

# La qualità percepita in Emilia-Romagna

Strategie, metodi e strumenti  
per la valutazione dei servizi



ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
127-2006



# La qualità percepita in Emilia-Romagna

Strategie, metodi e strumenti  
per la valutazione dei servizi

Accreditamento

**Redazione e impaginazione a cura di**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2006

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

**Il documento è stato predisposto all'interno del Progetto "Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale" dell'Area di programma Accreditamento.**

**La redazione è a cura di**

---

**Barbara Calderone**

**Sara Capizzi**

**Maria Augusta Nicoli**

**Vittoria Sturlese**

dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Hanno curato la predisposizione dei Capitoli**

---

**Barbara Calderone** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Sara Capizzi** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Renata Cinotti** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Giorgio Gosetti** Università agli studi di Verona

**Cecilia Morelli** Azienda ospedaliera di Parma

**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Vittoria Sturlese** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Si ringraziano tutti coloro che nel corso degli anni hanno contribuito con suggerimenti o sperimentazioni alla costruzione degli strumenti presentati nel Dossier** (gli Enti si riferiscono alle affiliazioni al momento dello svolgimento delle ricerche e dei progetti presentati nel volume)

---

**Antonio Alfano** Regione Toscana

**Leonardo Altieri** Università di Bologna

**Marco Amadori** Azienda USL di Forlì

**Anna Apicella** Regione Liguria

**Barbara Baccarini** Università di Bologna

**Gedeone Baraldo** Regione Lombardia

**Sara Baruzzo** Azienda USL di Reggio Emilia

**Miriam Bisagni** Azienda USL di Piacenza

**Andrea Bolognesi** Azienda USL di Forlì

**Lucia Bonucci** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Silvana Bortolami** Azienda ospedaliera di Padova

**Roberta Bottai** Regione Toscana

**Antonietta Buldrini** Azienda USL di Ferrara

**Maria Caroli** Azienda USL di Ravenna

*segue*

**Sonia Cavallin** Azienda USL di Bologna  
**Costantino Cipolla** Università di Bologna  
**Adriana Costi** Azienda USL di Reggio Emilia  
**Alda Cozzi** Azienda USL di Parma  
**Alessandra Dell'Orto** Azienda USL di Imola  
**Barbara Didoné** Azienda ospedaliera di Padova  
**Gelsomina Di Pietro** Azienda USL di Bologna  
**Giovanni Ferrari** Azienda USL di Piacenza  
**Federica Fiorini** Azienda ospedaliera di Ferrara  
**Debora Formisano** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Andrea Gardini** Regione Marche  
**Maria Gasparini** Azienda USL di Piacenza  
**Annamaria Gentili** Azienda USL di Bologna  
**Maurizia Gherardi** Azienda USL di Modena  
**Guido Giarelli** Università di Bologna  
**Elisabetta Guidi** Azienda USL di Forlì  
**Maria Teresa Lo Vecchio** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna  
**Saverio Lovecchio** Azienda USL di Rimini  
**Remo Martelli** CCRQ Emilia-Romagna  
**Antonio Maturo** Università di Bologna  
**Marina Medri** Azienda USL di Cesena  
**Lara Nanetti** Azienda USL di Bologna  
**Sonia Neri** Azienda USL di Bologna  
**Fabio Piccolo** Università di Bologna  
**Luca Pietrantoni** Azienda ospedaliera di Ferrara  
**Mauro Pirazzoli** Azienda USL di Imola  
**Enzo Pistocchi** Azienda USL di Cesena  
**Nicoletta Poppi** Azienda USL di Modena  
**Maria Ravelli** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Elisa Schiavi** Università di Bologna  
**Ivana Sibani** Azienda USL di Bologna  
**AnnaMaria Torelli** Azienda USL di Cesena  
**Ulrich Wienand** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna  
**Bruna Zani** Università di Bologna  
**Giorgio Zanzani** Azienda USL di Rimini

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>7</b>
<b>1. Dalla <i>customer satisfaction</i> al sistema di rilevazione della qualità percepita</b>	<b>9</b>
1.1. I vantaggi della sistematicità dell'ascolto	9
1.2. Il quadro normativo	9
1.3. La qualità percepita: contesto di partenza e sua evoluzione	11
1.4. Gli strumenti a disposizione delle Aziende	14
1.5. Utilizzare e condividere i risultati delle indagini	16
<b>2. La qualità percepita per definire strategie per il miglioramento dei servizi sanitari</b>	<b>21</b>
2.1. Il contesto	22
2.2. Le dimensioni della qualità	23
2.3. La qualità percepita come sistema	24
2.4. Opportunità e limiti della qualità percepita in contesti organizzativi di tipo sanitario	27
<b>3. Metodologia e strumenti</b>	<b>31</b>
3.1. Ricovero e cura in ospedale	32
<i>Allegato 1. Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale</i>	<i>41</i>
3.2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale	46
<i>Allegato 2. Questionario di valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali</i>	<i>56</i>
3.3. Assistenza domiciliare integrata (ADI)	63
<i>Allegato 3. Questionario di valutazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)</i>	<i>74</i>
3.4. Assistenza ai pazienti cronici	80
<i>Allegato 4. Questionario di valutazione della qualità delle cure ricevute nel servizio di _____</i>	<i>90</i>
3.5. Tavola sinottica dei 4 questionari	98

<b>4. Elementi per l'individuazione di un modello organizzativo di supporto all'analisi della qualità percepita</b>	<b>101</b>
4.1. Le variabili organizzative coinvolte	102
4.2. Un confronto con le esperienze fatte	104
4.3. Dimensioni ed elementi fondamentali del modello	111
4.4. Considerazioni conclusive	114
<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>115</b>
<b>Riferimenti normativi</b>	<b>119</b>



# Sommario

Il Dossier presenta l'attività analitica sul tema della qualità percepita condotta nell'ambito del progetto "Cittadini, comunità e Servizio sanitario" dell'Area Accreditamento dell'Agenzia sanitaria regionale.

Il punto di partenza sono i risultati dei due progetti a finanziamento ministeriale "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", sviluppato in collaborazione con Eurisko (1999-2001), e "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2000-2003).

Grazie anche alle ricerche coordinate dall'Agenzia sanitaria<sup>1</sup> in stretta collaborazione con le Aziende sanitarie della regione e il sistema universitario regionale, è stato possibile ampliare le conoscenze per sviluppare un "sistema della qualità percepita" con l'obiettivo di individuare modalità e strumenti condivisi per rilevare la valutazione dei cittadini sulle prestazioni erogate dalle Aziende del Sistema sanitario regionale.

Si intende cioè rendere fruibili percorsi e strumenti metodologici per coloro che intendono compiere indagini e rilevazioni sul modo con cui pazienti, cittadini e professionisti percepiscono i fatti che li riguardano, fatti intesi come percorsi di cura e assistenza e come relazioni che si instaurano tra i diversi attori sociali, elementi che consentono di avere un riscontro sul funzionamento dell'organizzazione e sulla qualità di tale funzionamento.

Per fare ciò sono stati considerati alcuni presupposti teorici fondamentali: la qualità percepita deve essere intesa come qualcosa di diverso dalla soddisfazione legata a una specifica esperienza. Ecco perché si deve parlare di sistema di rilevazione che integra approcci metodologici differenti; ecco perché la qualità percepita deve essere inserita nel contesto più ampio della valutazione della qualità all'interno di un sistema diffuso, costituito da diverse strategie di ascolto.

In tale prospettiva questo Dossier rappresenta il primo tassello: in esso viene presentato il percorso per la messa a punto di questi strumenti su quattro aree assistenziali: degenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare integrata e assistenza a pazienti cronici.

Nel volume viene inoltre tratteggiato il modello organizzativo delle Aziende sanitarie regionali, quale risultato tangibile degli impegni profusi in questi anni. Il fine ultimo auspicato è quello di mettere a sistema il monitoraggio della qualità percepita e farlo diventare un flusso regionale.

---

<sup>1</sup> Si veda il sito dedicato

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree\\_di\\_programma/accreditamento/pr\\_cittadini.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/pr_cittadini.htm)

Si è voluto quindi non solo proporre delle linee guida per l'utilizzo degli strumenti, ma anche dare conto del lavoro che ha preceduto la realizzazione dei questionari, oltre che delineare i contesti in cui tale attività si colloca (Uffici qualità, Uffici per le relazioni col pubblico, Comitati consultivi misti aziendali), per ribadire l'importanza sia delle strategie di miglioramento conseguenti alla rilevazione sia delle condizioni organizzative per poterla compiere.

Nel primo Capitolo viene descritto come si è arrivati alla definizione di un sistema della qualità percepita in Emilia-Romagna, quale esito di una legittimazione normativa e di una evoluzione progettuale. Vengono anticipate le aree tematiche affrontate dai quattro questionari attraverso un'analisi integrata rispetto alle differenti dimensioni temporali e strutturali (vedi *Tabella 1*).

Il secondo Capitolo tratta le basi teoriche della qualità percepita a partire dalla descrizione delle peculiarità che caratterizzano le Aziende sanitarie (cambiamenti intercorsi nella gestione aziendale, testimoni significativi dei cambiamenti). Le definizioni di qualità e di qualità percepita sia dal versante del paziente/utente che da quello dell'operatore serviranno a tracciare i confini epistemologici dello spazio entro cui ci si sta muovendo.

Il terzo Capitolo presenta i quattro questionari, utilizzati e perfezionati nel tempo dalle Aziende sanitarie supportate dall'Agenzia sanitaria regionale. Proprio l'esigenza di una maggiore omogeneizzazione di questi strumenti per garantire coerenza al sistema complessivo di rilevazione della qualità percepita ha richiesto un attento lavoro di analisi integrata e una modifica della forma originaria dei questionari.

Viene così fornito un "pacchetto metodologico" che comprende:

- strumento di rilevazione (breve descrizione e dettaglio delle dimensioni analizzate);
- istruzioni e suggerimenti per l'applicazione dello strumento (modalità di somministrazione);
- alcune indicazioni sul campionamento e sulle elaborazioni dei dati;
- modalità comunicative e di pubblicizzazione (destinatari delle informazioni e tipologie di *report*).

Nel quarto Capitolo si propone una descrizione sistematica delle premesse organizzative su progettazione, implementazione e sviluppo di attività di analisi della qualità percepita. Lo sforzo è quello di fornire un modello di analisi degli elementi organizzativi, con il quale poter confrontare esperienze concrete e potersi rapportare nella prospettiva della costruzione di un percorso di analisi all'interno delle singole Aziende.

Il modello è costruito quindi a partire dalle esperienze compiute all'interno di alcune realtà aziendali, proprio facendo leva sull'idea che una tradizione operativa consolidatasi negli anni possa essere posta alla base di una riflessione su aspetti specificatamente organizzativi, che siano di supporto al sistema di rilevazione della qualità percepita.

# 1. Dalla *customer satisfaction* al sistema di rilevazione della qualità percepita<sup>2</sup>

## 1.1. I vantaggi della sistematicità dell'ascolto

È esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formula una propria valutazione. Su questo processo valutativo la letteratura non solo ha prodotto risultati considerevoli ma ha anche progressivamente affinato dal punto di vista concettuale gli elementi che entrano in gioco nell'esplicitazione del giudizio espresso. Sarebbe pertanto sufficiente questa semplice constatazione per concordare sulla rilevanza che la sistematicità dell'ascolto del cittadino può avere.

Ci sono inoltre ragioni riconducibili agli effetti pragmatici dell'azione di ascolto, verso le quali occorre porre attenzione. Se inserita in un rapporto di ascolto, la richiesta al cittadino di esprimere il proprio giudizio sulla prestazione ricevuta incrementa l'idea di una responsabilità nel funzionamento dei servizi, alimenta la fiducia verso l'organizzazione. Sul versante dell'organizzazione, comporta l'assunzione di un impegno verso il miglioramento del servizio, di capacità di gestione del processo di ascolto avviato.

Per entrambi può costituire la verifica empirica che si può dialogare e quindi mettere a disposizione il proprio tempo per valutare quanto si sta facendo.

## 1.2. Il quadro normativo

Fin dai primi anni '90 la questione della centralità dei cittadini ha cominciato ad essere riconosciuta come uno degli assi portanti del riordino delle strutture sanitarie disegnato dai Decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, nonché dalla normativa in materia di qualità dei servizi pubblici.

Per quanto riguarda l'implementazione della partecipazione dei cittadini alla programmazione e al miglioramento dei servizi sanitari, i riferimenti normativi di carattere nazionale e locale sono rilevanti anche se complessivamente disarticolati.

- Decreto legislativo 502/1992 e Decreto ministeriale 15 ottobre 1996, con lo scopo di introdurre e validare - attraverso il concreto utilizzo da parte delle Aziende sanitarie - indicatori di qualità dal lato dell'utente;
- Decreto ministeriale 12 dicembre 2001 sul "Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" nel contesto nazionale, richiede anche la rilevazione di indicatori di qualità dal lato degli utenti;

---

<sup>2</sup> A cura di Renata Cinotti, Maria Augusta Nicoli, Vittoria Sturlese, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

- Piano sanitario nazionale 2002-2004, ribadisce la necessità per le organizzazioni sindacali di rilevare la percezione dei cittadini sulla qualità delle cure e favorire la loro partecipazione al processo terapeutico;
- Piano sanitario regionale 1999-2001, considera la comunicazione e l'informazione come strutturalmente co-essenziali alle organizzazioni sanitarie e sottolinea la programmazione negoziata e l'ascolto dei cittadini rispettivamente fra gli strumenti strategici delle politiche di salute e dei servizi e del governo aziendale e clinico;
- Documento di politica economica e finanziaria 2003-2005 (DPEF) della Regione, nella scheda "progetti sanità" (n. 11) propone l'obiettivo dello sviluppo della comunicazione con i cittadini per la promozione della conoscenza dei servizi e della consapevolezza dei diritti e delle responsabilità nei confronti della salute, e pone l'obbligo di qualità a carico delle strutture sanitarie "prioritariamente espresso attraverso l'accreditamento istituzionale e il governo clinico";
- Legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale", sancisce

*la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto di salute, che si esprime a livello individuale e collettivo, attraverso la partecipazione alla definizione delle prestazioni e all'organizzazione dei servizi, e si manifesta con la responsabilità pubblica, a livello individuale e collettivo.*

Si ricordano inoltre, come particolarmente significative in relazione all'identificazione dei principi e dei criteri per potenziare il coinvolgimento dei cittadini all'interno delle Aziende sanitarie, alcune Delibere della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna:

- Delibera di Giunta regionale 1011/1995 "Direttiva alle Aziende sanitarie per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 15 della LR 19/1994";
- Delibera di Giunta 321/2000 "Piani per la salute. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001", sottolinea il ruolo di molte istituzioni e gruppi organizzati nella definizione di scelte sanitarie e attività di prevenzione per la popolazione;
- Delibera di Giunta 556/2000 "Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001", sviluppa il tema del governo clinico e dei suoi strumenti e, fra questi, l'"attenzione alle attese e preferenze dei cittadini degli utenti";
- Delibera di Giunta 327/2004 "Applicazione della LR 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti", prevede che le organizzazioni sanitarie che vogliono entrare in relazione col SSN in qualità di fornitori dello stesso, dimostrino fra l'altro di tenere conto di aspetti di valutazione dalla parte dei cittadini (giudizi, aspettative, preferenze di trattamento);
- Delibera di Giunta 213/2005 "Introduzione del bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale", prevede il coinvolgimento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, organi rappresentativi degli interessi dei cittadini.

### 1.3. La qualità percepita: contesto di partenza e sua evoluzione

Da circa un decennio il sistema sanitario emiliano-romagnolo ha condotto uno sforzo notevole per rendere la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati l'elemento informatore dello sviluppo organizzativo-gestionale.

La legittimazione che la qualità percepita ha ricevuto nel sistema normativo rendeva strategico il suo monitoraggio, quale funzione propria della gestione. Le azioni di monitoraggio degli strumenti utilizzati in origine per la rilevazione della qualità ha posto l'attenzione su alcune lacune conoscitive e metodologiche:

- il punto di vista dei cittadini su alcuni elementi fondamentali del sistema sanitario (accesso ai servizi, mobilità, ...);
- una rappresentazione delle differenze esistenti fra cittadini, in termini di bisogni di salute ma anche di aspettative di servizio;
- il giudizio dei cittadini e degli utenti sulla qualità percepita dei servizi sanitari, per orientare ipotesi di intervento migliorativo dei servizi stessi;
- la debolezza degli strumenti di rilevazione, spesso utilizzati in modo episodico ed estemporaneo, senza tenere conto delle regole metodologiche necessarie per una loro completezza ed efficacia.

A partire dal 1999, proprio per ovviare a tali lacune, tramite l'Agenzia sanitaria regionale il Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna si è speso nell'implementazione di due azioni progettuali, che hanno portato a una crescita e a una maturità metodologica, seppur da differenti punti di vista:

- il progetto a finanziamento ministeriale "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", sviluppato in collaborazione con Eurisko (1999-2001), ha permesso l'utilizzo e la sperimentazione di diversificati strumenti di rilevazione; i principi alla base di tale progetto erano più vicini a quelli della *customer satisfaction*, che nel tempo ha rivelato alcuni punti di debolezza;
- il progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2000-2003) ha permesso un ulteriore passo avanti, ponendo all'attenzione il paradigma di qualità percepita. Ciò ha comportato lo sviluppo di strumenti di rilevazione spesso con la collaborazione fra specifiche strutture organizzative (Uffici qualità, Uffici relazioni col pubblico), operatori e utenti (entrambi coinvolti fin dalle prime fasi delle indagini), che tenevano conto della complessità sia sociale sia del sistema sanitario. Si è assistito quindi non solo a una crescita della competenza metodologica ma soprattutto allo sviluppo e alla diffusione di una cultura che rappresenta una base solida e duratura di legittimazione nell'utilizzo degli strumenti metodologici.

Si presentano ora più in specifico alcune azioni progettuali, che possono rendere il senso dei cambiamenti avvenuti nel tempo.

### ***Le prime esperienze (1999-2001)***

Tra le indagini censite prima del 2001, comprese nel progetto a finanziamento ministeriale "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", sviluppato in collaborazione con Eurisko, si è implementato un questionario nelle seguenti esperienze.

- Rilevazione telefonica su campione casuale stratificato per età e genere circa la qualità dei servizi sanitari fruiti (maggio 1999).

La ricerca si è sviluppata su tutto il territorio regionale e ha consentito alle Aziende USL di utilizzare i risultati delle rispettive aree territoriali. È stata condotta dall'Istituto per la ricerca sociale Eurisko e in parte ha riprodotto su scala regionale quella già realizzata dal medesimo Istituto per conto del Ministero della sanità a livello nazionale: tale fase prevedeva la valutazione complessiva e per servizio della soddisfazione dei cittadini.

- Ricerca pilota sugli ospedali di Reggio Emilia e Faenza: percezione di qualità del ricovero ospedaliero.

È consistita nella rilevazione del giudizio dei cittadini rispetto a episodi di ricovero fruiti negli ultimi sei mesi, attraverso l'utilizzo di due modalità tecniche di rilevazione: questionario autocompilato e intervista telefonica. La ricerca doveva consentire la standardizzazione del questionario di rilevazione, da mettere a disposizione delle Aziende USL e ospedaliere della regione per ottenere dati comparabili. Lo strumento è stato testato presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e all'ospedale di Faenza (RA), circa 1.000 posti letto il primo, 400 il secondo.

I risultati hanno permesso inoltre di:

- verificare l'idoneità del modello a livello applicativo;
- rilevare i risultati del modello nei due ospedali campione;
- sviluppare una forma breve del questionario, per renderlo più fruibile nel contesto aziendale.

In seguito alla validazione dello strumento da parte del "gruppo di regia" regionale, esso è stato utilizzato in altri contesti (Piacenza, Cesena, Parma) adattandolo alle specificità delle singole Aziende (vedi *Paragrafo 3.1*).

- La percezione della qualità dei servizi nella popolazione anziana (dati 1999).

Costituisce un'indagine quantitativa di sfondo e rappresenta il quadro generale del livello di soddisfazione dei servizi (tutti, non solo quelli dedicati in particolare) da parte della popolazione anziana.

Fra il 1999 e il 2001 in ogni Azienda sanitaria della regione è stata condotta almeno un'indagine utilizzando il questionario; tuttavia tali studi, svolti prevalentemente nei reparti di degenza ospedaliera più che nei servizi territoriali, risentivano ancora di sporadicità, scarsa esperienza, marginalità.

I punti deboli emersi da queste esperienze erano sostanzialmente di tipo metodologico: possibili *bias* legati al momento della somministrazione; mancata definizione dell'universo di riferimento; mancata registrazione del rapporto fra questionari consegnati e ritornati; inesistenza di una logica di campionamento; insufficiente descrizione demografica del campione prescelto; uso di scale non sempre appropriate e standardizzate; uso elementare della statistica.

Se si considerano le indagini sulla soddisfazione del paziente/qualità percepita che utilizzano invece tecniche più mirate alla rilevazione della percezione soggettiva, la prima indagine di questo tipo risale al 1999 con la mappatura dei fattori di qualità dei servizi per anziani sviluppata in collaborazione con Eurisko. La ricerca è stata impostata con 48 colloqui non direttivi effettuati da personale con formazione psicologica su anziani, familiari degli anziani utenti e operatori, nei contesti dell'assistenza domiciliare integrata e delle residenze sanitario-assistenziali.

I servizi coinvolti avrebbero dovuto rappresentare due ambienti socio-demografici: quello rurale dei piccoli centri (Modena) e quello cittadino (Ravenna). L'interesse era verificare se sussistessero nei due ambienti criteri differenti per la valutazione di qualità, ma anche utilizzare la ricerca per una verifica del vissuto degli intervistati in relazione alla realizzazione della rete integrata dei servizi proposta e in fase di implementazione in regione.

Nel 2001 sono state censite altre 7 esperienze, condotte solo in pochi casi in strutture ospedaliere, e realizzate con *focus group*, osservazioni, indagini fotografiche. Non erano previste forme di campionamento e l'elaborazione dei dati era costituita dall'analisi del contenuto ricavata dalla registrazione degli incontri effettuati o dall'analisi dei materiali.

### ***Verso un sistema di rilevazione della qualità percepita***

Dall'avvio nel 2000 del progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali", si è modificato il paradigma della qualità attesa/percepita e si è rafforzata l'impostazione della valutazione della qualità in termini di attenzione al vissuto e alla percezione dei cittadini e degli operatori, invece che esclusivamente al gradimento e alla soddisfazione del cliente.

Proprio nell'ambito del programma suddetto - che ha raggiunto la sua maturità nel 2002 - al fine di colmare il *gap* esistente fra un utilizzo ingenuo, seppure lodevole, dei metodi (in prevalenza quantitativi) e una scelta consapevole degli stessi tarandoli sulle reali esigenze dei *target* di riferimento e degli obiettivi organizzativi, sono stati organizzati percorsi formativi per sviluppare le competenze degli operatori sanitari addetti al rilievo delle valutazioni dei pazienti: in particolare è stata data attenzione allo sviluppo e alla facilitazione dell'utilizzo di strumenti standardizzati e alla conoscenza e applicazione di metodi meno strutturati.

Attualmente presso le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna ci sono non solo le strutture in grado di svolgere indagini sulla qualità percepita, ma anche le competenze professionali in grado di gestire tali progetti.

Inoltre è ormai entrato a far parte della cultura organizzativa il principio che la qualità è legata non più soltanto al rispetto di procedure di controllo di ordine tecnico-amministrativo da parte dell'organizzazione (dell'offerta), ma anche alla rilevazione degli aspetti relazionali e soggettivi insiti nella domanda espressa dai cittadini.

Pertanto gli strumenti qui proposti sono il frutto dell'esperienza acquisita in questi anni e sono anche l'espressione della necessità di mettere a regime l'attività di rilevazione per farla diventare azione di monitoraggio sistematico. In particolare, se si mantiene la distinzione proposta da Nicoli e Capizzi (2003),<sup>3</sup> l'obiettivo che viene perseguito con l'utilizzo di questi strumenti è valutare la qualità dal lato dei cittadini, coinvolgendo i cittadini/utenti per verificare la validità delle scelte compiute ed eventualmente aggiustarle.

I presupposti e gli ambiti di indagine nascono generalmente dalla previsione di realizzare ricerche sulla soddisfazione dei pazienti/utenti nei confronti dei servizi offerti nei vari ambiti o aree nei quali è stato avviato un processo di miglioramento delle prestazioni; ma le finalità consistono essenzialmente nel rompere l'autoreferenzialità del sistema per aprirlo ai segnali di disservizio che provengono dall'ambiente.

#### **1.4. Gli strumenti a disposizione delle Aziende**

L'obiettivo principale del presente Dossier è fornire alle Aziende sanitarie un percorso di misurazione della qualità percepita di differenti servizi sanitari. Disporre di una metodologia e di strumenti di rilevazione comuni consentirà inoltre di effettuare confronti tra le Aziende e la raccolta storica sulla percezione della qualità a livello regionale.

Per raggiungere tale scopo, sono stati presi in considerazione i 4 questionari e i percorsi di costruzione/implementazione che li hanno caratterizzati negli ultimi anni nell'ambito dei due progetti citati. In particolare i questionari presentati si riferiscono a specifiche aree di erogazione dei servizi sanitari:

- ricovero e cura in ospedale;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata (ADI);
- assistenza ai pazienti cronici.

Proprio l'esigenza di una maggiore omogeneizzazione di questi strumenti per garantire coerenza al sistema complessivo ha richiesto un attento lavoro di analisi integrata in base a diverse dimensioni (*Tabella 1*) e una modifica della loro forma originaria.

---

<sup>3</sup> La qualità percepita sugli aspetti non strettamente tecnici necessita - per essere rilevata - del contributo diretto delle persone nella definizione dei progetti (Maturo, 2002). In questa prospettiva, si può immaginare un *continuum* concettuale assumendo il grado di personalizzazione e di partecipazione da parte di coloro che sono i destinatari dell'intervento come *fundamentum divisionis* su cui collocare i progetti, rispetto cui appare opportuno considerare il distinguo tra progetti per la valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini e progetti per la valutazione della qualità dal lato dei cittadini.



Le caratteristiche comuni dei questionari sono riconducibili a vari aspetti. In primo luogo è presente la dimensione temporale dell'erogazione dei servizi considerati:

- prima (prenotazione, accesso);
- durante (prestazione);
- dopo (dimissione, refertazione, *ticket*).

Nella tabella si può vedere come i questionari si articolano rispetto alla dimensione temporale in base alle precipue caratteristiche del servizio cui si riferiscono: ad esempio il questionario di valutazione della qualità del ricovero e cura in ospedale si concentra soprattutto sulla fase della prestazione, mentre i questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali - così come quello del servizio di ADI - contemplano un percorso che si sviluppa in tutte e tre le fasi di erogazione.

In secondo luogo i questionari si caratterizzano in base alle componenti della valutazione che sono compresenti nei quattro strumenti, seppure con intensità diversa. Esse sono:

- personale
- aspetti organizzativi
- tempi
- accessibilità
- ambienti e comfort
- servizi di contorno
- *privacy*
- esito/qualità delle cure
- percezione di miglioramento
- stato di salute (autopercezione)

Ogni componente è analizzata attraverso *item* specifici (riquadri bianchi in tabella) e *item* per rilevare un giudizio complessivo (riquadri grigi), modulati in riferimento al contesto valutato. La numerosità degli *item* specifici di ciascuna area varia da uno strumento all'altro; gli *item* riferiti ai giudizi complessivi, invece, non variano fra i quattro questionari al fine di permettere una loro confrontabilità in fase di elaborazione.

Si sottolinea infine che una componente presa in particolare considerazione in tutti i questionari si riferisce alla valutazione degli aspetti di relazione con il personale, e delle informazioni che questo fornisce ai pazienti.

In terzo luogo, nei quattro questionari sono omogenee le domande della parte socio-anagrafica; sono state ampliate rispetto alle versioni originarie in quanto si è ritenuto che alcune domande sulla rete sociale di supporto e sulla composizione del nucleo familiare siano importanti per comprendere meglio la stratificazione sociale della popolazione a cui si fa riferimento. È stata inserita inoltre la voce cittadinanza in quanto anch'essa contribuisce a cogliere la variabilità che oggi caratterizza le comunità locali e che serve per monitorare il gradimento dei servizi, tenendo conto anche delle differenze sociali e culturali degli utenti.

Sono state apportate alcune modifiche, che verranno descritte in dettaglio nel Capitolo 3:

- sono state uniformate le scale di valutazione dei questionari degenza, ambulatoriale e cronici;
- si è ritenuto necessario eliminare alcuni *item* dal questionario di valutazione del servizio di ADI, in quanto dai risultati delle prime rilevazioni non sono risultati sensibili a rilevare i dati oggetto d'indagine.

## 1.5. Utilizzare e condividere i risultati delle indagini

È opportuno sottolineare che ancor prima di avviare le indagini sulla qualità percepita, si deve avere un piano di utilizzo delle informazioni raccolte. In generale si intravedono due passaggi fondamentali:

- come utilizzare i risultati delle indagini;
- come condividere i risultati.

### ***Come utilizzare i risultati delle indagini***

Tradurre la quantità dei dati disponibili in qualcosa di comprensibile e utilizzabile costituisce un aspetto cruciale e al tempo stesso problematico. In particolare si segnalano alcune possibilità.

- Confrontare i risultati con altre strutture esterne o all'interro della stessa organizzazione - *benchmarking*.

Confrontare i risultati della propria organizzazione con un gruppo di organizzazioni simili e identificare le aree dove la propria organizzazione ha *performance* significativamente migliori o peggiori della media del gruppo è un modo per avere informazioni sulla propria Azienda rispetto ad altre.

Il confronto interno può essere svolto con la stessa modalità e stimola a verificare le criticità e soprattutto rilevare gli elementi che favoriscono l'assunzione di buone pratiche messe in atto dai settori che risultano migliori.

- Confrontare i risultati in chiave temporale.

Ogni tipo di indagine (area ospedaliera o ambulatoriale) è ripetuta annualmente o ogni 2 anni. Confrontando i risultati, si possono rilevare le aree in cui non si sono avute modifiche sostanziali. È inoltre interessante rilevare le aree nelle quali si sono avuti miglioramenti o al contrario peggioramenti.

- Identificare le aree in cui il paziente ha rilevato maggiori criticità.

In questo caso, se indipendentemente dall'area considerata i risultati evidenziano una insoddisfazione dei pazienti soprattutto per quanto riguarda la relazione con i professionisti, ciò consente di identificare le maggiori problematicità che investono direttamente l'organizzazione. Gli sforzi maggiori dovranno quindi andare verso questa area.

### ***Come condividere i risultati e coinvolgere gli altri***

I risultati dovrebbero essere condivisi con diversi attori:

- i membri della Direzione dovrebbero essere informati dei risultati e coinvolti nella individuazione delle aree prioritarie da migliorare e verso le quali dirigere le azioni; il loro coinvolgimento è fondamentale affinché vi sia il cambiamento desiderato;
- i Comitati consultivi Misti possono monitorare l'attivazione dei piani di intervento scaturiti dall'analisi dei risultati delle indagini; inoltre possono giocare un ruolo importante nella identificazione delle priorità verso cui dirigere le azioni di miglioramento;
- lo *staff* dovrà affrontare i vari problemi emersi, pertanto è essenziale che sia a conoscenza di quanto i pazienti hanno segnalato e utilizzi tali informazioni per migliorare i servizi; si raccomanda che lo *staff* venga coinvolto già nelle fasi di progettazione per avere maggiori garanzie di successo delle nuove idee da implementare;
- i pazienti sono stati coinvolti nelle indagini e quindi hanno diritto di conoscere quanto è stato rilevato; questo può essere fatto attraverso incontri locali, *newsletter*, articoli, radio locali, ...



Questionario di valutazione  
della qualità delle cure  
ricevute nel servizio di  
  
*(assistenza a pazienti  
cronici)*

44
40a
40b
40c

14a
14b
14c
14d
15a
15b
15c
15d
16
17
18
19
22a
22b
23
24
25
26
27
37
37a
13
20

41a
41b
41c
41d
41e
41f
42

28
----

29	39
30	39a
30a	
31	
32	
33a	
33	

34.1
34.2
34.3
34.4
34.5
34.6
34.7
34.8
34.9
34.10
34.11
34.12
34.13
34.14
34.15
35
36
44
45

46
----

Legenda 

--

 = *item* di valutazione complessiva



## 2. La qualità percepita per definire strategie per il miglioramento dei servizi sanitari<sup>4</sup>

Nel primo Capitolo (e in altre pubblicazioni curate dall'Agenzia sanitaria regionale: vedi Sturlese 2003) è stata presentata la definizione di un sistema della qualità percepita come esito di un percorso fatto di esperienze inizialmente parziali, frammentarie, estemporanee e spesso autoreferenziali.

Questo approdo, questa necessità di costruire un sistema coordinato di strumenti di rilevazione, sviluppati (e da utilizzare) all'interno di un modello concettuale coerente, sono emersi dal "fare" quotidiano nelle Aziende sanitarie, dalle lacune o dalle insoddisfazioni che questo "fare" lasciava dietro sé.

La qualità percepita non è sempre stata interpretata come un'opportunità, un'occasione di ascolto e un'indicazione per il miglioramento: infatti, il problema della rilevazione della qualità percepita all'interno delle Aziende sanitarie ha spesso presentato incoerenze nella definizione degli obiettivi e nell'utilizzo e interpretazione dei risultati.<sup>5</sup> L'assenza di competenze specifiche all'interno delle Aziende, l'onerosità dell'apparato metodologico (talvolta peraltro eluso) legato a queste rilevazioni, l'incomprensione sul modo di interpretare e ancor più di utilizzare i dati (spesso intesi come conferma e come mero strumento di comunicazione<sup>6</sup> invece che come leva operativa per il miglioramento), hanno contribuito a creare un contesto ancora molto diffidente nei confronti della qualità percepita concepita come sistema.

---

<sup>4</sup> A cura di Cecilia Morelli, Azienda ospedaliera di Parma.

<sup>5</sup> *Spesso le esperienze più "artigianali" di somministrazione di questionari agli utenti evidenziano lacune metodologiche (come ad esempio il numero limitato dei rispondenti o la generalizzazione delle risposte), che inficiano la qualità delle informazioni rilevate e la loro interpretazione. Questa superficialità nell'approccio metodologico comporta il rischio di condurre a risultati fuorvianti* (Tanese et al., 2003, p. 167).

<sup>6</sup> Si osservi peraltro che parlando di qualità percepita, l'aspetto comunicativo nelle diverse fasi operative (come si vedrà nei prossimi capitoli) è tutt'altro che secondario e del resto non si può affermare che la funzione comunicativa sia da considerare strettamente operativa. Può essere sufficiente questa nota di Bertin e Selle (1996) a chiarire la rilevanza della comunicazione nell'ambito della valutazione della qualità:

*valutare la qualità significa essere in grado di comunicare all'interno e all'esterno dell'organizzazione il livello di qualità raggiunto* (p. 3).

Resta inteso che l'obiettivo delle rilevazioni della qualità percepita non può essere ridotto al solo fine comunicativo.

Da queste considerazioni preliminari si evidenzia come integrare/declinare/utilizzare all'interno di strategie aziendali il pacchetto o il sistema costituito dalla strumentazione scientifica per la rilevazione della qualità percepita, sia povero di chiari e nitidi punti di riferimento.

È quindi necessario soffermarsi su alcune definizioni che serviranno a tracciare i confini dello spazio entro cui ci si sta muovendo: la peculiarità del contesto delle Aziende sanitarie; la definizione di qualità e di qualità percepita, distinguendo il versante paziente/utente da quello operatore; il miglioramento.

## 2.1. Il contesto

Il processo di aziendalizzazione del Sistema sanitario italiano è il quadro di riferimento che ha consentito l'introduzione degli strumenti di *customer satisfaction* prima e di qualità percepita poi nell'ambito dell'erogazione di servizi sanitari.

Ciò è avvenuto non senza ambiguità. L'impresa sul mercato si pone il tema della *customer satisfaction* in termini di "decidi cosa vuoi" e poi scopri "cosa vuole il cliente", garantisci la costanza del servizio e del miglioramento che deve essere graduale e sostenibile anche se minimo,<sup>7</sup> nella prospettiva di garantire all'impresa profitti sempre più cospicui grazie alla fidelizzazione del cliente.

L'Azienda sanitaria pubblica si trova inserita in un mercato e chiamata da indicazioni normative (ad esempio il Piano sanitario nazionale 1998-2000) ad attivare funzioni di *customer satisfaction* o di qualità percepita per riformulare e differenziare l'offerta in funzione della domanda, ma allo stesso tempo è in una condizione di risorse limitate e offre un bene (la salute) che non può sottostare a vere e proprie regole di mercato in quanto tutelato dalla Costituzione.

Inoltre, in sanità permane la forte preoccupazione che un'aziendalizzazione spinta, che punti esclusivamente al riequilibrio dei conti, possa avvenire a spese delle aree più deboli (prevenzione, assistenza domiciliare, assistenza continuativa a disabili e anziani) e a spese della qualità dell'assistenza sanitaria garantita universalmente. In tale prospettiva, il paziente non è tanto un utente e tanto meno un cliente, quanto piuttosto un cittadino, *partner* e interlocutore, un ruolo ben diverso da quello previsto dalla *customer* per il cliente (a questo proposito si veda Cinotti, Cipolla, 2003).

Vi è un ulteriore aspetto da esplicitare, che vede il problema del contesto da una diversa prospettiva: il sistema qualità percepita si pone a valle di un percorso conoscitivo di ricerca pura senza committenza (che può anche restare ai margini o talvolta del tutto estraneo rispetto al contesto aziendale), che indaga sui presupposti individuali e sociali che influenzano percezione, atteggiamenti, opinioni, aspettative, modalità relazionali dei soggetti verso il e all'interno del servizio sanitario a prescindere da obiettivi

---

<sup>7</sup> *Indipendentemente dalle promesse comunque, quello che conta è la costanza, la continuità, la coerenza... superare le aspettative è importante, ma soddisfarle regolarmente è ancora più importante* (Blanchard, Bowles, 1998, p. 82).



di programmazione e progettazione di servizi. La qualità percepita è invece connessa con l'attività (interna al contesto aziendale) di monitoraggio degli esiti, di verifica dei risultati e di ascolto dei cittadini/utenti, propedeutica alle azioni di miglioramento dei servizi erogati e al cambiamento organizzativo.<sup>8</sup> D'altra parte, se anche non direttamente legato a strategie aziendali, il processo conoscitivo a monte costituisce il presupposto fondamentale per evitare che il Sistema qualità percepita si trasformi in un sistema autoreferenziale che produce risposte tautologiche (risultati attesi), allontanandosi dal punto di vista del cittadino.

## 2.2. Le dimensioni della qualità

Per quanto riguarda il significato di qualità, nella accezione cui si fa riferimento in questo volume, il punto di partenza è la tradizionale distinzione proposta da Donabedian (1990) che identifica tre specifiche aree di intervento sulla qualità:

- qualità organizzativa legata alle risorse disponibili e alle modalità con cui vengono organizzate;
- qualità professionale o di processo, che si riferisce al prodotto, alle prestazioni, alla correttezza tecnica di esecuzione delle stesse anche nei termini di appropriatezza e tempestività, e in senso lato al comportamento degli operatori;
- qualità percepita, che concerne invece l'esito (compreso il punto di vista del paziente) ossia le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari in termini di prolungamento della vita e riduzione del dolore e delle disabilità, o al contrario il manifestarsi di complicazioni o effetti iatrogeni.

Da un diverso punto di vista,<sup>9</sup> ogni dimensione del concetto di qualità identificata nella tripartizione di Donabedian può essere interpretata come esplicitante le richieste (anche

---

<sup>8</sup> È diffusa l'impressione che alle indagini di qualità percepita, sebbene metodologicamente rigorose, non venga sempre riconosciuto un ruolo nella riprogettazione dei servizi e una concreta capacità di produrre miglioramento organizzativo. Pat Straw, Quality Manager/ Picker Programme Director presso il Royal Infirmary of Edinburgh (2002), osserva a questo riguardo *... dovremmo servirci degli studi sui pazienti come punto di partenza per programmi sulla qualità e sul miglioramento. Non tutte le ricerche sono uguali, ce ne sono di valide e di mediocri. Il nostro compito è di illustrare e promuovere le prime. Uno studio, per essere buono, non deve necessariamente essere complicato, occorre guardarsi da quegli accademici e da quei ricercatori che tendono a mistificare i metodi di ricerca sulla sanità, nello stesso modo in cui i medici, nel corso degli anni, hanno avuto la tendenza a mistificare la cura della salute, per conservare un certo status e un certo potere sui loro pazienti* (p. 147).

<sup>9</sup> Non interessa introdurre una rassegna analitica dei numerosi ed articolati modelli sviluppati da diversi autori a partire dalla primitiva tripartizione, né discutere la completezza del modello tripartito, perfettamente funzionale in questo contesto ad evidenziare come la qualità sia un concetto complesso e multidimensionale la cui valutazione implica un processo policentrico e il coinvolgimento di molteplici attori.

contrastanti) dei maggiori gruppi di interesse (*stakeholder*), che devono essere integrate e mediate per specificare la qualità di un servizio:

- qualità organizzativa ossia l'utilizzo più efficace e produttivo delle risorse da parte del *management* nei limiti posti dalle prescrizioni normative e dagli obiettivi fissati dalle autorità regionali o dagli enti che acquistano le prestazioni;
- qualità professionale, che identifica il ruolo e il punto di vista dei professionisti e degli operatori che forniscono cura e assistenza;
- qualità percepita, che raccoglie le aspettative dei clienti (esterni o interni) come singoli individui o come gruppi.

Nella strategia dell'Azienda deve essere dunque ben chiaro che non si dà qualità per un solo attore o per una sola categoria di attori coinvolti nel processo salute e che la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni non è il risultato di una asettica standardizzazione delle attività, né la neutrale applicazione di una metodica; si è

*all'interno di una concezione della valutazione come attività di negoziazione e di messa in comunicazione di prospettive diverse da parte di molteplici attori... [si tratta di] valutazioni multicriteri che operano attraverso tecniche di indagine sia quali che quantitative* (Altieri, 2003, p. 90).

Peraltro l'esistenza di molteplici scuole di pensiero e di una pluralità di approcci metodologici alla qualità (ISO, accreditamento, VRQ, APQ, TQM, ecc.),<sup>10</sup> non sempre immediatamente conciliabili, ha per lungo tempo prodotto un certo scetticismo nel *management* e negli operatori sulla concreta utilità di tali metodiche nella prassi terapeutica e assistenziale quotidiana.

Non si approfondisce qui tale problematica, in quanto oggetto del volume è la qualità percepita, ma come si vedrà a proposito di quest'ultima, nessuna metodologia è di per sé esaustiva e a un'analisi comparativa più attenta si notano convergenze e possibili integrazioni tra i diversi approcci.

### 2.3. La qualità percepita come sistema

Nell'accezione di Donabedian, la qualità percepita è più della soddisfazione, che è a sua volta qualcosa di più dell'assenza di insoddisfazione. Citando Ovretveit (1996),

*si tratta di un atteggiamento globale e stabile nel tempo verso il servizio, elaborato in base alla soddisfazione ripetuta nel tempo, piuttosto che di un giudizio sul servizio legato a una recente e specifica transazione. Anche questo è rilevante nel decidere quali impressioni sollecitare dal cliente in un momento particolare e per chiarire cosa in realtà colgono i metodi che rilevano le reazioni dei clienti* (pp. 49-50).

---

<sup>10</sup> VRQ = valutazione e revisione della qualità  
APQ = analisi partecipata della qualità  
TQM = *total quality management*

Sebbene concetti come transazione e cliente non rientrino nella presente prospettiva di analisi, Ovretveit coglie alcuni elementi fondamentali da tenere come punti fermi della discussione: la qualità percepita deve essere intesa come qualcosa di diverso dalla soddisfazione legata a una specifica esperienza; ecco perché occorre parlare di sistema di rilevazione della qualità percepita, che integra diversi approcci metodologici,<sup>11</sup> ecco perché la qualità percepita deve essere integrata nel contesto più ampio della valutazione della qualità (secondo quanto specificato in precedenza) non solo come obiettivo istituzionale per l'accreditamento, non solo con iniziative *spot*, ma all'interno di un sistema diffuso costituito da diverse strategie di ascolto (le fonti di informazione utili per definire le criticità e le priorità su cui avviare progetti di miglioramento possono essere le più diverse, formali o informali, strutturate o casuali, come giornali, aneddoti, sondaggi, *focus group*, ecc.). È chiaro che tutto ciò significa valorizzare e integrare fra loro, all'interno delle Aziende, professionalità<sup>12</sup> in grado di utilizzare diverse metodologie di analisi della qualità percepita.

Infine, è opportuno sottolineare con Pat Straw che

*le parti facili del programma sono i focus groups e la ricerca. La parte difficile è come utilizzare le informazioni ottenute per dare veramente peso ai pazienti, alla loro esperienza e ai loro risultati clinici. L'intera natura del progetto sta nel produrre miglioramenti. Non serve a niente utilizzare le migliori tecniche di ricerca se dai risultati prodotti non viene fuori nulla* (Straw, 2002, p. 160).

Come ricorda Altieri (2003, p. 87), i contenuti della qualità percepita sono fissati dall'art. 14 del DLgs 502/1992 che indica chiaramente i temi su cui deve concentrarsi lo sforzo migliorativo dell'Azienda sanitaria: personalizzazione, umanizzazione, diritto all'informazione, qualità delle prestazioni alberghiere e qualità della prevenzione. Sebbene siano criteri ineludibili e imprescindibili, che hanno consentito e favorito una maggiore attenzione al cittadino da parte delle Aziende sanitarie, non possono essere considerati esaustivi, se non altro perché fissati in un preciso momento storico secondo uno schema rigido e prescrittivo.

A parere di chi scrive, la ricerca delle opinioni dei pazienti/utenti/clienti/cittadini (l'ascolto) è parte di una filosofia di negoziazione e dialogo necessaria a garantire la qualità dei servizi erogati e la qualità percepita dai fruitori di tali servizi, i cui criteri debbono essere di volta in volta definiti nel confronto fra i diversi attori coinvolti. E non solo perché

---

<sup>11</sup> *È meglio usare più metodi per misurare la qualità percepita dal cliente piuttosto che fare affidamento su uno solo ... Ciò implica una maggiore comprensione di cosa misura ciascun metodo, dei rispettivi vantaggi e svantaggi, nonché entusiasmo da parte del personale nel raccogliere e usare l'informazione* (Ovretveit, 1996, p. 64).

<sup>12</sup> Tra queste il ruolo del sociologo dovrebbe essere anche quello di *fornire ... agli altri professionisti (più spesso a gruppi di lavoro) strumenti e il supporto necessari per favorire la comunicazione (e anche mediazione) fra il mondo sanitario - con le sue regole, linguaggi, logiche ... - e i mondi vitali dei pazienti-cittadini* (Apicella, 2002, p. 166).

*il costo del cliente insoddisfatto è alto. Per ciascun cliente insoddisfatto che reclama ce ne sono molti che non lo fanno, ma che riferiscono la loro esperienza ad altre persone. Questa è la peggiore pubblicità che il servizio possa avere... si tratta di una perdita di cui il servizio è raramente consapevole* (Ovretveit, 1996, p. 64).

Il Sistema qualità percepita presentato in questo volume è nato per individuare e sperimentare una serie di strumenti che facilitano la partecipazione dei cittadini alla progettazione e valutazione delle prestazioni erogate dalle Aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale.

*Nelle organizzazioni sanitarie la traduzione di tale approccio presuppone in primo luogo un cambiamento nella cultura organizzativa, ovvero un passaggio a una cultura di rete che valorizzi sia le potenzialità interne, in termini di condivisione da parte degli operatori degli obiettivi aziendali e di definizione/monitoraggio dei livelli qualitativi dei servizi erogati, sia la disponibilità a condividere tali potenzialità con attori esterni attraverso un efficace comunicazione* (Cinotti, Sturlese, 2003, p. 17).

La qualità percepita dal lato utente/cittadino è pertanto possibile solo se integrata con il punto di vista del diretto interlocutore dell'utente: l'operatore. Non sempre la strategia del *management* tiene in dovuta considerazione la QP dal lato operatore, talvolta assumendo una implicita condivisione degli obiettivi ai vari livelli dell'organizzazione. Occorre rilevare che la partecipazione del cittadino passa necessariamente attraverso la condivisione dell'operatore, ed entrambe richiedono un'attenta e mirata strategia comunicativa, ma soprattutto, ancora una volta, un'organizzazione capace di ascoltare. Come già sottolineato, l'orientamento all'utente (che mette insieme partecipazione e condivisione e in questo senso è qualcosa di più della capacità di ascolto) è un processo lungo e complesso perché coinvolge e attiva tutte le funzioni aziendali.

A conclusione di queste considerazioni, pare opportuno riaffermare con Apicella (2002) che

*progettare miglioramenti organizzativi che coinvolgano operatori, amministratori e cittadini deve diventare una convinzione e non solo perché obbligo di legge* (p. 168).

Il concetto di miglioramento implica un cambiamento, il passaggio da una condizione a un'altra che si ritiene appunto migliore o superiore. Non è tuttavia così ovvio definire in base a quali presupposti e come si può essere certi di avere conseguito il miglioramento progettato.

*Va da sé che per stabilire in che direzione debba andare il miglioramento e se vi sia stato effettivamente il miglioramento è necessario avere una visione chiara della situazione del servizio al momento T0. Bisogna per prima cosa fotografare la situazione. Ma fotografare non è la parola esatta. Non si tratta infatti di descrivere semplicemente lo stato del servizio, ma di darne una valutazione* (Bertin, Oprandi, 2003, p. 149).

Ma da dove partire per realizzare il miglioramento? In primo luogo dalla consapevolezza che la qualità deve diventare una strategia dell'Azienda, che mette in campo diversi strumenti: dal sistema di gestione dei reclami alla gestione del rischio, dall'accreditamento al sistema qualità percepita, includendo le indagini sul clima organizzativo, la Carta dei Servizi e gli aspetti gestionali e organizzativi in una prospettiva integrata che compone i diversi punti di vista.

In tale quadro complesso (e peraltro non certamente esaustivo) la qualità percepita dal lato dell'utente si pone come colonna portante (insieme ai reclami)<sup>13</sup> di una strategia di ascolto che mette in campo metodi e tecniche diversi, alcuni dei quali vengono qui presentati e analizzati, altri verranno invece approfonditi in altra sede.

Si è già più volte sottolineato come la pluralità di strumenti conoscitivi e di metodologie di analisi sia una ricchezza e una necessità per cogliere non solo gli aspetti legati alla soddisfazione e al gradimento (tradotto in termini operativi come distanza tra qualità attesa e qualità percepita), ma anche per porre attenzione al vissuto dei cittadini e degli operatori. Inoltre, tale pluralità garantisce la necessaria flessibilità anche rispetto alle diverse caratteristiche dei servizi da valutare, che non sempre rendono possibile e opportuno l'utilizzo di metodologie quantitative e strutturate e del resto, quando queste sono applicabili, gli strumenti presentati mostrano come sono necessari adattamenti, adeguamenti e contestualizzazioni.

## **2.4. Opportunità e limiti della qualità percepita in contesti organizzativi di tipo sanitario**

I capitoli successivi presentano una serie di strumenti che fanno riferimento alla metodologia della ricerca per sondaggio, utilizzati, perfezionati e affinati nel tempo dalle Aziende sanitarie che hanno partecipato al Progetto "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali", e mettono in luce carenze e suggerimenti utili nella fase applicativa.

In questo paragrafo ci si sofferma su alcune considerazioni generali sull'utilizzo di questi metodi di indagine nel contesto aziendale, nel quale la ricerca per sondaggio ritrova la sua primitiva connotazione di sonda, ossia di strumento per effettuare esplorazioni, anche ad ampio raggio. Le informazioni non vanno in profondità, non scavano alla radice dei problemi, sono fortemente condizionate (almeno allo stato attuale di sviluppo di questi strumenti) dal punto di vista di chi propone l'indagine (qualità dal lato dell'utente

---

<sup>13</sup> Blanchard e Bowles (1998) osservano che l'ascolto del cliente/utente nasconde tre trappole: i fraintendimenti (i clienti dicono una cosa e ne intendono un'altra) che possono essere risolti solo con il contatto diretto; il "tutto bene" che significa senza infamia e senza lode, ossia non ancora insoddisfazione ma non più soddisfazione; coloro che preferiscono il silenzio, che è il segnale più inquietante perché indica una perdita di fiducia nella capacità di ascolto e risposta da parte della struttura. Il reclamo costituisce solo la punta dell'iceberg, identifica un cittadino scontento, a volte arrabbiato, ma ancora fiducioso nella possibilità di ottenere una risposta e forse anche un cambiamento.

e non propriamente secondo il punto di vista dell'utente),<sup>14</sup> ma d'altra parte costituiscono un ritorno immediato, rapidamente utilizzabile,<sup>15</sup> una messa a fuoco dei punti di forza e di debolezza del servizio sottoposto a valutazione, magari un po' scentrata e non sempre perfettamente nitida, ma di forte impatto.

Come si vedrà, tali strumenti presentano forti limiti di cui bisogna essere consapevoli:

- problema del campione (rappresentatività, selezione e autoselezione);
- rigidità e superficialità dello strumento;
- rischio di condizionamento psicologico;
- attenzione per il solo livello percettivo (mancano l'analisi delle aspettative, del vissuto ospedaliero e dell'esperienza e la possibilità di controllare i fattori<sup>16</sup> che influenzano aspettative e percezione e che rendono complessa e difficile l'interpretazione dei dati);
- affidabilità metodologica delle diverse fasi della rilevazione;
- parzialità dell'informazione.

La possibilità di indagare la percezione del servizio da parte di un certo numero di utenti/cittadini - che possano essere considerati rappresentativi di un numero più esteso se non della totalità degli utenti del singolo servizio o dell'Azienda - è certamente uno degli aspetti di maggior *appeal* per le direzioni aziendali nella scelta di tale modalità investigativa. Occorre chiarire a questo proposito che nel contesto delle Aziende sanitarie è sempre piuttosto difficile costruire campioni statisticamente rappresentativi, per diversi motivi:

- individuazione dell'universo, che è sempre mutevole;<sup>17</sup>
- difficoltà a raggiungere la dimensione del campione richiesta (soprattutto nelle Unità operative con minore *turnover*) e mancata estrazione casuale dei soggetti in funzione della necessità di effettuare la rilevazione (per motivi organizzativi e per contenere i costi) in un preciso periodo, mentre si vorrebbe il campione rappresentativo dell'utenza di un anno;

---

<sup>14</sup> È la critica rivolta ad esempio dai promotori del programma Picker ai questionari per misurare la soddisfazione, insieme alla loro scarsa sensibilità alle differenze. La metodologia Picker parte invece dal punto di vista dei pazienti e dalla loro esperienza per costruire lo strumento di rilevazione con un percorso articolato che integra metodi qualitativi e quantitativi (Straw, 2002).

<sup>15</sup> Essendo regolata da strumenti statistici e supportata dall'utilizzo di grafici, la fase di elaborazione e analisi dei dati è certamente più rapida e, grazie ai supporti informatici, apparentemente più accessibile rispetto alle metodologie qualitative, in cui è imprescindibile il ruolo dell'esperto/tecnico. Analogamente, la presentazione dei dati attraverso soluzioni grafiche risulta maggiormente divulgativa.

<sup>16</sup> Ad esempio: patologia, fase della malattia, qualità della vita, condizionamenti esterni, esperienze pregresse, caratteristiche individuali.

<sup>17</sup> In genere si stima il campione sulla base di una popolazione di utenti che hanno frequentato il servizio negli anni precedenti a quello di rilevazione.

- autoselezione del campione, in quanto le cadute, cioè la mancata adesione da parte di alcuni soggetti a partecipare alla rilevazione, non possono essere sostituite a pari condizioni, ossia da soggetti con le medesime caratteristiche strutturali.

L'esplicitazione dei limiti non ha lo scopo di disincentivare l'utilizzo di tale metodologia, ma quello di promuoverne un utilizzo più consapevole e corretto, anche perché i vantaggi non sono da sottovalutare:

- possibilità di scattare una fotografia panoramica dei servizi dell'Azienda, fotografia che non è meramente descrittiva ma un primo passo per valutare le prestazioni erogate;
- disponibilità di dati che consentono di comparare la *performance* di diverse strutture nello stesso momento e di monitorare la *performance* dello stesso servizio nel tempo;
- importante funzione comunicativa, primo contatto con molti utenti ai quali far sapere "ci interessiamo/ci interessate", "il vostro parere è importante";
- utilizzo di metodologie consolidate e sperimentate, che garantisce la disponibilità di dati più robusti, che misurano quello che si intende misurare;
- il saper leggere i dati consente l'interpretazione delle percentuali di soddisfatti spesso elevate e dei piccoli scostamenti che possono costituire un utile orientamento per l'agire.

Cosa si guadagna e cosa si perde? L'informazione che si ottiene da questo strumento è parziale e non universale, soggettiva e non oggettiva, specifica e non generale, superficiale e non analitica, parziale e non globale. Ma la si deve considerare irrilevante? Inutile? Non utilizzabile per migliorare almeno per qualche aspetto il servizio erogato e l'attività o anche il rapporto con l'utente, nei termini di valorizzazione e considerazione del suo punto di vista?

Il percorso intrapreso è ancora lungo e gli strumenti per migliorare tale relazione e la conoscenza del punto di vista del cittadino sono in continua evoluzione e perfezionamento, ma i capitoli che seguono intendono dare una prima positiva risposta ai dubbi espressi.





### 3. Metodologia e strumenti<sup>18</sup>

Obiettivo di questo Capitolo è rendere disponibile per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna un percorso di misurazione della qualità percepita dagli utenti di quattro servizi sanitari che, sulla base di una metodologia e di strumenti di rilevazione comuni, consenta confronti tra le diverse Aziende e delinea la percezione di qualità a livello regionale. Il pacchetto metodologico comprende:

- strumento di rilevazione (breve descrizione e dettaglio delle dimensioni analizzate);
- istruzioni e suggerimenti per applicare lo strumento (modalità di somministrazione);
- alcune indicazioni sul campionamento e sulle elaborazioni dei dati;
- modalità comunicative e di pubblicizzazione (destinatari delle informazioni e tipologie di *report*).

Per raggiungere tale scopo sono state analizzate le principali ricerche che negli ultimi anni sono state condotte in regione, sia nell'ambito dei due progetti a finanziamento ministeriale già citati (vedi *Paragrafo 1.3*), sia su iniziativa delle singole Aziende.

I servizi sanitari considerati sono:

- ricovero e cura in ospedale,<sup>19</sup>
- prestazioni di specialistica ambulatoriale,<sup>20</sup>
- assistenza domiciliare integrata (ADI),<sup>21</sup>
- assistenza ai pazienti cronici.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> A cura di Barbara Calderone, Sara Capizzi e Vittoria Sturlese, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

<sup>19</sup> Le indagini sulla degenza ospedaliera analizzate sono quelle realizzate dalle Aziende USL di Cesena, Reggio Emilia, Piacenza e Bologna negli anni 2001, 2002 e 2003, e quelle condotte dall'Istituto per la ricerca sociale Eurisko negli anni 1999, 2001 e 2003 sulla qualità percepita dei servizi sanitari forniti dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

<sup>20</sup> Le indagini sui servizi diagnostici e ambulatoriali analizzate sono quelle condotte dall'Azienda USL Bologna (ex Bologna Sud) nel 2001 sui servizi ambulatoriali ospedalieri e nel 2004 sui servizi ambulatoriali territoriali.

<sup>21</sup> Le indagini sull'assistenza domiciliare integrata analizzate sono: quelle realizzate nel 1999 dall'Istituto Eurisko nelle Aziende USL di Modena e Ravenna; quelle condotte nel 2002 dalle Aziende USL di Cesena e Rimini; quella promossa dal Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRO), che ha coinvolto tra il 2003 e il 2004 le Aziende USL di Bologna (ex Bologna Città ed ex Bologna Nord), Ferrara, Forlì, Imola, Modena, Parma, Piacenza e Rimini.

<sup>22</sup> Le indagini sui pazienti cronici analizzate sono quelle condotte sui dializzati nel 2000-2001 dalle Aziende USL di Forlì e Ravenna e dall'Azienda ospedaliera di Ferrara, e nel 2003 dall'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

### 3.1. Ricovero e cura in ospedale

#### *Lo strumento*

Il questionario proposto (*Allegato 1*, in fondo a questo Paragrafo) costituisce una versione breve e rielaborata di quello sperimentato per la prima volta nell'indagine pilota del progetto a finanziamento ministeriale.<sup>23</sup> Tale progetto si poneva gli obiettivi di individuare ambiti e categorie di giudizio dei cittadini-utenti sull'esperienza e sulla percezione di qualità del ricovero ospedaliero e di sperimentare un questionario idoneo a rilevare la loro valutazione.

Il questionario è stato testato con un'indagine pilota in due ospedali (uno in Emilia, l'altro in Romagna), che si differenziano per la collocazione territoriale e la numerosità dei posti letto (circa 1.000 il primo, 400 il secondo). In seguito è stato costituito un gruppo di lavoro, composto da personale delle due Aziende coinvolte nell'indagine e da esperti in metodologia della ricerca sociale, che ha sviluppato una versione breve del primo questionario.

Questa versione è stata poi utilizzata in altre indagini, i cui risultati hanno confermato che gli elementi fondamentali dell'esperienza di ricovero e cura in ospedale si basano sostanzialmente su quattro aree di percezione:

- rapporto col personale,
- aspetti organizzativi,
- aspetti strutturali-ambientali,
- servizi di contorno.

Oltre al questionario è stato inoltre definito un pacchetto metodologico complessivo, che comprende anche una serie di raccomandazioni operative sull'applicazione del questionario per le Aziende sanitarie che vogliano rilevare la soddisfazione del ricovero ospedaliero. La costruzione del pacchetto è scaturita dalle valutazioni sul questionario sperimentato da Eurisko e da discussioni del gruppo di lavoro orientate all'individuazione degli aspetti pratici e applicativi dello strumento.

---

<sup>23</sup> "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", realizzato nel triennio 1999-2001.

### ***La struttura***

Il questionario è strutturato per rilevare le caratteristiche di qualità della degenza ordinaria e potrebbe pertanto non essere opportuno utilizzarlo per indagare la qualità delle Unità operative di *day hospital* o *day surgery*.

La sezione iniziale, la cui compilazione è a cura dell'Azienda, evidenzia il numero identificativo del questionario, il periodo di compilazione, il presidio e il reparto/Unità operativa di ricovero.

Il questionario si compone complessivamente di 47 domande chiuse sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e sulle caratteristiche socio-anagrafiche dell'intervistato, (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e situazione di convivenza), più una domanda aperta finale che consente di raccogliere suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

È suddiviso in 4 sezioni tematiche, ognuna delle quali sviluppa l'analisi approfondita di specifici aspetti del servizio attraverso una serie di domande. Ogni area si articola in diversi aspetti che sono oggetto di valutazione dettagliata e le domande, partendo da valutazioni generali, si ramificano in domande più specifiche. Questa struttura ad albero consente sia la valutazione della qualità percepita nel suo complesso, sia quella in termini analitici su singoli aspetti. All'interno di ogni sezione tematica è infatti prevista una domanda di carattere generale che raccoglie un giudizio complessivo sul tema della sezione (*Tabella 2*).

Viene inoltre dedicata particolare attenzione al rispetto della *privacy* e all'autovalutazione dello stato di salute.

Per la valutazione dei singoli *item* è stata utilizzata una scala bilanciata a 6 valori, 3 giudizi positivi e 3 negativi: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato. Come si nota, si è optato per una scala che chiede espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi o negativi del servizio indagato ed evita giudizi neutri. Laddove non si richiede una valutazione complessiva del servizio e delle aree tematiche, viene sempre fornita la possibilità del "non so".

**Tabella 2.** Schema delle dimensioni indagate

<b>Area di indagine</b>	<b>Dimensioni della qualità indagate</b>
Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gentilezza</li> <li>- disponibilità all'ascolto</li> <li>- capacità di fornire informazioni su diagnosi e rischi</li> <li>- terapia del dolore</li> </ul>
Aspetti organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tempi di attesa</li> <li>- integrazione fra servizi diversi</li> <li>- informazioni rese disponibili</li> </ul>
Ambienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- qualità e cura degli ambienti</li> <li>- igiene generale</li> <li>- igiene dei bagni</li> <li>- disponibilità dei bagni e di altri servizi igienici</li> <li>- temperatura delle stanze</li> <li>- tranquillità</li> <li>- disponibilità di spazio nelle camere</li> </ul>
Servizi di contorno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- qualità del cibo</li> <li>- quantità del cibo</li> <li>- varietà del menù</li> <li>- comodità dei letti</li> <li>- orari dei pasti</li> </ul>

} sia di medici  
che di infermieri

### ***Modalità di somministrazione***

Il questionario proposto può essere somministrato sia ai pazienti che eventualmente a un familiare o altra persona, in tre modi:

- somministrazione telefonica,
- autosomministrazione in ospedale (con riconsegna prima della dimissione),
- autosomministrazione tramite invio postale a domicilio (con riconsegna postale).



#### **UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI SOMMINISTRAZIONE**

- Individuare un gruppo di operatori referenti a livello aziendale per il coordinamento di tutta l'indagine: avranno cura del piano di somministrazione, dell'elaborazione dei dati, della stesura dei *report* e della loro diffusione.
- Identificare un responsabile per ogni Unità operativa (ad esempio caposala) cui è assegnata la responsabilità del reclutamento dei soggetti e tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione delle liberatorie firmate e dei questionari compilati, ...).

- Sensibilizzare e coinvolgere il personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa e sensibilizzi il paziente alla partecipazione all'iniziativa.
- Affiggere all'interno di ogni Unità operativa una comunicazione riportante le informazioni relative all'iniziativa.



#### **UTILI CONSIGLI - SOMMINISTRAZIONE TELEFONICA**

- Raccogliere preventivamente per ogni singolo degente la liberatoria per l'utilizzo del numero di telefono e avvisarlo personalmente che dopo circa 15 giorni verrà contatto da un intervistatore.
- Contattare telefonicamente i degenti, non immediatamente dopo il ricovero, ma dopo circa 15 giorni dalla dimissione.
- Realizzare le interviste telefoniche utilizzando personale appositamente preparato e specializzato, che può essere eventualmente supportato da un sistema informatizzato di registrazione delle risposte (CATI).<sup>24</sup>



#### **UTILI CONSIGLI - AUTOSOMMINISTRAZIONE IN OSPEDALE**

*(CON RICONSEGNA PRIMA DELLA DIMISSIONE)*

- Distribuire il questionario ai pazienti ricoverati il giorno prima della dimissione, non all'inizio del ricovero.
- Consegnare il questionario al paziente insieme a una lettera/nota informativa che spieghi le motivazioni e gli obiettivi dell'indagine, e a una busta per la restituzione del questionario compilato.
- Formare le persone addette alla consegna dei questionari (personale medico-infermieristico o esterni, come volontari, ...) sui comportamenti da tenere nel corso della distribuzione dei questionari.
- Predisporre un'apposita urna per la raccolta dei questionari compilati, da collocare in un'area ben visibile all'interno dell'Unità operativa.



#### **UTILI CONSIGLI - AUTOSOMMINISTRAZIONE TRAMITE INVIO POSTALE A DOMICILIO**

*(CON RICONSEGNA POSTALE)*

- Raccogliere preventivamente per ogni singolo degente la liberatoria per l'utilizzo dell'indirizzo e del numero telefonico per l'eventuale richiamata.
- Inviare a domicilio il questionario entro 15 giorni dalla dimissione.
- Inserire nella busta di invio una lettera di accompagnamento (possibilmente su carta intestata della struttura e a firma del responsabile) che introduca i motivi dell'indagine, spieghi chiaramente le modalità di compilazione/restituzione e garantisca l'anonimato.

---

<sup>24</sup> *Computer Assisted Telephone Interviewing*. Si veda a questo proposito Cinotti *et al.*, 2003; disponibile *online* [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss088.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss088.htm)

- Allegare inoltre una busta pre-indirizzata (ed eventualmente pre-affrancata) per la restituzione del questionario compilato.
- Prevedere un eventuale richiamo telefonico a una settimana dalla dimissione per sensibilizzare i pazienti e ridurre il tasso di non risposte.

Questi accorgimenti, apparentemente onerosi a livello sia economico che di tempo, garantiscono tuttavia livelli piuttosto elevati di ritorno e abbassano notevolmente il rischio di non risposte che, se troppo elevate, potrebbero rendere non significativa l'intera indagine.

### ***Il campionamento***

Rispetto al campionamento, le esperienze attuate nelle Aziende della regione forniscono alcune preziose indicazioni e avvertenze per strutturare un'indagine che rilevi dati attendibili, statisticamente significativi e comparabili, sia tra le diverse Unità operative che tra diverse Aziende.



#### **UTILI CONSIGLI**

- Visto l'elevato numero di persone ricoverate nell'arco di un anno nelle strutture ospedaliere dell'Emilia-Romagna, si suggerisce di intervistare un campione di utenti e non l'intera popolazione di ricoverati.
- Calcolare la dimensione campionaria in base al numero di persone (non di ricoveri) che nei 12 mesi precedenti all'indagine sono state ricoverate.<sup>25</sup>
- Stratificare eventualmente il campione in base alle Unità operative di ogni struttura.
- Per poter effettuare confronti attendibili tra le diverse Unità operative, determinare la quota omogenea minima di questionari che si intende ottenere compilati per ciascuna Unità operativa: si ritiene auspicabile raccogliere almeno 50 questionari compilati per ogni Unità operativa coinvolta nell'indagine.
- Se una o più Unità operative presentano flussi di dimissioni tali per cui questi livelli di ritorno non possono essere garantiti nell'arco temporale individuato, potrebbe essere opportuno non inserirla nel piano di campionamento.
- Non è necessario effettuare una rilevazione continuativa per tutto l'anno (che potrebbe risultare molto onerosa in termini organizzativi), ma può essere strategico stabilire un periodo definito (o più periodi) nell'arco dell'anno in cui effettuare la rilevazione in relazione al flusso di dimissione.
- Per stabilire il periodo di rilevazione più adatto per la rilevazione, fare riferimento all'andamento dei flussi di dimissione (o di persone ricoverate), cercando di evitare i periodi di minore e di maggiore afflusso.

---

<sup>25</sup> Per teste si intende il numero di utenti e non di accessi, in quanto questi ultimi possono essere compiuti da uno stesso utente che usufruisce più volte degli stessi servizi.

- Le esperienze realizzate suggeriscono di realizzare le indagini per un periodo di circa 2-3 mesi continuativi, eventualmente due volte l'anno.
- Tenere costantemente sotto controllo la percentuale di adesione/accettazione dell'indagine sul totale dei dimessi. In base alle esperienze già realizzate si ipotizzano tassi di adesione che oscillano tra il 23% e il 36% per le indagini postali e telefoniche, e tra il 30% e il 50% per l'autocompilazione in ospedale.

### ***Elaborazione dei dati***

Nel caso in cui il questionario non venga compilato dall'utente/paziente ma da altre persone (come ad esempio un familiare), è opportuno e corretto dal punto di vista metodologico elaborare i dati tenendo distinti i due gruppi di rispondenti, per verificare ed evidenziare nei *report* eventuali scostamenti di opinioni.

### ***Aree tematiche e item***

La struttura del questionario consente la valutazione della qualità percepita del servizio nel suo complesso, delle diverse aree tematiche e dei singoli aspetti di ogni area tematica. Il questionario raccoglie infatti la valutazione su:

- esperienza di ricovero (in generale),
- personale, sia medico che infermieristico (in generale e in analitico),
- aspetti organizzativi (in generale e in analitico),
- ambienti (in generale e in analitico),
- servizi di contorno (in generale e in analitico),
- rispetto della *privacy*.

### ***Scala di valutazione***

I dati possono essere elaborati rispetto a tutte le possibili opzioni di risposta, ovvero mantenendo distinti i sei diversi livelli di giudizio proposti dalla scala di valutazione (e i "non so").

Nel caso in cui le singole Aziende o Unità operative vogliano però effettuare anche elaborazioni più sintetiche, i sei gradi di giudizio possono essere aggregati (*Figura 1*) nelle tre categorie di:

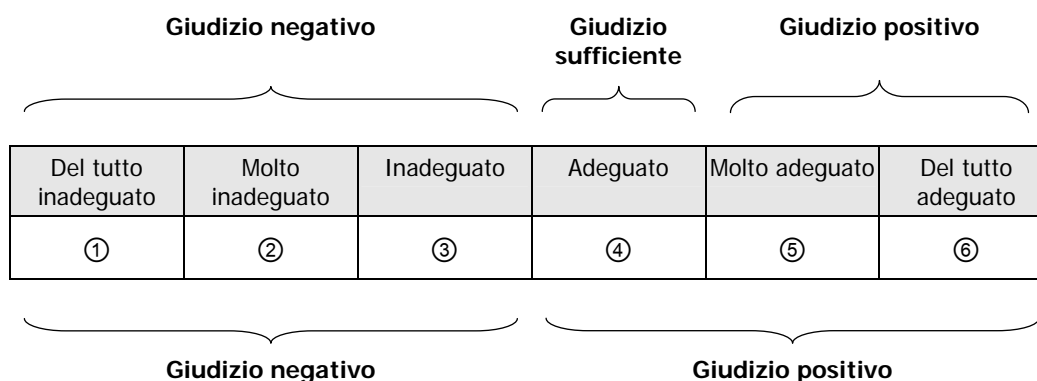
- giudizio negativo (del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio sufficiente (adeguato);
- giudizio positivo (molto adeguato, del tutto adeguato);

oppure nelle due sole categorie di:

- giudizio negativo (del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio positivo (adeguato, molto adeguato, del tutto adeguato).

Il *data entry* e l'elaborazione dei dati possono essere effettuati con i *software* Excel, Access o con pacchetti di elaborazione statistica (SPSS, SAS, ...).

**Figura 1.** Schema della scala di valutazione



*Elaborazioni statistiche*

Relativamente all'elaborazione dei dati, è possibile effettuare:

- analisi descrittive (distribuzioni di frequenze, medie, mediane, mode, ...);
- analisi bivariate (confronti tra distribuzioni di frequenza e medie, correlazioni, regressioni lineari);
- analisi multivariate (regressione multipla e logistica, *factor analysis* e *cluster analysis*).

*Mappa delle priorità*

Attraverso le elaborazioni statistiche più raffinate (in particolare tramite un'analisi di regressione multipla) è possibile provare a stimare quanto ogni singolo aspetto dell'assistenza (variabili indipendenti) pesa sulla valutazione complessiva del servizio (variabile dipendente). Questo permette di evidenziare per ogni elemento indagato sia il livello di gradimento sia quello dell'importanza relativa, e, riportando i dati su un piano cartesiano (*Figura 2*),<sup>26</sup> si riesce a delineare una mappa di priorità che distingue quattro diverse aree.

Area di eccellenza:

composta dagli elementi che ottengono giudizi positivi e che allo stesso tempo risultano per gli intervistati anche i più importanti. Questi elementi rappresentano i punti di eccellenza del servizio.

Area di mantenimento:

composta da tutti gli elementi che ottengono giudizi positivi abbinati a livelli meno alti di importanza. Sono cioè aspetti che, sebbene valutati positivamente, sembrano incidere poco sulla valutazione finale complessiva del servizio e su cui pertanto non ha senso attivare particolari azioni di miglioramento, ma solo attività di monitoraggio.

<sup>26</sup> Il calcolo del livello di gradimento può essere effettuato con l'analisi delle medie (trattando le scale di valutazione come variabili cardinali) e viene riportato sull'asse orizzontale; il livello di importanza (peso) può essere individuato attraverso un calcolo di regressione e il coefficiente Beta viene riportato sull'asse verticale.



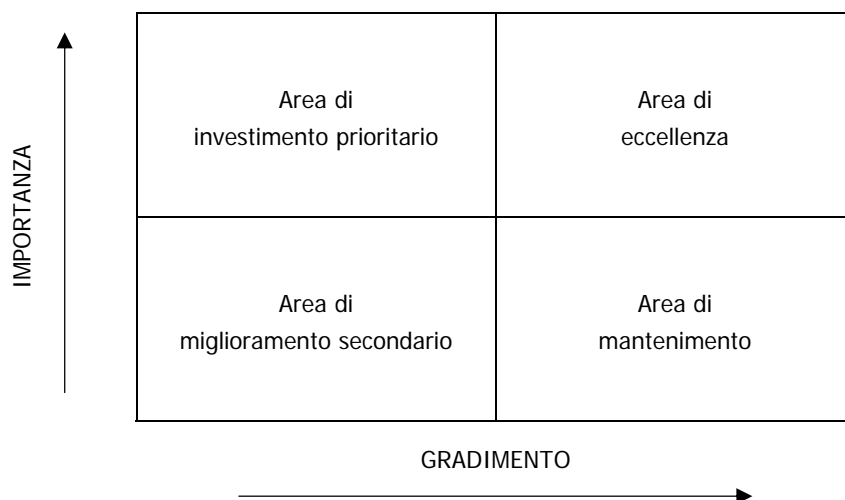
Area di investimento prioritario:

in questo gruppo rientrano tutti gli elementi che ottengono bassi livelli di gradimento, ma che risultano allo stesso tempo particolarmente importanti per gli utenti. È l'area su cui attivare azioni di miglioramento prioritario.

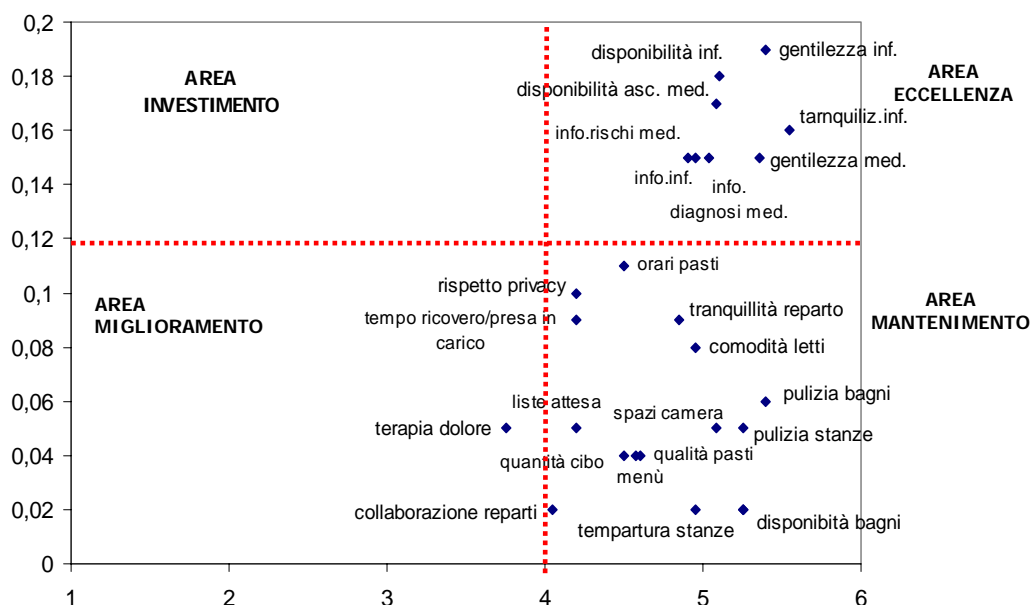
Area di miglioramento secondario:

composta da tutti gli aspetti che, sebbene siano giudicati poco positivamente, sembrano non essere particolarmente importanti e significativi rispetto alla valutazione complessiva del servizio. Sono pertanto elementi del servizio su cui attivare azioni di miglioramento solo successivamente a quelle prioritarie.

**Figura 2.** Mappa delle priorità



**Figura 3.** Esempio di mappa delle priorità



### *Livelli di dettaglio*

L'analisi dei dati (e di conseguenza il tipo di *report*) può avvenire secondo livelli di dettaglio successivi:

- aziendale
- di presidio/dipartimento
- di Unità operativa

I dati così raccolti permettono pertanto di effettuare a livello aziendale confronti tra diverse Unità operative, presidi e dipartimenti, e a livello regionale tra diverse Aziende. In altri termini, l'indagine permette il monitoraggio nel tempo della qualità percepita nelle singole realtà ospedaliere al fine di poter effettuare confronti spazio-temporali:

- tra Unità operative dello stesso ospedale, nello stesso momento;
- all'interno della stessa Unità operativa, in tempi diversi;
- tra ospedali diversi, confrontati con il dato regionale.



### **PRINCIPALI CRITICITÀ DELL'INDAGINE**

Tra le principali criticità evidenziate nella realizzazione dell'indagine sulla qualità del ricovero ospedaliero, emergono:

- la fase di raccolta delle liberatorie per l'utilizzo dei numeri di telefono e degli indirizzi degli intervistati: può risultare particolarmente critica e difficoltosa, soprattutto dal punto di vista del dispendio di tempo;
- il raggiungimento della numerosità campionaria;
- l'analisi delle risposte date alla domanda aperta (suggerimenti per il miglioramento del servizio).

### *Pubblicizzazione*

Per quanto riguarda la restituzione dei risultati e la diffusione dei *report* di ricerca, è opportuno rivolgersi alle diverse tipologie di soggetti interessati (ed eventualmente coinvolti), in particolare alla dirigenza aziendale (Direzione sanitaria e generale, referenti per l'accreditamento e la qualità, ...); ai professionisti/operatori (Direzione infermieristica e medica del presidio, direttori di Dipartimento, primari e caposala delle UO coinvolte, ...); ai cittadini utenti (in particolare Comitati consultivi misti, eventualmente il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino - CCRQ, e associazioni di rappresentanza degli utenti e dei cittadini). Nella maggior parte delle ricerche realizzate in Emilia-Romagna, ai livelli dirigenziali dell'Azienda e ai professionisti è stato consegnato il *report* complessivo, talvolta senza modifiche, talvolta rendendo anonimi i dati identificativi delle diverse Unità operative. Ad ogni UO è comunque sempre opportuno consegnare anche una relazione con i propri dati, affinché possano essere analizzati i risultati e intraprese le eventuali azioni di miglioramento. In alcuni casi i *report* sono stati pubblicati *on line* nel sito aziendale. Per i cittadini/utenti sono state invece studiate modalità di restituzione *ad hoc*: presentazioni con *slide*, *report* sintetici, schede.

**Allegato 1.**

LOGO  
AZIENDA

**Questionario di valutazione  
della qualità dei servizi di ricovero  
e cura in ospedale**



Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Nel riferire le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta faccia riferimento all'ultima volta in cui Lei è stata/o ricoverata/o.

Metta una croce [x] nella casella che si avvicina di più al Suo modo di vedere.

Dia una sola risposta.

Grazie per la collaborazione.

La Direzione

**Casella compilata  
dall'Azienda**

N. QUESTIONARIO:

DATA:

PRESIDIO OSP.:

UO/REPARTO:

**LA VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA DI RICOVERO E CURA: IN GENERALE**

1. Consideri complessivamente l'esperienza di ricovero. Come valuta in generale la qualità dei servizi che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguate	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

**LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL REPARTO**

2. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza, che valutazione dà del personale?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguate	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

3. Come valuta il personale medico per ciascuno degli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
a. Gentilezza e cortesia nei rapporti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Disponibilità ad ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari)	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
d. Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure, alla terapia	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

4. Come valuta il personale infermieristico per ciascuno degli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
a. Gentilezza e cortesia nei rapporti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Disponibilità / prontezza nel rispondere alle sue esigenze	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Vicinanza, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
d. Disponibilità a dare spiegazioni/informazioni	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

5. Ha ricevuto una terapia quando ha avuto dolore fisico?

- ① sì                      ② no

5.a. Se sì, come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

6. Nel complesso, come valuta le informazioni che il personale Le ha fornito?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate
①	②	③	④	⑤	⑥

**LA VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI**

7. Come valuta complessivamente l'organizzazione dell'ospedale?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

8. Come valuta l'organizzazione del ricovero per ciascuno degli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata	Non so
a. Gestione della lista di attesa per il ricovero prenotato	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Collaborazione e collegamento tra servizi e reparti di cui ha avuto bisogno	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Informazioni ricevute dal reparto prima del ricovero (solo se ricovero prenotato)	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

9. Come valuta il tempo trascorso tra l'ingresso in reparto e il momento in cui si sono occupati del Suo caso?

Molto lungo	Lungo	Abbastanza lungo	Abbastanza breve	Breve	Molto breve	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

### LA VALUTAZIONE DEGLI AMBIENTI

10. Come valuta, nel complesso, gli ambienti (camere, corridoi, altri locali) del reparto?

Del tutto inadeguati	Molto inadeguati	Inadeguati	Adeguati	Molto adeguati	Del tutto adeguati
①	②	③	④	⑤	⑥

11. Come valuta, nel complesso, gli ambienti per quanto riguarda gli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguati	Molto inadeguati	Inadeguati	Adeguati	Molto adeguati	Del tutto adeguati	Non so
a. Qualità e cura degli ambienti (strutture confortevoli e in buono stato, bei locali)	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Pulizia degli ambienti (stanze, corridoi, esclusi i bagni)	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Pulizia dei bagni	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
d. Numero e disponibilità dei bagni e docce	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
e. Temperatura nelle stanze	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
f. Tranquillità, silenzio nel reparto	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
g. Disponibilità di spazio per ogni paziente nelle camere	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

**LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI CONTORNO (CIBO, SERVIZI IN CAMERA, COMFORT)**

12. Come valuta, nel complesso, i servizi forniti in reparto che non riguardano le cure e la terapia (es. cibo, comodità dei letti, servizi disponibili in camera, TV, telefono)?

Del tutto inadeguati	Molto inadeguati	Inadeguati	Adeguati	Molto adeguati	Del tutto adeguati
①	②	③	④	⑤	⑥

13. Come valuta i servizi di contorno per gli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguati	Molto inadeguati	Inadeguati	Adeguati	Molto adeguati	Del tutto adeguato	Non so
a. Qualità dei pasti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Quantità del cibo	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Possibilità di scelta del menù	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
d. Comodità dei letti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
e. Orari dei pasti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

**LA VALUTAZIONE DELLA *PRIVACY* (RISERVATEZZA) E PERCEZIONE DI SALUTE**

14. Come valuta il rispetto della Sua *privacy* durante il ricovero (nel comunicare informazioni riservate, nello svolgere operazioni delicate al letto nella stanza insieme ad altri pazienti, ...)

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

15. Ritiene che le Sue condizioni di salute siano cambiate in seguito al ricovero?

- ① il problema è stato completamente risolto
- ② il problema è stato risolto solo in parte
- ③ il problema non è stato risolto, è stato solo impedito un suo peggioramento
- ④ il problema è peggiorato

16. Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato

- ① peggiore di come me lo aspettassi
- ② come me lo aspettavo
- ③ migliore di come me lo aspettassi

17. Come va in generale la Sua salute? (dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore)

**SUGGERIMENTI ALLA DIREZIONE PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA**

---



---

**CHI COMPILA IL QUESTIONARIO**

18. Chi risponde al questionario  
① utente/paziente                      ② familiare                      ③ altra persona
19. Sesso  
① maschio                      ② femmina
20. Età (in anni compiuti)
21. Titolo di studio conseguito  
① nessun titolo                      ④ diploma o qualifica di scuola media superiore  
② licenza elementare                      ⑤ laurea e post-laurea  
③ licenza di scuola media inferiore
22. Condizione  
① occupato                      ⑤ inabile al lavoro  
② in cerca di occupazione                      ⑥ pensionato  
③ casalinga                      ⑦ altro (specificare \_\_\_\_\_ )  
④ studente
23. Residenza  
① provincia di Bologna                      ③ altre regioni italiane  
② altre province della regione                      ④ altro Stato (specificare \_\_\_\_\_ )
24. Nazionalità  
① italiana                      ② altra (specificare \_\_\_\_\_ )
25. Stato civile  
① celibe / nubile                      ④ divorziato/a  
② coniugato/a                      ⑤ vedovo/a  
③ separato legalmente
26. Vive solo  
① sì                      ② no
27. Se no quante persone vivono con Lei?
28. Chi sono? *Indicare anche più di una risposta*  
① coniuge / *partner*                      ③ altri familiari (fratelli / sorelle / genitori / nonni, ...)  
② figli                      ④ altre persone (specificare \_\_\_\_\_ )

## 3.2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale

### *Lo strumento*

Lo strumento d'indagine sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica è stato costruito nell'ambito del progetto a finanziamento ministeriale di valutazione della qualità percepita,<sup>27</sup> che aveva l'obiettivo di individuare i principali fattori su cui si basa la valutazione dei servizi ambulatoriali da parte degli utenti. La costruzione dello strumento si è svolta in modo condiviso fra i referenti per la qualità percepita dell'Azienda USL di Bologna<sup>28</sup> in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale.

Per arrivare alla definizione dello strumento è stata realizzata un'indagine conoscitiva su esperienze analoghe, condotte sia in Aziende della regione, sia a livello nazionale e internazionale.

Il primo passo è stato un censimento degli strumenti di rilevazione esistenti nelle Aziende sanitarie partecipanti. Sono state pertanto realizzate alcune interviste ai responsabili degli Uffici qualità, che hanno permesso una mappatura degli *item* indagati, delle diverse modalità di somministrazione, dell'ampiezza delle indagini (ad esempio tutti i servizi dell'Azienda o solo alcuni legati a percorsi particolari) e delle professionalità coinvolte.

Sulla base della mappa disegnata con le Aziende, assai diversificata e frammentata, si è proceduto alla ricerca di proposte anche da altre fonti locali e internazionali.<sup>29</sup>

Parallelamente a questo tipo di analisi, e per esplorare il punto di vista dell'utente direttamente coinvolto nelle prestazioni ambulatoriali, è stata raccolta la documentazione realizzata in altri contesti aziendali (per esempio gli Uffici relazione con il pubblico), e sono state applicate metodologie di indagine qualitative, quali *focus group* con rappresentanti degli utenti delle Aziende coinvolte (Comitati consultivi misti), con operatori e responsabili di direzione dei processi ambulatoriali, interviste di gruppo e interviste strutturate ad utenti di strutture ambulatoriali.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2000-2003).

<sup>28</sup> Ex Bologna Nord, ex Città di Bologna ed ex Bologna Sud.

<sup>29</sup> Sul piano metodologico, è stata costruita una tavola sinottica delle dimensioni della qualità presenti nelle diverse fonti così da poter elencare, e successivamente selezionare, le macrovariabili maggiormente significative. Oltre alla selezione delle aree tematiche di cui tenere conto, la tavola sinottica consente infatti di leggere in modo aggregato i diversi strumenti ed evidenzia i temi/argomenti che singolarmente ciascuno di essi indaga.

<sup>30</sup> Nella costruzione dello strumento si voleva soprattutto tenere conto del punto di vista dei cittadini, per definire insieme a questi le fasi del processo, rispettarne le priorità percepite e utilizzare un linguaggio adeguato. Quest'ultimo punto, in particolare, ha richiesto in più occasioni la messa in discussione di termini stereotipati, largamente utilizzati nella formulazione delle domande e mutuati da un linguaggio normativo (ad es. *privacy*), ma che nel senso comune assumono un significato piuttosto vago.



Sulla base dei risultati emersi da questi approfondimenti, il gruppo ha definito gli elementi rilevanti per l'utente e ha predisposto una bozza di questionario da sottoporre a pre-test, che ha coinvolto 10-15 persone.

È stata inoltre realizzata un'indagine pilota tramite interviste telefoniche in un'Azienda; svolta in due giorni consecutivi su 200 utenti, è servita per sperimentare sia le modalità organizzative sia lo strumento di intervista.

### ***La struttura***

Nella versione aggiornata e definitiva, il questionario si presenta suddiviso in sezioni che ripercorrono le diverse fasi temporali del processo di prestazione di specialistica ambulatoriale (prenotazione, accesso, erogazione, refertazione). Ogni area si articola in ulteriori aspetti che sono oggetto di valutazioni di dettaglio (*Tabella 3*); tali dimensioni riguardano il rapporto con il professionista, le modalità di accesso-prenotazione, l'impatto con la struttura, le informazioni ricevute, i tempi di attesa e il giudizio sui tempi in funzione delle fasi del percorso.

Le sezione iniziale (la cui compilazione è a cura dell'Azienda) evidenzia il numero identificativo del questionario, il periodo di compilazione, il presidio/Unità operativa e l'ambulatorio/servizio.

Sono previste anche quattro domande di valutazione complessiva sulle informazioni ricevute, sul personale, sugli ambienti e sulla qualità del servizio, e una parte per esprimere liberamente suggerimenti e proposte di miglioramento.

La sezione finale raccoglie i dati socio-anagrafici dell'intervistato: sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità stato civile e situazione di convivenza.

Per la valutazione dei singoli *item* vengono utilizzate due diverse scale:

- scala bilanciata a 6 valori - 3 giudizi positivi e 3 negativi - per la valutazione degli aspetti specifici del servizio: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato;
- scala a 6 valori per la valutazione dei tempi di attesa: molto lungo, lungo, abbastanza lungo, abbastanza breve, breve, molto breve.

**Tabella 3.** Schema delle dimensioni indagate

<b>Area di indagine</b>	<b>Dimensioni della qualità indagate</b>
Prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informazioni su come si sarebbe svolta la prestazione</li> <li>- tempo di attesa per ottenere la prenotazione</li> </ul>
Accesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accessibilità alla struttura (disponibilità di parcheggi, segnaletica)</li> <li>- tempo di attesa prima di entrare per appuntamento / visita</li> </ul>
Erogazione della prestazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- igiene degli ambienti</li> <li>- <i>comfort</i></li> <li>- tempo dedicato dal professionista</li> <li>- informazioni su diagnosi e condizioni di salute</li> <li>- informazioni sulle terapie da seguire a casa</li> <li>- informazioni sugli esami</li> <li>- informazioni sugli eventuali rischi legati all'esecuzione dell'esame</li> <li>- rispetto della <i>privacy</i></li> <li>- gentilezza e cortesia del personale</li> <li>- tempo di attesa per il pagamento del <i>ticket</i></li> <li>- terapia del dolore</li> </ul>
Refertazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tempo d'attesa per ottenere il referto</li> </ul>

### ***Modalità di somministrazione***

Il questionario viene somministrato direttamente all'utente che riceve la prestazione specialistica oppure, in via del tutto eccezionale, a un familiare o a una persona presente durante la prestazione. Per la sua struttura e il linguaggio utilizzato, il questionario si presta ad essere somministrato attraverso somministrazione telefonica.

Si consiglia di non utilizzare l'autosomministrazione tramite invio postale, perché ciò potrebbe condizionare i risultati dell'indagine; nelle Aziende dove è stata sperimentata, gli utenti - soprattutto anziani e con bassa scolarità - si rivolgevano comunque agli infermieri per essere aiutati nella compilazione o non compilavano correttamente il questionario.

Sulla base delle esperienze già realizzate è possibile indicare inoltre alcuni suggerimenti che, apparentemente più onerosi a livello economico e di tempo, garantiscono però livelli piuttosto elevati di ritorno e abbassano notevolmente il rischio di non risposte.



#### UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI SOMMINISTRAZIONE

- Identificare un referente di progetto per ogni struttura coinvolta, che tenga i rapporti tra questa e l'ufficio referente (a livello aziendale) per la cura del piano di somministrazione e l'elaborazione dei dati e dei *report*.
- Identificare un responsabile per ogni struttura, cui è assegnata la responsabilità del reclutamento dei soggetti e tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione delle liberatorie firmate e dei questionari compilati, ...).
- Sensibilizzare e coinvolgere il personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa, sollecitando a sua volta il paziente a partecipare all'iniziativa.
- Affiggere all'interno di ogni Unità operativa una comunicazione con le informazioni relative all'iniziativa.
- Consegnare al paziente una lettera informativa, che spieghi motivazioni e obiettivi dell'indagine e ricordi a chi ha aderito che dopo circa 15 giorni verrà contattato da un intervistatore.
- Realizzare le interviste con personale preparato e specializzato, eventualmente supportato da un sistema informatizzato di registrazione delle risposte (CATI).
- Raccogliere il doppio delle liberatorie firmate rispetto alle interviste previste per ciascuna Unità operativa, per evitare di non riuscire a raggiungere la quota di interviste necessarie a causa di rifiuti e/o difficoltà di reperimento degli utenti.



#### UTILI CONSIGLI - SOMMINISTRAZIONE TELEFONICA

- Contattare gli utenti prima della prestazione (ad esempio al momento dell'accettazione) oppure al termine della prestazione (ad esempio all'uscita dagli ambulatori) per chiedere loro la disponibilità ad essere intervistato telefonicamente nella propria abitazione.
- Sottoporre a chi accetta un modulo di liberatoria per l'utilizzo dei dati personali (nominativo, numero di telefono, ...) nel rispetto della normativa vigente in materia di *privacy*. Durante questo primo contatto, informare anche sulle finalità dell'indagine e sull'importanza del contributo di ogni singolo questionario per lo studio generale. La distribuzione, la raccolta e la conservazione delle liberatorie dovrebbe essere a carico del personale dei servizi, dopo opportuno coinvolgimento e adeguata motivazione.
- Contattare e intervistare telefonicamente gli utenti 10-15 giorni dopo la prestazione. È infatti consigliabile che intercorrano circa 2 settimane tra la data dell'erogazione del servizio e quella della valutazione, per evitare distorsioni di valutazione dovute alla troppa vicinanza emotiva all'evento o alla dimenticanza dell'evento stesso.
- Effettuare le interviste avvalendosi di personale adeguatamente preparato. È eticamente e metodologicamente necessario che questo sia esterno ai servizi valutati, non possono essere gli stessi operatori a intervistare gli utenti.

## ***Il campionamento***

Le esperienze attuate in Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna forniscono alcune indicazioni e avvertenze per strutturare un'indagine del fenomeno che rilevi dei dati comparabili tra le diverse Unità operative e tra Aziende sanitarie.



### **UTILI CONSIGLI**

- Visto l'elevatissimo numero di persone che ogni anno usufruiscono delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle strutture dell'Emilia-Romagna, si suggerisce di intervistare un campione di utenti e non l'intera popolazione di pazienti.
- Calcolare la dimensione del campione in base al numero di utenti (teste<sup>31</sup>) - e non di accessi - che nei 12 mesi precedenti all'indagine hanno usufruito delle prestazioni nella struttura/servizio in questione. Nelle ricerche prese in esame è stato utilizzato un campione causale semplice (senza reimmissione) con 95% di livello di confidenza e E=5% l'errore di precisione nella stima.
- Stratificare eventualmente il campione per diverse strutture partecipanti, Unità operative, ...
- Per poter effettuare confronti attendibili tra le diverse strutture/servizi/Unità operative, occorre determinare la quota omogenea minima di questionari che si intende ottenere compilati: si ritiene auspicabile raccoglierne almeno 50 per ogni realtà coinvolta nell'indagine. Qualora a seguito delle stratificazioni del campione il numero di interviste da realizzare per alcune strutture/servizi/Unità operative risulti particolarmente basso, per permettere comunque la comparabilità dei dati si suggerisce di effettuare comunque il numero minimo di 50 interviste o di eludere eventualmente tali servizi dall'indagine.

## ***Elaborazione dei dati***

Nel caso in cui il questionario non venga compilato dall'utente/paziente ma da altre persone (per esempio un familiare), è opportuno e corretto dal punto di vista metodologico elaborare i dati tenendo distinti i due gruppi di rispondenti, per verificare ed evidenziare nei *report* eventuali scostamenti di opinioni.

### ***Aree tematiche e item***

La struttura del questionario permette la valutazione della qualità percepita del servizio nel suo complesso, delle diverse area tematiche e dei singoli aspetti di ogni area tematica.

---

<sup>31</sup> Per teste si intende il numero di utenti e non di accessi, in quanto questi ultimi possono essere compiuti da uno stesso utente che usufruisce più volte degli stessi servizi.

*Scala di valutazione*

Le singole Aziende possono elaborare i dati rispetto a tutte le possibili opzioni di risposta, ovvero mantenendo distinti i sei diversi livelli di giudizio proposti dalla scala di valutazione.

Nel caso in cui le singole Aziende o Unità operative vogliano però effettuare anche elaborazioni più sintetiche, i sei gradi di giudizio possono essere aggregati (*Figura 4*) nelle tre categorie di:

- giudizio negativo (valutazioni: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio sufficiente (valutazione: adeguato);
- giudizio positivo (valutazioni: molto adeguato, del tutto adeguato);

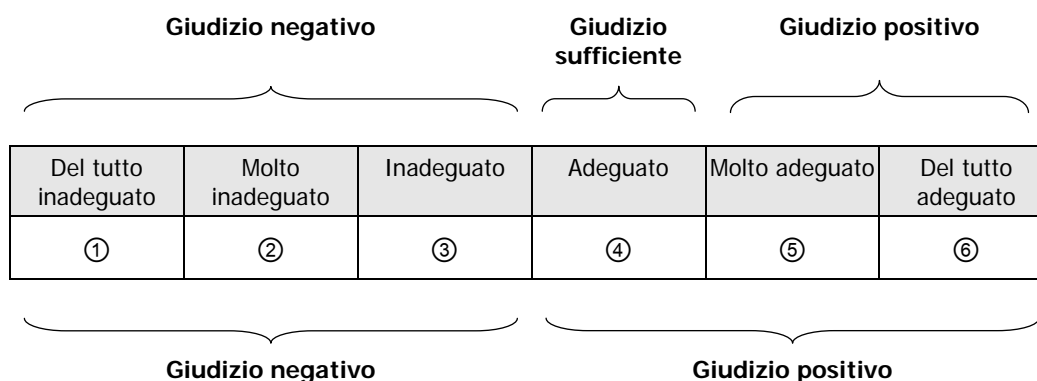
oppure nelle due sole categorie di:

- giudizio negativo (valutazioni: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio positivo (valutazioni: adeguato, molto adeguato, del tutto adeguato).

Lo stesso procedimento vale per la scala a 6 valori: molto lungo, lungo, abbastanza lungo, abbastanza breve, breve, molto breve, per la valutazione dei tempi di attesa.

Il *data entry* e l'elaborazione dei dati possono essere effettuati con i *software* Excel, Access o con pacchetti di elaborazione statistica (SPSS, SAS, ...).

**Figura 4.** Schema della scala di valutazione



*Elaborazioni statistiche*

Relativamente all'elaborazione dei dati, è possibile effettuare:

- analisi descrittive (distribuzioni di frequenze, medie, mediane, mode, ...);
- analisi bivariate (confronti tra distribuzioni di frequenza e medie, correlazioni, regressioni lineari);
- analisi multivariate (regressione multipla e logistica, *factor analysis* e *cluster analysis*).

Nelle precedenti indagini condotte in alcune Aziende della regione è risultato utile condurre elaborazioni incrociando diverse variabili, quali ad esempio (Capizzi *et al.*, 2004):

- livelli di soddisfazione per il tipo di prestazione;
- grado di tolleranza rispetto all'attesa (considerando sia il tempo tra prenotazione e prestazione, sia il tempo tra l'ora fissata per l'appuntamento e l'ora effettiva, sia il tempo dedicato dal medico);
- variazioni della soddisfazione dei cittadini sulla base del loro profilo socio-anagrafico;
- motivi principali della scelta della struttura in relazione al tempo atteso e alla valutazione sulla lunghezza dei tempi di attesa.

### *Mappa delle priorità*

Attraverso le elaborazioni statistiche più raffinate (in particolare tramite un'analisi di regressione multipla) è possibile provare a stimare quanto ogni singolo aspetto dell'assistenza (variabili indipendenti) pesa sulla valutazione complessiva del servizio (variabile dipendente). Questo permette di evidenziare per ogni elemento indagato sia il livello di gradimento sia quello dell'importanza relativa e, riportando i dati su un piano cartesiano,<sup>32</sup> si riesce a delineare una mappa di priorità che distingue 4 diverse aree.

Area di eccellenza:

composta dagli elementi che ottengono giudizi positivi e che allo stesso tempo risultano per gli intervistati anche i più importanti. Questi elementi rappresentano i punti di eccellenza del servizio.

Area di mantenimento:

composta da tutti gli elementi che ottengono giudizi positivi abbinati a livelli meno alti di importanza. Sono cioè aspetti che, sebbene valutati positivamente, sembrano incidere poco sulla valutazione finale complessiva del servizio e su cui pertanto non ha senso attivare particolari azioni di miglioramento, ma solo attività di monitoraggio.

Area di investimento prioritario:

in questo gruppo rientrano tutti gli elementi che ottengono bassi livelli di gradimento, ma che risultano allo stesso tempo particolarmente importanti per gli utenti. È l'area su cui attivare azioni di miglioramento prioritario.

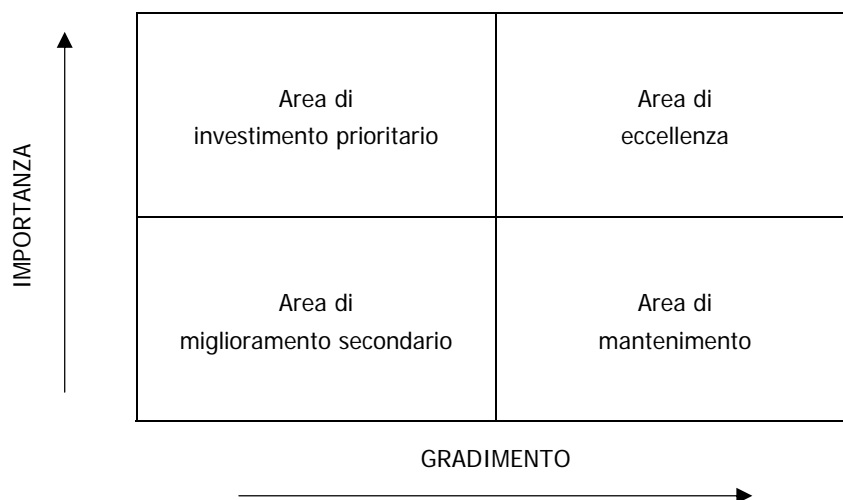
Area di miglioramento secondario:

composta da tutti gli aspetti che, sebbene siano giudicati poco positivamente, sembrano non essere particolarmente importanti e significativi rispetto alla valutazione complessiva del servizio. Sono pertanto elementi del servizio su cui attivare azioni di miglioramento solo successivamente a quelle prioritarie.

---

<sup>32</sup> Il calcolo del livello di gradimento può essere effettuato con l'analisi delle medie (trattando le scale di valutazione come variabili cardinali) e viene riportato sull'asse orizzontale; il livello di importanza (peso) può essere individuato attraverso un calcolo di regressione e il coefficiente Beta viene riportato sull'asse verticale.

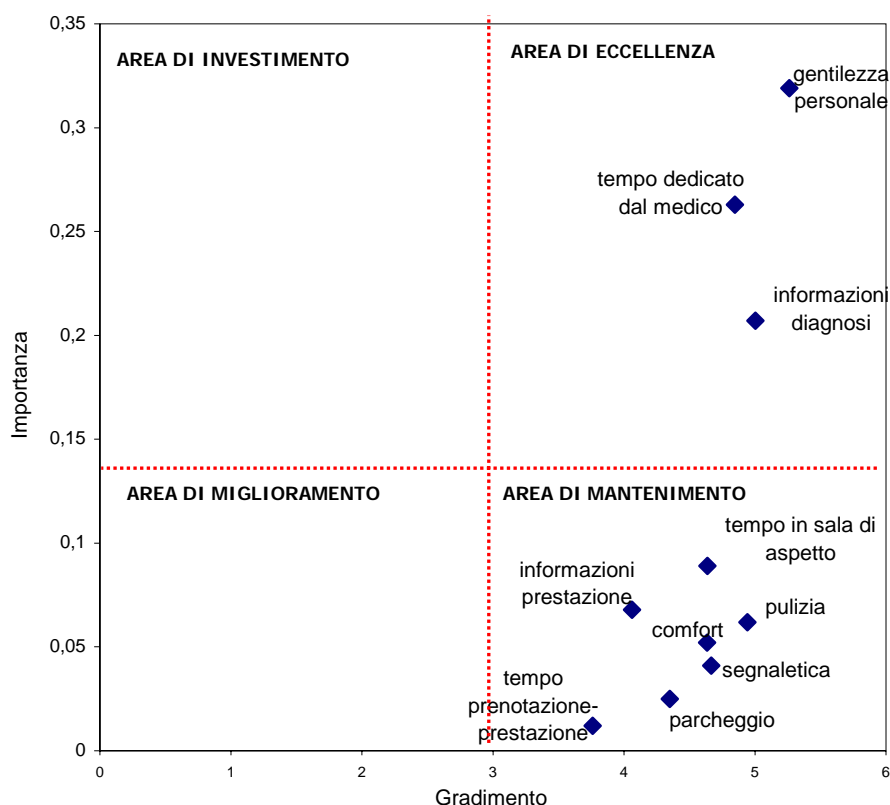
**Figura 5.** Mappa delle priorità



Se l'obiettivo è valutare attraverso analisi della regressione quali variabili influenzano - e in che misura - il giudizio degli intervistati sul servizio offerto dalla struttura sanitaria, la Figura 6 mostra che:

- la variabile che più incide sulla valutazione dei cittadini sulla qualità della prestazione sanitaria è la soddisfazione per la gentilezza e cortesia dei medici e del personale in genere;
- i tempi di cui si compone il percorso di cura hanno un peso diverso. Mentre il tempo trascorso dalla prenotazione alla prestazione non sembra essere predittore significativo della valutazione della qualità del servizio sanitario, lo è invece - e anche in modo rilevante - la soddisfazione sul tempo dedicato dal medico: in questo caso non si tratta di un tempo di attesa da contrarre bensì di un tempo di relazione che i cittadini auspicerebbero più incisivo;
- anche le variabili legate all'informazione ricevuta durante il percorso di cura hanno molta importanza nella valutazione di soddisfazione del cittadino. Si intende in particolare l'informazione ricevuta dal medico di famiglia, che nel fare la richiesta mette al corrente il cittadino sulle motivazioni e modalità della prestazione.

**Figura 6.** Esempio di mappa delle priorità



Tratto da Capizzi *et al.*, 2004.

Disponibile *online* [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss093.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss093.htm)

#### *Livelli di dettaglio*

L'analisi dei dati (e di conseguenza il tipo di *report*) può avvenire secondo livelli di dettaglio successivi:

- aziendale
- di presidio/Dipartimento
- di ambulatorio/servizio

I dati così raccolti permettono pertanto di effettuare a livello aziendale confronti tra diversi ambulatori/servizi, presidi e dipartimenti, e a livello regionale, tra diverse Aziende.



#### **PRINCIPALI CRITICITÀ DELL'INDAGINE**

- La struttura del questionario risulta piuttosto articolata e complessa. Un risultato già emerso dal pre-test fa riferimento alla lunghezza del questionario e, di conseguenza, alla durata dell'intervista (durata media di 11 minuti). Il questionario si compone di 48 domande, 37 delle quali sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e 11 su caratteristiche socio-demografiche dell'intervistato. A questo proposito, è stato riscontrata una certa stanchezza degli intervistati.



- Oltre alle domande chiuse, il questionario prevede la possibilità di aggiungere “suggerimenti per il miglioramento o altre osservazioni”. Va notato che la lunghezza dell'intervista potrebbe andare a svantaggio di questo spazio dedicato alla libera espressione di commenti.

È comunque possibile evidenziare anche alcuni elementi di forza.

In primo luogo il metodo utilizzato per la costruzione del questionario ha evidenziato l'importanza di analizzare il problema iniziale (la soddisfazione dell'utente di prestazioni specialistiche) da una pluralità di fonti: *benchmarking* di esperienze, ricerca bibliografica, analisi dei dati esistenti (questionari e segnalazioni degli Uffici relazione con il pubblico), attività di ascolto di vari punti di vista attraverso *focus group* o indagini strutturate. Tutte queste attività sono servite per raccogliere informazioni utili alla migliore definizione del questionario.

In secondo luogo, lo strumento proposto sembra valido per due ordini di motivi: se da un lato rispecchia il punto di vista dell'utente e rileva la sua percezione di soddisfazione/insoddisfazione rispetto alle prestazioni ricevute, dall'altro serve per evidenziare eventuali punti critici anche rispetto all'intero percorso di fruizione del servizio.

#### *Pubblicizzazione*

L'avvio dell'indagine è stata comunicato sia all'interno che all'esterno dell'Azienda, attraverso i Comitati consultivi misti, il sito internet aziendale e giornali locali. Quest'ultima fonte di comunicazione è servita per tranquillizzare gli utenti, soprattutto i più anziani, che l'Azienda avrebbe effettuato interviste telefoniche e ad esse non seguiva alcuna intervista a domicilio.

Rispetto alla diffusione dei risultati, le ricerche hanno individuato vari destinatari appartenenti a diversi livelli gerarchici dell'Azienda: Servizio qualità, Sviluppo organizzativo, Direzione generale, sanitaria e amministrativa, Direzione infermieristica e medica del presidio (1° livello), Collegio di Direzione e direttori di Dipartimento (2° livello), rete di referenti qualità di Dipartimento, primari e caposala (3° livello).

Per quanto riguarda le modalità di restituzione, i *report* sono stati consegnati in chiaro al 1° livello, codificati al 2° e 3° livello, affinché ognuno conoscesse i dati di Presidio e quelli specifici del proprio Dipartimenti/servizio, il proprio posizionamento rispetto agli altri, ma non chi fossero nello specifico gli altri. Altri destinatari sono stati il Comitato consultivo misto, gli utenti e alcune associazioni, contattati attraverso l'URP. La stessa reportistica è gestita dall'URP, che la condivide con il CCM.

**Allegato 2.**

LOGO  
AZIENDA

**Questionario di valutazione  
della qualità dei servizi diagnostici  
e ambulatoriali**



Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione sulla qualità dell'assistenza ambulatoriale / diagnostica ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nell'intervista verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Nell'esprimere le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta faccia riferimento alla prestazione/visita ricevuta presso l'ambulatorio/ servizio dell'ospedale.

Grazie per la collaborazione.

**Compilazione a cura  
dell'Azienda**

N. QUESTIONARIO:

DATA:

OSPEDALE/PRESIDIO:

Ambulatorio/Servizio

**DATI DI CONTESTO**

1. Era la prima volta che si recava in questo ambulatorio?  
(*l'intervistatore specifica il nome dell'ambulatorio o servizio*)  
 ① sì                       ② no
  
2. Qual è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?  
 ① consiglio di un medico (medico di famiglia / di base / specialista, ...)  
 ② consiglio di amici / parenti  
 ③ competenza della struttura / del professionista  
 ④ vicinanza  
 ⑤ tempi di attesa più brevi (era la prima disponibile in termini di tempo)  
 ⑥ altro
  
3. Ha fatto  
 ① una visita  
 ② una terapia  
 ③ un esame  
 ④ una visita e un esame

**PRENOTAZIONE**

4. Chi Le ha richiesto la prestazione specialistica?  
 ① il medico di famiglia (di base / di medicina generale)  
 ② lo specialista  
 ③ controllo a seguito di ricovero  
 ④ mi ha inviato il Pronto soccorso

Se alla domanda 4 ha risposto: 1, 2 o 3 (ovvero se l'accesso è avvenuto tramite prenotazione e NON tramite Pronto soccorso):

5. Come valuta le informazioni ricevute da chi Le ha richiesto la prestazione su come si sarebbe svolta la visita / esame / terapia?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Se alla domanda 4 ha risposto 1, 2 o 3 (ovvero se l'accesso è avvenuto tramite prenotazione e NON tramite Pronto soccorso):

6. Dove ha effettuato la prenotazione?

- ① al CUP  
 ② in farmacia (punto CUP)  
 ③ direttamente nell'ambulatorio / servizio (prenotata quando è stato ricoverato)  
 ④ altro

Se ha effettuato prenotazione tramite CUP o in farmacia punto CUP:

7. Come valuta il servizio fornito dal CUP / dal punto CUP?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

8. Quando ha prenotato, dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione (visita / esame / terapia)?

- ① entro 1 mese                      ② entro 2 mesi                      ③ oltre 2 mesi

9. Come valuta tale tempo di attesa da 1 a 6, dove 1 è molto lungo e 6 è molto breve?

Molto lungo	Lungo	Abbastanza lungo	Abbastanza breve	Breve	Molto breve
①	②	③	④	⑤	⑥

Solo per chi ha effettuato una visita (ovvero per chi alla domanda 3 ha risposto 1 = visite o 4 = visite + esami):

10. Ritiene importante poter scegliere il nome del professionista da cui essere visitato?

- ① sì                      ② no                      ③ indifferente



**INFORMAZIONI**

*(solo per chi ha risposto 1, 2 o 4 alla domanda 3, ovvero solo per chi ha effettuato visite, terapie o visite + esame).  
 NON fare a chi ha effettuato solo un esame*

17. Come valuta le informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi e le Sue condizioni di salute?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate	Non so/non le ho ricevute
①	②	③	④	⑤	⑥	ⓐ

18. Come valuta le informazioni che ha ricevuto sulle terapie e i comportamenti da seguire a casa?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate	Non so/non le ho ricevute
①	②	③	④	⑤	⑥	ⓐ

**INFORMAZIONI**

*(solo per chi ha risposto 3 o 4 alla domanda 3, ovvero solo per chi ha effettuato un esame).  
 NON fare SE laboratorio analisi*

19. Come valuta le informazioni che ha ricevuto su come si sarebbe svolto l'esame?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate	Non so/non le ho ricevute
①	②	③	④	⑤	⑥	ⓐ

20. Come valuta le informazioni che ha ricevuto sugli eventuali rischi legati all'esecuzione dell'esame?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate	Non so/non le ho ricevute
①	②	③	④	⑤	⑥	ⓐ

**EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE**

**per tutti**

*(ovvero per chi ha risposto 1, 2, 3 o 4 alla domanda 3)*

**Valutazione della privacy (riservatezza)**

21. Come valuta il rispetto della Sua riservatezza e dignità durante la visita / terapia / esame?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	ⓐ

**Valutazione del personale**

22. Come valuta la gentilezza e la cortesia del personale?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate	Non so/non le ho ricevute
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

23. Ha ricevuto una terapia quando ha avuto dolore fisico?

- ① si                      ② no

23.a. Se sì, come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguate	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA  
per tutti**

24. Nel complesso, come valuta le informazioni che il personale Le ha fornito?

Del tutto inadeguate	Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Del tutto adeguate
①	②	③	④	⑤	⑥

25. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza, che valutazione dà del personale?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

26. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza, che valutazione dà degli ambienti del reparto (camere, corridoi, altri locali)?

Del tutto inadeguati	Molto inadeguati	Inadeguati	Adeguati	Molto adeguati	Del tutto adeguati
①	②	③	④	⑤	⑥

27. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza come valuta, la qualità dei servizi che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguate	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

*Solo per chi ha risposto 1 o 4 alla domanda 3: ovvero solo per chi ha effettuato una visita*

28. In caso debba ritornare per una prossima visita, ritiene importante poter essere visitato dallo stesso professionista che L'ha visitata la prima volta?

- ① sì                      ② no                      ③ indifferente

**TICKET**

29. Ha pagato il *ticket*?

- ① sì                      ② no

30. Se sì, come valuta il tempo di attesa per il pagamento del ticket?

Molto lungo	Lungo	Abbastanza lungo	Abbastanza breve	Breve	Molto breve
①	②	③	④	⑤	⑥

**REFERTAZIONE**

*solo per chi ha risposto 3 o 4 alla domanda 3, ovvero per chi ha effettuato un esame*

31. Dopo quanto tempo il referto dell'esame era disponibile per il ritiro?

- ① immediatamente                                      ④ entro 1 mese  
② entro 1 settimana                                      ⑤ oltre 1 mese  
③ entro 2 settimane

*Se alla domanda 36 ha risposto 2, 3, 4 o 5:*

32. Come valuta tale tempo di attesa?

Molto lungo	Lungo	Abbastanza lungo	Abbastanza breve	Breve	Molto breve
①	②	③	④	⑤	⑥

**CONSIDERAZIONI FINALI**

33. Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:

- ① peggiore di come me lo aspettassi  
② come me lo aspettavo  
③ migliore di come me lo aspettassi

34. Come va in generale la Sua salute? (dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore)

**SUGGERIMENTI O ALTRE SEGNALAZIONI PER MIGLIORARE I SERVIZI**

---

---

---

---

---

**CHI COMPILA IL QUESTIONARIO**

35. Chi risponde al questionario  
① utente / paziente                      ② familiare                      ③ altra persona
36. Sesso  
① maschio                                      ② femmina
37. Età (in anni compiuti)
38. Titolo di studio conseguito  
① nessun titolo                              ④ diploma o qualifica di scuola media superiore  
② licenza elementare                      ⑤ laurea e post-laurea  
③ licenza di scuola media inferiore
39. Condizione  
① occupato                                      ⑤ inabile al lavoro  
② in cerca di occupazione                      ⑥ pensionato  
③ casalinga                                      ⑦ altro (specificare \_\_\_\_\_ )  
④ studente
40. Residenza  
① provincia di Bologna                      ③ altre regioni italiane  
② altre province della regione                      ④ altro Stato (specificare \_\_\_\_\_ )
41. Nazionalità  
① italiana    ② altra (specificare \_\_\_\_\_ )
42. Stato civile  
① celibe / nubile                                      ④ divorziato/a  
② coniugato/a                                      ⑤ vedovo/a  
③ separato legalmente
43. Vive solo  
① sì                                      ② no
44. Se no quante persone vivono con Lei?
45. Chi sono? *Indicare anche più di una risposta*  
① coniuge / partner                                      ③ altri familiari (fratelli / sorelle / genitori / nonni, ...)  
② figli    ④ altre persone (specificare \_\_\_\_\_ )



### 3.3. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

#### *Lo strumento*

La prima versione del questionario per valutare la qualità percepita del Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) è stata elaborata nell'ambito del progetto a finanziamento ministeriale "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", realizzato dalla società di ricerca Eurisko nelle Aziende USL di Modena e Ravenna tra dicembre 1999 e gennaio 2001. Il progetto consisteva in una ricerca qualitativa condotta tramite interviste agli utenti, ai loro familiari e agli operatori, al termine della quale è stata creata una mappa dei fattori di qualità per l'ADI. Partendo dai risultati di questa ricerca, l'Azienda USL di Modena ha costruito la prima versione del questionario, che è stata in seguito adattata e somministrata nelle Aziende USL di Rimini e Cesena nel 2002 nell'ambito del progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali".

Sulla base delle osservazioni maturate dall'ultima esperienza, il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ) ha ritenuto opportuno svolgere nel periodo 2003-2004 una ulteriore ricerca per rilevare il livello di soddisfazione dei cittadini assistiti tramite ADI, che ha coinvolto nove Aziende sanitarie, sulle tredici allora presenti<sup>33</sup> in Emilia-Romagna.

In qualità di committente della ricerca, il CCRQ ha chiesto l'approvazione dell'iniziativa da parte della Direzione generale Sanità e Politiche sociali e la collaborazione dell'Agenzia sanitaria regionale; quest'ultima, a sua volta, si è avvalsa della consulenza metodologica della Scuola di specializzazione in sociologia sanitaria dell'Università degli studi di Bologna e del supporto tecnico-operativo dei referenti designati dalle Aziende USL partecipanti al progetto e dei rispettivi Comitati consultivi misti. Sulla base delle osservazioni maturate da quest'ultima esperienza, è stata predisposta la versione del questionario che viene di seguito descritto (*Allegato 3* in fondo al Paragrafo).

Si precisa fin d'ora che in Emilia-Romagna le cure domiciliari sono organizzate secondo un unico modello di assistenza domiciliare integrata basato su livelli di intensità delle cure, graduate in relazione al bisogno sanitario e socio-assistenziale del singolo paziente.<sup>34</sup> In particolare, il nuovo approccio assistenziale propone un unico modello organizzativo per tutte le tipologie di pazienti assistibili a domicilio, basato sull'integrazione delle figure professionali coinvolte (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base, membri delle associazioni del volontariato) e articolato su tre livelli di intensità delle cure: bassa (1° livello), media (2° livello), alta (3° livello).

---

<sup>33</sup> Al momento d'avvio della ricerca, l'unificazione delle 3 Aziende USL di Bologna non era ancora operativa; la ricerca ha coinvolto le Aziende USL ex Città di Bologna, ex Bologna nord, Forlì, Ferrara, Imola, Modena, Parma, Piacenza e Rimini.

<sup>34</sup> Delibera di Giunta regionale n. 124 dell'8 febbraio 1999.

Pur mantenendo la fondamentale caratteristica di assistenza erogata da un'*équipe* multiprofessionale, le tipologie di assistenza domiciliare (TAD) si definiscono in base alla figura professionale che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza) o, nel caso del MMG, in relazione all'apertura di contratti amministrativi. Le tipologie di TAD previste sono 5:

- medico di medicina generale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) corrispondenti ai contratti amministrativi dei medici di medicina generale ADI, ADP, NODO.

Se non c'è nessun contratto con il medico di medicina generale:

- medico specialista: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che hanno per responsabile terapeutico il medico specialista;
- assistenza infermieristica: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) dove l'infermiere è il responsabile assistenziale;
- assistenza volontariato: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che vedono la responsabilità terapeutica dei medici dell'associazione di volontariato;
- assistenza sociale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza tutelare.

*Il questionario qui proposto (Allegato 3) è da somministrare esclusivamente agli utenti che ricevono solo tre tipologie di TAD: quella del medico di medicina generale, del medico specialista e dell'assistenza infermieristica. Non rileva infatti in alcun modo la qualità dell'assistenza fornita da operatori dei servizi sociali (come nel caso della TAD - assistenza sociale) o da volontari (TAD - assistenza volontariato).*

### **La struttura**

Il questionario si presenta suddiviso in sezioni che ripercorrono le macro-fasi temporali del percorso di assistenza: prima di avere il servizio, il momento dell'erogazione e i risultati dell'assistenza. All'interno di ogni sezione vengono presentate una serie di domande che indagano in maniera analitica aspetti specifici di quel momento assistenziale (*Tabella 4*).

**Tabella 4.** Schema delle dimensioni indagate

<b>Area di indagine</b>	<b>Dimensioni della qualità indagate</b>
Prima di avere il servizio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- semplicità del percorso</li> <li>- tempo di attesa</li> <li>- informazioni rese disponibili</li> </ul>
Erogazione del servizio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetto della <i>privacy</i></li> <li>- gentilezza degli operatori</li> <li>- attenzione alle esigenze</li> <li>- informazioni ricevute</li> <li>- adeguatezza degli orari dell'assistenza</li> <li>- adeguatezza della frequenza dell'assistenza</li> <li>- rispetto dei tempi</li> <li>- continuità dell'assistenza</li> <li>- rapporti umani</li> <li>- terapia del dolore</li> </ul>
Risultati dell'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- efficacia e miglioramento dello stato di salute</li> <li>- autovalutazione dello stato di salute</li> </ul>

Il questionario si compone complessivamente di 47 domande (42 chiuse e 5 aperte) sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e alle caratteristiche socio-anagrafiche dell'utente e dell'intervistato.

La prima parte, la cui compilazione è a cura dell'Azienda USL, evidenzia l'Azienda, il numero progressivo del questionario, il distretto, il livello di intensità assistenziale (alto, medio, basso) e la tipologia di assistenza (TAD).

La sezione iniziale del questionario raccoglie i dati socio-anagrafici sull'utente: sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e situazione di convivenza.

La sezione finale del questionario raccoglie i dati socio-anagrafici di chi ha compilato il questionario (nei casi in cui non sia l'utente stesso): sesso, età, titolo di studio, professione, eventuale grado di parentela con l'utente, frequenza con cui il familiare assistente l'utente.

È inoltre prevista una domanda di carattere generale per raccogliere un giudizio complessivo sul servizio ricevuto.

Le domande aperte poste nel corso l'intervista raccolgono informazioni di approfondimento su motivi di insoddisfazione, difficoltà incontrate durante l'assistenza, aspetti critici e suggerimenti per il miglioramento del servizio.

Per la valutazione dei singoli *item* viene utilizzata una scala bilanciata a 4 valori - due giudizi positivi e due negativi - e vengono utilizzati i giudizi: molto, abbastanza, poco, per nulla (di volta in volta declinati a seconda del tema).

Per la valutazione dei tempi viene utilizzata la scala bilanciata a 4 valori: molto lungo, abbastanza lungo, sufficientemente breve e molto breve.

Come si nota si è optato per scale che chiedono espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi o negativi del servizio indagato ed evitano giudizi neutri.

Laddove non si richiede una valutazione complessiva del servizio, il questionario prevede esplicitamente la possibilità della risposta "non so".

### ***Modalità di somministrazione***

Per la sua struttura e il linguaggio utilizzato il questionario si presta ad essere somministrato sia ai pazienti che eventualmente a un familiare, nei seguenti modi:

- somministrazione diretta con intervista (somministrazione assistita);
- autosomministrazione tramite invio postale a domicilio.

Si precisa da subito che, visto l'elevato numero di soggetti che si intendevano intervistare, le indagini analizzate hanno scelto la somministrazione postale, preferendola a quella diretta notevolmente più complessa e dispendiosa dal punto di vista organizzativo, economico e temporale.

*Tuttavia, considerata la tipologia di utenti da intervistare (nella maggior parte dei casi anziani), la particolarità del servizio, la lunghezza e la complessità dell'intervista stessa, è sicuramente auspicabile privilegiare la somministrazione diretta tramite intervista.*



#### **UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI SOMMINISTRAZIONE**

- Individuare un gruppo di operatori che siano referenti a livello aziendale per il coordinamento di tutta l'indagine: avranno cura del piano di somministrazione, dell'elaborazione dei dati, della stesura dei *report* e della loro diffusione.
- Identificare un responsabile per ogni Azienda USL e Distretto cui è assegnata la responsabilità del reclutamento dei soggetti e tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione dei questionari compilati, ...).
- Un elemento fondamentale per la buona riuscita della fase di rilevazione è la sensibilizzazione e il coinvolgimento del personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa e sensibilizzi il paziente alla partecipazione all'iniziativa, senza tuttavia intervenire direttamente nella compilazione del questionario stesso.



#### **UTILI CONSIGLI - SOMMINISTRAZIONE DIRETTA CON INTERVISTA**

- Inviare a domicilio dell'utente una lettera di presentazione che introduca i motivi, gli obiettivi dell'indagine, i soggetti promotori della ricerca, e che preannunci l'arrivo a casa di un intervistatore.
- Utilizzare come intervistatori solo personale esterno all'Aziende USL: è eticamente e metodologicamente necessario che chi intervista gli utenti sia esterno ai servizi valutati, non possono quindi essere gli operatori a somministrare il questionario.
- Utilizzare come intervistatori personale adeguatamente preparato, appositamente formato sulle tecniche di intervista e in grado di relazionarsi con la particolare tipologia di utenti del servizio ADI (in primo luogo anziani e disabili).



#### **UTILI CONSIGLI - AUTOSOMMINISTRAZIONE TRAMITE INVIO POSTALE A DOMICILIO (CON RICONSEGNA POSTALE O RITIRO DA PARTE DI OPERATORE)**

- Raccogliere preventivamente per ogni utente l'autorizzazione per l'utilizzo dell'indirizzo e del numero telefonico.
- Inserire nella busta di invio una lettera di accompagnamento (possibilmente su carta intestata dell'Azienda USL e a firma del responsabile) che introduca i motivi dell'indagine, spieghi chiaramente le modalità di compilazione/restituzione e garantisca l'anonimato.
- Indicare 15 giorni circa come tempo per la restituzione del questionario compilato.
- Se è previsto il ritorno del questionario compilato a mezzo posta, allegare una busta pre-indirizzata (ed eventualmente pre-affrancata).
- Nel caso la restituzione del questionario non sia postale ma con ritiro diretto, preannunciare l'arrivo a domicilio di un operatore per ritirare il questionario compilato ed eventualmente per fornire supporto e chiarimenti nella compilazione.
- Prevedere un eventuale richiamo telefonico a una settimana dall'invio per sensibilizzare i pazienti e ridurre il tasso di non risposte.

## ***Il campionamento***

Rispetto al campionamento, le esperienze attuate nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna forniscono alcune preziose indicazioni e avvertenze per strutturare un'indagine che rilevi dei dati attendibili, statisticamente significativi e comparabili, sia tra diverse Aziende che tra diversi Distretti o tipologie di utenti.



### **UTILI CONSIGLI**

- Visto l'elevato numero di utenti che usufruiscono dell'ADI in Emilia-Romagna, si suggerisce di intervistare un campione di persone e non l'intera popolazione di assistiti.<sup>35</sup>
- Calcolare la dimensione campionaria in base al numero di persone/teste<sup>36</sup> che nei 12 mesi precedenti all'indagine hanno usufruito dell'ADI.
- Stratificare eventualmente il campione in base ai distretti, ai tipi di TAD, ai livelli di intensità assistenziale e all'età.
- Dedicare particolare attenzione alla scelta delle caratteristiche del campione, in particolare alla numerosità e alle variabili di stratificazione.
- Per poter effettuare confronti attendibili tra le diverse Aziende USL o Distretti, occorre determinare la quota omogenea minima di questionari che si intende ottenere compilati per ciascuna Azienda o distretto. Le esperienze realizzate suggeriscono di raccogliere almeno 150 questionari compilati per ogni Azienda USL coinvolta nell'indagine e 50 questionari compilati per ogni variabile di stratificazione.<sup>37</sup>
- Estrarre casualmente dagli elenchi degli utenti i nominativi delle persone da intervistare.

---

<sup>35</sup> L'assistenza domiciliare erogata nel 2002 ha coinvolto 65.663 persone che hanno ricevuto al proprio domicilio (escludendo le residenze per anziani) 74.485 episodi di cura (TAD) per un totale di 1.854.419 accessi; rispetto al 2001 si è avuto un incremento per quanto riguarda le TAD di oltre il 15% e per quanto riguarda gli accessi di oltre il 43%.

<sup>36</sup> Per teste si intende il numero di utenti e non di episodi di cura o di accessi, in quanto questi ultimi possono essere compiuti da uno stesso utente che usufruisce più volte degli stessi servizi.

<sup>37</sup> Rispetto alle dimensioni del campione, si è scelto di limitare l'indagine alle persone che usufruivano solo di due delle cinque tipologie di TAD, in particolare quella del medico di medicina generale e quella dell'assistenza infermieristica. Per ogni Azienda USL coinvolta nell'indagine, è stato calcolato un campione di 150 soggetti, stratificato per fascia di età e livello di intensità assistenziale degli utenti. L'obiettivo era pertanto quello di ottenere 150 interviste per ogni Azienda, equamente distribuite per i tre diversi livelli di intensità assistenziale.

- Tenere costantemente sotto controllo la percentuale di adesione/accettazione dell'indagine sul totale dei contattati. In base alle esperienze già realizzate, si suggerisce di estrarre dagli elenchi (o inviare il questionario a domicilio a) un numero di nominativi circa doppio rispetto alle interviste che si intendono realizzare.

### ***Elaborazione dei dati***

Nel caso in cui il questionario non venga compilato dall'utente/paziente ma da altre persone (ad esempio un familiare), è opportuno e corretto dal punto di vista metodologico elaborare i dati tenendo distinti i due gruppi di rispondenti, per verificare ed evidenziare nei *report* eventuali scostamenti di opinioni.

### ***Aree tematiche e item***

La struttura del questionario permette la valutazione della qualità percepita del servizio nel suo complesso, delle diverse aree tematiche (momenti del percorso assistenziale) e dei singoli aspetti. Consente inoltre di approfondire le motivazioni dell'insoddisfazione e di raccogliere preziosi suggerimenti per il miglioramento del servizio.

### ***Scale di valutazione***

I dati possono essere elaborati rispetto a tutte le possibili opzioni di risposta, ovvero mantenendo distinti i 4 diversi livelli di giudizio proposti dalla scala di valutazione (e i "non so").

Nel caso in cui le singole Aziende o Unità operative vogliano però effettuare anche elaborazioni più sintetiche, i 4 gradi di giudizio possono essere aggregati (*Figura 7*) nelle tre categorie di:

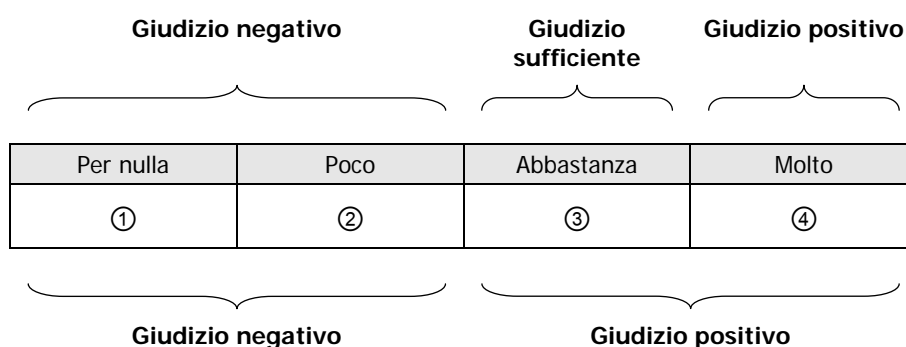
- giudizio negativo (per nulla e poco),
- giudizio sufficiente (abbastanza),
- giudizio positivo (molto),

oppure nelle due sole categorie di:

- giudizio negativo (per nulla e poco),
- giudizio positivo (abbastanza e molto).

Il *data entry* e l'elaborazione dei dati possono essere effettuati con il *software* Excel, Access o con i pacchetti di elaborazione statistica (SPSS, SAS, ...).

**Figura 7.** Schema della scala di valutazione



### *Elaborazioni statistiche*

Relativamente all'elaborazione dei dati, è possibile effettuare:

- analisi descrittive (distribuzioni di frequenze, medie, mediane, mode, ...);
- analisi bivariate (confronti tra distribuzioni di frequenza e medie, correlazioni, regressioni lineari);
- analisi multivariate (regressione multipla e logistica, *factor analysis* e *cluster analysis*).

### *Mappa delle priorità*

Attraverso le elaborazioni statistiche più raffinate (in particolare tramite un'analisi di regressione multipla) è possibile provare a stimare quanto ogni singolo aspetto dell'assistenza (variabili indipendenti) pesa sulla valutazione complessiva del servizio (variabile dipendente). Questo permette di evidenziare per ogni elemento indagato sia il livello di gradimento che quello dell'importanza relativa e, riportando i dati su un piano cartesiano,<sup>38</sup> si riesce a delineare una mappa di priorità che distingue 4 diverse aree.

Area di eccellenza:

composta dagli elementi che ottengono giudizi positivi e che allo stesso tempo risultano per gli intervistati anche i più importanti. Questi elementi rappresentano i punti di eccellenza del servizio.

Area di mantenimento:

composta da tutti gli elementi che ottengono giudizi positivi abbinati a livelli meno alti di importanza. Sono cioè aspetti che, sebbene valutati positivamente, sembrano incidere poco sulla valutazione finale complessiva del servizio e su cui pertanto non ha senso attivare particolari azioni di miglioramento, ma solo attività di monitoraggio.

<sup>38</sup> Il calcolo del livello di gradimento può essere effettuato con l'analisi delle medie (trattando le scale di valutazione come variabili cardinali) e viene riportato sull'asse orizzontale; il livello di importanza (peso) può essere effettuato individuando un calcolo di regressione e il coefficiente Beta viene riportato sull'asse verticale.



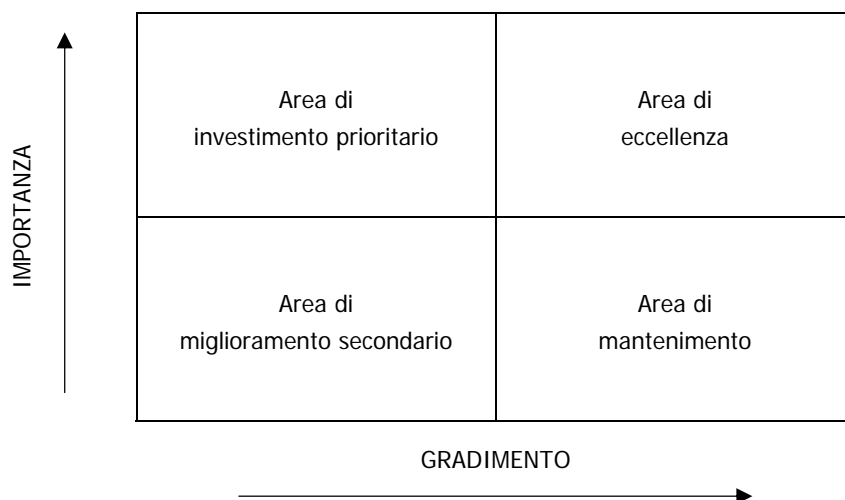
Area di investimento prioritario:

in questo gruppo rientrano tutti gli elementi che ottengono bassi livelli di gradimento, ma che risultano allo stesso tempo particolarmente importanti per gli utenti. È l'area su cui attivare azioni di miglioramento prioritario.

Area di miglioramento secondario:

composta da tutti gli aspetti che, sebbene siano giudicati poco positivamente, sembrano non essere particolarmente importanti e significativi rispetto alla valutazione complessiva del servizio. Sono pertanto elementi del servizio su cui attivare azioni di miglioramento solo successivamente a quelle prioritarie.

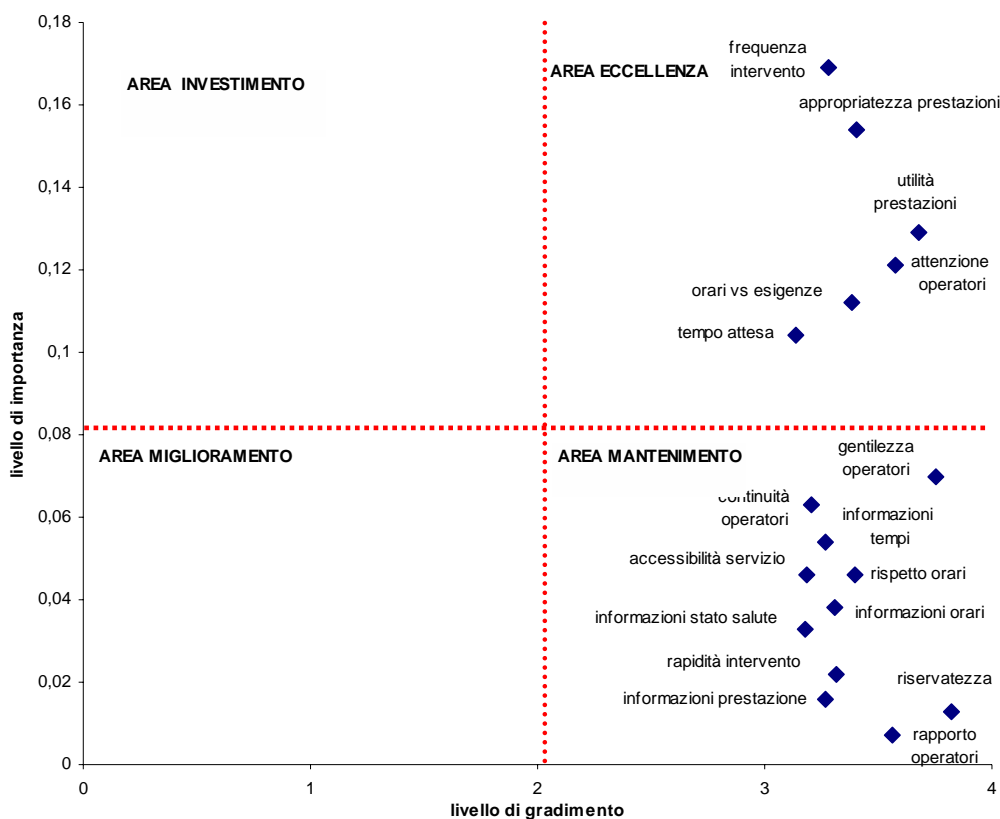
**Figura 8.** Mappa delle priorità



Come emerge dalla Figura 9, nel caso dell'ADI:

- tutti gli aspetti indagati ottengono valutazioni positive e non emergono pertanto aree critiche o elementi su cui attivare azioni di miglioramento;
- gli aspetti che coniugano elevati livelli di gradimento e di importanza e che possono pertanto essere considerati aspetti di eccellenza del servizio sono la frequenza dell'intervento, l'appropriatezza e utilità delle prestazioni, l'attenzione che gli operatori dedicano alle esigenze degli utenti, il fatto che gli orari risultino adeguati ai bisogni e i tempi di attesa per ricevere il servizio;
- tutti gli altri aspetti indagati si collocano nell'area di mantenimento, e vanno pertanto monitorati ma non sembrano richiedere particolari attenzioni.

**Figura 9.** Esempio di mappa delle priorità



Tratto da: *La qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata: il punto di vista degli utenti*. Rapporto regionale, Regione Emilia-Romagna - Agenzia sanitaria regionale, febbraio 2005. Disponibile *online* alla pagina [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree\\_di\\_programma/accreditamento/pr\\_cittadini/pubblicazioni/qualita\\_utenti.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/pr_cittadini/pubblicazioni/qualita_utenti.htm)

#### *Livelli di dettaglio*

L'analisi dei dati e di conseguenza la forma dei *report* può avvenire secondo livelli di dettaglio successivi:

- aziendale
- distrettuale.

I dati così raccolti permettono pertanto di effettuare a livello aziendale confronti tra diversi distretti, e a livello regionale, tra diverse Aziende. In altri termini, l'indagine permette il monitoraggio nel tempo della qualità percepita nelle singole realtà territoriali per poter effettuare confronti spazio-temporali:

- tra Distretti della stessa Azienda USL nello stesso momento;
- all'interno dello stesso Distretto, in tempi diversi;
- tra Aziende USL diverse, confrontate con il dato regionale.



## PRINCIPALI CRITICITÀ DELL'INDAGINE

Tra le principali criticità evidenziate nella realizzazione dell'indagine sulla qualità dell'assistenza domiciliare integrata emergono:

- la lunghezza, la complessità e la delicatezza dell'intervista;
- il raggiungimento della numerosità campionaria;
- l'opportunità di approfondire i risultati emersi da questa indagine quantitativa, con informazioni più qualitative da raccogliere tramite interviste in profondità o *focus group*.

### *Pubblicizzazione*

Rispetto alla restituzione dei risultati e alla diffusione dei *report* di ricerca, si sottolinea l'opportunità di rivolgersi

- alle diverse tipologie di soggetti interessati (ed eventualmente coinvolti) alle indagini, in particolare alla dirigenza aziendale (Direzione sanitaria e generale, referenti per l'accreditamento e la qualità, ...);
- ai professionisti/operatori (direzione infermieristica e medica del Distretto, direttori di Dipartimento, ...);
- ai cittadini/utenti (in particolare CCM, ed eventualmente CCRQ, e alle associazioni di rappresentanza degli utenti e dei cittadini).

Ad ogni Azienda USL è comunque sempre opportuno consegnare anche un *report* con i propri dati, affinché possano essere analizzati i risultati e intraprese le eventuali azioni di miglioramento.

Per i cittadini si consiglia di studiare modalità di restituzione *ad hoc*, ad esempio presentazioni con *slide*, *report* sintetici, schede con i principali risultati.

Nella caso delle ricerche realizzate in Emilia-Romagna, i risultati dell'indagine e il *report* complessivo sono stati consegnati a tutte le Direzioni generali e sanitarie delle Aziende USL coinvolte, ai Comitati consultivi misti aziendali e al CCRQ (rendendo anonimi e codificati i riferimenti alle singole Aziende). Ad ogni CCM è stato inoltre consegnato il proprio *report* aziendale, affinché potesse essere possibile un'analisi dettagliata dei dati, sulla base della quale progettare e intraprendere eventuali azioni di miglioramento. È stata inoltre organizzata una presentazione sintetica dei principali risultati durante una riunione del CCRQ. Il *report* complessivo è stato pubblicato sul sito dell'Agenzia sanitaria regionale.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree\\_di\\_programma/accreditamento/pr\\_cittadini/pubblicazioni/qualita\\_utenti.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/pr_cittadini/pubblicazioni/qualita_utenti.htm)

**Allegato 3.**

**Questionario di valutazione del  
servizio di assistenza domiciliare  
integrata (ADI)**

LOGO  
AZIENDA



*Da compilare da parte dell'assistito o di un familiare se l'assistito non può compilarlo personalmente.*

*Il questionario va compilato esclusivamente dagli utenti che ricevono tre tipologie di assistenza domiciliare (TAD): quella del medico di medicina generale, del medico specialista o dell'assistenza infermieristica*

Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Metta una croce [x] nella casella che si avvicina di più al Suo modo di vedere.

Dia una sola risposta per ogni domanda.

Grazie per la collaborazione.

La Direzione

**Compilazione a cura  
dell'Azienda**

N. QUESTIONARIO

DATA

DISTRETTO

LIVELLO DI INTENSITÀ  
ASSISTENZIALE

TIPO DI ASSISTENZA  
DOMICILIARE - TAD

**DATI DELL'ASSISTITO**

1. Sesso

① maschio

② femmina

2. Età (in anni compiuti)

3. Titolo di studio conseguito

① nessun titolo

④ diploma o qualifica di scuola media superiore

② licenza elementare

⑤ laurea e post-laurea

③ licenza di scuola media inferiore

4. Condizione

① occupato

⑤ inabile al lavoro

② in cerca di occupazione

⑥ pensionato

③ casalinga

⑦ altro (specificare \_\_\_\_\_)

④ studente

5. Residenza

① provincia di Bologna

③ altre regioni italiane

② altre province della regione

④ altro Stato (specificare \_\_\_\_\_)

6. Nazionalità  
① italiana  
② altra (specificare \_\_\_\_\_ )
7. Stato civile  
① celibe / nubile  
② coniugato/a  
③ separato legalmente  
④ divorziato/a  
⑤ vedovo/a
8. Vive solo  
① sì  
② no
9. Se no quante persone vivono con Lei?
10. Chi sono? (*È possibile indicare più di un'opzione*)  
① coniuge / partner  
② figli  
③ altri familiari (fratelli / sorelle / genitori / nonni, ...)  
④ altre persone (specificare \_\_\_\_\_ )

**PRIMA DI AVERE IL SERVIZIO**

*Con queste domande Le chiediamo di parlarci dei modi e dei tempi con cui ha saputo della possibilità di ricevere assistenza sanitaria a domicilio, di cosa ha dovuto fare per richiederla e di quanto ci è voluto perché Lei (o il suo familiare) potesse godere effettivamente del servizio.*

**Valutazione dell'accesso**

11. Chi L'ha informata circa la possibilità di avere un servizio a domicilio con prestazioni di tipo sanitario?  
① un amico / un parente  
② il medico di famiglia  
③ un medico dell'ospedale  
④ un infermiere  
⑤ l'assistente sociale  
⑥ altro

12. Le è sembrato semplice il percorso per avere il servizio a domicilio?

Per nulla semplice	Poco semplice	Abbastanza semplice	Molto semplice	Non so
①	②	③	④	⑤

13. Se il percorso Le è sembrato "per nulla semplice" o "poco semplice", per quali ragioni?

---

---

---

---

**Valutazione del tempo**

14. Quanto tempo ha dovuto aspettare prima di poter usufruire della assistenza sanitaria a domicilio dal momento della richiesta?

Indicare il numero di giorni

15. Rispetto alle Sue esigenze (o a quelle del Suo familiare) ritiene questo tempo di attesa:

Molto lungo	Abbastanza lungo	Sufficientemente breve	Molto breve	Non so
①	②	③	④	⑤

16. Rispetto alle Sue esigenze (o a quelle del Suo familiare) il tempo di attesa vi ha creato problemi, cioè è stato:

Molto inadeguato	Abbastanza inadeguato	Sufficientemente adeguato	Molto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤

**Valutazione delle informazioni**

17. Come giudica le informazioni su

	Per nulla chiare	Poco chiare	Abbastanza chiare	Molto chiare	Non so
a. Prestazioni fornite dai professionisti coinvolti nell'assistenza sanitaria a domicilio (medico, infermiere, medico specialista, ecc.)	①	②	③	④	⑤
b. Tempi di inizio e di durata dell'assistenza	①	②	③	④	⑤
c. Orari in cui sarebbero venuti a casa	①	②	③	④	⑤

**IL SERVIZIO RICEVUTO (O CHE STA RICEVENDO)**

*Con queste domande Le chiediamo di parlarci del tipo di servizio di assistenza sanitaria a domicilio che sta ricevendo o che ha ricevuto, e di esprimere una serie di valutazioni sulla qualità del servizio, sulla base della Sua esperienza personale.*

18. Per quali di queste attività ritiene di avere bisogno di ulteriore aiuto?

- ① igiene personale                      ② cura del corpo                      ③ gestione della casa

**Valutazione della privacy (riservatezza)**

19. Gli operatori che vengono al Suo domicilio rispettano la Sua riservatezza? (intromissione negli affari della famiglia, raccontare in giro gli affari della famiglia, non rispettare il senso del pudore o la dignità)

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Non so
①	②	③	④	⑤

20. Se la Sua risposta è stata “per nulla” o “poco”, precisi i motivi del mancato rispetto

---



---



---



---

**Valutazione del personale**

21. Come giudica il comportamento tenuto dagli operatori nei Suoi confronti in riferimento a:

	Per nulla gentili	Poco gentili	Abbastanza gentili	Molto gentili	Non so
a. Gentilezza	①	②	③	④	Ⓞ

	Per nulla attenti	Poco attenti	Abbastanza attenti	Molto attenti	Non so
b. Attenzione alle Sue esigenze	①	②	③	④	Ⓞ

	Nessuna informazione	Poche informazioni	Abbastanza informazioni	Molte informazioni	Non so
c. Informazioni sulla situazione sanitaria	①	②	③	④	Ⓞ

22. Ha ricevuto una terapia quando ha avuto dolore fisico?

① sì                      ② no

22.a. Se sì, come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?

Per nulla adeguata	Poco adeguata	Abbastanza adeguata	Molto adeguata
①	②	③	④

**Valutazione degli aspetti organizzativi**

23. Gli orari in cui gli operatori vengono al suo domicilio rispettano le sue esigenze?

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Non so
①	②	③	④	Ⓞ

24. Se la Sua risposta è stata “per nulla” o “poco”, potrebbe indicare perché e quale tipo di operatore non rispetta le Sue esigenze?

---



---



---

25. Come ritiene la frequenza con cui gli operatori vengono a domicilio per rispondere ai Suoi problemi?

Per nulla soddisfacente	Poco soddisfacente	Abbastanza soddisfacente	Molto soddisfacente	Non so
①	②	③	④	Ⓞ

26. Nel corso del trattamento, come valuta il rispetto dei tempi da parte degli operatori?

	Per nulla soddisfacente	Poco soddisfacente	Abbastanza soddisfacente	Molto soddisfacente	Non so
a. Giorni concordati	①	②	③	④	Ⓞ
b. Orari concordati	①	②	③	④	Ⓞ

27. Nel corso del trattamento programmato come valuta la continuità del servizio: vengono sempre gli stessi operatori?

Per nulla soddisfacente	Poco soddisfacente	Abbastanza soddisfacente	Molto soddisfacente	Non so
①	②	③	④	Ⓞ

### **Valutazione del personale**

28. Come giudica, nel complesso, i rapporti con gli operatori che fanno il servizio a domicilio?

Per nulla soddisfacente	Poco soddisfacente	Abbastanza soddisfacente	Molto soddisfacente	Non so
①	②	③	④	Ⓞ

29. Come giudica, nel complesso, le informazioni che Le hanno fornito gli operatori?

Per nulla soddisfacenti	Poco soddisfacenti	Abbastanza soddisfacenti	Molto soddisfacenti	Non so
①	②	③	④	Ⓞ

## I RISULTATI

*Con queste domande Le chiediamo di esprimere delle valutazioni sull'utilità che il servizio di assistenza sanitaria a domicilio ha avuto per Lei, sulla base della Sua esperienza personale.*

30. Ritiene che l'intervento dell'assistenza domiciliare integrata abbia avuto un ruolo positivo in relazione al Suo stato di salute (o del Suo familiare)?

- ① sì                      ② no

31. Se "no", perché?

---



---

32. Si ritiene in complesso soddisfatto del servizio che è stato offerto?

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
①	②	③	④

33. Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato

- ① peggiore di come me lo aspettassi  
 ② come me lo aspettavo  
 ③ migliore di come me lo aspettassi





### 3.4. Assistenza ai pazienti cronici

#### *Lo strumento*

Lo strumento di rilevazione è stato costruito nell'ambito di un progetto a finanziamento ministeriale di valutazione della qualità percepita,<sup>40</sup> che aveva come obiettivo quello di individuare i principali fattori su cui si basa la valutazione della qualità dei servizi da parte di pazienti cronici (ad esempio dializzati, diabetici, ...).

La costruzione dello strumento originario di indagine ha interessato i servizi di dialisi di tre Aziende<sup>41</sup> e ha visto la collaborazione fra la cattedra di Psicologia di comunità presso il Dipartimento di scienze dell'educazione dell'Università di Bologna e l'Agenzia sanitaria regionale.

Si è proceduto alla stesura di una prima versione del questionario e alla sua taratura e, dopo la somministrazione sperimentale del questionario nei Centri dialisi delle tre Aziende nel corso del 2001, l'*équipe* di ricerca ha elaborato la struttura definitiva del questionario.

Successivamente nel 2003 il questionario è stato utilizzato anche dall'Azienda ospedaliera di Reggio-Emilia, che ha contribuito a raffinarlo ulteriormente.

Il questionario proposto (*Allegato 4* in fondo al Paragrafo) è adatto a rilevare la qualità percepita dei servizi ricevuti dai pazienti cronici in generale. In questa sede viene presentato con alcune specifiche domande che riguardano i servizi di dialisi (scritte in grassetto corsivo fra parentesi quadre),<sup>42</sup> ma che possono ovviamente essere declinate in maniere diversa a seconda dei servizi analizzati.

#### *La struttura*

Il questionario si presenta suddiviso in 5 sezioni tematiche ognuna delle quali sviluppa attraverso una serie di domande l'analisi approfondita di specifici aspetti del servizio (*Tabella 5*).

La sezione iniziale del questionario raccoglie i dati socio-anagrafici dell'intervistato: sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e condizione di convivenza. Vengono inoltre chieste l'anzianità di trattamento ed eventualmente il tipo di trattamento a cui il paziente è sottoposto (nel caso della dialisi, ad esempio: emodialisi o dialisi peritoneale).

Nella parte più consistente del questionario, relativa alla qualità delle cure e dei trattamenti, al fine di approfondire la particolarità della condizione del malato cronico è stata inserita una sezione che elenca alcuni dei disturbi tipici del trattamento della patologia (nel caso della dialisi, ad esempio: senso di sfinimento/mancanza di forze,

---

<sup>40</sup> Progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2000-2003).

<sup>41</sup> Aziende USL di Forlì e Ravenna e Azienda ospedaliera di Ferrara.

<sup>42</sup> Esempio:

***[DIALIZZATI: tipo di dialisi]***

crampi, dolori al torace, ...) e chiede di indicare per ognuno di questi l'eventuale insorgenza negli ultimi tempi, il livello di fastidio, se è stato effettuato qualche intervento e la valutazione dell'esito di quest'ultimo. In fase di elaborazione e di analisi dei dati, sarà così possibile evidenziare le percentuali di persone infastidite dai singoli disturbi, i diversi livelli di fastidio, la quota di interventi per singolo disturbo e le percentuali di utenti soddisfatti/insoddisfatti dall'intervento dei sanitari.

Nell'ultima sezione tematica è inoltre inserita una domanda di carattere generale che raccogliere un giudizio complessivo sul servizio.

Viene inoltre data particolare rilevanza al tema del rispetto della *privacy*.

**Tabella 5.** Schema delle dimensioni indagate

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate	
Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gentilezza</li> <li>- attenzione</li> <li>- disponibilità all'ascolto</li> <li>- tempo dedicato</li> <li>- fiducia</li> <li>- chiarezza/comprensibilità</li> <li>- delle informazioni</li> <li>- informazioni su benefici/disturbi</li> <li>- legati al tipo di trattamento</li> </ul>	} sia di medici che di infermieri
Coinvolgimento nel percorso di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coinvolgimento nelle terapie</li> <li>- coinvolgimento nelle decisioni</li> <li>- possibilità di ricevere informazioni e parlare coi medici</li> </ul>	
Cure e trattamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- efficacia nella risoluzione dei disturbi</li> <li>- terapia del dolore</li> </ul>	} sia di medici che di infermieri
Accessibilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- raggiungibilità del servizio</li> <li>- accessibilità fisica (parcheggi)</li> <li>- accessibilità telefonica</li> </ul>	
Ambienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pulizia dei bagni e degli ambienti</li> <li>- silenziosità degli ambienti</li> <li>- temperatura degli ambienti</li> <li>- cura degli ambienti</li> <li>- disponibilità degli spazi</li> <li>- <i>comfort</i> degli spazi</li> </ul>	

Per la valutazione dei singoli *item* vengono utilizzate due diverse scale di valutazione:

- scala a 4 valori (sempre, il più delle volte, raramente, mai), in domande che chiedono di valutare la frequenza di un determinato evento, comportamento, atteggiamento;
- scala bilanciata a 6 valori (3 giudizi positivi e 3 negativi): del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato, per la valutazione degli aspetti specifici del servizio.

Come si nota si è optato per scale che chiedono espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione del servizio indagato in termini positivi o negativi ed evitano giudizi neutri. Viene fornita la possibilità del "non so".

### ***Modalità di somministrazione***

Per la sua struttura, i temi trattati e il linguaggio utilizzato, il questionario si presta ad essere somministrato ai soli pazienti con somministrazione diretta tramite intervista (somministrazione assistita).

Nel caso dei pazienti cronici, la somministrazione assistita è infatti non solo preferibile, ma anche fortemente consigliata rispetto all'autocompilazione per il particolare tipo di *target* coinvolto: generalmente si tratta di pazienti anziani (ultrasessantenni), con scolarità medio-bassa, che possono quindi presentare scarsa familiarità con lo strumento di rilevazione ed eventualmente difficoltà cognitive più o meno marcate.



#### **UTILI CONSIGLI - PER TUTTI I TIPI DI SOMMINISTRAZIONE**

- Individuare un gruppo di operatori referenti a livello aziendale per il coordinamento di tutta l'indagine: avranno cura del piano di somministrazione, dell'elaborazione dei dati, della stesura dei *report* e della loro diffusione.
- Identificare un responsabile per ogni Azienda USL e Distretto, cui è assegnata la responsabilità del reclutamento dei soggetti e tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione dei questionari compilati, ...).
- Un elemento fondamentale per la buona riuscita della fase di rilevazione è la sensibilizzazione e il coinvolgimento del personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa e sensibilizzi il paziente alla partecipazione all'iniziativa, senza tuttavia intervenire direttamente nella compilazione del questionario.
- Affiggere in ogni ambulatorio/servizio una comunicazione con le informazioni relative all'iniziativa.



#### UTILI CONSIGLI - SOMMINISTRAZIONE DIRETTA CON INTERVISTA

- Contattare inizialmente i pazienti attraverso i medici-operatori del servizio, i quali avvertono tutti i pazienti della possibilità di essere coinvolti nella ricerca.
- Presentare gli scopi della ricerca e fornire garanzie circa l'anonimato delle risposte.
- Utilizzare come intervistatori personale adeguatamente preparato, che sia appositamente formato sulle tecniche di intervista e in grado di relazionarsi con la particolare tipologia di utenti del servizio.
- Utilizzare come intervistatori solo personale esterno all'Azienda USL: è eticamente e metodologicamente necessario che chi intervista gli utenti sia esterno ai servizi valutati; non possono quindi essere gli operatori del servizio stesso. La percezione dell'intervistatore come esterno al reparto e privo di legami col personale dipendente è infatti fondamentale per ottenere la fiducia dell'intervistato e permettergli di esprimere liberamente valutazioni su temi delicati, come il rapporto con i medici e con gli infermieri, l'efficacia delle cure, ...
- Successivamente coinvolgere i ricercatori incaricati di svolgere le interviste, per avvicinare individualmente (durante la seduta per il trattamento o in ambulatorio) ciascun paziente entrato a far parte del campione e proporgli di rispondere all'intervista.
- Privilegiare un approccio informale e colloquiale, che valorizzi la capacità di ascolto e di relazione.
- Utilizzare *setting* di somministrazione con caratteristiche che garantiscano il più possibile contesti protetti e la libera espressione dei soggetti, anche in situazioni in cui sia necessario adeguare l'intervento di ricerca ai particolari vincoli e specificità imposti dal servizio (*Tabella 6*). L'utilizzo del *setting* di somministrazione del questionario dipende dalla possibilità che il servizio ha di disporre o meno di uno spazio (ad es. un ambulatorio) da mettere a completa disposizione dei ricercatori. Si sottolinea a questo proposito come nel caso specifico dei pazienti dializzati il fatto che la somministrazione del questionario sia stata effettuata durante la seduta di dialisi ha reso le persone (che devono rimanere ferme nel letto dalle 3 alle 5 ore in gran parte senza alcuna distrazione) molto ben disposte nei confronti sia dell'intervistatore che dell'intervista, tanto che si è raggiunta una percentuale di adesioni del 100% (adesioni che sono scese al 50-60% nel caso delle interviste eseguite su appuntamento, come nel caso dei pazienti in dialisi peritoneali).

**Tabella 6.** Caratteristiche del *setting* di intervista<sup>43</sup>

<b>Setting di somministrazione</b>	<b>Caratteristiche da rispettare</b>
Spazio dedicato (es. ambulatorio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contesto protetto che garantisce la libera espressione dei soggetti</li> <li>- minore intervento di medici e infermieri (variabile che potrebbe influenzare le risposte dei pazienti)</li> </ul>
Seduta per il trattamento (es. dialisi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disposizione dei letti, posizione dei reni artificiali, presenza di televisore con auricolare per ogni posto letto: consentono di mantenere la <i>privacy</i> del paziente anche in presenza di altri pazienti</li> <li>- tutela della <i>privacy</i> del paziente dall'intervento di medici e infermieri: nel caso durante l'intervista entri nella stanza un/a infermiere/a, sarà opportuno da parte dell'intervistatore sospendere la lettura del questionario o chiedere al paziente di interrompersi momentaneamente nella risposta, per poi riprendere non appena si siano ricreate le condizioni di <i>privacy</i></li> <li>- dislocazione degli ambienti: la presenza di unità di dialisi differenziate, dislocate in ambienti non comunicanti tra loro e la mancanza di uno spazio sufficiente a garantire il rispetto della <i>privacy</i> durante lo svolgimento dell'intervista, può rendere indispensabile l'organizzazione di un calendario di appuntamenti destinati esclusivamente ai colloqui (previo accordo con i professionisti)</li> </ul>

### ***Il campionamento***

Le esperienze attuate nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna forniscono alcune preziose indicazioni e avvertenze per strutturare un'indagine che rilevi dei dati attendibili, statisticamente significativi e comparabili, sia tra le diverse Aziende sia tra diversi ambulatori/distretti/Unità operative o tipologie di utenti.



#### **UTILI CONSIGLI**

- In base alla numerosità dei pazienti cronici in trattamento e seguiti dai servizi coinvolti, decidere se intervistare l'intera popolazione o solo un campione di pazienti. In generale dove la consistenza numerica degli utenti è bassa, si consiglia di intervistare l'intera popolazione.

<sup>43</sup> Riflessioni tratte dal documento di lavoro a cura di Zani B., Lo Vecchio M.T., Pietrantoni L. "Costruzione di uno strumento per valutare la soddisfazione dei pazienti per le cure ricevute", Bologna, novembre 2001.

- Nel caso di decida per un'indagine con campione, calcolare la dimensione campionaria in base al numero di persone/teste<sup>44</sup> ovvero di pazienti in trattamento (non di prestazioni o trattamenti).
- Nel caso dei pazienti cronici, può essere molto utile raccogliere preventivamente anche alcune indicazioni su data del primo trattamento, sede di trattamento, capacità collaborativa del soggetto, autonomia (intesa come abitudine del soggetto a recarsi presso il servizio con mezzo proprio, ...).
- Stratificare eventualmente il campione in base ad alcune caratteristiche dei pazienti o dei servizi ritenute particolarmente significative. Nel caso dei dializzati ad esempio, la popolazione di tutti soggetti in trattamento dialitico è stata segmentata in 12 diversi strati secondo le 3 variabili: anzianità di trattamento (meno di 18 mesi; tra 18 mesi e 5 anni; più di 5 anni); attesa di trapianto (si; no); occupazione lavorativa (occupato; non occupato), sulla base del quale è stato costruito un campione di tipo casuale-stratificato non proporzionale.<sup>45</sup>
- Estrarre casualmente dagli elenchi dei pazienti (eventualmente stratificati) i nominativi delle persone da intervistare.

### ***Elaborazione dei dati***

#### *Aree tematiche e item*

La struttura del questionario permette la valutazione della qualità percepita del servizio nel suo complesso, delle diverse aree tematiche e dei singoli aspetti. Consente inoltre di approfondire le motivazioni dell'insoddisfazione e di raccogliere preziosi suggerimenti per il miglioramento del servizio.

#### *Scale di valutazione*

I dati possono essere elaborati rispetto a tutte le possibili opzioni di risposta, ovvero mantenendo distinti i 6 diversi livelli di giudizio proposti dalla scala di valutazione (e i "non so").

Nel caso in cui le singole Aziende o servizi vogliano però effettuare anche elaborazioni più sintetiche (*Figura 10*), tutti i 6 gradi di giudizio possono essere aggregati nelle tre categorie di:

- giudizio negativo (valutazioni del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio sufficiente (valutazione adeguato);
- giudizio positivo (valutazioni molto adeguato e del tutto adeguato);

---

<sup>44</sup> Per teste si intende il numero di utenti e non di accessi, in quanto questi ultimi possono essere compiuti da uno stesso utente che usufruisce più volte degli stessi servizi.

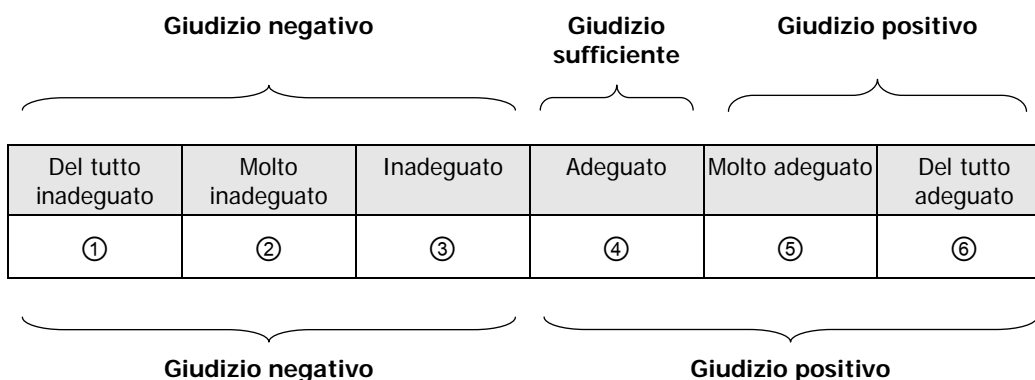
<sup>45</sup> L'indagine di soddisfazione condotta nel 2001 ha coinvolto un campione di 148 soggetti in trattamento dialitico presso l'Azienda ospedaliera di Ferrara (54 interviste), l'Azienda USL di Ravenna (66 interviste) e l'Azienda USL di Forlì (28 interviste). L'indagine condotta nel 2003 presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia ha coinvolto 49 dializzati sugli 82 in cura.

oppure nelle due sole categorie di:

- giudizio negativo (valutazioni del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato);
- giudizio positivo (valutazioni adeguato, molto adeguato e del tutto adeguato).

Il *data entry* e l'elaborazione dei dati possono essere effettuati con i *software* Excel, Access o con pacchetti di elaborazione statistica (SPSS, SAS, ...).

**Figura 10.** Schema della scala di valutazione



#### *Elaborazioni statistiche*

Relativamente all'elaborazione dei dati, è possibile effettuare:

- analisi descrittive (distribuzioni di frequenze, medie, mediane, mode, ...);
- analisi bivariate (confronti tra distribuzioni di frequenza e medie, correlazioni, regressioni lineari);
- analisi multivariate (regressione multipla e logistica, *factor analysis* e *cluster analysis*).

#### *Mappa delle priorità*

Attraverso le elaborazioni statistiche più raffinate (in particolare tramite un'analisi di regressione multipla) è possibile evidenziare quanto ogni singolo aspetto dell'assistenza (variabili indipendenti) pesa sulla valutazione complessiva del servizio (variabile dipendente). Questo permette di evidenziare per ogni elemento indagato sia il livello di gradimento sia quello dell'importanza relativa, e, riportando i dati su un piano cartesiano,<sup>46</sup> si riesce a delineare una mappa di priorità che distingue 4 diverse aree (*Figura 11*).

Area di eccellenza:

composta dagli elementi che ottengono giudizi positivi e che allo stesso tempo risultano per gli intervistati anche i più importanti. Sono gli elementi che rappresentano i punti di eccellenza del servizio.

<sup>46</sup> Il calcolo del livello di gradimento può essere effettuato con l'analisi delle medie (trattando le scale di valutazione come variabili cardinali) e viene riportato sull'asse orizzontale; il livello di importanza (peso) può essere individuato attraverso un calcolo di regressione e il coefficiente Beta viene riportato sull'asse verticale.



**Area di mantenimento:**

composta da tutti gli elementi che ottengono giudizi positivi abbinati a livelli meno alti di importanza. Sono cioè aspetti che, sebbene valutati positivamente, sembrano incidere poco sulla valutazione finale complessiva del servizio e su cui non ha pertanto senso attivare particolari azioni di miglioramento, ma solo attività di monitoraggio.

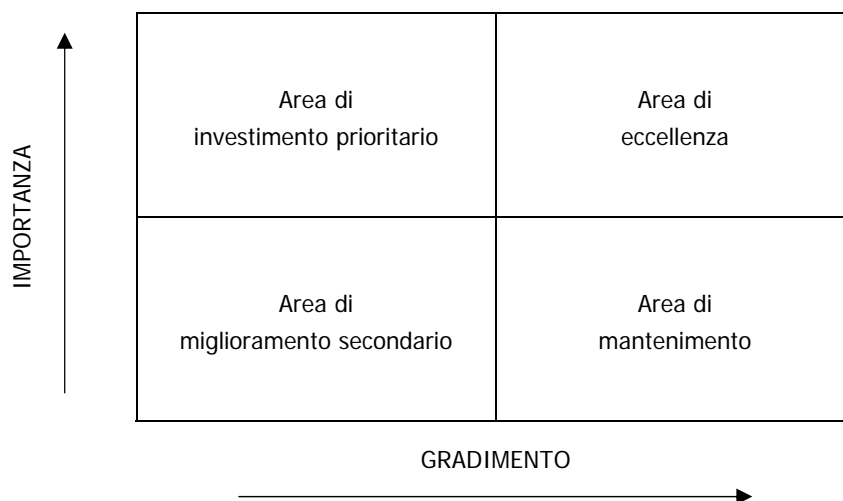
**Area di investimento prioritario:**

in questo gruppo rientrano tutti gli elementi che ottengono bassi livelli di gradimento, ma che risultano allo stesso tempo particolarmente importanti per gli utenti. È l'area su cui attivare azioni di miglioramento prioritario.

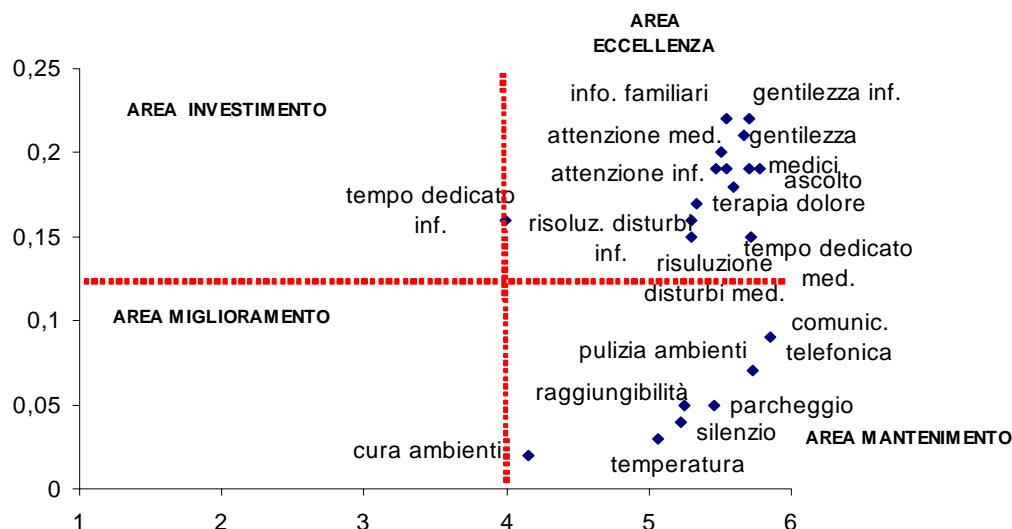
**Area di miglioramento secondario:**

composta da tutti gli aspetti che, sebbene siano giudicati poco positivamente, sembrano non essere particolarmente importanti e significativi rispetto alla valutazione complessiva del servizio. Sono pertanto elementi del servizio su cui attivare azioni di miglioramento solo successivamente a quelle prioritarie.

**Figura 11.** Mappa delle priorità



**Figura 12.** Esempio di mappa delle priorità



*Livelli di dettaglio*

L'analisi dei dati e di conseguenza la forma dei *report* può avvenire inoltre secondo livelli di dettaglio successivi:

- aziendale
- distrettuale
- servizio/ambulatorio.

I dati così raccolti permettono pertanto di effettuare a livello aziendale confronti tra diversi Distretti, e a livello regionale tra diverse Aziende. In altri termini, l'indagine permette il monitoraggio nel tempo della qualità percepita nelle singole realtà territoriali, per poter effettuare confronti spazio-temporali:

- tra distretti/servizi della stessa Azienda USL nello stesso momento;
- all'interno dello stesso distretto/servizio, in tempi diversi;
- tra Aziende USL diverse, confrontate con il dato regionale.

 **PRINCIPALI CRITICITÀ DELL'INDAGINE**

- Struttura del questionario piuttosto articolata e complessa, soprattutto in relazione al *target* di utenti, generalmente pazienti anziani (ultrasessantenni), con scolarità medio-bassa, che possono quindi presentare scarsa familiarità con lo strumento di rilevazione e difficoltà cognitive più o meno marcate.
- Difficoltà nel reperimento di personale esterno adeguatamente preparato (ovvero con competenze psico-sociali) da utilizzare come intervistatore.
- Possibili problemi di trasferibilità dello strumento a differenti tipologie di malattia cronica. Nel caso specifico, la sua adattabilità non è ancora stata sperimentata in servizi diversi dalla dialisi.

- Difficoltà di trovare *setting* di somministrazione che garantiscano il rispetto della *privacy* in relazione a variabili organizzative dei servizi (presenza di spazi adeguati).
- Lunghezza del tempo complessivo da dedicare allo svolgimento dell'indagine.

### ***Pubblicizzazione***

Per quanto riguarda la restituzione dei risultati e la diffusione dei *report* di ricerca, le esperienze analizzate evidenziano l'opportunità di rivolgersi a tutti i soggetti coinvolti o interessati all'indagine, in particolare operatori sanitari (Direzione sanitaria e generale, URP, direttore di struttura, coordinatore infermieristico, *équipe* medica e infermieristica dei reparti che erogano i servizi, Comitati consultivi misti ed eventualmente CCRQ) e utenti (associazioni, ...).

Rispetto alle modalità di restituzione, è consigliabile presentare il *report* di ricerca attraverso incontri differenti, rivolti rispettivamente a medici, infermieri e pazienti/parenti. Nell'incontro con gli utenti si possono coinvolgere esperti della patologia (ad esempio per la dialisi, rispettivamente nefrologo e psicologo) che commentano i dati alla luce della loro esperienza e di quanto presente in letteratura. Si prevede inoltre di consegnare copia del *report* agli utenti che ne facciano richiesta.



7. Stato civile

- ① celibe / nubile  
 ② coniugato/a  
 ③ separato legalmente  
 ④ divorziato/a  
 ⑤ vedovo/a

8. Vive solo

- ① sì                      ② no

9. Se no quante persone vivono con Lei?

10. Chi sono? (indicare anche più di una risposta)

- ① coniuge / partner  
 ② figli  
 ③ altri familiari (fratelli / sorelle / genitori / nonni, ...)  
 ④ altre persone (specificare \_\_\_\_\_ )

11. C'è qualcuno che le è di aiuto nel suo quotidiano? (È possibile indicare più di un'opzione)

- ① sì, ed è un mio familiare (specificare quale) \_\_\_\_\_  
 ② sì, altre persone (specificare quale) \_\_\_\_\_  
 ③ no, non ne ho bisogno  
 ④ no, ma ne avrei bisogno

12. Anzianità di trattamento **[si possono inserire fasce temporali specificamente legate alla patologia cronica]**

12.bis Tipo di trattamento **[le opzioni cambiano a seconda della malattia cronica]**

- ① emodialisi  
 ② dialisi peritoneale

**LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE**

13. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza, che valutazione dà del personale?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

14. Come valuta il personale medico per ciascuno degli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
a. Gentilezza e cortesia nei rapporti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Attenzione che rivolgono ai suoi problemi	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Disponibilità ad ascoltare le richieste	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
d. Tempo dedicato alla visita	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙



22. Se sì, quante volte i medici o gli infermieri rispondono alle Sue domande di chiarimento in modo facilmente comprensibile?

Medici (a)	Infermieri (b)
① sempre	① sempre
② il più delle volte	② il più delle volte
③ raramente	③ raramente
④ mai	④ mai

23. I medici Le hanno spiegato i benefici del tipo di trattamento **[DIALIZZATI: tipo di dialisi]** a cui si sta sottoponendo?

- ① no, non ne hanno parlato  
 ② sì e in modo semplice da capire  
 ③ sì, ma in modo piuttosto difficile da capire  
 ④ sì, ma in modo incomprensibile

24. I medici Le hanno detto dei disturbi (es. crampi, mancamenti o vertigini) che il trattamento **[DIALIZZATI: la dialisi]** può dare?

- ① no, non ne hanno parlato  
 ② sì e in modo semplice da capire  
 ③ sì, ma in modo piuttosto difficile da capire  
 ④ sì, ma in modo incomprensibile

25. I medici Le hanno parlato di quanto il trattamento condiziona la Sua capacità di lavorare?

- ① no, non ne hanno parlato  
 ② sì e in modo semplice da capire  
 ③ sì, ma in modo piuttosto difficile da capire  
 ④ sì, ma in modo incomprensibile

26. I medici Le hanno parlato di quanto il trattamento condiziona le Sue normali attività (es. guidare)?

- ① no, non ne hanno parlato  
 ② sì e in modo semplice da capire  
 ③ sì, ma in modo piuttosto difficile da capire  
 ④ sì, ma in modo incomprensibile

27. **[SOLO PER CHI È IN EMODIALISI]**

I medici Le hanno spiegato quali cure e attenzioni è necessario rivolgere alla fistola per un suo corretto funzionamento e per evitare infezioni?

- ① no, non ne hanno parlato  
 ② sì e in modo semplice da capire  
 ③ sì, ma in modo piuttosto difficile da capire  
 ④ sì, ma in modo incomprensibile

**LA VALUTAZIONE DELLA *PRIVACY* (RISERVATEZZA)**

28. Come valuta il rispetto della Sua riservatezza da parte di medici e di infermieri?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

**COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI NEL PERCORSO DI CURA**

29. È stato coinvolto nelle decisioni sulle terapie da fare?

- ① sì, sono stato coinvolto come desideravo
- ② sì, ma avrei preferito essere coinvolto di più
- ③ non sono stato coinvolto per niente
- ④ preferisco non essere coinvolto

30. I Suoi familiari hanno la possibilità di essere coinvolti nelle decisioni da prendere?

- ① sì
- ② no

30.a. Se no, perché? \_\_\_\_\_

31. I Suoi familiari hanno la possibilità di parlare con i medici?

- ① sempre
- ② il più delle volte
- ③ raramente
- ④ mai

32. Come valuta la possibilità che i Suoi familiari hanno di ricevere informazioni?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

33. **[SOLO PER CHI È IN DIALISI PERITONEALE]**

Ha familiari che possono aiutarLa a casa?

- ① sì
- ② no

33.a. Se sì, hanno ricevuto informazioni o raccomandazioni su come aiutarLa nella terapia a casa?

- ① sì
- ② sì ma non abbastanza
- ③ no
- ④ preferisco non essere aiutato



**LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE E DEL TRATTAMENTO**

34. Come valuta il modo in cui i medici L'hanno aiutata a risolvere i disturbi che possono sorgere a causa della dialisi? *[per altra malattia cronica inserire i disturbi tipici]*

	Emergenza del problema				Intervento sul problema		Se sì, come valuta l'intervento?					
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Sì	No	Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
34.1												
34.2												
34.3												
34.4												
34.5												
34.6												
34.7												
34.8												
34.9												
34.10												
34.11												
34.12												
34.13												
34.14												
34.15												

35. Complessivamente come valuta il modo in cui i medici L'hanno aiutata a risolvere o alleviare i disturbi legati al trattamento dialitico (indolenzimento, crampi, pelle secca, nausea, mal di testa, ecc.)? *[per altra malattia cronica inserire i disturbi tipici]*

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

36. Complessivamente come valuta il modo in cui gli infermieri L'hanno aiutata a risolvere o alleviare gli eventuali disturbi legati al trattamento dialitico? (indolenzimento, crampi, pelle secca, nausea, mal di testa, ecc.) *[per altra malattia cronica inserire i disturbi tipici]*

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato	Non so
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

37. Il personale Le ha consegnato del materiale scritto sulla dieta da seguire (opuscoli, fogli)?  
 ① sì                      ② no

37.a. Se sì, come lo valuta?

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

38. **[SOLO PER CHI È IN TRATTAMENTO PERITONEALE]**

Le hanno consegnato con puntualità il materiale necessario per svolgere le terapie a casa?

- ① sempre    ③ raramente  
 ② il più delle volte                              ④ mai

38.a. Le hanno detto a chi rivolgersi nel caso avesse bisogno di aiuto mentre è casa?

- ① sì                      ② no

39. Ha ricevuto una terapia quando ha avuto dolore fisico?

- ① sì                      ② no

39.a. Se sì, come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

**LA VALUTAZIONE DELL'ACCESSIBILITÀ E DEGLI AMBIENTI**

40. Come valuta l'accessibilità alla struttura rispetto a:

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata	Non so
a. Raggiungibilità del servizio rispetto a casa	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Possibilità di comunicare telefonicamente con il servizio	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Possibilità di parcheggio	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

41. Come valuta gli ambienti del servizio rispetto a:

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata	Non so
a. Pulizia dei bagni e degli ambienti	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
b. Silenzio nell'ambiente	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
c. Temperatura nelle stanze	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
d. Qualità e cura degli ambienti (strutture confortevoli e in buono stato, bei locali)	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
e. <b>[solo emodialisi]</b> Spazio disponibile in sala dialisi per ogni paziente	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙
f. <b>[solo emodialisi]</b> Comfort della sala dialisi	①	②	③	④	⑤	⑥	⊙

42. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza, che valutazione dà degli ambienti (camere, corridoi, altri locali) del reparto?

Del tutto inadeguati	Molto inadeguati	Inadeguati	Adeguati	Molto adeguati	Del tutto adeguati
①	②	③	④	⑤	⑥

43. **[SOLO PER CHI È IN EMODIALISI]**

Di solito, si reca presso questo servizio di dialisi autonomamente (cioè da solo o accompagnato da familiari)?

- ① sì                      ② no (in ambulanza, taxi)

44. Consideri complessivamente il servizio di ..... **[DIALIZZATI: di dialisi]**. Come valuta, in generale, la qualità dei servizi che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
①	②	③	④	⑤	⑥

45. Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato

- ① peggiore di come me lo aspettassi  
 ② come me lo aspettavo  
 ③ migliore di come me lo aspettassi

46. Come va in generale la Sua salute? (dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore)

**SUGGERIMENTI ALLA DIREZIONE PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA**

---



---

### 3.5. Tavola sinottica dei 4 questionari (i numeri si riferiscono alle domande dei questionari)

Questionario di valutazione ...	... ricovero e cura in ospedale	... servizi diagnostici e ambulatoriali	... assistenza domiciliare integrata (ADI)	... cure ricevute nel servizio di _____ (assistenza a pazienti cronici)
<b>Fattori indagati</b>				

#### PERSONALE

Gentilezza del medico	3a			14a
Gentilezza del personale infermieristico	4a			15a
<i>Gentilezza del personale (valutazione complessiva)</i>		22	21a	
Capacità di mettere a proprio agio	4c			
Durata e accuratezza delle visite/ prestazioni		16		14d - 15d
Disponibilità ad ascoltare / attenzione alle esigenze	3b - 4b		21b	14b - 14c - 15b - 15c
Coinvolgimento del paziente nelle cure				29
Coinvolgimento dei familiari nelle cure				30
Fiducia nel personale				18 - 19
<i>Personale/rapporti (valutazione complessiva)</i>	2	25	28	13

#### INFORMAZIONI

Informazioni/spiegazioni ricevute	3c - 3d - 4d - 8c	5 - 17 - 18 - 19 - 20	17a - 17b - 17c - 21b	22a - 22b - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 31 - 32 - 33a - 37 - 37a - 38 - 38a
<i>Informazioni (valutazione complessiva)</i>	6	24	29	20

#### PRIVACY

<i>Rispetto della riservatezza del paziente</i>	14	21	19	28
---	----	----	----	----

**TEMPI E ASPETTI ORGANIZZATIVI**

Tempi di attesa	8a	8 - 9 - 12 - 13 - 30 - 31 - 32	14 - 15 - 16	
Tempestività dell'intervento	9			
Accessibilità alle strutture		11a - 11b - 11c		40a - 40b - 40c
Rispetto dei tempi			26a - 26b	
Orari delle prestazioni			23	
Continuità degli operatori			27	
Frequenza delle prestazioni			25	
Collaborazione/collegamenti tra servizi	8b			
Semplicità del percorso			12	
<i>Organizzazione (valutazione complessiva)</i>	<i>7</i>			

**SERVIZI DI CONTORNO, AMBIENTE, COMFORT**

Vitto e altri servizi di contorno	13a - 13b - 13c - 13e			
<i>Servizi di contorno (valutazione complessiva)</i>	<i>12</i>			
Qualità e cura degli ambienti	11a - 11d - 11g - 13d	15		41d - 41e - 41f
Pulizia e igiene	11b - 11c	14		41a
Temperatura, silenzio, ...	11e - 11f			41b - 41c
<i>Comfort (valutazione complessiva)</i>	<i>10</i>	<i>26</i>		<i>42</i>

**ESITI, EFFICACIA DELLE CURE, STATO DI SALUTE**

Miglioramento condizioni di salute/efficacia delle cure	15		30	34 - 35 - 36
Terapia del dolore	5 - 5a	23 - 23a	22 - 22a	39 - 39a
Aspettative	16	33	33	45
<i>Percezione dello stato di salute (autovalutazione)</i>	<i>17</i>	<i>34</i>	<i>34</i>	<i>46</i>
<i>Valutazione complessiva per le cure / servizio ricevuto</i>	<i>1</i>	<i>27</i>	<i>32</i>	<i>44</i>



## 4. Elementi per l'individuazione di un modello organizzativo di supporto all'analisi della qualità percepita<sup>47</sup>

Sebbene la nozione di modello possa risultare particolarmente impegnativa e ambiziosa, a partire dalla riconsiderazione di alcuni aspetti teorici e operativi è possibile individuare un quadro di fondo degli elementi che possono costituire alcune premesse organizzative rispetto alla progettazione, implementazione e sviluppo di progetti di analisi della qualità percepita. Questo quadro di fondo sarà inteso come modello, nel senso di configurazione che sistematizza elementi organizzativi, con la quale poter confrontare esperienze concrete e potersi rapportare nella prospettiva della costruzione di un percorso di analisi della qualità percepita.

Alla base delle note qui presentate vi è comunque un dato storico costituito dalle forti trasformazioni intervenute nel corso degli anni a livello organizzativo, strutturale e culturale nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Quindi, quella attuale si caratterizza per essere una fase nella quale anche il tessuto organizzativo di sostegno all'analisi della qualità percepita richiede una riflessione sui presupposti costitutivi e sulle possibili traduzioni concrete.

Il modello è costruito a partire dalle esperienze compiute all'interno di alcune Aziende USL, proprio facendo leva sull'idea che una tradizione operativa - consolidatasi negli ultimi anni - possa essere posta alla base di una riflessione sugli aspetti specificatamente organizzativi. Il senso dato a questi ultimi in questa sede è ampio e riguarda tanto il contesto diretto di realizzazione dell'indagine, quanto l'ambito più esteso di ricaduta delle risultanze. Le due dimensioni organizzative, com'è naturale, vanno viste anche nella loro forte compenetrazione.

Le argomentazioni sviluppate in questo Capitolo devono necessariamente essere lette in forma integrata con gli aspetti metodologici e relativi agli strumenti di ricerca sulla qualità percepita trattati in precedenza. Infatti, il contesto organizzativo sul quale ci si sofferma si presenta come un contenitore che - a diversa connotazione in termini di flessibilità - è in grado di creare o meno le condizioni per la realizzazione dell'analisi della qualità percepita e la conseguente valorizzazione delle risultanze emerse.

Qui di seguito, pertanto, si considereranno in primo luogo le caratteristiche che in generale vanno evidenziate pensando all'organizzazione complessa, ponendo particolare attenzione alle variabili direttamente coinvolte nell'analisi della qualità percepita. Sarà poi presentato in forma sintetica il risultato del vaglio di alcune esperienze realizzate, con

---

<sup>47</sup> A cura di Giorgio Gosetti, Università degli studi di Verona.

riferimento sempre alla chiave di lettura organizzativa. Infine, ripensando agli elementi trattati nei passaggi precedenti, sarà ipotizzata la struttura di un modello a più dimensioni in grado di evidenziare gli elementi da considerare per un'analisi delle caratteristiche organizzative della valutazione della qualità percepita.

#### **4.1. Le variabili organizzative coinvolte**

Nel corso di questi anni, l'organizzazione sanitaria è andata assumendo livelli crescenti di complessità, legati ai processi di riorganizzazione in atto e in particolare alla necessità di mantenere costantemente il collegamento con i propri riferimenti sul territorio. L'evoluzione tecnica e tecnologica, gli sviluppi delle modalità di intervento, le pressanti esigenze di revisione dell'assetto economico del sistema, hanno reso quanto mai evidente l'importanza della costruzione di strategie gestionali in grado di traghettare l'organizzazione sanitaria verso modelli sempre più dinamici e integrati. Parole chiave quali programmazione negoziata, pianificazione integrata, sviluppo dei processi organizzativi, entrano ormai costantemente nelle prassi quotidiane e sono a fondamento della costruzione di modalità organizzative e operative, orientate a mettere in costante relazione le diverse componenti interne al sistema sanitario e i referenti esterni, a diverso titolo implicati nei percorsi di intervento.

Una strada praticabile per leggere questa complessità (utile per individuare anche i fattori che interessano le modalità per organizzare l'analisi della qualità percepita) è quella di identificare le variabili in gioco e di cogliere soprattutto le relazioni che fra di esse si costruiscono nel tempo. In questa sede, si ritiene opportuno fare solo un accenno a una prospettiva di analisi dell'organizzazione utile per le finalità qui previste e necessaria a mettere in luce le variabili più significative da considerare per tracciarne un profilo.

Innanzitutto vanno considerate le variabili dell'ambiente pertinente dell'organizzazione, che sono normalmente di carattere politico, economico, sociale, culturale, e definiscono il territorio entro il quale l'organizzazione opera. Esse hanno un'influenza diretta o indiretta - anche a seconda dei periodi e delle fasi storiche - sull'assetto organizzativo e sui meccanismi operativi. Basti pensare ai condizionamenti derivati dalla presenza di situazioni di crisi economica, dai fenomeni migratori, dalle decisioni politiche, solo per avere un'idea della complessità di fattori che caratterizzano l'ambiente dell'organizzazione e ne condizionano le strategie operative. A sua volta anche l'organizzazione, ponendosi in forte interazione con il proprio ambiente, diviene fattore di condizionamento di esso, delle sue modalità di organizzazione. Anche in questo caso, solo come esempio, basti pensare alla rilevanza per l'assetto territoriale che ha la strategia dell'organizzazione sanitaria di dislocazione dei propri presidi sul territorio.

Se si passa alle componenti interne all'organizzazione, sono in interazione fra di loro:

- variabili individuali, relative alle caratteristiche specifiche delle persone che operano nell'organizzazione (dati anagrafici, motivazioni, comportamenti, qualificazione professionale, storia ed esperienze individuali, ecc.);



- variabili sociali, inerenti le relazioni che si costruiscono dentro l'organizzazione e producono aggregazione a diverso grado di permanenza, che hanno un riflesso diretto e indiretto sulle dinamiche organizzative;
- variabili tecniche e tecnologiche, riferite sia all'area delle competenze presenti dentro l'organizzazione (suddivisibili da un lato in distintive e di supporto rispetto ai processi primari e dall'altro nelle due componenti delle capacità e conoscenze) sia a quelle della strumentazione tecnologica di varia natura presenti dentro l'organizzazione;
- variabili istituzionali, riferite all'insieme dei vincoli istituzionali che possono condizionare l'assetto e l'operatività (documenti ufficiali di indirizzo, accordi fra organizzazioni, ecc.).

Soprattutto quando l'oggetto di riferimento è costituito dall'Azienda sanitaria, è importante considerare al contempo il carattere burocratico e professionale dell'organizzazione e il fatto che all'assetto razionale di strutturazione dei processi amministrativi si associa la rilevanza del contenuto professionale del lavoro, e come il prodotto sia derivante dalla compenetrazione fra queste due dimensioni (compenetrazione che trova appunto nell'organizzazione l'espressione di consolidamento in termini di struttura e meccanismi operativi).

Le relazioni fra le variabili appena ricordate (interne ed esterne all'organizzazione) trovano concettualmente e operativamente un loro terreno di traduzione concreta nelle tre componenti centrali dell'organizzazione, costituite da:

- struttura organizzativa,
- processi organizzativi,
- distribuzione del potere organizzativo.

La prima è assimilabile all'organigramma, che disegna la dislocazione formale dei ruoli organizzativi e delle diverse funzioni, con le relazioni (differentemente denominate: gerarchiche, funzionali, ecc.) e le interdipendenze necessarie. I secondi sono relativi ai diversi meccanismi che rendono funzionante l'organizzazione e ne identificano il dinamismo sotto il profilo operativo (reclutamento delle persone, processi decisionali, ecc.), divenendo classificabili in distintivi e di supporto (i primi legati alla *mission* per la quale l'organizzazione si è costituita e i secondi ai diversi percorsi e momenti di lavoro a supporto ai processi primari e che li rendono sostenibili). Il terzo ordine di fattori relativi alla dimensione centrale dell'organizzazione è quello della distribuzione del potere organizzativo, o per meglio dire delle relazioni fra diverse componenti di influenza formale e informale che nel corso del tempo si vanno definendo in un contesto organizzato e ne caratterizzano le relazioni sistemiche, gli aspetti conflittuali e contraddittori tipici della strutturazione continua dell'organizzazione, soprattutto intesa come sistema aperto alle relazioni interorganizzative e all'ambiente pertinente.

Nella lettura qui proposta, l'organizzazione mantiene quindi il suo aspetto di costruito sociale e microcosmo sociale, che si muove e si istituzionalizza attraverso continue dinamiche interne e relazioni con il proprio ambiente, in un processo di interscambio fra le diverse componenti. Anche nelle fasi di apparente staticità, la dinamica del processo di strutturazione, che si esprime nelle pratiche operative quotidiane attraverso la dialettica

fra componente formale e informale dell'organizzazione, è sempre in atto e non smette di palesare anche aspetti contraddittori, all'interno dei quali comunque si annidano spesso opportunità di innovazione. In questi anni, proprio l'analisi della qualità percepita ha permesso in più occasioni di far emergere anche questa dimensione, spesso rimasta latente rispetto ad altre.

Un aspetto particolarmente importante che va ricordato, utile per integrare questa sintetica illustrazione delle componenti organizzative, sono le reti di relazione inter-organizzative e le interdipendenze che si creano fra organizzazioni e territorio, da cogliere per costruire prodotti e servizi innovativi e per gestire la complessità delle relazioni attraverso un sistema coordinato e reticolare di lavoro. L'organizzazione è sempre più messa in discussione nelle sue logiche autoreferenziali, soprattutto in quelle realtà in cui il territorio è caratterizzato dalla presenza di un capitale sociale (individuale e comunitario) che preme per un riconoscimento e una valorizzazione.

## **4.2. Un confronto con le esperienze fatte**

Un aspetto dal quale partire è quindi quello delle componenti da considerare per la costruzione di un sistema funzionale per la gestione della qualità percepita, condividendo il presupposto che

*ogni organizzazione che voglia affrontare il problema della qualità in un'ottica di sistema deve approntare un complesso di elementi coordinati ed interagenti volti a produrre reali processi innovativi* (Nicoli, Capizzi, 2003, p. 49).

L'aspetto qualificante del sistema è appunto quello della coordinazione e integrazione delle diverse componenti aziendali, strutturali e culturali, che all'interno dei processi organizzativi trovano quotidianamente una traduzione in termini operativi. Non si tratta comunque soltanto di saper fare analisi della qualità percepita (obiettivo peraltro non facile da raggiungere per la complessità metodologica che talvolta le analisi richiedono), ma anche e soprattutto di saper collocare le risultanze all'interno di un'ottica di miglioramento dei meccanismi operativi.

Da una parte infatti, le componenti organizzative fondamentali che sono state maggiormente interessate dalla gestione della qualità percepita, in forma singola o differentemente integrata fra di loro, sono gli Uffici relazioni con il pubblico, gli Uffici qualità e sviluppo organizzativo e gli Uffici dedicati alla gestione dei reclami, talvolta anche con il coinvolgimento di altre componenti interne o esterne alle Aziende sanitarie (Comitati consultivi misti, responsabili amministrativi, ecc.). Dall'altra parte, i modelli organizzativi e di gestione si sono diversificati soprattutto rispetto alla maggiore o minore incisività programmata delle ricadute dell'analisi sull'organizzazione e sui meccanismi operativi, relativamente al coinvolgimento più o meno diffuso delle diverse componenti dell'organizzazione, e rispetto all'orientamento verso un approccio comunicativo-relazionale piuttosto che organizzativo o strategico-gestionale.

Il rafforzamento di alcuni meccanismi istituzionali e delle forme di collegamento con il territorio ha dato un nuovo impulso alla strutturazione delle modalità organizzative di analisi della qualità percepita. Infatti, all'attenzione al coinvolgimento dei cittadini presente nelle norme nazionali e regionali, si è andato associando un interesse specifico delle organizzazioni sanitarie alla valutazione formulata dai cittadini sui meccanismi operativi, finalizzata a cogliere margini di miglioramento organizzativo.

Anche l'analisi della qualità percepita diviene quindi un fattore fondamentale di costruzione sociale dell'organizzazione, perché da un lato chiama le Aziende sanitarie a dotarsi di strutture, processi e modalità dedicate all'analisi; dall'altro comprende l'area delle relazioni dirette fra organizzazione e cittadini, diversificando gli oggetti di valutazione (tecnica, relazionale, ambientale, ecc.) e coinvolgendo in maniera sempre più diffusa le diverse componenti operative dell'organizzazione.

In termini organizzativi e metodologici è importante considerare anche un passaggio significativo riscontrato nelle analisi di qualità realizzate in questi anni, che ha visto l'attenzione spostarsi progressivamente dalla valutazione del gradimento alla considerazione di aspetti relativi anche al vissuto e alla percezione, impiegando strumenti qualitativi di indagine e centrando l'interesse maggiormente sui percorsi di intervento invece che su singoli aspetti del medesimo. Questo ha comportato la necessità di un coinvolgimento maggiore dell'organizzazione e una certa attenzione anche alle relazioni organizzative.

Un impulso ulteriore al percorso di riflessione sull'importanza degli aspetti organizzativi dell'analisi della percezione deriva dall'imporsi di una tendenza emergente

*a riconoscere e legittimare il concorso di nuovi attori nel sistema salute in un quadro caratterizzato da servizi alla persona, in cui l'elemento distintivo è costituito dalla personalizzazione e dalla (co)responsabilizzazione dei destinatari degli interventi (Nicoli, Capizzi, 2003, p. 63).*

La valutazione della qualità percepita, così come quella della qualità della vita, entra quindi nella relazione fra organizzazione (compresa quella sanitaria) e ambiente della vita quotidiana, strutturata socialmente e spesso vista come debole proprio sul lato delle transazioni di senso e di valore.

Sebbene qui non si affrontino gli aspetti metodologici e le modalità di ricerca, va rilevato comunque come l'orientamento (Sturlese, 2003) verso un'analisi multi-settoriale (che prevede il coinvolgimento di più Unità organizzative nella valutazione), multi-professionale (che implica l'attenzione a più componenti operative) e con metodologie integrate (che mette efficacemente insieme analisi quantitativa e qualitativa) porti a stabilire una multicentralità dell'assetto organizzativo necessario all'analisi della qualità percepita, che pur prevedendo un organismo dedicato al presidio degli aspetti strategici, metodologici e operativi, possa contare su una rete diffusa di competenze e di riferimenti organizzativi per rendere sostenibile un disegno valutativo di ampia portata. Da questo punto di vista va considerata anche in maniera particolarmente positiva la sperimentazione di modalità di analisi qualitativa fortemente coinvolgenti, orientate ad esempio a ricostruire vere e proprie storie di cura (Giarelli *et al.*, 2005), a dare evidenza

alle relazioni fra le diverse componenti in gioco nel processo di intervento, che ha portato a valorizzare strumenti di analisi ermeneutica nell'ambito della ricerca sociale (Montesperelli, 1998) e in generale a riconoscere l'importanza della narrazione fra gli strumenti di ricerca (Marradi, 2005).

A questo punto, per identificare gli elementi organizzativi implicati nell'analisi della qualità percepita è importante partire dalla valorizzazione del percorso che alcune realtà aziendali hanno compiuto nel corso degli anni, valutando ciò che hanno costruito realmente e quali caratteristiche accomunano le diverse esperienze.<sup>48</sup>

### ***La rilevanza del punto di vista dei cittadini***

La presenza del punto di vista del cittadino è considerata ormai centrale e parte costitutiva del bagaglio informativo di cui deve disporre l'Azienda sanitaria, e quindi è gioco-forza che le organizzazioni si debbano adeguare anche sotto il profilo organizzativo per prevedere un assetto di struttura e processo che contempli l'analisi della percezione e le valutazioni da parte dei cittadini.

*La valutazione della qualità è un'azione organizzativa che deve investire attivamente i cittadini. Infatti se misurare la qualità tecnica è prevalente compito di idonee tecniche manageriali, un giudizio complessivo del servizio può essere dato solo dall'utente, dal fruitore stesso dei servizi. La soddisfazione degli utenti diventa quindi un criterio fondamentale per garantire la qualità delle prestazioni offerte e la sua rilevazione serve a verificare il rispetto degli standard, anche in riferimento a quanto dichiarato nelle Carte dei servizi aziendali. (Prog. 2)*

*Il punto di vista del cittadino-utente ha acquisito, infatti, grande importanza nella riflessione tecnica e organizzativa che negli ultimi anni è andata realizzandosi all'interno dei sistemi di cura, e che ha fatto emergere la lacunosità delle misure cliniche di salute e malattia nel descrivere e valutare gli aspetti pertinenti ed importanti dei percorsi assistenziali. Esse necessitano infatti di essere integrate*

---

<sup>48</sup> A questo proposito, sono state analizzate le quattro esperienze qui riportate, attraverso schede di progetto compilate dalle Aziende coinvolte.

- Progetto 1 "Valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale. Sperimentazione di un pacchetto della qualità percepita per le Aziende sanitarie" a cura dell'Azienda USL di Piacenza, dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, dell'Azienda USL di Cesena e dell'Azienda USL Città di Bologna.
- Progetto 2 "Processo per la costruzione di uno strumento di rilevazione della soddisfazione degli utenti dei servizi diagnostici e ambulatoriali" a cura dell'Azienda USL Città di Bologna, dell'Azienda USL Bologna Nord e dell'Azienda USL Bologna Sud.
- Progetto 3 "Percorso clinico-assistenziale degli anziani: assistenza domiciliare integrata e qualità percepita" a cura dell'Azienda USL di Cesena.
- Progetto 4 "Costruzione di uno strumento di valutazione della qualità della soddisfazione per le prestazioni sanitarie ricevute da pazienti cronici. Il caso dei pazienti in trattamento dialitico" a cura dell'Azienda USL di Ravenna, dell'Azienda ospedaliera di Ferrara, del Centro dialisi dell'Ospedale Morgagni di Forlì e dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

*con l'apprezzamento degli effetti che le condizioni cliniche e le situazioni di cura provocano sul vissuto (percezione della qualità dei servizi e della qualità delle cure), oltre che sullo stato funzionale e sul soggettivo senso di benessere del paziente (percezione della qualità della vita in generale e per gli aspetti legati alla salute). In tal modo si ottengono, ovviamente, informazioni connotate dal particolare punto di vista, ma strategiche per l'organizzazione, in quanto aiutano a comprendere i problemi e ad individuare modalità più efficaci e favorevoli di relazione dei servizi con i pazienti. (Prog. 4)*

Uno degli aspetti sui quali si sono centrati i progetti esaminati, che ha delle connessioni con la strutturazione organizzativa dell'analisi della qualità percepita, è quello relativo alla standardizzazione degli strumenti di analisi e alla confrontabilità dei risultati emersi. Entrambi gli aspetti consentirebbero un miglioramento della qualità dei dati raccolti e la valorizzazione delle informazioni.

Anche se le sperimentazioni di metodologie e strumenti hanno già compiuto un percorso, la validazione costante degli strumenti e la confrontabilità dei risultati sono aspetti che vanno tenuti sotto controllo da un soggetto aziendale preposto e dotato di risorse operative e competenze.

*La rilevazione della qualità percepita dei servizi offerti ai cittadini da parte delle Aziende sanitarie è un compito previsto nella legislazione di riforma sanitaria (DLgs 502/1992 e successive modifiche) che si sta sempre più diffondendo, ma con stili e metodi differenti scarsamente confrontabili. Infatti, da una rilevazione regionale risulta che il 57% delle Unità operative in Emilia-Romagna somministrano sistematicamente o occasionalmente questionari di gradimento sul ricovero ospedaliero, utilizzando strumenti e metodi autonomamente predisposti, difficilmente ripetibili in altre realtà. (Prog. 1)*

### ***La sostenibilità organizzativa dell'analisi della qualità percepita***

La sostenibilità organizzativa della ricerca è quindi uno degli aspetti determinanti dello sviluppo dell'analisi della qualità percepita e del consolidamento di metodologie e strumenti, che passano attraverso un coinvolgimento diffuso delle diverse componenti organizzative e professionali dell'Azienda sanitaria.

Il sostegno della ricerca sotto il profilo organizzativo serve anche per governare una metodologia di approccio all'analisi della qualità percepita che necessita del rispetto di una procedura talvolta articolata (che associa spesso metodologie quantitative e qualitative di analisi) e da presidiare nei diversi aspetti (contatti, strumenti utilizzati, caratteristiche del contesto di interazione, ecc.).

*... altri elementi che rendono ripetibile l'esperienza e ne rafforzano la sua validità dal punto di vista metodologico sono: la sostenibilità organizzativa del percorso da parte delle Aziende sanitarie senza costi eccessivi e in particolare ponendo le premesse per la diffusione di una cultura aziendale di co-produzione del dato*

*di misura della qualità percepita (cittadini e operatori insieme); la possibilità di standardizzare il processo di misurazione e renderlo ripetibile nel tempo e in altre realtà aziendali. (Prog. 1)*

*Il questionario può essere applicato all'utente della prestazione specialistica, a un familiare o a una persona presente durante la prestazione. Il soggetto viene contattato al termine della prestazione e gli viene chiesta l'eventuale disponibilità ad essere intervistato telefonicamente nella propria abitazione; se accetta gli viene sottoposta una liberatoria riguardante l'utilizzo dei dati nel rispetto della normativa vigente in materia della privacy dei dati personali. Contestualmente a questa fase di primo contatto, viene informato della finalità dell'indagine e dell'importanza del contributo di ogni singolo questionario per lo studio generale. Passate due settimane dalla prestazione, l'utente verrà contattato a casa da personale esterno all'Azienda e gli verrà sottoposto il questionario. Questa modalità consente una maggiore libertà di risposta da parte dell'intervistato oltre al fatto che, essendo telefonica, l'intervista risulta più oggettiva e meno influenzata dall'intervistatore. (Prog. 2)*

La scelta dello strumento non di rado è condizionata proprio anche dalla possibilità o meno di sostenere organizzativamente la ricerca. Il questionario in questo caso è stato ritenuto lo strumento più efficace ed efficiente.

*La scelta dello strumento è ricaduta sul questionario con modalità di somministrazione assistita (e quindi ugualmente definibile come intervista strutturata), per due principali ordini di motivi; il primo riferibile alla (relativa) semplicità ed economicità di somministrazione, che può essere condotta anche da personale non addestrato (essendo uno strumento standardizzato, non richiede una complessa formazione degli intervistatori), il secondo riferibile alla confrontabilità dei dati, essendo le aree indagate le medesime per tutti i soggetti. (Prog. 4)*

Un altro aspetto organizzativo di non secondaria importanza è quello costituito dal contesto preciso di interazione nella fase di coinvolgimento degli intervistati. Chiaramente, i differenti *target* di soggetti richiedono una flessibilità e adattabilità delle modalità di ricerca, e - sotto questo profilo - anche una capacità di governare gli aspetti organizzativi senza far venire meno la correttezza, ma creando di volta in volta le migliori condizioni possibili. Da questo punto di vista, spesso la ricerca si adegua alla disponibilità di strutture esistenti.

*L'utilizzo di un duplice setting di somministrazione del questionario è stato conseguenza di fattori organizzativi dei servizi: il Centro dialisi di Ravenna non disponeva infatti di un ambulatorio da mettere a completa disposizione dei ricercatori. Se è vero, infatti, che in questo tipo di indagine il setting ideale di somministrazione risulta essere un contesto protetto che garantisce la libera espressione dei soggetti (ambulatorio), è però altresì vero che è spesso necessario adeguare l'intervento di ricerca ai particolari vincoli e specificità imposti dal servizio, come appunto nel caso del contesto del Centro di Ravenna. (Prog. 4)*

### ***L'analisi della qualità percepita e lo sviluppo organizzativo***

Nel considerare gli aspetti organizzativi dell'analisi della qualità percepita sembra opportuno cogliere nelle esperienze esaminate anche il radicamento delle esperienze di analisi nella realtà organizzativa e operativa, situazioni che prevedono dunque una possibile ricaduta delle informazioni raccolte su processi di cambiamento, soprattutto attraverso il coinvolgimento diffuso all'interno dell'organizzazione. Fra gli obiettivi capita spesso infatti di trovare che l'analisi era finalizzata a

*ottenere informazioni dettagliate su aspettative, esperienze, percezioni soggettive di una categoria specifica di pazienti (i dializzati) nei confronti delle cure e delle prestazioni sanitarie ricevute (...); rendere disponibili agli operatori dei servizi di dialisi le informazioni ottenute sulla valutazione dei pazienti e sulle eventuali aree di criticità emerse, per consentire interventi di miglioramento. (Prog. 4)*

La prospettiva di una ricaduta sulle dimensioni specificatamente organizzative dei servizi è soprattutto evidente quando fra gli obiettivi si fa un esplicito riferimento alle fasi dei processi di intervento, che sono oggetto di attenzione sia dal punto di vista organizzativo che relazionale.

*L'intento era duplice: evidenziare gli aspetti organizzativi e relazionali del percorso che l'utente ritiene maggiormente critici, dunque prioritari per l'indagine; definire ulteriormente, insieme ai professionisti, le fasi del processo in questione per essere certi di considerare ogni passaggio. Sono stati così avviati contemporaneamente, sulle Aziende coinvolte: focus group con rappresentanti degli utenti (CCM) e operatori, interviste di gruppo e interviste strutturate a utenti di strutture ambulatoriali. Questo ha consentito di definire con maggiore precisione sia le aree di indagine del questionario, sia la scelta del linguaggio da utilizzare. Nella costruzione dello strumento si voleva in particolar modo tenere conto del punto di vista dei cittadini: definire insieme a loro le fasi del processo, rispettarne le priorità percepite e utilizzare un linguaggio adeguato. (...) Lo strumento proposto sembra valido per due ordini di motivi: se da un lato rispecchia il punto di vista dell'utente e rileva la sua percezione di soddisfazione / insoddisfazione rispetto alle prestazioni ricevute, dall'altro serve per evidenziare eventuali punti critici rispetto al percorso organizzativo. (Prog. 2)*

Come si è già precisato, l'analisi della qualità percepita diventa un momento di interazione fra l'organizzazione e i cittadini, e può caratterizzarsi proprio come una delle occasioni in cui si palesa l'aspetto relazionale sotto un profilo non strettamente legato all'effetto della prestazione, ma forse più libero e quindi più ricco di informazioni sulle caratteristiche specificatamente organizzative della qualità dei servizi.

*Da una valutazione ex post, infine, il progetto è risultato senza dubbio utile sia agli utenti (i servizi), che hanno potuto acquisire informazioni sul gradimento delle prestazioni sanitarie erogate e su elementi di criticità, sia ai soggetti che hanno partecipato alla ricerca, e che hanno percepito l'intervista non solo come*

*un momento di collaborazione volto a fornire informazioni utili al miglioramento del servizio, ma soprattutto come un'opportunità per raccontarsi e raccontare la propria esperienza di malattia. (Prog. 4)*

Questo è uno degli aspetti sui quali è forse necessario orientare una riflessione critica relativamente alle diverse dimensioni implicate nella ricerca, e quindi non solo quelle organizzative sulle quali si centrano le sintetiche argomentazioni qui proposte. In altri termini, è sempre più necessario monitorare quanto il contenuto informativo raccolto con le analisi della qualità percepita - che passa anche attraverso la voglia di raccontare dei soggetti che entrano in contatto con le organizzazioni sanitarie - sia assumibile come un'informazione che incide effettivamente sulle relazioni fra organizzazione e cittadini o, diversamente, costituisca un aspetto che periodicamente accompagna le prassi organizzative ed operative, senza entrare in contatto effettivo con esse. È chiaro che l'ulteriore valore aggiunto della ricerca, oltre a produrre informazioni e conoscenze, è quello di porre a contatto prospettive differenti e di costruire quindi relazioni organizzative.

### ***L'analisi della qualità percepita come processo di coinvolgimento***

La dimensione del coinvolgimento diffuso è sicuramente uno degli aspetti sui quali va orientata la riflessione organizzativa a sostegno di un'efficace analisi della soddisfazione dei cittadini. Il coinvolgimento riguarda gli operatori e le diverse componenti organizzative.

*La costruzione del pacchetto ha tenuto in maggiore considerazione l'orientamento all'applicazione nelle Aziende sanitarie il cui valore aggiunto fosse determinato in particolare dalla possibilità di coinvolgere gli operatori nel percorso di misurazione della soddisfazione dei cittadini fruitori del servizio di ricovero e cura ospedaliero e dalla necessità di pervenire a un valore misurato di soddisfazione del ricovero per ciascuna Unità operativa partecipante che orientasse le azioni di miglioramento. (Prog. 1)*

L'analisi della soddisfazione dei cittadini diventa dunque una componente della comprensione delle condizioni di cittadini, che passa attraverso un loro diretto coinvolgimento nel processo di ricerca come occasione per riconsiderare l'asimmetria fra operatori e cittadini, caratteristica tipica - e insopprimibile - delle relazioni nell'area dei servizi sanitari.

*... Le Aziende sanitarie - per garantire la centralità degli utenti, e dunque migliorare la qualità dei loro servizi - hanno la necessità strategica, prima ancora che il dovere normativo, di aumentare il livello di comprensione e lettura dei bisogni dei propri cittadini-utenti. Ogni organizzazione sanitaria che voglia perseguire il miglioramento continuo della qualità deve, in sostanza, costruire un rapporto nuovo con l'utenza, un rapporto che superi il modello di relazione tendenzialmente asimmetrico, al fine di orientare i servizi offerti sulle reali esigenze del cittadino-utente. (Prog. 4)*



Anche a partire da questi ultimi elementi tratti dai documenti esaminati è quindi possibile raccogliere alcuni stimoli utili all'individuazione delle dimensioni organizzative implicate nell'analisi della qualità percepita. Per evidenti ragioni non si entra qui nel dettaglio tecnico, ma ci si limita a individuare alcune dimensioni del modello e gli elementi prioritari, definendo quindi una traccia che potrebbe servire in termini di progettazione organizzativa per passare a delineare un contenuto più preciso di struttura e processi organizzativi per l'analisi della qualità percepita.

### **4.3. Dimensioni ed elementi fondamentali del modello**

Da quanto detto, si desume quindi che l'organizzazione è al contempo il contesto dentro il quale si sviluppa l'analisi, la modalità di governo dell'analisi stessa e, non da ultimo, l'oggetto di attenzione dell'analisi, nelle sue differenti componenti operative. Inoltre, la stessa procedura di ricerca diventa un momento di quella costruzione sociale dell'organizzazione a cui ci si è richiamati più volte.

In maniera sintetica, si chiudono quindi queste note evidenziando quali dimensioni possono risultare costitutive di una riflessione sugli elementi organizzativi a sostegno dell'analisi della qualità percepita.

#### ***Cultura organizzativa di valorizzazione del dato***

Una prima dimensione è quella della cultura organizzativa, che si esprime in particolare nell'interesse alla qualità e al miglioramento di processo e prodotto, e alla costante attenzione alla significatività in questo processo di cambiamento attribuita alle informazioni che provengono dai cittadini e dai diversi interlocutori coinvolti dai meccanismi operativi. Si tratta quindi di considerare come avviene la valorizzazione della percezione e del punto di vista soggettivo dei cittadini, come variabile costitutiva delle strategie di riorganizzazione dei processi e di cambiamento delle specificità dei prodotti.

Da questo punto di vista, l'orientamento che in questa fase caratterizza l'azione sanitaria, teso a cercare la partecipazione e la condivisione diffusa nelle diverse strategie di azione dell'organizzazione (pianificazione, realizzazione degli interventi, valutazione, ecc.), pare essere un ulteriore aspetto da considerare in termini di maturazione di una cultura orientata a includere piuttosto che escludere argomentazioni provenienti da diverse fonti. Si tratta di capire quanto questi aspetti culturali sono patrimonio ristretto o diffuso dentro l'organizzazione, quanto entrano nella costruzione e revisione dei processi organizzativi e nella valutazione della *performance* delle diverse componenti organizzative.

Relativamente alla cultura organizzativa va considerata in particolare anche l'influenza che sull'organizzazione sanitaria stanno esercitando le variabili dell'ambiente di pertinenza, soprattutto quelle di ordine politico e culturale, che premono per una certa apertura delle organizzazioni, una riduzione del grado di autoreferenzialità connaturato nelle modalità di difesa che si traducono in una particolare strutturazione organizzativa.

### ***Struttura organizzativa di governo e rete di referenti***

Della struttura organizzativa di sostegno all'analisi della qualità percepita si è già detto diffusamente anche in passaggi precedenti. È quanto mai evidente che è necessario per l'organizzazione sanitaria dotarsi di una configurazione organizzativa di governo dell'analisi, con assegnazione di responsabilità precise e sistemi di monitoraggio e verifica dell'andamento della ricerca. La struttura di governo e presidio degli aspetti organizzativi e metodologici dovrebbe poi essere connessa a una rete dei referenti organizzativi (per una progettazione e sviluppo dell'analisi e una lettura mediata dal contesto organizzativo) dentro l'organizzazione e fuori dell'organizzazione (considerando quindi anche soggetti significativi del contesto di riferimento, referenti metodologici, ecc.), in grado di partecipare alle diverse fasi di sviluppo dell'analisi, dalla progettazione iniziale fino alla diffusione delle risultanze maggiormente significative emerse e alla individuazione di azioni di cambiamento.

Nel disegno della struttura organizzativa, quindi, si devono considerare le variabili organizzative di cui si è detto nel Paragrafo 4.1, mirando a contestualizzare la configurazione all'interno di una cultura e storia organizzativa fatta anche di particolari relazioni con il territorio consolidate nel corso degli anni.

### ***Prassi operative e coinvolgimento diffuso***

Per presidiare gli aspetti metodologici, e quindi dare concretezza a una struttura costituita da un centro che governi la coerenza degli aspetti metodologici per creare le condizioni di sistema nell'analisi della qualità percepita e di una rete di referenti distribuita nell'organizzazione che funge da sostegno e facilitazione dell'analisi, è importante che si consolidino modalità operative di governo dell'analisi, sotto il profilo della costruzione dei disegni di analisi, metodologico, di presentazione e valorizzazione organizzativa e operativa delle risultanze, ecc. Da questo punto di vista, anche in forma flessibile e adattabile, diversamente distribuite nell'organizzazione, devono essere disponibili competenze tecniche (conoscenza diffusa delle metodologie e strumenti di analisi della qualità percepita, competenze nel trattamento dei dati quantitativi e qualitativi, ecc.) e risorse tecnologiche (sistemi di rilevazione, trattamento e diffusione dei dati, ecc.).

In questo caso proprio il coinvolgimento diffuso, che implica la valorizzazione delle competenze sugli aspetti operativi e di relazione con il cittadino, consente di selezionare le variabili maggiormente sensibili nella misurazione della soddisfazione e di operare una lettura del dato in relazione al contesto organizzativo. La discussione allargata dovrebbe essere presente sia in fase di impostazione degli aspetti di contenuto della ricerca sia in fase finale di condivisione del senso profondo delle risultanze rispetto all'operatività quotidiana e di produzione di soluzioni organizzative ricavate dagli esiti delle indagini.

### ***Caratteristiche del contesto organizzativo di indagine***

Le caratteristiche specifiche del contesto di interazione vanno individuate considerando una serie di fattori che riguardano il *target* particolare di utenti coinvolti, la scelta metodologica operata, e così via. Nell'ambito della ricerca sociologica, ad esempio, sono state ampiamente individuate e studiate le diverse forme di condizionamento e distorsione da evitare per non alterare gli esiti del processo di ricerca.

Si tratta quindi di rifarsi all'ampia letteratura disponibile per individuare gli elementi utili a creare le condizioni di contesto per garantire correttezza metodologica al processo e quindi attendibilità dei risultati.

### ***Connessione con i processi organizzativi***

Una dimensione organizzativa del lavoro in grado di aumentare le possibilità di riuscita dell'analisi è quella orientata alla ricerca costante delle connessioni con i processi organizzativi e all'individuazione di criticità nella continuità del percorso di intervento. In questo senso anche le relazioni interorganizzative dovrebbero essere oggetto di attenzione, in quanto sempre più l'intervento sanitario si costruisce attraverso trasversalità che travalicano i confini di un'organizzazione, per ricostruire relazioni sistemiche spesso codificate e quindi divenute variabili istituzionali da considerare.

### ***Interazione dell'analisi della qualità percepita con altri processi organizzativi e operativi***

Una ulteriore dimensione da evidenziare è la relazione fra analisi della qualità percepita e altri processi organizzativi e operativi presenti in maniera strutturata nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. Senza entrare in profondità, si può indicare come sia utile connettere la progettazione e realizzazione di ricerche sulla qualità percepita prevedendo una relazione con i processi di riorganizzazione aziendale, la partecipazione dell'Azienda sanitaria alle occasioni di pianificazione degli Enti locali (Piano per la salute, Piano di zona, ecc.), il processo di *budget*, le modalità di sviluppo del sistema premiante, la realizzazione del bilancio di missione, la costruzioni di reti organizzative e operative fra Azienda e professionisti (come ad esempio la rete dei medici di medicina generale), i progetti finalizzati al miglioramento dell'accoglienza e dell'accesso, e più in generale il ciclo della pianificazione (che include l'analisi dei bisogni, la programmazione degli interventi, la loro realizzazione e la valutazione degli esiti).

#### **4.4. Considerazioni conclusive**

Qualità e organizzazione vengono dunque a costituirsi come elementi di una costruzione sociale, dentro la quale si incontrano prospettive differenti. La relazione, non sempre facile, necessita di essere sostenuta a livello organizzativo creando le condizioni perché possa effettivamente svilupparsi e produrre il contenuto informativo utile alla riconsiderazione di processi organizzativi e operativi. Il passaggio quindi è sempre più quello dall'adempimento all'apprendimento, che appunto si manifesta come una relazione sociale che consolida e rivede prassi organizzative e operative.

In questo senso, soprattutto con un'attenzione ai processi organizzativi ormai da più parti dichiarata e fatta propria dalla cultura organizzativa delle Aziende sanitarie, sarà sempre più opportuno trovare i punti di connessione fra le informazioni raccolte relativamente alla qualità percepita e l'analisi della qualità della vita dei cittadini e della qualità del lavoro degli operatori, quest'ultima disarticolata nelle componenti ergonomiche, economiche, della complessità del lavoro fatto in termini di obiettivi e di relazioni, dell'autonomia operativa e del controllo del processo lavorativo nel suo complesso.

Le diverse analisi che riflettono sui processi organizzativi possono quindi contribuire a svelare criticità, contraddizioni e incoerenze, sviluppandosi in una prospettiva di agire discorsivo che mette diversi soggetti in una situazione di scambio e confronto informativo.

## Riferimenti bibliografici

- Altieri L. (a cura di). *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità. Salute e Società*, Anno I, n. 2, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Altieri L. Un percorso qualitativo/quantitativo per la valutazione della qualità percepita. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Apicella A. L'esperienza ligure nel campo della partecipazione della qualità: una prospettiva di ricerca integrata. In Altieri L. (a cura di). *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità. Salute e Società*, Anno I, n. 2, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Bertin G. *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*. Milano, Etas Libri, 1989.
- Bertin G. (a cura di). *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*. Milano, FrancoAngeli, 1995.
- Bertin G., Oprandi N.C. Integrative group process e valutazione della qualità. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Bertin G., Selle P. La valutazione e il controllo di qualità nei servizi per anziani. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 4, 1996.
- Blanchard K., Bowles S. *Clienti soddissfatti? Non basta!* Milano, FrancoAngeli, 1998.
- Bonazzi G. *Come studiare le organizzazioni*. Bologna, Il Mulino, 2002.
- Calderone B., Sturlese V. *Reclami ed elogi dei cittadini sull'assistenza sanitaria in Emilia-Romagna. Dati 2004 e confronto con le segnalazioni del 2003*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana L'informazione in pillole, n. 20, 2005.
- Capizzi S., Nicoli A. *Cosa pensano i cittadini delle liste di attesa. Sommario del Dossier 93*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana L'informazione in pillole, n. 18, 2005.
- Capizzi S., Nicoli A. La valutazione della qualità percepita dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini. In Capizzi S., Nicoli M.A., Antonazzo E., Grilli R. (a cura di). *Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana Dossier, n. 93, 2004.
- Capizzi S., Nicoli M.A., Antonazzo E., Cinotti R., Grilli R. (a cura di). *Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna, Collana Dossier, n. 93, 2004.
- Cinotti R., Caranci N., De Cicco B., Lugli D., Novaco F., Pivetti M., Cipolla C., Distante C. *Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna, Collana Dossier, n. 88, 2003.

- Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Cinotti R., Nicoli M.A., Sturlese V., Capizzi S. (a cura di). *SapereAscoltare. Il valore del dialogo con il cittadino*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna, Collana Dossier, n. 105, 2005.
- Cinotti R., Sturlese V. Perché un programma per la valutazione della qualità percepita. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Cinotti R., Sturlese V., Calderone B., Capizzi S. La qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata: il punto di vista degli utenti. Rapporto regionale. Agenzia sanitaria regionale. 2005.
- Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Corbetta P. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna, Il Mulino, 1999.
- Corrao S. *Il focus group*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Crozier M., Friedberg E. *Attore sociale e sistema. Sociologia dell'azione organizzata*. Milano, Etas, 1978.
- Dautriat H. *Il questionario. Guida per la preparazione e l'impiego nelle ricerche sociali, di psicologia sociale e di mercato*. Milano, FrancoAngeli, 1999.
- Di Franco G., Marradi A. *Analisi fattoriale e analisi in componenti principali*. Roma, Bonanno Editore, 2003.
- Donabedian A. *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1990.
- Donabedian A. La quality assurance nella sanità. *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.
- Ferrante M., Zan S. *Il fenomeno organizzativo*. Roma, Carocci, 2003.
- Fideli R., Marradi A. L'intervista. In *Enciclopedia delle scienze sociali*, vol. V, pp. 71-82, Roma, Istituto della enciclopedia italiana, 1996.
- Friedberg E. *Il potere e la regola. Dinamiche dell'azione organizzata*. Milano, Etas, 1994.
- Giarelli G. Oltre la customer satisfaction: il problema di cogliere la complessità di un punto di vista. In Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Giarelli G., Good Byron J., Del Vecchio Good M-J., Martini M., Ruozi G. *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano, FrancoAngeli, 2005.
- Gosetti G. La progettazione organizzativa e il lavoro per progetti: ruoli, qualità del lavoro e apprendimento organizzativo. In Maurizio R. (a cura di). *Progettare nel sociale*. Padova, Fondazione Zancan, 2004.

- Gosetti G. Organizzazione e qualità del lavoro. Elementi per una prospettiva di analisi e valutazione integrata: il caso dei servizi socio-sanitari e socio-educativi. In Fiocco P., Martinetti M. (a cura di). *Qualità sociale dei servizi sociali*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Hammer M. *Oltre il reengineering. Come i processi aziendali cambiano l'organizzazione e la nostra vita*. Milano, Baldini & Castaldi, 1998.
- La Rosa M. (a cura di). *Soggetti e organizzazioni. Capire il lavoro, l'impresa e l'organizzazione pubblica*. Milano, FrancoAngeli, 1995.
- Lojudice M. I questionari per valutare la soddisfazione del paziente. Supplemento in *Mecosan*, 18: 182, 1996.
- Marradi A. *Raccontar storie. Un nuovo metodo per indagare sui valori*. Roma, Carocci, 2005.
- Maturo A. Dalla qualità percepita all'interpretazione del vissuto. In Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Mazza M, Il concetto di soddisfazione, in *Salute e territorio*, anno XIX, 1998
- Merli G., Biroli M. *Organizzazione e gestione per processi*. Torino, Isedi, 1996.
- Micheli G., Manfredi P. *Correlazione e regressione*. Milano, FrancoAngeli, 1996.
- Mintzberg H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna, Il Mulino, 1996.
- Montesperelli P. *L'intervista ermeneutica*. Milano, FrancoAngeli, 1998.
- Nelson E.C., Larson C. Patient's good and bad surprises: how do they relate overallpatient satisfaction. *Quality review bulletin*, n. 3, 1993.
- Nicoli M.A., Capizzi S. Gli aspetti cruciali del cambiamento nei percorsi della qualità dell'assistenza sanitaria nella prospettiva del cittadino: il caso dell'Emilia-Romagna. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Ovretveit J. *La qualità nel servizio sanitario*. Napoli, Istituto Giano - Edises, 1996.
- Pavsic R., Pitrone M.C. *Come conoscere opinioni e atteggiamenti*. Roma, Bonanno Editore, 2003.
- Penati C. Customer satisfaction. In Mauri L., Penati C. (a cura di). *Pagine aperte 2. Sistemi di conoscenza e gestione del cambiamento*. Milano, FrancoAngeli, 1996.
- Pichierri A. *Introduzione alla sociologia dell'organizzazione*. Roma-Bari, Laterza, 2005.
- Reborra G. *Organizzazione aziendale. Teoria e strumenti per l'analisi e la progettazione*. Roma, Carocci, 1998.
- Robertson A. Definire e valutare la qualità nei servizi sociosanitari. In Bertin G. (a cura di). *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*. Milano, FrancoAngeli, 1995.
- Rugiadini A. *Organizzazione e impresa*. Milano, Giuffrè, 1979.
- Straw P. Riscoprire i pazienti. In Altieri L. (a cura di). *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità. Salute e Società*, Anno I, n. 2, Milano, FrancoAngeli, 2002.

- Sturlese V. Le indagini sulla soddisfazione, percezione e vissuto degli utenti circa la qualità delle cure e dei servizi sanitari. In Cinotti R., Sturlese V. (a cura di). *Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana Dossier, n. 85, 2003.
- Sturlese V., Cinotti R. *Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Il sistema di gestione in Emilia-Romagna*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana L'informazione in pillole, n. 17, 2005.
- Tanese A. Negro G., Gramigna A. (a cura di). *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini*. Soveria Mannelli (CZ), Rubbettino Editore srl, 2003.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social science and medicine*, 38 (4): 509-516, 1994.



## Riferimenti normativi

- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. "Modificazioni al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Pubblicato in *Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale*, n. 293, 15 dicembre 1993.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Pubblicato in *Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale*, n. 4, 7 gennaio 1994.
- Decreto ministeriale 15 ottobre 1996. "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie".
- Decreto ministeriale 12 dicembre 2001. "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Pubblicato in *Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale*, n. 34, 9 febbraio 2002.
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 1011, 7 marzo 1995. "Direttiva alle Aziende sanitarie per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 15 della LR 19/1994".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 124, 8 febbraio 1999. "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 321, 1 marzo 2000. "Piani per la salute. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 556, 1 marzo 2000. "Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 327, 23 febbraio 2004. "Applicazione della LR 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 213, 14 febbraio 2005. "Introduzione del bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale".
- Documento di politica economica e finanziaria 2003-2005. Regione Emilia-Romagna, dicembre 2002.
- Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29. "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale". *Bollettino Ufficiale* della Regione Emilia-Romagna, n. 178, 28 dicembre 2004.
- Piano sanitario nazionale 2002-2004. Marzo 2002.

- Piano sanitario regionale 1999-2001, Regione Emilia-Romagna. "Il patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna". Approvato con Deliberazione n. 1235 del Consiglio regionale, adottata nella seduta del 22 settembre 1999.

# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (\*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (\*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (\*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (\*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (\*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (\*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (\*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (\*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (\*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (\*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (\*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (\*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (\*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (\*)



125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (\*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (\*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (\*)

