a priori data dalla valutazione oggettiva, ogni percentuale si interpreta a partire da essa.

	Codice di gravità			
	Bianco	Verde	Giallo	Rosso
Ritengo che la mia patologia sia urgente	47,7%	55,0%	70,8%	80,5%
Gli impegni di lavoro non mi permettono di rivolgermi al Medico di Famiglia o ad altri Medici specialisti	5,4%	2,4%	1,2%	0,0%
I tempi di prenotazione delle visite o degli esami altrove sono troppo lunghi	0,0%	9,2%	5,8%	0,0%
Il pronto soccorso ha più strumenti per risolvere il problema	9,0%	17,7%	18,5%	12,2%
Il pronto soccorso è sempre aperto	1,8%	10,7%	10,3%	17,1%
Il pronto soccorso offre un servizio gratuito e/o meno costoso	6,3%	11,0%	2,1%	0,0%
La cura prescritta dal mio Medico è stata inefficace	0,9%	8,0%	4,0%	0,0%
Ho avuto difficoltà a fissare un appuntamento con il mio Medico	0,9%	1,2%	0,6%	0,0%
Il personale sanitario dell'ospedale è più preparato ed efficiente	1,8%	7,3%	8,5%	4,9%
Non ho il Medico di famiglia	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%
Non conoscevo il numero della guardia medica	3,6%	2,8%	3,3%	0,0%
Non sapevo a chi altro rivolgermi	40,5%	23,5%	15,2%	4,9%
Totale	111	327	329	41

Tab.10 Distribuzione dei fattori motivazionali in relazione al codice di gravità (Conteggio % entro "codice di gravità")

In riferimento al primo item *“Ritengo che la mia patologia sia urgente”*, si osserva che, il 55% dei pazienti con codice verde e il 47,7% dei pazienti con codice bianco ne danno una risposta affermativa. Questo dato fa ricondurre la scelta del servizio di pronto soccorso a motivazioni legate alla percezione del bisogno di attenzioni immediate, un’esigenza che trova spiegazione negli aspetti della dimensione culturale e nelle caratteristiche dell’ambiente sociale.

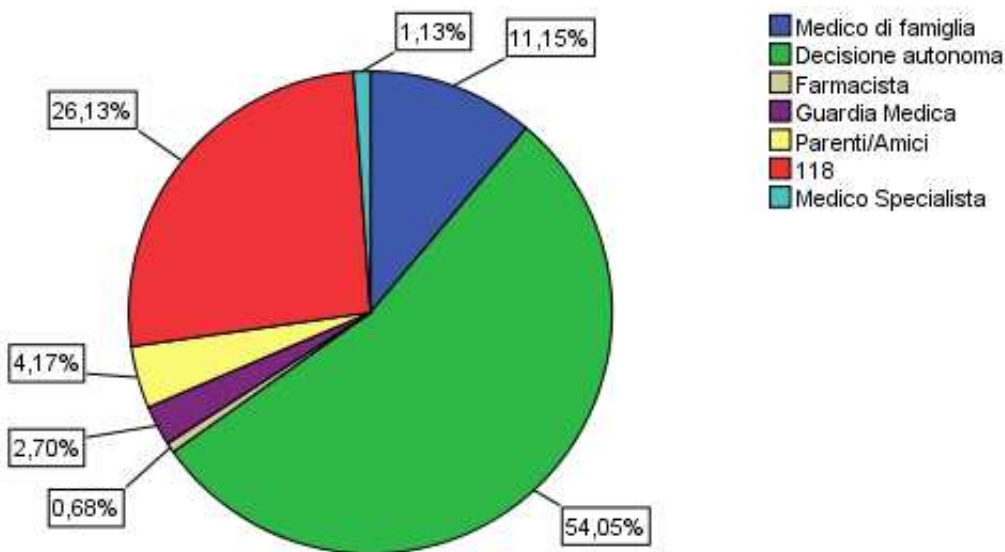
Nella cultura occidentale, l’idea di benessere è legata ai concetti di «efficienza dell’individuo», «autonomia personale» e indipendenza, tutte condizioni che il soggetto rischia di perdere in uno stato di malessere o di malattia. La centralità data a queste dimensioni che definiscono lo stile di vita nel contesto sociale d’appartenenza, inducono il soggetto a vivere la propria condizione di salute con un accentuato grado di allarmismo e con la necessità costante di assicurazione. Inoltre, le aspettative generate dallo stile di vita consumistico, persuadono il soggetto alla ricerca di risposte nell’immediato.

L’item *“Non sapevo a chi altro rivolgermi”*, diventa significativo nei casi di codici bianchi (40,5%) e verdi (23,5%). Mentre per i casi più gravi il pronto soccorso è un percorso obbligato, per gli altri dovrebbe essere l’alternativa meno indicata. La spiegazione potrebbe essere, dunque, ricondotta a diverse ragioni: una mancanza di informazioni su eventuali altri servizi sanitari che esistono sul territorio o una scarsa organizzazione dei servizi sul territorio, quindi l’inadeguatezza di risposta del sistema di servizi di assistenza primaria (ad esempio la difficoltà di accesso ad accertamenti diagnostici, il ricorso alla “medicina difensiva” da parte dei medici, gli orari di apertura

degli ambulatori dei Medici di famiglia, le regole di accessibilità per le persone immigrate).

Per quanto riguarda l'item "Il pronto soccorso ha più strumenti per risolvere il problema", le motivazioni possono essere ricondotte ad un senso di fiducia strumentale che emerge anche dalle percentuali ricavate sui fattori di *massima disponibilità* ("il pronto soccorso è sempre aperto"), *convenienza* ("Il pronto soccorso offre un servizio gratuito e/o meno costoso") e *efficienza* ("Il personale sanitario dell'ospedale è più preparato ed efficiente").

Nel grafico di seguito riportato sono indicati i canali di arrivo al pronto soccorso:



Graf.7 I canali di arrivo al pronto soccorso.

La decisione presa in autonomia dal soggetto di arrivare al pronto soccorso, talvolta, si può tradurre in un uso inappropriato dei mezzi.

	Codice di gravità			
	Bianco	Verde	Giallo	Rosso
Medico di famiglia	0,9%	11,5%	12,2%	17,1%
Decisione autonoma	79,8%	59,7%	45,2%	34,1%
Farmacista	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%
Guardia Medica	0,9%	4,8%	0,6%	2,4%
Parenti/Amici	11,0%	3,9%	2,4%	0,0%
118	6,4%	17,9%	38,1%	43,9%
Medico Specialista	0,9%	0,3%	1,5%	2,4%
Totale				100,0%

Tab.11 I canali attraverso i quali gli intervistati sono giunti al pronto soccorso in relazione al codice di gravità (Conteggio % entro variabile "codice di gravità")

L'indice di Umanizzazione

Altro obiettivo di ricerca è indagare l'attuale grado di umanizzazione all'interno dei servizi di pronto soccorso. Il concetto che si intende analizzare è complesso e include in sé differenti proprietà, per cui, nella fase di operativizzazione, è stato scomposto nelle diverse dimensioni che lo compongono per poterlo tradurre su base empirica. Partendo dalla definizione fornita dal Ministero della Salute, per umanizzazione si intende *“la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino”*. Le dimensioni estrapolate e trasformate in indicatori riguardano aspetti medico---sanitari come l'efficacia delle cure ricevute, la reperibilità del personale medico---sanitario; aspetti comunicativo---relazionali quali, la disponibilità di medici ed infermieri, la chiarezza delle informazioni ricevute, il sostegno emotivo; aspetti legati alla vivibilità quali la presenza o meno di barriere architettoniche e la pulizia, il comfort degli ambienti. Ogni indicatore è stato rilevato attraverso una scala di gradimento per misurare il grado di soddisfazione del paziente.

Ad integrazione dell'analisi statistica quantitativa, per indagare più a fondo le dimensioni della qualità percepita dal paziente, l'indagine si apre all'esplorazione qualitativa dell'esperienza, offrendo lo spazio di espressione all'utente, utile a mettere in luce le difficoltà e le carenze percepite come le più urgenti.

Le domande poste agli intervistati riguardano l'esperienza fatta come paziente all'interno del pronto soccorso; ciò interessa una parte del campione, solamente coloro che hanno già usufruito delle cure e possono valutare il loro grado di soddisfazione sui diversi item.

	Grado di soddisfazione			
	Molto Soddisfatto	Parzialmente Soddisfatto	Non Soddisfatto	Non so rispondere
Le cure ricevute sono state di qualità	20.6	62.1	10.5	6.8
I medici sono stati disponibili nei miei confronti	28	57.5	10.4	4.1
Gli infermieri sono stati disponibili nei miei confronti	31.2	48.6	14.6	5.7
Ho ricevuto informazioni chiare sul mio stato di salute	29	50.7	11.8	8.6
Il personale sanitario è reperibile al bisogno	19.7	55.7	17.1	7.5
Assenza di barriere architettoniche	45.8	18.2	13.8	22.1
Mi sono sentito ascoltato e sostenuto emotivamente	17.8	44.2	28.6	9.4
Gli ambienti erano puliti e confortevoli	14.8	50.2	26.7	8.4

Tab. 12 Grado di soddisfazione del paziente sull'esperienza del pronto soccorso

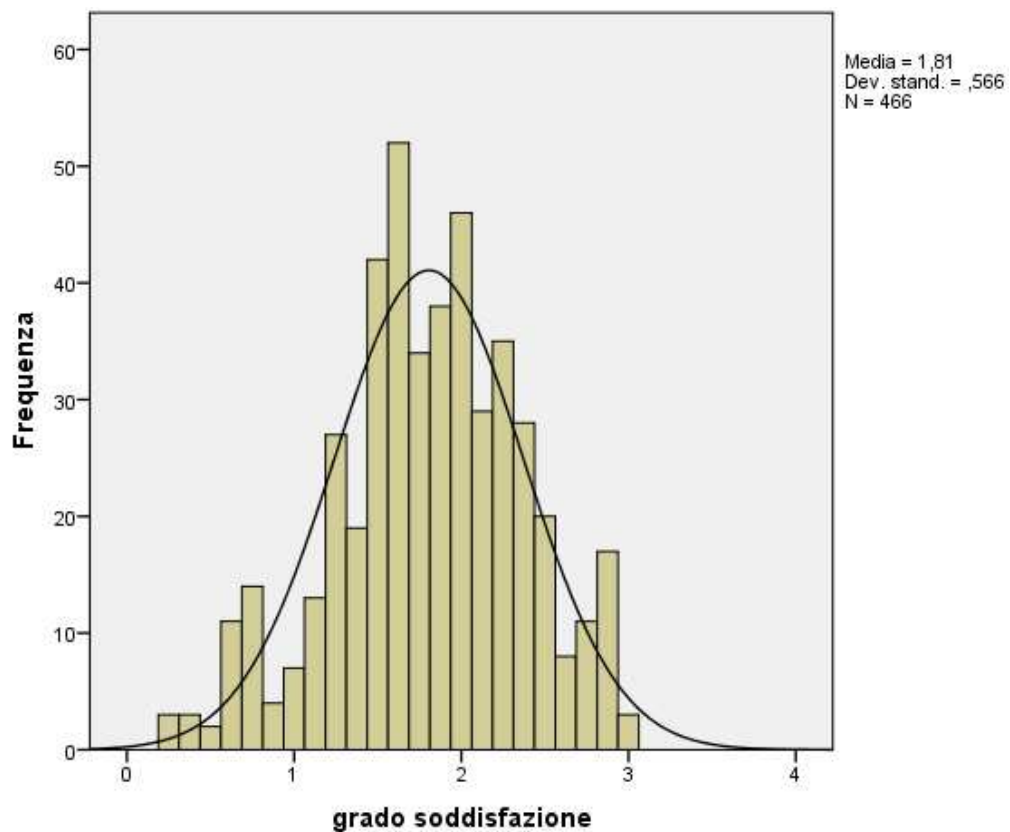
La modalità centrale raccoglie la maggior parte di casi ma, osservando le percentuali su "molto soddisfatto" e "non soddisfatto", è possibile rilevare quali delle dimensioni esplorate sono valutate con maggiore o minore soddisfazione dall'utente.

L'item "assenza di barriere architettoniche" ottiene il maggior gradimento (45,8%).

Gli item con un gradimento più basso, invece, sono quelli riferiti all'ascolto del paziente, al sostegno emotivo (28,6% di non soddisfatti) e alla pulizia e comfort dell'ambiente (26,7%).

A partire dalla distribuzione dei punteggi sul grado di soddisfazione del paziente, è stato possibile ricavare un *indice di umanizzazione*. L'indice additivo è stato realizzato dalla somma dei punteggi di ogni caso su ogni modalità, producendo la distribuzione della soddisfazione relativa ad ogni dimensione.

Indice di Umanizzazione



Graf.8 Indice additivo di umanizzazione (distribuzione dei punteggi su ogni cella)

Da una prima lettura della variabile stringa, dedicata a raccogliere le impressioni sulle criticità percepite in base alla propria esperienza del pronto soccorso e i suggerimenti eventuali per un miglioramento del servizio, osserviamo una rilevante frequenza nelle risposte: il 60% degli intervistati, infatti, ha dedicato del tempo a rispondere liberamente alla domanda aperta che si è rivelata un mezzo utile all'espressione di un disagio vissuto dal paziente. Analizzando i contenuti delle risposte date, si procede ad una riduzione della complessità rintracciando negli scritti le categorie più generali di riferimento. Di seguito viene presentato un elenco di argomenti più critici sottolineati dai soggetti intervistati con alcuni estratti delle interviste:

Tempi di attesa

- Al pronto soccorso c'è sempre poco personale rispetto all'afflusso di gente bisognosa di cure.
- C'è troppa affluenza di gente perché hanno chiuso gli altri Ospedali quindi c'è poca attenzione al paziente da parte dei Medici.
- Migliorare i tempi di attesa tra la visita e la dimissione o il ricovero del paziente

Umanità

- Ci vorrebbe più attenzione al paziente...le persone non vengono ascoltate.
- Vorrei più umanità
- Un sorriso in più sul viso del personale può calmare le ansie dei pazienti.

Incremento del personale

- Il carico di lavoro è eccessivo quindi i tempi sono lunghi.
- La struttura è inadeguata per la massa di utenza; poco personale.
- Vorrei più servizi, desidererei più medici
- Manca personale all'accettazione

L'organizzazione e la struttura

- Ci vorrebbero corsie preferenziali per gli anziani e sale d'attesa più comode per i poco abili e i bambini.
- Più posti letto
- Modernizzare le strutture
- Modernizzazione e informatizzazione dei servizi, assunzione di personale altamente qualificato;
- Modernizzazione delle strutture, sanità territoriale rafforzata e meno tagli alla sanità.

Igiene e pulizia

- Il pronto soccorso dovrebbe essere più pulito e accogliente.
- Mancanza di servizi igienici interni alle stanze.
- Nessun confort, promiscuità inaccettabile e igiene scarsissima nei bagni.

Rafforzare i servizi sanitari sul territorio

- Il servizio sanitario pubblico è poco presente sul territorio. Sarebbe troppo lunga l'esposizione
- Più personale e meno tagli; aprite gli ospedali nei paesi vicini
- I PS vanno potenziati perché con la chiusura dei piccoli ospedali c'è troppa gente che si reca al pronto soccorso; le visite tramite CUP hanno tempi biblici e quindi quello che si poteva risolvere a livello ambulatoriale lo devi risolvere al PS poiché la patologia si è aggravata.

La comunicazione

- Manca la comunicazione ai parenti sullo stato di salute dell'ammalato;
- L'ammalato è lasciato solo: il paziente avrebbe bisogno di essere rassicurato
- Maggior comunicazione sullo stato di salute delle persone entrate in pronto soccorso e rimaste ricoverate a lungo.
- Non far sentire al paziente "l'abbandono" ossia il non sapere quando il paziente verrà chiamato e via via comunicare quanta attesa deve ancora avere.
- L'ascolto dei volontari è soddisfacente ma ci vorrebbe più ascolto dal personale
- Più semplicità nelle spiegazioni, più ascolto e umanità.

Più attenzione alla privacy

- Ci sono troppe barelle vicine le une alle altre, già una persona si sente ammalata, avere tanta gente vicino non fa piacere.
- Evitare la mescolanza dei sessi nelle sale.

La dimensione informativa e gli Opinion Leader

L'ultima parte del questionario era finalizzata ad esplorare vari aspetti della dimensione informativa: la conoscenza degli intervistati dei vari servizi Asl presenti sul territorio provinciale, nonché, le principali modalità di fruizione delle informazioni sulla salute.

Nel primo caso (Tab.14 e Tab.15) osserviamo il grado di informazione dei cittadini sui servizi sanitari presenti sulla provincia di Latina:

Conoscenza dei servizi Asl sul territorio provinciale		
	SI	NO
Casa della Salute	26.4	73.6
Poliambulatori	38.5	41.5
Consultorio	54.4	45.6
Laboratori di analisi e diagnostica	75.1	24.9

Tab.14 La conoscenza di servizi Asl sul territorio provinciale, esterni agli ospedali

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
No	411	46,3	46,3
Si	476	53,7	100,0
Totale	887	100,0	
Mancanti	9		
Totale	896		

Tab.15 Conoscenza del servizio ReCup:Centro Unico prenotazione Regionale con numero verde

Ai casi che hanno risposto in modo affermativo alla domanda sulla conoscenza del servizio di prenotazione ReCup, è stato chiesto di esprimersi sull'utilizzo dello stesso:

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi			
Non l'ho mai utilizzato	39	8,3	8,3
L'ho utilizzato e risulta poco efficiente	162	34,5	42,8
L'ho utilizzato e risulta efficiente	269	57,2	100,0
Totale	470	100,0	

Tab.16 Valutazione e uso del servizio Recup

Rispetto all'uso dei servizi sanitari, un ulteriore approfondimento riguarda la scelta del servizio sanitario pubblico o privato:

	Frequenza	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi			
Pubblico e convenzionato	451	51,3	51,3
Privato	83	9,4	60,7
Entrambi, in base alle esigenze	346	39,3	100,0
Totale	880	100,0	
Mancanti	9		
Totale	896		

Tab.17 Uso prevalente del servizio sanitario tra pubblico e privato

La maggior parte del campione dichiara di utilizzare prevalentemente il servizio sanitario pubblico ma, una consistente percentuale di casi, il 39,3%, si colloca in modo ambivalente tra pubblico e privato. A coloro che hanno dichiarato di utilizzare prevalentemente il servizio sanitario privato, è stato chiesto di esprimersi circa le motivazioni della loro scelta:

	Risposte		Percentuale di casi
	N	Percentuale	
Nel pubblico bisogna aspettare troppo a lungo	298	42,6%	86,1%
Il privato mi garantisce flessibilità di orari	108	15,4%	31,2%
Ho poche alternative di servizio pubblico vicine alla mia residenza	38	5,4%	11,0%
Nel privato posso scegliere il medico da cui farmi curare	98	14,0%	28,3%
Il costo della prestazione privata è adeguato al servizio	35	5,0%	10,1%
Nel privato i medici mi danno più attenzione	123	17,6%	35,5%
Totale	700	100,0%	202,3%

Tab.18 Motivazione nella scelta del servizio sanitario privato

La più forte criticità del servizio sanitario pubblico che si intende sopperire attraverso l'uso del servizio privato, si conferma essere la lunghezza dei tempi di attesa necessari per prenotare visite e esami. L'86% di coloro che scelgono il privato, infatti, cercano un servizio tempestivo. Tra le altre opzioni di risposta, la seconda scelta ricade sulla maggiore attenzione percepita dal paziente da parte dei medici nel contesto privato (35,5%), confermando il secondo punto di criticità emerso anche dall'analisi sul grado di soddisfazione (Tab.12) in riferimento alla dimensione *"ascolto e sostegno emotivo"*.

Nella prossima tabella (Tab.19) sono elencati i principali soggetti e mezzi di comunicazione che vengono utilizzati con più frequenza dagli intervistati per ottenere informazioni sulla salute. Si esplorano, dunque, le preferenze, le vie multiple di accesso e scambio delle informazioni.

I soggetti che assumono un ruolo privilegiato nel processo di diffusione delle informazioni possono essere riconosciuti come “opinion leader”. Gli opinion leader hanno la capacità di decodificare, promuovere, sensibilizzare e favorire nuove pratiche all'interno di un gruppo o di una comunità. Gli studiosi dei processi comunicativi definiscono l'importanza degli opinion leader nel velocizzare il flusso di diffusione delle informazioni in base alle modalità attraverso le quali essi vengono scelti all'interno di una comunità⁴. Il grado di influenza che essi producono, dunque, si basa principalmente sul loro grado di credibilità e affidabilità che viene loro conferito dalla comunità. Tuttavia, l'efficacia del loro ruolo di “facilitatori” nel processo comunicativo è condizionato dal tipo di integrazione che essi hanno nel contesto sociale di appartenenza: è importante, quindi, che essi riflettano i valori e gli interessi della comunità di cui fanno parte per non perdere credibilità.

Dai dati emersi in riferimento alla scelta dei canali di informazione principali, osserviamo che la più alta percentuale di preferenze si concentra prevedibilmente sulla figura del medico di famiglia (scelto nell'82,8% dei casi). Esplorando, invece, i canali meno “istituzionali” o le reti informali, risulta che i soggetti tendono a ricercare informazioni soprattutto all'interno del gruppo di legami più prossimi (Amici e parenti al 23%). Per quanto riguarda, invece, le fonti mediatiche, il canale più utilizzato è internet nel 18,4% dei casi. Lo scambio e la ricerca di informazioni all'interno delle reti informali e mediatiche solleva il problema della qualità delle informazioni che il soggetto ricava in relazione alla autorevolezza o meno delle fonti cui accede.

⁴T.W.Valente, R.L.Davis, Accelerating the diffusion of innovations using Opinion Leaders, 1999 in Annals of the American Academy of Political and Social Science

	Risposte		Percentuale di casi
	N	Percentuale	
Ne parlo con amici e parenti	203	13,2%	23,2%
Mi consulto con il medico di famiglia	724	47,2%	82,8%
Ne parlo con specialisti in campo medico	135	8,8%	15,4%
Mi rivolgo ad associazioni di volontariato	7	0,5%	0,8%
Chiedo consiglio al farmacista di fiducia	122	8,0%	14,0%
Partecipo a conferenze o incontri tematici	28	1,8%	3,2%
Ascolto notizie di medicina in tv	69	4,5%	7,9%
Cerco siti internet che parlano di salute	161	10,5%	18,4%
Leggo riviste che si occupano di salute	85	5,5%	9,7%
Totale	1534	100,0%	175,5%

Tab. 19 Soggetti o mezzi prevalentemente utilizzati per ottenere informazioni sulla salute.

Conclusioni

Le evidenze empiriche emerse dall'indagine sono una base utile a guidare il piano delle azioni politiche di miglioramento a favore di un'innovativa razionalizzazione dei percorsi di assistenza sanitaria.

A conclusione del lavoro d'indagine, è possibile sostenere che, per il cittadino, l'ospedale si conferma, purtroppo, ancora come luogo centralizzato delle cure. L'utilizzo del servizio ospedaliero dovrebbe avvenire solamente nel caso di acuzie mentre, per i casi di cronicità, il cittadino, deve trovare risposte nei servizi di assistenza sanitaria territoriale.

L'errata considerazione dell'ospedale come unico presidio delle cure sottopone il servizio sanitario ospedaliero ad una gravosità di domanda di assistenza che non può gestire in modo adeguato. Un corretto utilizzo delle strutture sanitarie eviterebbe disservizi per le strutture stesse e per gli altri utenti.

Il ricorso all'ospedale come soluzione primaria nella scelta dei cittadini, risulta essere determinato da diversi fattori legati sia alla dimensione culturale sia alle debolezze di una parte del sistema socio---sanitario.

Dal punto di vista culturale, il grado di allarmismo e l'esigenza di immediatezza nelle risposte condizionano l'uso spesso inappropriato dei servizi di pronto soccorso.

Il diritto alla salute e alle cure necessita di un rafforzamento nelle forme di comunicazione e informazione mirate a diffondere una migliore educazione all'uso dei servizi socio---sanitari. Per perseguire questo obiettivo può essere molto utile coinvolgere le figure emerse come opinion leader dell'informazione in campo

sanitario. Attivare processi innovativi efficaci attraverso mezzi e strumenti della comunicazione più vicini alla realtà della collettività, incrementa la possibilità di osservare un cambiamento nel comportamento sociale a livello sistemico.

Cittadini più informati, sono cittadini più consapevoli e competenti nel riconoscere il proprio bisogno assistenziale ed individuare, in base a questo, la struttura più adeguata a rispondervi. Promuovere la conoscenza dei servizi sanitari disponibili, le modalità di accesso e il loro corretto utilizzo significa, quindi, lavorare per incrementare la responsabilità del cittadino.

Altro fattore rilevante che determina il ricorso inadeguato al pronto soccorso, risulta essere la mancanza di alcuni servizi medico---sanitari alternativi di facile accesso e caratterizzati da una disponibilità maggiore nel rispondere alla domanda di assistenza. Emerge, infatti, uno scollamento tra il soggetto, che prova ad orientarsi autonomamente nella rete dei servizi, e gli stessi servizi diffusi sul territorio. Le figure di riferimento in ambito sanitario (come i medici di famiglia), devono essere centrali nell'ipotesi di una riorganizzazione della rete sanitaria che annulli le distanze tra la domanda e l'offerta di assistenza.

La maggiore umanizzazione in sanità non può prescindere dalla centralità del cittadino nella logica di ridefinizione dei servizi socio---sanitari. La partecipazione dei cittadini alla costruzione del rapporto tra Sanità e Società è un punto centrale nel concetto di modernizzazione.

Bibliografia utile

- A.Ardigò, *Sanità e Salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Il Prisma, Franco Angeli, 2010
- L.Bobbio, *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*, Ed. Scientifiche Italiane, Napoli, 2004
- P.Brigoni, E.Bianco, L.Sampaolo, L.Carra, *Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie*, Programma nazionale linee guida, Milano, 2005
- P.Corbetta, *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 1999
- P.Corbetta, G.Gasperoni, M.Pisati, *Statistica per la ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 2001
- F. Di Tommaso, P.Falasca, A.Rossi, V.Lolli, B.Calderone, A.Nicoli, *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile*, Prospettive Sociali e Sanitarie, Agenas, 2008
- A.Giddens, *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*, Bologna, Il Mulino, 1994
- A.Marradi, *Metodologia delle scienze sociali*, Bologna, il Mulino, 2007
- A.Tanese, G.Negro, A.Gramigna, *La customer satisfaction nelle pubbliche amministrazioni. Valutare la qualità percepita dai cittadini*, Analisi e strumenti per l'innovazione, Cantieri, Il Rubbettino, Roma, 2003
- T.W.Valente, R.L.Davis, *Accelerating the diffusion of innovations using Opinion Leaders*, 1999 in Annals of the American Academy of Political and Social Science
- T.W. Valente, *Social network thresholds in the diffusion of innovation*, Social Networks, Johns Hopkins University, 1999

www.agenas.it

www.salute.gov.it

www.regione.lazio.it

