



Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino

Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino

La redazione del volume è stata curata da

Sara Capizzi
Maria Augusta Nicoli
Emanuela Antonazzo
Renata Cinotti
Roberto Grilli

dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Si ringraziano in particolare per la raccolta dei dati

Erika Agenti Università degli Studi di Parma
Arianna Alessandrini Azienda USL di Cesena
Alessandra Paviglianiti Università degli Studi di Parma
Chiara Savi Università degli Studi di Parma

e per la collaborazione alla realizzazione dei progetti di ricerca

Alda Cozzi responsabile della Comunicazione, Azienda USL di Parma
Annamaria Gentili coordinatore Qualità, ex Azienda USL di Bologna
Giovanni Pirazzoli direttore Oculistica,
Presidio ospedaliero Azienda USL di Cesena
Enzo Pistocchi direttore Sviluppo organizzativo, Azienda USL di Cesena
Roberto Spinola responsabile Centro servizi ambulatoriali,
Azienda USL di Piacenza

Si ringraziano inoltre per il costante e utile confronto Maria Lazzarato e Angela Paganelli, Servizio Assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna.

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2004

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

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.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.

Indice

Sommario	5
Premessa	11
Parte prima.	13
Quadro di riferimento e sintesi dei principali risultati degli studi	
1. Problemi e prospettive in tema di liste d'attesa	15
2. Quando il fenomeno è anche una questione di "percezione sociale"	19
2.1. Liste di attesa e punto di vista dei cittadini	19
2.2. Accettabilità dei tempi di attesa	20
2.3. Criteri di accesso	21
3. Gli studi condotti presso alcune Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna	25
3.1. Quadro sinottico	25
3.2. "Attendere e attendersi" prestazioni sanitarie nell'ottica del soggetto <i>embedded</i> nella società	36
3.3. Tracce per un <i>identikit</i>	37
3.4. (Ri)scoprire pratiche di flessibilità temporale e funzione sociale dell'attesa	39
Parte seconda.	43
Gli studi	
1° studio. Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta	45
2° studio. La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa	65
3° studio. La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini	89
Bibliografia	107

Appendice

111

Questionario 1° studio

113

Questionario 2° studio

125

Questionario 3° studio

127

Sommario

Dall'indagine condotta da Eurisko (2003) sulla qualità percepita dai cittadini dell'Emilia-Romagna si rileva un giudizio nel complesso positivo sul Servizio sanitario regionale. Non manca tuttavia la segnalazione di alcune problematiche tra cui la difficoltà dell'accesso ai servizi, in particolare di specialistica ambulatoriale.

Gli studi finora condotti a livello nazionale sulle liste di attesa si sono generalmente limitati ad analizzare il grado di soddisfazione dei cittadini (*customer satisfaction*) e a dimostrare la rilevanza del problema, piuttosto che a definire strumenti per il governo del fenomeno attraverso l'effettiva comprensione del loro punto di vista. Si tende infatti a non considerare che nella formulazione del giudizio complessivo del cittadino entrano in gioco - oltre alla variabile temporale - anche altri elementi, quali la capacità di ascolto da parte del professionista e il riconoscimento della sua competenza.

Alla base delle indagini ideate e realizzate in Emilia-Romagna per migliorare la comprensione del fenomeno vi è invece proprio la considerazione che non si può non tenere conto della complessità dei processi decisionali e dei percorsi organizzativi che coinvolgono i cittadini in una condizione di malattia - acuta o cronica - che influisce su tutti gli aspetti della loro esistenza.

Lo scopo delle tre indagini condotte dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna fra novembre 2002 e novembre 2003 è comprendere il tema delle liste di attesa all'interno di un quadro complessivo in cui siano esplicitati il senso e la strategia di azione dei cittadini rispetto alla decisione/necessità di inserirsi in un percorso di cura del quale la lista di attesa rappresenta una tappa.

Come schematizzato nelle schede che seguono, i campioni sono costituiti da cittadini che afferiscono alle strutture pubbliche, contattati direttamente presso i servizi di cui hanno fatto richiesta. In particolare, gli studi sono stati condotti presso l'Azienda USL di Cesena (ambulatorio di oculistica dell'Ospedale Bufalini), le Aziende USL di Piacenza e Parma (ambulatori di oculistica, cardiologia, ORL, chirurgia e urologia di Piacenza, Fiorenzuola, Parma e Fidenza) e la ex Azienda USL Città di Bologna (ambulatori specialistici e di diagnostica dei presidi ospedalieri).

In due studi sono stati utilizzati questionari somministrati tramite intervista, nell'ultimo il questionario è stato somministrato telefonicamente previa informazione da parte del personale sanitario.

In tutte e tre le indagini emergono una sostanziale tolleranza nei confronti dell'attesa, anche lunga, e una generale valutazione positiva per la prestazione sanitaria ricevuta, nella quale il rapporto con il medico esercita una forte influenza.

Viene inoltre rilevata l'esigenza che il sistema di prioritarizzazione sia riconducibile alla gravità, a fronte di una abbastanza diffusa disponibilità a cedere il proprio posto a persone in condizioni più gravi.

1° studio.

Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta (c/o Ospedale Bufalini di Cesena)

Obiettivi

Il fenomeno delle liste di attesa è indagato rispetto a:

- grado di accettabilità dei tempi di attesa prospettati ai cittadini/pazienti, dal momento in cui si sono rivolti allo specialista sino alla data dell'intervento;
- scelta tra sistema pubblico o ricorso a erogatori privati;
- attesa massima tollerabile per un generico intervento di chirurgia elettiva;
- livello di accordo rispetto all'eventualità di una esplicita prioritarizzazione degli accessi e opinione sulle variabili su cui si dovrebbero fondare tali punteggi di priorità;
- parere sull'esistenza o meno di forme di prioritarizzazione già utilizzate dai professionisti.

Metodologia

Strumento: questionario somministrato tramite intervista.

Campione: 183 soggetti in attesa di chirurgia della cataratta afferenti all'ambulatorio di oculistica; marzo-novembre 2003.

Risultati principali

- Si rileva un livello soddisfacente di tolleranza rispetto ai tempi di attesa (metà dei soggetti attende meno di 30 giorni e il 14% attende più di 2 mesi).
- La variabilità del tempo di attesa effettivo non appare spiegata da alcuna variabile collegata alla funzionalità visiva del soggetto.
- Fra i fattori associati alla percezione di un'attesa troppo lunga emergono quali variabili significative il reddito e la percezione della gravità, oltre al tempo di attesa effettivo. Inoltre, misure cliniche dell'acuità visiva eseguite dall'oftalmologo appaiono correlate con la variabile "percezione dei tempi", a differenza delle misure di autovalutazione della vista riportate dai pazienti.
- La disponibilità a pagare per ottenere immediatamente la prestazione in una struttura privata è risultata alquanto bassa (il 35% si dichiara non disposto a sostituire il pubblico con il privato e circa la metà del campione è disposta a pagare una cifra non superiore ai 500 Euro).
- Vi è consenso sull'opportunità di rendere più esplicito il sistema di prioritarizzazione da adottare nella gestione degli accessi, a fronte di una sorprendente scarsa conoscenza/trasparenza del sistema attualmente in uso.
- La classifica dell'importanza relativa dei vari criteri di priorità vede ai primi posti fattori di ordine clinico (stato di salute, intensità del dolore, peggioramento delle condizioni durante l'attesa), agli ultimi comportamenti e stili di vita passati, considerazioni di natura finanziaria (evidenza costo-efficacia e costo durante l'attesa) e l'interesse particolare dello specialista.

2° studio.

La percezione dei cittadini sulle liste di attesa (c/o ambulatori di Piacenza, Fiorenzuola, Fidenza, Parma)

Obiettivi

Il fenomeno delle liste di attesa è indagato rispetto a:

- grado di tolleranza rispetto al tempo di attesa;
- cause e spiegazioni che i cittadini attribuiscono al fenomeno;
- strategie di intervento tra cui l'eventuale modifica dei criteri di accesso.

Metodologia

Strumento: questionario somministrato tramite intervista.

Campione: 223 soggetti afferenti agli ambulatori di oculistica, cardiologia, ORL, chirurgia, urologia, altro; settembre 2002 - febbraio 2003.

Risultati principali

- In generale, l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole per tempi di attesa tra i 30 e i 60 giorni. Si rileva tuttavia un livello di tolleranza all'attesa complessivamente elevato: la metà di chi dichiara di avere aspettato 60 e più giorni si dice soddisfatto, anche se molti si sono affrettati a sottolineare l'aspetto contingente della soddisfazione quasi a volere mettere le mani avanti dicendo "per questa volta è andata bene, ma non bisogna adagiarsi".
- Interpellati in merito alla loro opinione sulle cause della lunghezza delle liste, gli intervistati indicano soprattutto elementi di processo (scarsa programmazione, cattiva gestione del tempo, problemi di burocrazia), mentre tra le strategie di miglioramento spiccano elementi di struttura (più personale, maggiori finanziamenti, più strutture e macchinari).
- Una parte considerevole degli intervistati (40%) è d'accordo con il criterio di accesso *first come, first served*, ma tale percentuale cala man mano che aumenta l'attesa. Ad esprimere maggiore consenso sono i più giovani; le donne diventano maggiormente critiche dopo i 40 anni, gli uomini dopo i 60. Tra i più anziani si osserva inoltre un atteggiamento fatalistico del tipo "non si può fare diversamente", in particolare tra chi ha sostenuto un'attesa elevata (superiore ai 60 giorni) e nei maschi.
- Stimolati a considerare criteri di accesso diversi dal *first come, first served*, il 9% degli intervistati dichiara che non darebbe la precedenza in nessun caso, mentre tutti gli altri esprimono la loro disponibilità a lasciare il posto qualora fosse introdotto il criterio che meglio interpreti la loro definizione di priorità.
- I criteri per l'accesso a favore dei quali gli intervistati sarebbero disposti a dare la precedenza sono sostanzialmente riconducibili alla gravità della condizione. Tale concetto trova tuttavia diversa declinazione: c'è chi definisce la gravità rispetto a parametri clinici utili a identificare "chi sta peggio", "chi è più urgente"; alcuni rispetto al "chi è grave" e tra questi vengono individuate particolari tipologie di soggetti (anziani, donne in gravidanza, bambini, invalidi) o determinate tipologie di malattie (di cuore e tumore). Altri

ancora interpretano il concetto di gravità rispetto a "chi spetta stabilirla, definirla, misurarla" e - a parte una esigua percentuale di intervistati che sostengono che "l'urgenza è soggettiva" - tutti gli altri identificano questa figura nel medico.

- La famiglia e la rete informale di sostegno ricoprono un ruolo cruciale nella gestione delle liste di attesa. Più della metà dei cittadini intervistati ha avuto bisogno di essere accompagnato all'appuntamento da un familiare (in minor numero da amici) vista anche l'età media elevata dei soggetti per i quali si presume una ridotta autonomia (o funzionalità). In questa ottica, l'alta soglia di tolleranza sui tempi di attesa anche dilatati potrebbe essere motivata dal fatto che essi consentirebbero al soggetto e alla rete di sostegno familiare di organizzarsi compatibilmente con le altre attività (lavorative e non). Non a caso la scelta della struttura si è basata nella maggioranza dei casi su criteri di praticità-comodità, e molto spesso si tratta di scelte condizionate dal parere di familiari e conoscenti, oltre che di medici.

3° studio.

La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini (c/o ex Azienda USL Città di Bologna)

Obiettivi

Il fenomeno delle liste di attesa è indagato rispetto a:

- come varia la tollerabilità dell'attesa rispetto alle fasi del percorso;
- in che misura la soddisfazione rispetto alla prestazione ricevuta è influenzata dal tempo di attesa;
- quali altre variabili, oltre al tempo di attesa, sono cruciali nel determinare il grado di soddisfazione per la prestazione ricevuta.

Metodologia

Strumento: questionario somministrato telefonicamente.

Campione: 3.324 soggetti, afferenti agli ambulatori specialistici e di diagnostica dei presidi ospedalieri dell'Azienda USL; novembre 2002 - giugno 2003.

Risultati principali

- 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.
- In secondo luogo, la valutazione della prestazione dipende dalla soddisfazione sull'attesa. È importante considerare inoltre che il percorso di cura si compone non di un solo "tempo" di attesa bensì di diversi "tempi" che, tra l'altro, dal punto di vista degli intervistati risultano avere un peso differente sulla valutazione della qualità delle prestazioni.
- Mentre la valutazione sul 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.
- Un altro tempo significativo nell'influenzare la soddisfazione sulla prestazione è quello tra l'ora fissata per l'appuntamento e la visita effettiva, cioè il tempo trascorso in sala di aspetto, che è un tempo "in sospeso" con forti connotazioni a sfondo emotivo.
- Anche le variabili legate all'informazione ricevuta durante il percorso di cura hanno molta importanza nella valutazione di soddisfazione del cittadino. E si intende l'informazione ricevuta non solo dallo specialista che comunica diagnosi e condizioni di salute durante e dopo la prestazione, ma anche dal medico di famiglia che nel fare la richiesta mette al corrente il cittadino sulle motivazioni e modalità della stessa.
- Dallo studio emerge l'importanza del rapporto con il medico. Si individua infatti l'esistenza di un filo rosso che collega il "tempo dedicato dal medico" alle sue qualità relazionali di gentilezza, cortesia e che conduce al più ampio tema del rapporto medico-paziente.

- A conferma della crucialità della figura del professionista, l'analisi dei dati ha messo in rilievo che la scelta della struttura si basa da un lato sulla competenza professionale e dall'altro sulla fiducia riposta nel consiglio del medico inviante, quasi a sottolineare che il riconoscimento della professionalità e delle competenze è l'elemento centrale attorno a cui ruotano le valutazioni dei soggetti.

Premessa

Nel volume vengono presentati e descritti gli studi compiuti presso alcune Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna relativamente alla percezione delle liste d'attesa da parte di cittadini.

In particolare sono state condotte tre ricerche sull'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e alla chirurgia di elezione. I temi toccati riguardano il grado di tolleranza rispetto all'attesa e l'accettazione dell'introduzione di criteri di priorità per la gestione delle liste d'attesa. I campioni sono costituiti da cittadini che afferiscono alle strutture pubbliche, contattati presso i servizi di cui hanno fatto richiesta.

Il volume è strutturato in due parti:

- la prima offre una sintesi della principale letteratura di riferimento e un quadro prospettico delle domande e dei risultati degli studi condotti;
- nella seconda parte i tre studi svolti in Emilia-Romagna vengono presentati in modo più analitico, approfondendo metodologia utilizzata e analisi compiute.

Parte prima.

Quadro di riferimento e sintesi dei principali risultati degli studi

1. Problemi e prospettive in tema di liste d'attesa¹

Pochi altri temi come le liste di attesa riconducono al significato delle parole chiave e dei principi che ispirano il modo di operare del Servizio sanitario nazionale. In questo senso, le liste di attesa rappresentano il "luogo" in cui si esplica:

- l'aderenza ai valori etico-sociali su cui si basa il SSN italiano di "distribuire a ciascuno secondo il suo bisogno", che si traduce nel criterio di equità di accesso, cioè una persona è trattata equamente se riceve ciò di cui ha bisogno;²
- il legame di interdipendenza tra appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa in base al principio "fare la cosa giusta al momento giusto", assicurando ai cittadini:
 - prestazioni efficaci,
 - nella quantità giusta,
 - con tempi di risposta adeguati³ rispetto allo specifico bisogno assistenziale.

Il fenomeno delle liste d'attesa presenta diverse sfaccettature in relazione alle chiavi interpretative considerate. Come sintetizza Grilli (2003) in un recente contributo, si può ricondurre il fenomeno a tre possibili interpretazioni.

- Squilibrio tra domanda e offerta di servizi, che porta ad aumentare le risorse per riequilibrare l'offerta in funzione della quantità dei bisogni assistenziali (veri o presunti) espressi dalla popolazione. Si è tuttavia constatato che politiche sanitarie orientate all'incremento delle risorse (aumento dei volumi di offerta) non sono in grado di garantire - se non nell'immediato - l'eliminazione delle liste di attesa, che rapidamente si riproducono.
- Razionalità clinica, ovvero le liste d'attesa sono considerate come il risultato dell'applicazione di criteri clinici di selezione dell'accesso a specifici interventi e servizi. In questa prospettiva le liste d'attesa non rappresentano un fenomeno di per sé patologico ma sono espressione di una razionalità clinica che ordina l'accesso agli interventi in funzione della gravità della condizione e della possibilità di beneficiarne.
- Funzionalità organizzativa, secondo cui il fenomeno è considerato come una condizione necessaria al mantenimento della piena operatività dei servizi. In questa ottica le liste d'attesa rappresentano una riserva fisiologica di pazienti disponibili al trattamento, dalla quale attingere nei momenti di minore attività.

¹ A cura di Maria Augusta Nicoli.

² Tale concetto sottintende una logica diversa dal "distribuire a ciascuno in parti uguali" perché qualcuno potrebbe avere più bisogno di altri.

³ Cioè quando il paziente possa beneficiarne, e non dopo il deterioramento o il peggioramento delle sue condizioni cliniche.

Il fenomeno delle liste d'attesa non rappresenta necessariamente un aspetto negativo nel contesto delle relazioni tra domanda e offerta di servizi sanitari da una parte e bisogni assistenziali della popolazione dall'altra, quanto piuttosto un fenomeno che necessita di essere governato e regolato (Grilli, 2003). Un buon sistema sanitario non è quello che offre tutto subito, ma quello che mette al centro dell'attenzione i principi di appropriatezza e priorità clinica.

L'orientamento verso l'adozione di indicazioni che rendono appropriata la richiesta di prestazioni sanitarie ha portato a diverse sperimentazioni, tra cui l'introduzione di *score* di priorità⁴ e il perfezionamento delle linee guida per i percorsi maggiormente critici.

La promozione e la garanzia della qualità nelle strutture sanitarie, che passa anche attraverso la riduzione delle liste di attesa, rappresenta un impegno che il Governo ha deciso di includere tra gli obiettivi strategici del triennio 2002-2004.⁵ I numerosi richiami e provvedimenti sulla gestione e riduzione delle liste di attesa dimostrano come la sensibilità politica verso il problema sia di recente accresciuta.

Il Governo era intervenuto nel 1998 con un Decreto legislativo che affidava alle Regioni il compito di individuare le modalità per garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando i criteri secondo i quali le Aziende Unità sanitarie locali e ospedaliere determinano il tempo massimo tra la data di richiesta delle prestazioni e la data di erogazione delle stesse.⁶ Sempre in materia di determinazione dei criteri generali per la priorità degli accessi e dei tempi massimi di attesa, il DPCM del 16 aprile 2002 prevede, nelle situazioni di particolare criticità, l'utilizzo delle prestazioni libero-professionali e l'accreditamento provvisorio di strutture private finalizzate alla diminuzione delle liste d'attesa. Vengono inoltre esplicitati alcuni meccanismi sanzionatori che scattano in caso di inosservanza dei tempi di attesa stabiliti.

L'accordo Stato-Regioni⁷ dell'estate del 2002 fissa standard di attesa da garantire su tutto il territorio italiano per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero di particolare rilevanza,⁸ e individua quattro classi di priorità per il ricovero e tre per l'ambulatoriale sulla base dell'intensità del dolore, della disabilità, del livello di influenza sulla prognosi.

⁴ Il criterio dell'appropriatezza, e quindi anche l'erogazione di prestazioni sanitarie in tempi appropriati alle effettive necessità di cura dei cittadini, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza. Si veda Fantini *et al.*, 2002.

⁵ Si vedano i progetti-obiettivo dello Schema di Piano sanitario nazionale 2002-2004.

⁶ Articolo 3, comma 10, DLgs 29 aprile 1998 n. 124.

⁷ Conferenza Stato-Regioni, seduta dell'11 luglio 2002.

⁸ Si tratta di: *iter* diagnostico del paziente con sospetta neoplasia, RMN, TAC cerebrale, ecodoppler, visita cardiologica, visita oculistica, esofagogastroduodenoscopia, ecografia dell'addome. Per i ricoveri, assumono rilevanza nazionale l'intervento per cataratta, di protesi d'anca, e la coronarografia.

La Regione Emilia-Romagna ha seguito una strategia orientata a governare il fenomeno liste d'attesa relativamente a quattro principali direttrici:

- stabilire tempi massimi di attesa;⁹
- offrire prestazioni adeguate alle condizioni cliniche del paziente;
- utilizzare in modo ottimale il patrimonio professionale e tecnologico esistente;
- raccordare al meglio l'attività specialistico-ambulatoriale con il sistema delle prenotazioni.

⁹ Si sono definiti tempi massimi di attesa di: 7 giorni per le prestazioni urgenti, 30 giorni per le visite specialistiche, 60 giorni per gli esami strumentali.

2. Quando il fenomeno è anche una questione di “percezione sociale”

2.1. Liste di attesa e punto di vista dei cittadini

Il tema delle liste d’attesa è spesso al centro dell’attenzione dell’opinione pubblica come indicatore di malasanità.¹⁰ Non ci sono tuttavia studi di approfondimento che entrano nel merito del giudizio dei cittadini rispetto a tale fenomeno. Ciò ha portato a generalizzare una situazione che in realtà non è espressione di una “oggettività” fenomenica, ma prende avvio da opinioni raccolte e giudizi frutto di processi di percezione sociale.¹¹ Il punto di vista del cittadino rappresenta pertanto una chiave di lettura ulteriore per comprendere le liste d’attesa, che tanto peso rivestono nelle scelte di politica sanitaria.

Questa prospettiva permetterebbe di verificare l’eventuale esistenza di punti di contatto con le strategie dei tecnici del settore e di considerare anche azioni mirate verso un ambito meno tangibile ma estremamente influente quale le idee e le opinioni che i cittadini si formano. L’approfondimento sulla percezione sociale del fenomeno liste d’attesa è dunque fondamentale per perfezionare nuove strategie di governo e gestione che considerino anche questa chiave di lettura.

Accanto quindi alla valutazione sulla strategia complessiva di intervento degli attuali indirizzi di politica sanitaria, nasce la necessità di approfondire generiche affermazioni sulla lunghezza delle liste d’attesa. In particolare, l’interesse si sta spostando dal tradizionale modo di rilevare il grado di soddisfazione secondo l’approccio *customer satisfaction* a un orientamento che collega il giudizio di soddisfazione all’individuazione di dimensioni di significato più rilevanti per i cittadini/utenti grazie all’effettiva comprensione dell’alterità del loro punto di vista (Nicoli, Capizzi, 2003). Se da un lato è vero che le rilevazioni della qualità vanno calate in contesti relazionali non più riconducibili unicamente alla dualità medico-paziente (Nicoli, 2003) - in quanto gestiti da più figure professionali e con diverse competenze -, dall’altro esse non possono non tenere conto della complessità dei processi decisionali e dei percorsi organizzativi che coinvolgono gli utenti quando si trovano in una certa condizione di malattia, acuta o cronica, che influisce su tutti gli aspetti della loro esistenza (Straw, 2002).

¹⁰ Eurisko, ricerche locali condotte dalle Aziende USL o dai Comitati consuntivi misti.

¹¹ Aspetto peraltro rilevante anche per una verifica delle attuali disposizioni regionali.

All'interno di tale contesto di riferimento è possibile individuare due principali campi di indagine:

- qualità percepita - in questo ambito rientrano gli studi che hanno valutato il grado di accettabilità del cittadino/paziente rispetto ai tempi di attesa attualmente imposti dal Servizio sanitario regionale per verificare il grado di soddisfazione percepito dai cittadini - e quindi il loro comportamento potenziale sul mercato privato - e i fattori che rendono l'attesa accettabile;
- razionalità clinica/trasparenza - questo ambito concerne la selezione della domanda da parte del sistema. L'orientamento verso l'adozione di indicazioni che rendono appropriata la richiesta di prestazioni sanitarie ha portato a diverse sperimentazioni, tra cui l'introduzione di *score* di priorità e il perfezionamento delle linee guida sui percorsi maggiormente critici. È dunque di estremo interesse verificare il grado di condivisione da parte del cittadino di alcuni criteri per la determinazione delle priorità negli accessi.¹²

La scomposizione dicotomica del problema rispetto a questi due ordini di questioni - livello di accettabilità dei tempi di attesa e criteri di accesso - rischia di non tenere conto del fatto che assumere il punto di vista del cittadino significa in primo luogo collocare il tema della lista d'attesa all'interno del campo semantico dello stesso, in cui la tolleranza all'attesa e la condivisione dei criteri di priorità di accesso sono collegati a caratteristiche personali e alla valutazione che il cittadino dà delle proprie condizioni di salute. In definitiva, chiedere astrattamente un giudizio rischia di non fornire utili riscontri a chi intende presidiare in modo equo ed efficace l'accesso alle prestazioni sanitarie.

2.2. Accettabilità dei tempi di attesa

La letteratura di riferimento sul grado di accettabilità dei tempi ha indagato diversi fattori, fra i quali l'impatto dell'attesa sul deterioramento dello stato di salute e sull'esito finale del trattamento.

In generale, oltre all'approccio degli esperti clinici (Naylor *et al.*, 1991) e dei politici (Hanging *et al.*, 1998), si è delineato un terzo possibile approccio, quello dei pazienti, che contribuisce in maniera diversa al processo di determinazione delle attese massime (Sanmartin, 2001). L'approccio del paziente fornisce un'interessante valutazione della tolleranza pubblica associata ai tempi di attesa, nonostante i fattori associabili siano ancora poco esplorati, ad eccezione di alcuni studi retrospettivi canadesi sulla chirurgia di protesi d'anca e del ginocchio (Coyte *et al.*, 1994; Ho *et al.*, 1994) e di due studi di natura prospettica sulla chirurgia della cataratta (Anderson *et al.*, 1997; Dunn *et al.*, 1997). Da questi lavori emerge una sostanziale accettabilità dei tempi di attesa in relazione alle caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti.

¹² Lo studio è collegato ad altre indagini, promosse dall'Agenzia sanitaria regionale, volte a indagare la tolleranza dei cittadini rispetto ai tempi di attesa, in particolare in relazione a variabili legate alla soddisfazione della prestazione ricevuta, ai motivi della scelta della struttura e a determinanti di percezione causale del fenomeno.

Sono inoltre interessanti gli studi condotti sul grado di soddisfazione dei tempi di attesa in sala d'aspetto prima di accedere all'ambulatorio dello specialista (Leddy, Kaldenberg, Beaker, 2003) e sugli effetti di interventi educativi volti a gestire tali tempi di attesa (Oermann, 2003).

Si introduce quindi la questione dei diversi pesi della percezione del paziente in relazione ai differenti tempi di attesa (Rondeau, 1998): il tempo di attesa nella sala d'aspetto e il tempo dedicato dal professionista (Dansky, Miles, 1997) sembrano rappresentare le variabili più predittive della soddisfazione del paziente, la cui gestione diventa un aspetto cruciale.

A questo proposito è opportuno ricordare gli studi di area psico-sociale in cui la valutazione della tolleranza dell'attesa, e quindi della necessità di ricorrere al medico specialista in tempi rapidi, è messa in relazione a fattori di tipo percettivo, agli atteggiamenti e alle opinioni dei soggetti sul proprio stato di salute.¹³ In particolare, si fa riferimento all'*Health Belief Model* (Becker *et al.*, 1977), ampiamente utilizzato per prevedere il comportamento in ambito sanitario e in particolare il modo in cui le persone malate percepiscono i propri sintomi (*illness behavior*). Secondo tale modello, l'adozione del comportamento (grado di tolleranza ai tempi di attesa) è il risultato di una valutazione congiunta del grado di minaccia associato a una malattia, e dei benefici e dei costi dell'azione da intraprendere. La percezione della minaccia di malattia è influenzata dalla misura in cui il soggetto si sente personalmente vulnerabile al rischio nei confronti di una data malattia (percezione di vulnerabilità) e dalle credenze circa la gravità delle conseguenze associate alla malattia (percezione di gravità). Il modello include anche altri elementi, come fattori demografici (età, sesso) e socio-psicologici (classe sociale, personalità, gruppi di riferimento) che agiscono come moderatori nella percezione della minaccia di malattia, ed elementi induttori¹⁴ necessari per stimolare il comportamento.

2.3. Criteri di accesso

Oltre all'accettabilità dei tempi, il problema delle liste di attesa è strettamente collegato al punto di vista dei cittadini sull'eventualità di introdurre una diversa modalità di gestione di tali liste rispetto a quella solitamente in uso del *first come, first served*. L'introduzione di *score* di priorità costituisce una delle strategie per modificare l'accesso modulandolo in funzione di parametri clinici e sociali.

In un recente lavoro di Testi e Tanfani (2004) vengono ripercorse le principali metodologie di definizione dei criteri di assegnazione delle priorità, tra cui quelle che consentono di raggruppare le persone in classi omogenee attraverso due procedure:

- la prima è quella suggerita dalla Conferenza Stato-Regioni e che gli autori utilizzano per verificare un modello di simulazione improntato su una valutazione clinica;

¹³ Per una esauriente rassegna dei modelli più utilizzati, si veda Zani e Cicognani (2000).

¹⁴ La loro origine può essere interna (ad esempio comparsa di sintomi) o esterna (ad esempio campagna attraverso i *mass media*).

- la seconda prevede di assegnare a ciascun paziente un punteggio di priorità sulla base delle caratteristiche cliniche ed eventualmente socio-economiche. Questa seconda metodologia ha diverse applicazioni (Western Canada Waiting List Project, 2001; New Zealand Priority Scoring System, Hadorn, Holmes, 1997; in Italia: Fantini *et al.*, 2002;¹⁵ Grilli, 2003), anche se non si è raggiunto un accordo nel definire criteri che non alterino l'equità di accesso (Mullen, 2003).

La definizione di bisogno che determina l'accesso a una prestazione tra pazienti che "competono" per lo stesso servizio è riconducibile a diversi ordini di considerazioni, sia cliniche - gravità delle condizioni del paziente, grado di urgenza (tempestività) -, sia non cliniche (Hadorn, 2000). Se ad esempio tra i criteri si inserisce il fattore condizione lavorativa, è ipotizzabile che nell'assegnazione della priorità si tenga conto anche del fatto che il paziente sia professionalmente attivo oppure no, che abbia molte o poche responsabilità lavorative, ecc.

L'elaborazione e adozione di sistemi di punteggi clinici di priorità sta richiamando una grande attenzione nell'ambito della ricerca diretta anche alla rilevazione dell'opinione dei cittadini (Edwards, 1999).

A questo proposito, in Canada è stato condotto uno studio promosso all'interno del progetto WCWL (Western Canada Waiting List Project, 2001), in cui sono state messe in evidenza le opinioni degli intervistati sui diversi criteri attualmente in uso e su quelli che dovrebbero essere utilizzati. Il criterio del *first come, first served* rimane il preferito dai cittadini, ma accanto ad esso ne vengono esplicitati altri, alcuni dei quali - di tipo sociale - tengono conto della qualità della vita del paziente e di aspetti socio-anagrafici ed economici (età, condizione lavorativa, stili di vita, ecc.).

Negli studi condotti c'è l'idea generale di rilevare i criteri di priorità che siano condivisi dalla popolazione, pur essendo chiaro che il problema non può essere risolto attraverso il consenso popolare. Infatti, come dimostrato da Furnham e suoi collaboratori (*Tabella 1*), si aprono a questo proposito numerose questioni.

Sono stati investigati i fattori che influiscono sul giudizio delle persone quando viene chiesto loro di scegliere fra pazienti che si trovano nelle medesime condizioni cliniche. Ad esempio, è stato chiesto ai cittadini di mettere in ordine di priorità 16 ipotetici pazienti affetti da insufficienza renale, fornendo loro informazioni su genere, reddito, abitudine o meno al fumo, e addirittura preferenze politiche (Furnham *et al.*, 1999). Il risultato dei questionari ha evidenziato che maggiore priorità era offerta alle donne, ai non fumatori, ai poveri e ai pazienti con idee politiche di sinistra.

In un altro studio sull'accesso alla dialisi si è riscontrato che le donne hanno spesso priorità rispetto agli uomini, i giovani rispetto ai vecchi, gli sposati rispetto ai celibi, i nativi della nazione presa in considerazione rispetto agli stranieri, i non fumatori rispetto ai fumatori, i non bevitori rispetto ai bevitori, i poveri rispetto ai ricchi, i pazienti con una

¹⁵ Il set di variabili identificate come rilevanti ai fini della definizione delle priorità erano l'acuità visiva, la funzionalità visiva, l'abilità di condurre una vita indipendente; il loro peso relativo, comprensibile e accettato dai clinici, è stato derivato da modelli di regressione lineare.

buona prognosi rispetto a quelli con una prognosi incerta, i pazienti onesti rispetto ai disonesti, i cristiani rispetto agli atei, i pazienti con un basso livello di responsabilità verso la malattia rispetto a quelli altamente responsabili (Furnham *et al.*, 1999).

Tabella 1. Studi di Furnham e collaboratori

Studio	Variabili
Furnham e Briggs, 1993	Sesso, età, nazionalità, stato civile
Furnham, 1996	Sesso, abitudine al fumo, reddito, preferenze politiche
Furnham e Ofstein, 1997	Prognosi, stabilità lavorativa, onestà
Furnham <i>et al.</i> , 1999	Sesso, reddito, consumo alcolico, credenza religiosa
Furnham <i>et al.</i> , 2000	Sesso, abitudine al fumo, posizione lavorativa, servizio di comunità

3. Gli studi condotti presso alcune Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna¹⁶

3.1. Quadro sinottico

Lo scopo delle indagini condotte presso alcune Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna era quello di approfondire diversi aspetti per avere una panoramica complessiva dei temi di interesse. Il quadro sinottico è dunque organizzato per permettere una visione di insieme dei singoli studi confrontati rispetto alle domande principali cui si è cercato di dare risposta, e al tempo stesso verificare, ove possibile per l'analogia dei campi di indagine, la coerenza dei risultati ottenuti.

	Domande
Chi sono i cittadini che aspettano	Chi sono da un punto di vista socio-anagrafico? Pagano il <i>ticket</i> ? Qual è il grado di gravità e di rischio percepito? Prima volta in questa struttura? Da soli o accompagnati?
Caratteristiche della prestazione	Che tipo di prestazione ha ricevuto? Afferente a quale reparto? Chi ha richiesto la prestazione? Dove ha effettuato la prenotazione?
Tempo di attesa tra prenotazione e prestazione	Quanto tempo aspettano tra la prenotazione e la prestazione? Qual è la soddisfazione personale? Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo di attesa tra prenotazione e prestazione? Quale dovrebbe essere l'attesa massima per un intervento non urgente?

¹⁶ A cura di Emanuela Antonazzo, Sara Capizzi, Maria Augusta Nicoli.

<i>Trade off</i> pubblico-privato	<p>Quanto tempo si è disposti ad aspettare?</p> <p>Quali variabili sono associate alla disponibilità ad attendere?</p> <p>Disponibilità a pagare sul mercato privato?</p> <p>Quali variabili sono associate alla disponibilità a pagare?</p>
Tempo trascorso tra ora stabilita per l'appuntamento e ora effettiva	<p>Quanto tempo aspettano tra ora stabilita per l'appuntamento e ora effettiva?</p> <p>Qual è la soddisfazione personale?</p> <p>Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo fra l'ora stabilita per l'appuntamento e l'ora effettiva?</p>
Soddisfazione rispetto al tempo dedicato dal professionista	<p>Qual è la soddisfazione personale?</p> <p>Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo dedicato dal professionista?</p>
Spiegazione del fenomeno liste di attesa	<p>Come viene spiegato il fenomeno liste di attesa?</p> <p>Quali soluzioni?</p>
Criteri di accesso alle prestazioni	<p>Secondo Lei, quali sono i criteri di accesso attualmente utilizzati?</p> <p>Qual è la soddisfazione verso il criterio attuale di accesso <i>first come, first served</i>?</p> <p>I cittadini/pazienti sono d'accordo nel modificare i criteri di accesso attualmente utilizzati?</p> <p>Quali sono i criteri da adottare e quale dovrebbe essere la loro importanza relativa?</p>
Valutazioni generali: il gioco delle variabili	<p>Quali dimensioni sono alla base dei criteri?</p> <p>Quali variabili influenzano la scelta della struttura?</p>
Soddisfazione generale sulla prestazione	<p>Qual è la soddisfazione generale rispetto alla prestazione?</p> <p>Quali variabili sono predittive della soddisfazione sulla prestazione in generale?</p>

Azioni di ricerca	Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta	La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa	La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini
	Ospedale Bufalini di Cesena	ambulatori di Piacenza, Fiorenzuola, Fidenza, Parma	presidi ospedalieri ex AUSL Città di Bologna
Campione, strumento, procedura	183 soggetti in attesa di chirurgia della cataratta, afferenti agli ambulatori di oculistica.	223 soggetti afferenti agli ambulatori di oculistica, cardiologia, ORL, chirurgia, urologia, altro.	3.324 soggetti afferenti agli ambulatori specialistici e di diagnostica dei presidi ospedalieri dell'Azienda USL.
	Questionario somministrato tramite intervista.	Questionario somministrato tramite intervista.	Questionario somministrato telefonicamente.
	Contatto nel corso della visita pre-operatoria mediante questionario <i>face to face</i> .	I pazienti sono stati intervistati prima di effettuare la prestazione in sala d'aspetto oppure in spazi che il personale metteva a disposizione dei ricercatori. L'intervista veniva registrata richiedendo preventivamente il consenso del paziente.	I soggetti del campione hanno dato il loro consenso all'intervista tramite compilazione a fine prestazione di un modulo di liberatoria informativo dell'iniziativa di indagine; quindici giorni dopo sono stati intervistati telefonicamente dopo avere rinnovato la loro disponibilità.

I cittadini che aspettano

Azioni di ricerca Domande	Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta Ospedale Bufalini di Cesena	La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa ambulatori di Piacenza, Fiorenzuola, Fidenza, Parma	La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini presidi ospedalieri ex AUSL Città di Bologna
Chi sono da un punto di vista socio-anagrafico?	<p>sexso</p> <p>57,4% F 42,6% M</p> <p>età</p> <p>89% oltre i 65 7% 55-64 4% 25-54</p> <p>occupazione</p> <p>94,5% condizione non lavorativa (88,5% pensionati; 6% casalinghe) 4,3% impiegati 1,1% altro</p> <p>istruzione</p> <p>11% nessun titolo 57% scuola elementare 16% scuola media inferiore 13% scuola media superiore 3% laurea</p>	<p>sexso</p> <p>56% F 44% M</p> <p>età</p> <p>44,8% oltre i 65 11,7% 55-64 37,2% 25-54 6,3% entro 24</p> <p>occupazione</p> <p>62,2% condizione non lavorativa (47% pensionati; 13,4% casalinghe; 1,8% disoccupati) 13% impiegati 9,2% operai 8,3% lavoratori autonomi 7,3% altro</p> <p>istruzione</p> <p>41% scuola elementare 32% scuola media inferiore 24% scuola media superiore 3% laurea</p> <p>residenza</p> <p>45% Piacenza e dintorni 28,4% Parma e dintorni 17,1% Fidenza 8,1% Fiorenzuola 1,4% altre regioni (Nord Italia)</p>	<p>età</p> <p>39% oltre i 65 22% 55-64 39% 25-54</p> <p>occupazione</p> <p>63% condizione non lavorativa (52% pensionati; 9,6% casalinghe; 1,4% disoccupati) 16% impiegati 8% lavoratori autonomi 4,5% operai 8,5% altro</p> <p>residenza</p> <p>94,1% provincia di Bologna 3,1% altre province Emilia-Romagna 2,7% altre regioni 0,1% altro stato</p>

I cittadini che aspettano <i>(continua)</i>	Pagano il <i>ticket</i> ?		63,2% no 36,8% sì	60,3% no 39,7% sì
	Qual è il grado di gravità e di rischio percepito?	media su scala Likert a 5 punti: gravità cataratta: 3,01 rischio cataratta: 3,00		
	Prima volta in questa struttura?			50,2% sì 49,8% no
	Da soli o accompagnati?		58,3% con supporto familiare 41,7% da solo	
Caratteristiche della prestazione	Che tipo di prestazione ha ricevuto?	100% intervento di estrazione della cataratta	55% visite specialistiche 45% esami strumentali	47,4% esame 39,4% visita 8,3% visita ed esame 4,9% terapia
	Afferente a quale reparto?	100% oculistica	31% cardiologia 24% ORL 21% chirurgia 13% oculistica 11% urologia	
	Chi ha richiesto la prestazione?			53% medico di famiglia 33% specialista 12% controllo a seguito ricovero 2% pronto soccorso
	Dove ha effettuato la prenotazione?	100% direttamente nell'ambulatorio		43% CUP 26% direttamente nell'ambulatorio/servizio 22% in farmacia 9% altro

Azioni di ricerca	Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta	La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa	La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini	
Domande	Ospedale Bufalini di Cesena	ambulatori di Piacenza, Fiorenzuola, Fidenza, Parma	presidi ospedalieri ex AUSL Città di Bologna	
Quanto tempo aspettano tra la prenotazione e la prestazione?	46,3% entro 30 gg 39,4% 31-60 gg 13,9% oltre 60 gg media: 49 gg mediana: 42 gg	61% entro 30 gg 24% 31-60 gg 15% oltre 60 gg media: 1,54 mediana: 1,00	58,5% entro 30 gg 14,6% 31-60 gg 26,9% oltre 60 gg media: 1,68 mediana: 1,00	
Tempo di attesa tra prenotazione e prestazione	Qual è la soddisfazione personale?	medie soddisfazione x tempo atteso <i>range:</i> 1) tempo troppo corto 2) ragionevole 3) più lungo 4) troppo lungo 1,77 entro 30 gg 2,17 31-60 gg 1,87 oltre 60 gg media totale: 1,94 deviazione standard: 0,65	medie soddisfazione x tempo atteso <i>range:</i> 1) per niente soddisfatto 2) poco soddisfatto 3) abbastanza soddisfatto 4) molto soddisfatto 2,99 entro 30 gg 2,33 31-60 gg 2,40 oltre 60 gg media totale: 2,75 deviazione standard: 0,99	
	Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo di attesa tra prenotazione e prestazione?	reddito tempo di attesa effettivo acuità visiva percezione gravità della patologia	età occupazione chi per primo	
	Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo di attesa tra prenotazione e prestazione?	reddito tempo di attesa effettivo acuità visiva percezione gravità della patologia	età occupazione chi per primo	età occupazione soddisfazione sulla prestazione generale tipo di prestazione
	Quale dovrebbe essere l'attesa massima per un intervento non urgente?	45,3% 0-30 giorni 41,4% 31-90 giorni 13,3% oltre 90 giorni		

Trade off pubblico-privato

Quanto tempo si è disposti ad aspettare?	disponibilità massima ad attendere prima di rivolgersi al privato: 31,1% 0-2 mesi 31,7% 2 mesi-oltre un anno 37,2% attesa infinita
--	---

Quali variabili sono associate alla disponibilità ad attendere?	reddito
---	---------

Disponibilità a pagare sul mercato privato	stima con metodo della <i>payment card</i> : 34,7% nulla 51,7% 0-500 Euro 13,6% più di 500 Euro
--	--

Quali variabili sono associate alla disponibilità a pagare?	reddito presenza di altri conviventi
---	---

Azioni di ricerca Domande	Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta Ospedale Bufalini di Cesena	La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa ambulatori di Piacenza, Fiorenzuola, Fidenza, Parma	La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini presidi ospedalieri ex AUSL Città di Bologna
Tempo trascorso tra ora stabilita per l'appuntamento e ora effettiva	Quanto tempo aspettano tra l'ora prevista e la visita effettiva?		58,4% meno di 15' 19,8% 15-30' 11,7% 30-60' 10,1% più di 60' media: 1,73 mediana: 1,00
	Qual è la soddisfazione personale?		medie soddisfazione x tempo atteso <i>range:</i> 1) molto lungo 2) lungo 3) abbastanza lungo 4) abbastanza breve 5) breve 6) molto breve 5,56 meno di 15' 4,20 15-30' 3,23 30-60' 1,79 più di 60' media totale: 4,64 deviazione standard: 1,51
	Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo fra l'ora stabilita per l'appuntamento e l'ora effettiva?		età occupazione soddisfazione sulla prestazione generale tipo di prestazione

Soddisfazione rispetto al tempo dedicato dal professionista	Qual è la soddisfazione personale?	<p><i>range:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1) del tutto inadeguato 2) molto inadeguato 3) inadeguato 4) adeguato 5) molto adeguato 6) del tutto adeguato <p>media 4,85 deviazione standard: 0,99 mediana: 5</p>
	Quali variabili sono significativamente associate alla soddisfazione personale del tempo dedicato dal professionista?	<p>età occupazione soddisfazione sulla prestazione generale tipo di prestazione</p>
Spiegazione del fenomeno liste di attesa	Come viene spiegato il fenomeno liste di attesa?	<ul style="list-style-type: none"> 23% elementi di processo 21% elementi di struttura 17% caratteristiche della domanda 13% gestione politica 12% elementi di struttura-personale/di processo 10% caratteristiche della domanda/elementi di struttura 4% caratteristiche del personale
	Quali soluzioni?	<ul style="list-style-type: none"> 46% elementi di struttura 16% elementi di processo 11% caratteristiche del personale 11% gestione politica 7% elementi di struttura-personale/processo 6% impossibile migliorare/va bene così 3% caratteristiche della domanda

Azioni di ricerca Domande	Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta Ospedale Bufalini di Cesena	La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa ambulatori di Piacenza, Fiorenzuola, Fidenza, Parma	La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini presidi ospedalieri ex AUSL Città di Bologna
Secondo Lei, quali sono i criteri di accesso attualmente utilizzati?	in generale, scarsa trasparenza del sistema criteri clinici e <i>first come, first served</i> raccomandazione specialista		
Criteri di accesso alle prestazioni	Qual è la soddisfazione verso il criterio attuale di accesso <i>first come,</i> <i>first served</i> ?	40,9% sì (18,8% molto + 22,1% abbastanza) 41,4% no (16% poco d'accordo + 25,4% per niente) 17,7% non si può fare diversamente	
	I cittadini/pazienti sono d'accordo nel modificare i criteri di accesso attualmente utilizzati?	75% sì 25% no	91% sì 9% no
Quali sono i criteri da adottare e quale dovrebbe essere la loro importanza relativa?	Assegnazione di punteggi a una lista di criteri su scala Likert a 6 punti: criteri clinici e alcuni criteri sociali vengono prima del momento della richiesta criteri finanziari, interesse dello specialista non dovrebbero essere determinanti comportamenti e stili di vita passati ottengono il punteggio inferiore	Chi farebbe passare avanti? 62% parametri clinici 10% categorie di cittadini 7% categorie di malattie 9% parametri clinici/categorie di cittadini 9% nessuno 3% il decisore	

Valutazioni generali: il gioco delle variabili	Quali dimensioni sono alla base dei criteri?	Dall'analisi fattoriale: vulnerabilità sociale (var. spiegata 29%) gravità (var. spiegata 15,5%)		
	Quali variabili influenzano la scelta della struttura?	26% struttura vicina 44% struttura qualificata 28% chirurgo di fiducia 2% attesa minore	25% elementi di praticità/comodità 24% elementi di percorso 24% elementi di relazione/consiglio 20% elementi di esperienza 7% elementi di praticità/esperienza	27% consiglio di un medico 26% competenza professionale 20% vicinanza 11% tempi più brevi 10% altro 6% consiglio di amici e parenti
Soddisfazione generale sulla prestazione	Qual è la soddisfazione generale rispetto alla prestazione?	34,2% del tutto soddisfacente 53% soddisfacente 8,6% parzialmente soddisfacente 1,7% parzialmente insoddisfacente 1,5% insoddisfacente 0,9% del tutto insoddisfacente		
	Quali variabili sono predittive della soddisfazione sulla prestazione in generale?	gentilezza e cortesia del personale tempo dedicato dal medico informazioni sulla diagnosi (<i>ex post</i> prestazione) informazioni sulla prestazione (<i>ex ante</i> prestazione) tempo in sala di aspetto		

3.2. "Attendere e attendersi" prestazioni sanitarie nell'ottica del soggetto *embedded* nella società¹⁷

Il tempo dell'attesa rappresenta il tempo "interstiziale" per eccellenza, relativo "all'intervallo di tempo tra due fatti o di preparazione alla completa attuazione di un passaggio" (*Dizionario della lingua italiana*. Devoto, Oli). I sostantivi aspettativa e attesa possono significare sia uno stato che indica sospensione dell'azione, desiderio, ansia (*to wait/waiting*), sia la previsione e il grado di probabilità del verificarsi di un accadimento (*to expect/expectation*).

La presente analisi sui tempi di attesa nell'accesso ai servizi sanitari si rivolge direttamente al primo aspetto indicato,

"quello che riguarda il fenomeno di individui che si trovano nella condizione di aspettare il compimento di eventi sociali [in questo caso la maturazione del turno per la prestazione sanitaria, NdA] al cui verificarsi è connesso l'avvio o l'intrapresa di un'azione e cioè l'effettuazione della prestazione stessa" (Gasparini, 1993).

Il fatto di attendere implica tuttavia il disporsi dell'attore verso il futuro in modi diversi, passando dalla situazione di inerzia e di sospensione al tentativo di controllarlo in qualche misura. Fra un attore che semplicemente "attende" (aspetta) qualcosa e uno che "si attende" (si aspetta) qualcosa intercorre un elemento di previsione in cui è presente una componente di controllo del futuro o di presidio dei suoi esiti (Gasparini, 1993).¹⁸

Le presenti osservazioni hanno origine dal considerare l'attesa connessa ai servizi come fenomeno che, nell'accezione congiunta "dell'attendere" e "dell'attendersi", mette in gioco il problema del valore del tempo per i diversi attori individuali e per le organizzazioni e il sistema nel suo complesso. Sotto questa chiave interpretativa, i significati e i costi dei tempi di attesa possono variare non solo in funzione della quantità di tempo oggettivamente impiegata nell'attesa (minuti, ore, giorni, mesi, ecc.), ma a seconda dei soggetti, della loro percezione del tempo, dei loro progetti di vita.

Per l'individuo, il mondo della malattia infatti esiste non solo come "regione circoscritta i significato" con proprie modalità e una prospettiva temporale specifica,¹⁹ ma anche nel contesto di un mondo sociale più ampio, con il quale è intimamente interrelato e che colora di sé le modalità con cui si fa esperienza della malattia e la si comprende.

La questione di fondo ruota attorno alla domanda: quale rapporto esiste tra la percezione del tempo di attesa e l'essere soggetti *embedded* nella società? Come varia, ad esempio, la valutazione/tolleranza in base alle aspettative connesse ai ruoli in cui ogni singolo attore si trova inserito nella normale vita quotidiana? E come rispetto a caratteristiche indipendenti dalla volontà, quali l'età e il sesso?

¹⁷ A cura di Sara Capizzi.

¹⁸ Il controllo può essere basato su fattori quali il possesso di cognizioni scientifiche, l'accesso a fonti di informazione pubbliche o riservate, il potere di influenzare il verificarsi di certi eventi.

¹⁹ Il tempo normale dell'atteggiamento naturale si allunga considerevolmente quando si soffre e si aspetta sollievo. L'esperienza del dolore fissa l'individuo al presente (Idler, 1982).

3.3. Tracce per un *identikit*

Chi sono i cittadini che aspettano? Si tratta per lo più di uomini e donne ultrasessantacinquenni, in pensione, con un livello di istruzione piuttosto basso. Vi è inoltre una presenza non trascurabile di casalinghe che, sommata alla categoria dei pensionati, accresce il numero già consistente di chi è in condizione non lavorativa.

Si riscontra una correlazione positiva e significativa tra valutazione sui tempi di attesa e soddisfazione: tanto più si valuta breve il tempo di attesa dalla prenotazione della visita/esame alla prestazione tanto più è soddisfacente il giudizio generale per la prestazione ricevuta. La maggioranza degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa, anche se molti di loro si sono affrettati a sottolineare l'aspetto "contingente" della soddisfazione quasi a volere mettere le mani avanti dicendo per "questa volta è andata bene, ma non bisogna adagiarsi sugli allori". A un primo giudizio apertamente positivo segue quindi un comportamento cauto e diffidente: cosa si nasconde dietro questo atteggiamento? Forse esperienze pregresse di insoddisfazione oppure una connaturata attitudine all'"insoddisfazione preventiva" rispetto a un tema così cruciale nella fruizione dei servizi? Il quadro si complica ulteriormente pensando che si tratta di soggetti che non hanno manifestato alcuna disponibilità a pagare per ottenere la prestazione immediata, e quindi a sostituire il pubblico con il privato, perlomeno non per questo motivo.²⁰

La soglia oltre la quale l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole si colloca per tempi di attesa tra i 30 e i 60 giorni, ma si registra tuttavia un alto livello di tolleranza perfino con tempi più dilatati: circa la metà di chi dice di avere aspettato 60 e più giorni si dichiara soddisfatto.

Anche dal confronto con i tempi massimi di attesa definiti dalla direttiva regionale²¹ si osserva una situazione favorevole per chi fa richiesta di un esame - su cui c'è una tolleranza di 60 giorni - in quanto nella grande maggioranza dei casi gli intervistati dichiarano che questo tetto è rispettato, ed è un traguardo che risulta premiante in termini della loro soddisfazione. Si rileva invece maggiore criticità per le visite - per le quali c'è una tolleranza di 30 giorni - da parte di chi dice di avere atteso oltre 2 mesi.

²⁰ La questione sulla disponibilità a pagare per aspettare meno in una struttura privata è stata posta, in particolare, nello studio 1 sulla cataratta ed è risultata alquanto bassa: il 35% si dichiara non disposto a sostituire il pubblico con il privato. Circa la metà del campione è disposta a pagare una cifra non superiore ai 500 Euro. Oltre al fatto che il campione è costituito - data la natura dell'intervento sotto indagine - quasi interamente da popolazione anziana con reddito basso, i soggetti interpellati hanno praticamente già optato per ricevere la prestazione all'interno del sistema pubblico, per cui è lecito attendersi una maggiore tolleranza per tempi di attesa più lunghi e una minore disponibilità a pagare. Non è stato possibile contattare i pazienti che hanno abbandonato il sistema pubblico in favore di cure sanitarie private, che avrebbero presumibilmente manifestato una tolleranza alle attese e una disponibilità a pagare differenti.

²¹ Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002.

Prendendo in considerazione alcune variabili socio-anagrafiche, la soddisfazione rispetto all'attesa è positiva in entrambi i sessi anche se le donne risultano meno soddisfatte degli uomini; anche rispetto all'età, l'andamento presenta alcune differenze significative, quasi a suggerire che la valutazione del tempo - e conseguentemente la soddisfazione generale sulla prestazione - sia collegata ad altri fattori e non solo al dato oggettivo.

È da tenere presente inoltre che il percorso di cura si compone non di un solo tempo di attesa bensì di diversi tempi che tra l'altro, dal punto di vista degli intervistati, hanno un peso diverso sulla valutazione della qualità delle prestazioni; l'indagine si è concentrata in particolare su:

- tempo tra prenotazione e prestazione;
- tempo tra ora fissata per l'appuntamento e ora effettiva;
- tempo dedicato dal medico.

Mentre la valutazione sul tempo trascorso dalla prenotazione alla prestazione sembra non essere predittore significativo della valutazione della qualità del servizio sanitario, la soddisfazione sul tempo dedicato dal medico risulta invece molto importante. A questo proposito, non è trascurabile osservare che il tempo dedicato dal medico ha caratteristiche molto diverse dal tempo di attesa dalla prenotazione alla prestazione. Operare sul tempo dedicato dal professionista significa abbracciare una diversa prospettiva di intervento rispetto al modo con cui solitamente si affronta l'argomento, perché non si tratta di un tempo di attesa da contrarre, bensì di un tempo di relazione che i cittadini auspicerebbero più incisivo. A conferma della crucialità della figura del professionista, i motivi che influenzano la scelta di una particolare struttura fanno riferimento da un lato alla competenza professionale, dall'altro alla fiducia riposta nel consiglio del medico inviante, quasi a sottolineare che il riconoscimento della professionalità e delle competenze è l'elemento centrale attorno a cui ruotano le valutazioni dei soggetti.

Pur risultando per tutte le attese un livello di soddisfazione mediamente alto, si nota una maggiore insoddisfazione rispetto al tempo di attesa dalla prenotazione alla prestazione, mentre il livello di soddisfazione più elevato è riferito al tempo dedicato dal professionista; tra i due estremi si colloca la valutazione di soddisfazione rispetto al tempo trascorso tra ora prevista per l'appuntamento e ora effettiva della visita.

Se si confrontano queste valutazioni in funzione dell'età, la classe dai 35 ai 64 anni esprime particolare soddisfazione per il tempo dedicato dal professionista e per il tempo trascorso tra ora dell'appuntamento e ora della visita; gli intervistati di età inferiore ai 34 anni sono invece soddisfatti soprattutto del tempo trascorso tra prenotazione e prestazione.

Anche la variabile occupazione ha un effetto significativo sulla valutazione di soddisfazione sui tempi: chi lavora è meno soddisfatto del tempo tra ora dell'appuntamento e visita effettiva perché plausibilmente questa attesa è vissuta come perdita di tempo. Pensionati e soprattutto casalinghe mostrano invece una minore soddisfazione riguardo al tempo di attesa tra prenotazione e prestazione, forse perché - rispetto agli occupati che sono "distratti" dalle agende di lavoro - gestiscono meno bene

le ansie legate alla malattia e desiderano essere visitati e incontrare il medico il prima possibile. Soprattutto i pensionati sono complessivamente più soddisfatti del tempo dedicato dal professionista e di quello trascorso tra ora dell'appuntamento e ora effettiva della visita/esame.

Da quanto emerso, la lista d'attesa si presenta come tappa di un percorso lungo e complesso che si colloca all'interno delle attività quotidiane, soprattutto quando non la si può gestire autonomamente. Nella ricerca in questione, un numero considerevole di intervistati è stato accompagnato da un familiare (in minor numero da amici), anche per l'elevata età media dei soggetti per i quali si presume una ridotta autonomia e funzionalità e, di conseguenza, l'attivazione della rete di sostegno familiare. Questo dato rende conto della difficoltà della decisione che deve trovare tutti d'accordo sulla data e sul luogo.

3.4. (Ri)scoprire pratiche di flessibilità temporale e funzione sociale dell'attesa

Il tempo di attesa (a cui allude l'attendere) può corrispondere a quello previsto (a cui si riferisce l'attendersi), oppure se ne può discostare dando luogo a situazioni di insoddisfazione e conflittualità. Come si è detto, mentre l'attendere si riferisce a un tempo oggettivamente misurabile, l'attendersi²² dipende invece da aspetti soggettivi della personalità²³ e da variabili che riguardano le caratteristiche e il ruolo del soggetto nella società.

La valutazione dei soggetti sulla lunghezza dei tempi di attesa e sulla loro tollerabilità non corrisponde - o perlomeno non solamente - a una misurazione oggettiva dell'attesa, ma è correlata alla propria flessibilità temporale, intesa come possibilità/capacità di scelta sui tempi, con aspetti e implicazioni diversi a seconda degli attori in questione, dei loro ruoli sociali, dei loro progetti e del loro vissuto rispetto alla malattia.

Il punto di arrivo è che, nell'ottica di strategie di programmazione del tempo che tengano conto non solo dell'implicazione dell'attendere ma anche dell'attendersi, l'attesa dovrebbe essere rapportata, ristrutturata, ridefinita in funzione della tendenza alla flessibilità temporale dei soggetti coinvolti. Questo significa dare vita a fenomeni di scambio e di negoziazione tra il sistema e gli attori (e tra gli attori tra di loro), recuperando la profonda rottura comunicativa tra la logica del sistema formale-istituzionale delle cure e le logiche soggettive e intersoggettive del "mondo della vita" (Husserl, 1961).²⁴

²² L'attendersi coincide in pratica con il livello di tolleranza del soggetto.

²³ Per cui interpretazioni soggettive e individuali di sintomi obiettivamente analoghi possono essere differenti tra persona a persona.

²⁴ "Per "mondo della vita" (*Lebenswelt*) l'autore intende quell'unico mondo reale che ci circonda e che si dà a noi, e alle persone con cui siamo più in contatto, nell'immediata ingenua evidenza della vita quotidiana" (Ardigò, 1997).

Parte di questo spazio di negoziazione e comunicazione si costruisce proprio a partire da ciò che i cittadini pensano dell'attuale sistema di gestione delle liste di attesa e dell'eventualità di apportarvi modifiche. A questo proposito, la titubanza e lo stupore provocati nei cittadini intervistati sul criterio prescelto di gestione delle liste - quasi fosse una richiesta non contemplata - è di per sé abbastanza eloquente di una loro estraneità alla consuetudine di poter comprendere e giustificare le azioni del sistema sanitario.

Dallo studio emerge che tanto più lunga è l'attesa, tanto più cresce l'insoddisfazione verso il criterio attuale di gestione *first come, first served* e presumibilmente il livello di disponibilità ad accettare altri criteri di accesso. L'andamento non è tuttavia lineare e registra alcune particolarità, fino a evidenziare una polarizzazione da un lato tra chi è d'accordo con il criterio e ha atteso tempi brevi, dall'altro tra chi si rassegna in modo fatalistico a non poter modificare lo stato delle cose e ha atteso 60 e più giorni. Si rileva in particolare un livello di accordo elevato soprattutto da parte dei giovani; le donne diventano maggiormente critiche dopo i 40 anni, gli uomini dopo i 60. Tra i più anziani si osserva un atteggiamento fatalistico del tipo "non si può fare diversamente", soprattutto fra chi ha atteso molto (più di 60 giorni) e i maschi.

Una parte considerevole degli intervistati è d'accordo con il criterio del *first come, first served*, e alla domanda su "chi farebbe passare avanti" - che implica un cambiamento - solo pochi affermano che in nessun caso darebbero precedenza; tutti gli altri esprimono la loro disponibilità a cedere il proprio posto in lista d'attesa in base ad altri criteri di priorità, sostanzialmente riconducibili alla gravità della condizione, che è tuttavia declinata in modi molto diversi:

- alcuni definiscono la gravità rispetto "al modo di valutarla" e quindi attraverso parametri clinici utili a identificare chi sta peggio, chi è più urgente;
- altri invece si esprimono rispetto al "chi è grave", e vengono individuate particolari tipologie di soggetti (anziani, donne in gravidanza, bambini, invalidi) o determinate tipologie di malattie (di cuore e tumore);
- altri ancora interpretano il concetto di gravità con "a chi spetta stabilirla, definirla, misurarla", "a chi ne è il decisore" e - a parte una esigua percentuale di intervistati che sostengono che "l'urgenza è soggettiva"²⁵ - gli altri identificano questa figura nel medico.

Come i risultati di questo studio sembrano suggerire, l'aspettare più o meno tempo non è di per sé l'unico elemento (e neanche il più importante) che il paziente considera come criterio spartiacque per vagliare tra un servizio buono o cattivo; rappresenta comunque una delle priorità, spesso strettamente connesse ai bisogni di praticità e comodità che nascono dalla gestione della quotidianità del paziente e del suo nucleo familiare, soprattutto quando condizioni di non autosufficienza rendono necessaria una fase di preparazione al percorso di cura talvolta piuttosto complessa. Organizzarsi per la prestazione richiede un certo tempo all'interno di una gestione familiare; in questa

²⁵ Pur non essendo indagata in questo studio, si può supporre che la percezione soggettiva di gravità sia un elemento che influisce sulla tollerabilità dell'attesa.

prospettiva, l'alta soglia di tolleranza su tempi di attesa dilatati potrebbe essere motivata dal fatto che essi consentirebbero al soggetto e alla rete di sostegno familiare di organizzarsi compatibilmente con le altre attività (lavorative e non).

In conclusione, viene riscoperta l'importanza della funzione sociale dell'attesa,²⁶ in quanto valore rimosso da un'organizzazione e da una cultura proiettate verso traguardi di velocità sempre più elevati. D'altra parte, un sistema sociale che funzioni senza tempi di attesa appare non solo utopistico - per la complessità inimmaginabile di coordinamento in una società industriale avanzata - ma anche indesiderabile per le sue implicazioni in termini di centralizzazione e programmazione delle scelte temporali dei moltissimi attori: l'attesa, così come il ritardo, esprimono l'esistenza di una autonomia delle parti a fronte di una possibile dittatura della sincronizzazione (Schwartz, 1975).

²⁶ Una funzione sociale dell'attesa potrebbe ad esempio far sì che l'individuo si riposi e svolga altre attività parallele che "arredano" il tempo dell'attesa con oggetti sostitutivi, che abbia il tempo e l'agio di prepararsi gradualmente ad assumere nuovi ruoli o a entrare in nuove situazioni di vita: i passaggi di *status* sono difficilmente concepibili senza che trascorra un tempo di attesa durante il quale si compie la socializzazione degli attori interessati al nuovo *status*-ruolo (Glaser, Strass, 1968). L'attesa intesa come possibilità di prendere tempo può diventare talvolta una risorsa a cui si ricorre per rinviare decisioni difficili e impegnative.

Parte seconda.

Gli studi

1° studio

Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di intervento di cataratta²⁷

Obiettivi e metodi

Lo studio è stato realizzato tra marzo e novembre 2003 e ha interessato un campione di 183 pazienti in attesa di intervento di chirurgia della cataratta presso l'Ospedale Bufalini di Cesena.

Con la collaborazione degli operatori sanitari, i pazienti coinvolti sono stati contattati personalmente in occasione della visita pre-operatoria presso l'ambulatorio della struttura e gli è stato sottoposto un questionario *face to face* (in *Appendice*). La scelta di adottare questa metodologia, piuttosto che utilizzare questionari postali autosomministrati, pone dei limiti sull'ampiezza del campione ma presenta gli indubbi vantaggi di poter utilizzare un questionario medio-lungo e di migliorare l'accuratezza nella raccolta delle risposte favorendo negli intervistati una migliore comprensione delle tematiche e degli interrogativi oggetto dello studio.²⁸

La prima parte dell'indagine ha l'obiettivo di individuare:

- il grado di accettabilità dei tempi di attesa prospettati ai pazienti, dal momento in cui si sono rivolti allo specialista sino alla data attesa dell'intervento;
- la scelta tra ricorso a erogatori privati con un certo costo ma senza attesa, e ricorso al sistema pubblico con determinati tempi di attesa;
- l'attesa massima tollerabile per un generico intervento di chirurgia elettiva.

Per quanto riguarda il primo punto, gli utenti potevano qualificare la percezione rispetto al proprio tempo di attesa come "più breve di quanto vorrebbe", "più o meno quanto vorrebbe", "più lungo di quanto vorrebbe" o "molto più lungo di quanto vorrebbe". Il *trade off* tra ricorso al mercato privato o pubblico è stato indagato sotto due aspetti, quali la disponibilità massima ad attendere presso un erogatore pubblico prima di rivolgersi a una struttura privata a un costo medio di circa 2.000 Euro²⁹ per occhio, e la disponibilità

²⁷ A cura di Emanuela Antonazzo e Maria Augusta Nicoli.

²⁸ La letteratura internazionale, peraltro scarsa, che ha indagato tematiche simili quali la percezione dei pazienti circa le attese considerate intollerabili o la disponibilità a pagare per ridurle, ha in genere fatto riferimento a indagini telefoniche o postali basate su poche centinaia di soggetti (Anderson *et al.*, 1997; Coyte *et al.*, 1994; Dunn *et al.*, 1997; Ho *et al.*, 1994).

²⁹ Il costo stimato è pari a un prezzo medio applicato da un campione di strutture private localizzate sul territorio regionale.

massima a pagare per ricevere l'intervento richiesto senza alcuna attesa nel privato. La stima quantitativa della disponibilità a pagare si è ottenuta con la tecnica *payment card*, ovvero ponendo l'intervistato di fronte a una serie di opzioni, costituite nel caso specifico da intervalli di valori crescenti, con l'intervallo centrale riferito al prezzo medio di mercato.³⁰ Si è indagata anche la motivazione sottostante la scelta di una particolare struttura sanitaria, per individuare l'importanza del chirurgo di fiducia rispetto ad altri aspetti quali la minimizzazione del tempo di attesa o la vicinanza della struttura.

L'analisi delle possibili determinanti dell'accettabilità dell'attesa e della disponibilità ad attendere e a pagare ha richiesto la raccolta di ulteriori informazioni, suggerite sia da studi precedenti sia dagli obiettivi specifici della ricerca. Queste dimensioni riguardano il tempo di attesa effettivo, le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti, comprese le classi di reddito di appartenenza, il possesso di assicurazione sanitaria complementare, l'autovalutazione del proprio stato di salute generale e della funzionalità visiva.

La percezione della gravità e del rischio associabile alla cataratta è stata indagata all'interno di una lista di patologie messa a punto in un precedente studio (King, 1982), in cui tali percezioni venivano considerate come fattori predittivi del comportamento di salute preventivo (*Health Belief Model*). È stato così possibile verificare in quale posizione si trova la cataratta rispetto ad altre patologie all'interno di un ordinamento che raggruppa malattie valutate con alta gravità e basso rischio da una parte e malattie con bassa gravità e alto rischio dall'altra. Il grado di tolleranza all'attesa è stato poi messo in relazione con la valutazione di gravità e rischio riferita alla cataratta.

La compromissione della funzionalità visiva è stata valutata attraverso l'indice VF-14, uno strumento volto a misurare la difficoltà dei pazienti nello svolgere 14 attività della vita quotidiana associate all'uso della vista.³¹ Tale strumento è stato testato, ha dimostrato elevata consistenza interna e affidabilità (Steinberg *et al.*, 1994), ed è largamente utilizzato dalla letteratura specialistica. Pur essendo associato al grado di soddisfazione generale e alle difficoltà di visione autoriportate dai pazienti, non risulta in generale correlato con altre misure di acuità visiva di tipo clinico, e pertanto può considerarsi un indicatore indipendente della funzionalità visiva. È stata anche valutata la gravità dei sintomi impiegando il *Cataract Symptom Score* (Shein *et al.*, 1995), cioè assegnando a ciascun paziente un punteggio che valuta il fastidio attribuibile a 6 sintomi solitamente associati alla cataratta.³² Infine, veniva richiesta all'oftalmologo la misurazione clinica dell'acuità visiva (in decimi) nell'occhio da operare e in quello controlaterale.

La seconda parte dell'indagine ha riguardato l'analisi della valutazione dei soggetti circa l'accettabilità di diversi criteri di priorità per l'accesso al trattamento.

³⁰ Per una descrizione di altre tecniche adottabili nella stima della disponibilità a pagare, si veda Ryan *et al.*, 2001.

³¹ L'indice varia da 0 (incapace di svolgere tutte le attività) a 100 (in grado di svolgere tutte le attività senza alcuna difficoltà).

³² Il punteggio varia da 0 (assenza completa di sintomi) a 18 (presenza accentuata di tutti i sintomi). I sei sintomi comprendono visioni doppie o distorte, abbagli, visione annebbiata, distorsione dei colori, distorsione della lucentezza, peggioramento recente della visione.

L'introduzione di sistemi di punteggi per l'accesso solleva alcuni interrogativi, cui il presente studio cerca in parte di rispondere:

- gli utenti di servizi sanitari sarebbero favorevoli a una esplicita prioritizzazione degli accessi?
- quali sono le variabili di tipo clinico, sociale e finanziario su cui dovrebbero fondarsi i punteggi di priorità per la chirurgia elettiva? quale la loro importanza relativa?
- attualmente, i professionisti sanitari adottano una qualche forma di prioritizzazione dei pazienti, sebbene informale e non indotta da norme generali? come questa viene percepita dai pazienti?

L'identificazione di eventuali criteri rilevanti è avvenuta presentando gruppi di affermazioni sui criteri selezionati - attinti da uno studio recentemente pubblicato (Edwards *et al.*, 2003) - per verificarne la condivisione da parte del paziente. In particolare gli *item* sono riconducibili a tre tipologie di criteri: clinici, sociali e finanziari. Per individuare l'intensità delle preferenze del pubblico e stilare una classifica dei criteri in base alla rilevanza percepita dagli intervistati, a ciascun paziente è stato chiesto di attribuire un punteggio tra 1 e 6 a ogni *item*, dove il punteggio 1 indica un criterio giudicato irrilevante e il punteggio 6 un criterio giudicato molto importante.

Analisi statistica

L'analisi delle relazioni significative per le risposte di particolare interesse, quali l'accettabilità dell'attesa e la disponibilità ad attendere e a pagare, è stata effettuata con test chi-quadrato per le variabili discrete (caratteristiche socio-demografiche). Coefficienti di correlazione di Spearman e test non parametrici (Mann Withney³³) sono invece stati utilizzati per le variabili continue che descrivono lo stato visivo del paziente, in quanto le ipotesi di normalità non risultano soddisfatte.

Per individuare l'intensità delle preferenze del pubblico circa i criteri su cui fondare eventuali punteggi di priorità per l'accesso alla chirurgia elettiva, si è fatto ricorso a una scala Likert a 6 punti, con punteggio minimo per criterio irrilevante e punteggio massimo per criterio molto importante. Un'analisi fattoriale ha permesso di individuare le dimensioni che sono alla base delle risposte fornite sull'importanza relativa dei criteri di priorità.

³³ Si tratta di un test non parametrico volto a individuare differenze nelle distribuzioni di una variabile tra gruppi indipendenti.

Risultati

Statistiche descrittive del campione

Le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti inclusi nello studio, il loro stato di salute generale e la loro funzionalità visiva sono riportati nelle Tabelle 2 e 3.

Tabella 2. Caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti (n = 183)

Variabili	Statistiche
Età	
media (deviazione standard)	74 (9,6)
intervallo di confidenza per la media 95%	72,6 - 75,4
mediana	75
minimo - massimo	31 - 91
Donne	57,4%
Vive solo	20,7%
Almeno 8 anni di istruzione	31,3%
Stato occupazionale	
pensionati e casalinghe	94,5%
impiegati (<i>part o full time</i>)	5,5%
Classi di reddito	
reddito <600 Euro	27,8%
reddito tra 600 e 1.000 Euro	61,6%
reddito oltre 1.000 Euro	10,6%
Presenza di assicurazione sanitaria	6,0%
Stato di salute generale	
pessimo o cattivo	11,0%
discreto	45,4%
buono o molto buono	43,6%

Tabella 3. Funzionalità visiva

Statistiche	Acuità visiva occhio da operare*	Acuità visiva occhio controlaterale*	Indice VF-14**	Cataract Symptom Score ***
media	3,4	6,8	79,5	3,7
CI 95%	3,1 - 3,7	6,3 - 7,1	76,9 - 82,2	3,2 - 4,1
mediana	3,5	7,5	84	3
minimo	0,2	0	0	0
massimo	9	12	100	12
deviazione standard	1,9	2,9	18	2,8

Legenda

* Unità di misura: decimi

** Un punteggio basso corrisponde a maggiore compromissione.

*** Un punteggio basso corrisponde a minore compromissione.

Il campione, pari a 183 soggetti, presenta un'età media elevata (74 anni) legata alla natura dell'intervento sotto indagine, destinato generalmente alle fasce di popolazione anziane. Soltanto il 15,3% è di età inferiore ai 65 anni, mentre ben il 40,4% dei pazienti presenta un'età compresa tra i 75 e gli 85 anni. Si rileva una lieve preponderanza femminile (57,4%), un livello piuttosto basso di istruzione, la tendenza a non vivere soli, a non stipulare polizze sanitarie, e data l'età avanzata, un'elevatissima frequenza di soggetti al di fuori della forza lavoro (6% di casalinghe e 88,5% di pensionati). Data la condizione non lavorativa della quasi totalità del campione, non stupisce che il 28% dei soggetti dichiarati di possedere un reddito inferiore a 600 Euro (pensioni sociali, di invalidità, ecc.), e che la maggior parte del campione si collochi nella fascia compresa tra i 600 e i 1.000 Euro.

Solo l'11% dei soggetti giudica il proprio stato di salute generale pessimo o cattivo, il 45,3% lo valuta discreto e il 43,6% buono o molto buono. I pazienti del campione considerano la propria funzionalità visiva in media abbastanza buona, come risulta dall'elevato indice VF-14 (mediana 84) e dal basso *Cataract Symptom Score* (media 3,7). I coefficienti di Spearman hanno evidenziato una correlazione lineare significativa, sebbene bassa, tra tali indicatori di autovalutazioni della vista (VF-14 e CSS).³⁴

³⁴ Inoltre, l'indice VF-14 è risultato lievemente correlato con misurazioni cliniche del *visus*.

Valutazione dei tempi di attesa

Il tempo di attesa, di cui il paziente viene informato con certezza al momento della visita pre-operatoria, è inferiore ai 30 giorni per circa la metà del campione (46,7%); quasi il 40% attende un periodo di tempo compreso tra 30 e 60 giorni, mentre solo il 14% ha attese superiori ai 2 mesi (*Tabella 4*). La distribuzione del tempo medio di attesa³⁵ presenta una media di 49 giorni e una mediana di 42. La variabilità del tempo di attesa non appare spiegata da alcuna variabile collegata alla funzionalità visiva del soggetto (acuità visiva, VF-14, CSS); pertanto è ragionevole ipotizzare in prima istanza che il meccanismo che regola gli accessi alla prestazione richiesta si basi almeno parzialmente sul principio *first come, first served*.

Per quanto riguarda l'atteggiamento degli intervistati rispetto ai tempi di attesa effettivi (l'intero periodo dalla prima visita specialistica all'intervento) emerge una diffusa soddisfazione: il 56,8% dei pazienti considera i propri tempi ragionevoli. Solo il 18,8% lamenta attese più lunghe di quanto desiderato, ma nessuno le giudica "molto più lunghe di quanto vorrebbe". Una quota pari al 24,4% le considera addirittura troppo brevi.

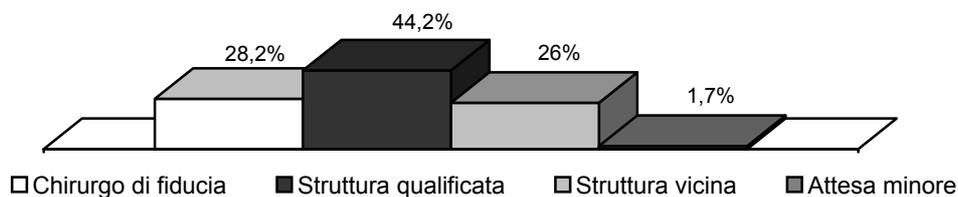
Di fronte alla possibilità di ottenere immediatamente la prestazione in una struttura privata a un certo costo, più di un terzo del campione dichiara di essere disposto ad attendere indefinitamente all'interno del sistema pubblico. Questi soggetti hanno manifestato una volontà nulla a pagare per ottenere la prestazione immediata, confermando la loro indisponibilità a sostituire il pubblico con il privato. Circa la metà del campione (51,7%) è disposta a pagare sul mercato privato una cifra che non supera i 500 Euro, e solo il 13,6% dichiara cifre superiori (10,8% tra i 500 e i 1.000 Euro; 2,8% oltre 1.000 Euro). A questo proposito occorre ricordare che il campione analizzato è costituito da pazienti che, sebbene abbiano potenzialmente ancora la possibilità di optare per il privato, hanno di fatto deciso di ottenere la prestazione in ambito pubblico. Non è stato possibile intervistare i pazienti che hanno abbandonato il sistema pubblico, magari in un momento precedente la visita pre-operatoria, e che avrebbero presumibilmente manifestato una disponibilità a pagare più elevata e una minore disponibilità ad attendere.

³⁵ Il test di Kolmogorov-Smirnov ha messo in evidenza una deviazione dalla normalità altamente significativa ($p < 0,001$).

Tabella 4. Tempi di attesa, accettabilità delle attese, disponibilità a pagare (n = 183)

Variabili	% frequenza
Tempo di attesa (giorni)	
0-15	19,4%
16-30	27,2%
31-60	39,4%
oltre 60	13,9%
Valutazione personale dei tempi	
troppo corto	24,4%
ragionevole	56,8%
più lungo	18,8%
molto più lungo	0%
Disponibilità ad attendere	
0-2 mesi	31,1%
2 mesi - oltre un anno	31,7%
attesa indefinita	37,2%
Disponibilità a pagare	
nulla	34,7%
0-500 Euro	51,7%
>500 Euro	13,6%
Attesa massima per intervento non urgente	
0-30 giorni	45,3%
31-90 giorni	41,4%
oltre 90 giorni	13,3%

Per quanto riguarda la motivazione della scelta della struttura sanitaria, il fatto che si tratti di una struttura qualificata o la certezza di farsi operare dal chirurgo di fiducia prevalgono sulla comodità della localizzazione geografica e sulla minimizzazione dei tempi di attesa (*Figura 1*). Questo risultato potrebbe in parte spiegare perché alcuni pazienti intervistati, nonostante subiscano attese superiori a due mesi, considerino del tutto accettabile il tempo loro imposto.

Figura 1. Motivo della scelta della struttura*Analisi univariata*

La variabile di interesse "percezione dei tempi di attesa" è stata dicotomizzata per distinguere tra i soggetti che reputavano la loro attesa accettabile (troppo breve o ragionevole) e quelli che la reputavano eccessiva. L'analisi delle associazioni tra questa variabile e altre variabili indipendenti è risultata significativa per il reddito [$X^2(1, n=167) = 3,58; p=0,05$] e il tempo di attesa effettivo [$X^2(1, n=173) = 18,872; p<0,01$] (Tabella 5). I pazienti con redditi superiori mostrano pertanto una tendenza leggermente superiore a valutare le proprie attese quali ragionevoli rispetto a quelli con reddito inferiore (V di Cramer = 0,146).

Inoltre, come prevedibile la percezione del tempo di attesa è associata al tempo di attesa effettivo, con una più elevata percentuale di insoddisfatti all'allungarsi dei tempi di erogazione (V di Cramer = 0,330). È tuttavia curioso che la percentuale maggiore di insoddisfatti si collochi nella fascia di tempo tra i 30 e i 60 giorni e non in quella di attesa superiore, dove la soglia di accettabilità si innalza di nuovo.

Tabella 5. Associazioni significative per la variabile "percezione dei tempi"

	Percezione dei tempi di attesa		p value*
	Ragionevole (%)	Troppo lungo (%)	
Classi di reddito			
meno di 600 Euro	70,7%	29,3%	0,05
oltre 600 Euro	84,1%	15,9%	
Tempi di attesa			
0-42 giorni	94,3%	5,7%	<0,01
oltre 42 giorni	68,6%	31,4%	

Legenda

* Test chi-quadrato.

Nessun'altra variabile di tipo socio-demografico (classe di età, sesso, presenza di assicurazione, valutazione generale dello stato di salute) è risultata significativamente associata alla percezione dei tempi. Per quanto riguarda le variabili di tipo continuo che descrivono lo stato visivo del paziente, il coefficiente di correlazione di Spearman evidenzia una debole correlazione significativa di segno negativo tra la variabile "percezione del tempo"³⁶ e le misurazioni cliniche dell'acuità visiva eseguite dall'oftalmologo, sia sull'occhio da operare che su quello controlaterale. In altre parole, minore è l'acuità visiva, tanto più il paziente tende a considerare eccessivamente lunghe le attese cui deve sottostare. Non risulta invece significativa l'associazione con le misure di autovalutazione della vista riportate dai pazienti, quali il VF-14 e il CSS (*Tabella 6*). Anche il test Mann Withney conferma quanto anticipato dal coefficiente di correlazione di Spearman: vi è una differenza significativa soltanto tra le misure cliniche di acuità visiva del gruppo di coloro che considerano i propri tempi accettabili, e del gruppo di coloro che li considerano invece inaccettabili.

Tabella 6. Coefficienti di correlazione di Spearman

	Percezione dei tempi
VF-14 - Indice della funzionalità visiva	0,075
<i>p value (one-tail)</i>	0,163
CSS - Cataract Symptom Score	0,027
<i>p value (one-tail)</i>	0,361
Acuità visiva occhio da operare	- 0,14 *
<i>p value (one-tail)</i>	0,035
Acuità visiva occhio controlaterale	- 0,13 *
<i>p value (one-tail)</i>	0,048

Legenda

* significativo al 5%.

La scelta tra erogatore pubblico e privato è stata indagata attraverso una stima della disponibilità ad attendere nel sistema pubblico, affiancata alla tradizionale stima della disponibilità a pagare per ricevere l'intervento senza alcuna attesa in una struttura privata. Ai fini dell'analisi, la prima variabile è stata dicotomizzata distinguendo tra i soggetti disposti ad attendere da 0 a 6 mesi e i soggetti disposti ad attendere un periodo di tempo superiore ai 6 mesi. L'incrocio con le principali variabili socio-demografiche non ha evidenziato alcuna associazione statisticamente significativa, a eccezione della variabile classi di reddito: i possessori di reddito superiore sarebbero disposti a rimanere all'interno del sistema pubblico per un periodo di tempo massimo minore rispetto ai

³⁶ Per interpretare il segno della correlazione occorre tenere presente che la variabile "percezione dei tempi" è stata dicotomizzata ai fini dell'analisi in modo tale da assumere valore 1 se il tempo di attesa è considerato ragionevole, e valore 2 se è considerato eccessivo.

percettori di un reddito inferiore [χ^2 (1, n=171) = 18,63; $p < 0,01$; V di Cramer = 0,33]. Tale risultato si replica per l'altra variabile di interesse "disponibilità a pagare" (Tabella 7), che è stata dicotomizzata a seconda che il paziente dichiara una disponibilità a pagare nulla o positiva. Risulta infatti che i percettori di reddito superiore (maggiore di 600 Euro) hanno generalmente una disponibilità a pagare positiva rispetto ai percettori di reddito più basso (inferiore a 600 Euro), i quali nel 67% dei casi manifestano una disponibilità a pagare nulla [χ^2 (1, n=168) = 29,28; $p < 0,01$; V di Cramer = 0,42]. L'unica altra variabile socio-demografica che sembra debolmente associata alla disponibilità a pagare è la presenza di altri conviventi. Né il tempo di attesa effettivo, né le misure di acuità e di funzionalità visiva risultano significativamente associate alla disponibilità ad attendere o a pagare.

Tabella 7. Associazioni significative per la disponibilità ad attendere e a pagare

	Disponibilità ad attendere			Disponibilità a pagare		
	0-6 mesi (%)	>6 mesi (%)	p value*	nulla (%)	positiva (%)	p value*
Classi di reddito						
meno di 600 Euro	26,2%	64,3%		66,7%	21,4%	
oltre 600 Euro	73,8%	35,7%	<0.01	33,3%	78,6%	< 0,01
Presenza di conviventi						
vive solo				24,3%	75,7%	
non vive solo				38,5%	61,5%	0,11

Legenda

* Test chi-quadrato.

Valutazione della gravità e del rischio in relazione alla tollerabilità dei tempi di attesa

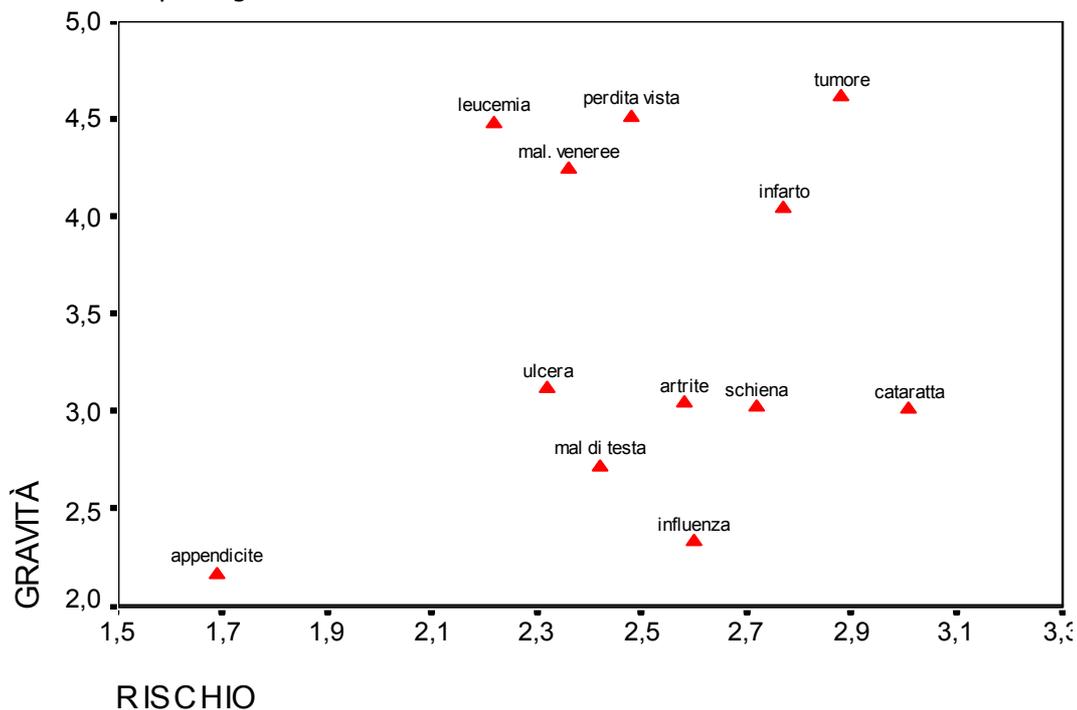
Come anticipato, esiste una relazione tra valutazione della gravità e del rischio e comportamento/tollerabilità dei tempi di attesa che potrebbe contribuire a spiegare il motivo per cui si riscontra una tolleranza così elevata.

La presentazione ai soggetti di un elenco di patologie, da valutare in base al grado percepito di rischio e gravità su una scala a 5 livelli da molto basso a molto elevato, consente di collocare la cataratta rispetto alle altre patologie in relazione al punteggio medio riportato sulle due variabili considerate³⁷ (Figura 2).

Nel complesso, la cataratta è giudicata moderatamente grave e piuttosto rischiosa. In termini di gravità, essa è vicina ad altre situazioni tipiche dell'età anziana quali il mal di schiena e l'artrite. Si distanzia invece da quelle condizioni in cui la valutazione è ritenuta grave e in minore misura rischiosa (leucemia, malattie veneree, infarto, ecc.).

³⁷ Il rischio è definito come probabilità di contrarre la patologia in un tempo futuro, la gravità come gravità sintomatica e come limitazione della possibilità di condurre una vita normale e indipendente.

Figura 2. Percezione della gravità e del rischio della cataratta in relazione ad altre patologie



Se si analizza la variabilità della percezione della gravità e del rischio (ovvero della probabilità di ammalarsi) in relazione alla soddisfazione del tempo atteso, si constata che la soddisfazione varia in relazione alla gravità. La correlazione è significativa e positiva rispetto alla gravità ($R = 0,17, p < 0,05$), ovvero aumentando la valutazione di gravità della patologia aumenta anche l'insoddisfazione per i tempi di attesa, mentre non c'è correlazione significativa con il rischio.

Infine, è interessante rilevare che la valutazione di gravità non è significativamente associata ai tempi effettivi di attesa, quasi a sottolineare che il dato oggettivo, l'effettiva attesa, non va ad amplificare la percezione di gravità.

Criteri di priorità

In linea generale i pazienti intervistati sono favorevoli (75% dei rispondenti) a un confronto con altri, sia rispetto alla loro situazione clinica sia rispetto a fattori di tipo sociale per poter stabilire un ordine di priorità diverso dal sistema attuale *first come, first served*. Inoltre, il 90% di questi sono d'accordo che un tale confronto avvenga tramite l'attribuzione di un punteggio da parte di uno specialista.

Analizzando i criteri che dovrebbero essere considerati, si rileva che l'affermazione "il paziente che richiede l'intervento prima di un altro dovrebbe essere trattato per primo" trova il 64,5% dei soggetti concordi. Pertanto, se è vero che i soggetti intervistati sarebbero favorevoli all'introduzione di un sistema di gestione degli accessi innovativo basato sulla considerazione di fattori clinici e sociali, il criterio temporale è comunque considerato un elemento ancora necessario da includere nelle valutazioni.

I criteri selezionati sono riconducibili a tre grandi categorie: clinici, sociali e finanziari. C'è un consenso molto elevato nel ritenere che i criteri collegati allo stato di salute, ovvero agli aspetti più propriamente clinici, sono quelli che dovrebbero essere maggiormente considerati.

Stato di salute

Un paziente in condizioni di salute peggiori dovrebbe aspettare meno di un paziente in condizioni di salute migliori	93,4%
Lo stato di salute del paziente non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	4,4%

Intensità del dolore e dei sintomi

Un paziente il cui dolore e i cui sintomi non possono essere eliminati o diminuiti dovrebbe aspettare meno di un paziente il cui dolore e i cui sintomi possono essere tenuti sotto controllo	92,9%
La possibilità o meno di controllare il dolore non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	4,8%

Possibilità di condurre una vita indipendente

Un paziente che non è in grado di svolgere le normali attività della vita quotidiana (vestirsi, cucinare, guidare, ecc.) dovrebbe aspettare meno di un paziente ancora indipendente	87,4%
Il grado di indipendenza nella vita quotidiana non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	9,8%

Peggioramento della condizione durante l'attesa

Un paziente la cui condizione peggiora velocemente dovrebbe aspettare meno di un paziente la cui condizione peggiora più lentamente	88,0%
La velocità con cui peggiora la condizione non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	8,7%

Beneficio atteso

Un paziente il cui stato di salute migliorerà molto dopo l'intervento dovrebbe aspettare meno di un paziente il cui stato di salute migliorerà solo un poco	55,2%
Il grado di miglioramento nello stato di salute non dovrebbe avere importanza nel determinare il tempo che i pazienti devono attendere	42,1%

Sui criteri di tipo sociale c'è un orientamento molto attento alle condizioni del paziente, auspicando soluzioni che favoriscano chi è ritenuto più vulnerabile proprio per le condizioni sociali (perdita della capacità lavorativa, presenza di familiari a carico). Tuttavia, l'età non dovrebbe influire sul tempo atteso, mentre c'è disaccordo sul favorire o meno pazienti in condizioni economiche più svantaggiate.

Perdita della capacità lavorativa

Un paziente che non è più in grado di svolgere le sue attività quotidiane (lavoro, studio, lavori di casa) dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente che continua a svolgerle	75,4%
La capacità di svolgere le proprie attività quotidiane non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	19,7%

Esistenza di familiari a carico

Un paziente che ha familiari a carico (moglie, figli, anziani, parenti disabili) dovrebbe aspettare meno di un paziente senza familiari a carico	59,0%
L'esistenza o meno di familiari a carico non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	36,1%

Età

Un paziente più giovane dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente più vecchio	10,9%
Un paziente più vecchio dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente più giovane	25,1%
L'età dei pazienti non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	60,1%

Possibilità di pagare nel privato

Un paziente che non può permettersi di acquistare l'intervento nel privato dovrebbe aspettare meno di un paziente che può permettersi di pagare l'intervento sul mercato privato	45,9%
Le condizioni economiche non dovrebbero influire sul tempo atteso dai pazienti	49,2%

Questo atteggiamento di attenzione è ancora più evidente allorché si considerano le affermazioni che potrebbero indurre soluzioni "punitive" per una riconosciuta responsabilità del paziente rispetto alle condizioni di salute in cui si trova o che sollecitano un giudizio sul grado di preoccupazione del paziente.

Comportamenti e stile di vita passati

Un paziente che ha contribuito con il suo comportamento o stile di vita al suo attuale stato di salute, ad esempio fumando o bevendo alcolici, dovrebbe aspettare di più di un paziente che non ha contribuito al suo stato di salute	19,7%
L'aver contribuito o meno con il proprio comportamento al proprio stato di salute non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	75,4%

Ansia e preoccupazione

Un paziente molto preoccupato o ansioso dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente meno preoccupato o ansioso	55,2%
Il grado di preoccupazione o ansia non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	38,8%

Se infine si considerano gli aspetti finanziari, le posizioni non sono così nette ma c'è una tendenza complessiva a considerare i costi non necessariamente determinanti nello stabilire una priorità di accesso.

Evidenza di costo-efficacia

Un paziente il cui trattamento si ritiene molto efficace rispetto al suo costo dovrebbe aspettare meno di un paziente il cui trattamento si ritiene meno costo-efficace	23,5%
L'evidenza di costo-efficacia non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	67,2%

Costo durante l'attesa

Un paziente che genera costi elevati mentre è in lista di attesa dovrebbe aspettare meno di un paziente che genera costi minori	32,8%
Il costo per mantenere un paziente in lista di attesa non dovrebbe influire sul tempo atteso	57,9%

Infine, il fatto di costituire un particolare interesse da un punto di vista clinico non dovrebbe favorire l'accesso di un paziente rispetto a un altro.

Interesse particolare dello specialista

Un paziente con una patologia a cui lo specialista è molto interessato dovrebbe aspettare meno di un paziente la cui patologia è meno interessante per lo specialista	25,7%
L'interesse dello specialista non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	62,3%

Quando ai pazienti è stato chiesto di esprimere un giudizio sull'importanza relativa dei criteri di priorità sulla base di una scala Likert a 6 punti (da irrilevante a molto importante), i criteri di tipo clinico ottengono un punteggio superiore mentre agli ultimi posti si trovano i comportamenti e gli stili di vita passati, considerazioni di tipo finanziario (costo durante l'attesa ed evidenza di costo-efficacia), l'interesse dello specialista e fattori emotivi (ansia del paziente).

Dimensioni alla base dei criteri di priorità

Dall'analisi fattoriale dei criteri si deduce che esiste una dimensione riferita alla vulnerabilità sociale e una alla gravità: i due fattori principali hanno rispettivamente il 29% e il 15,5% di varianza spiegata. Nel primo fattore gli *item* sono riferiti alla fragilità sociale del soggetto associata a una condizione di ansia e preoccupazione; nel secondo fattore il fulcro è invece dato da un lato dal peggioramento delle condizioni cliniche, dall'intensità del dolore e dei sintomi, dallo stato di salute in generale, dall'altro dall'età. Avendo questi due poli valori rispettivamente negativo e positivo, è possibile affermare che la gravità della condizione prescinde dalla valutazione riferita all'età (*Tabella 9*).

Tabella 8. Punteggi medi sui criteri di priorità

	Media punteggi	Deviazione standard
Interesse dello specialista	2,4632	1,5629
Ansia del paziente	3,3474	1,6807
Costo durante l'attesa	2,4947	1,3828
Evidenza costo-efficacia	2,4526	1,5282
Stile di vita passato	2,2105	1,4134
Perdita della capacità lavorativa	4,1158	1,4503
Esistenza di familiari a carico	3,6737	1,4907
Possibilità di pagare privatamente	3,1158	1,6036
Età del paziente	2,6211	1,5311
Tempo già atteso	3,4316	1,3261
<i>First come, first served</i>	3,7579	1,5209
Beneficio atteso	3,4947	1,2017
Peggioramento nell'attesa	4,5263	1,0603
Vita indipendente	4,6526	1,1464
Intensità del dolore	5,0211	0,9338
Stato di salute	5,2947	0,9095

Tabella 9. Analisi fattoriale

Fattori	Vulnerabilità	Gravità
Varianza spiegata	29%	15,5%
<i>Item</i>	ansia e preoccupazione 0,63	età del paziente 0,56
	perdita della capacità lavorativa 0,69	peggioramento della condizione durante l'attesa -0,55
	presenza di familiari a carico 0,64	intensità del dolore e dei sintomi -0,56
	beneficio atteso 0,71	stato di salute -0,63
	possibilità di condurre una vita indipendente 0,62	

In conclusione, è stata considerata l'idea che i pazienti hanno del criterio di accesso attualmente impiegato nel Servizio sanitario regionale. È emerso che molti pazienti non ne hanno alcuna informazione. Nella maggior parte dei casi, si fa comunque riferimento ad aspetti clinici (stato di salute, intensità del dolore, ecc.) o al momento della richiesta. Anche la conoscenza dello specialista (la cosiddetta raccomandazione) compare abbastanza spesso tra i criteri che si ritiene siano attualmente utilizzati per decidere sulle priorità dei pazienti in lista (*Tabella 10*).

Tabella 10. Criteri attualmente in uso nel Servizio sanitario nazionale

Criteri	Frequenza (valori assoluti)
Non ho proprio idea	60
Stato di salute	83
Intensità del dolore e dei sintomi	52
Possibilità di condurre una vita indipendente	23
Peggioramento della condizione durante l'attesa	18
Trattamento migliora la qualità della vita dopo l'intervento (beneficio atteso)	13
Momento della richiesta, <i>first come, first served</i>	48
Tempo già atteso	26
Età del paziente	21
Possibilità di pagare nel privato	7
Esistenza di familiari a carico	7
Perdita della capacità lavorativa	18
Evidenza di costo-efficacia	9
Comportamenti e stile di vita passati (fumo, alcolici)	5
Costo durante l'attesa	17
Ansia e preoccupazione del paziente	19
Conoscenza dello specialista, che spinge avanti il paziente	23

Riflessioni conclusive

Questo lavoro intende contribuire al dibattito corrente - recentemente alimentato dall'abbondante produzione legislativa - sulla gestione delle liste di attesa e degli accessi, indagando la prospettiva del paziente che, a differenza del cittadino, si trova concretamente e non solo teoricamente nella situazione di attendere un preciso intervento sanitario.

Circa la metà dei soggetti interpellati attende meno di 30 giorni per ricevere l'intervento di cataratta, e solo il 14% ha attese superiori a 2 mesi. In questo senso, gli standard massimi delle attese fissati a livello nazionale³⁸ sembrano ampiamente garantiti almeno nel campione analizzato, come peraltro risulta dal diffuso senso di soddisfazione circa i tempi di attesa effettivi (il 56,8% considera i propri tempi ragionevoli, il 24,4% li considera addirittura troppo brevi, e solo il 18,8% lamenta attese troppo lunghe). La variabilità del tempo di attesa effettivo non appare tuttavia spiegata da alcuna variabile collegata alla funzionalità visiva del soggetto (acuità visiva, VF-14, CSS) essendo ancora in atto il criterio del *first come, first served*.

³⁸ Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002.

L'individuazione dei fattori associati alla percezione di un'attesa troppo lunga ha fatto emergere il reddito e la percezione della gravità, oltre al tempo di attesa effettivo, quali variabili significative. Inoltre, misure cliniche dell'acuità visiva eseguite dall'oftalmologo appaiono correlate con la variabile "percezione dei tempi", a differenza delle misure di autovalutazione della vista riportate dai pazienti. Questo risultato suggerisce che l'inclusione di valutazioni autoriportate a fianco del parere clinico, suggerita da alcuni autori al fine di assegnare le priorità di accesso, non dovrebbe modificare significativamente il livello di soddisfazione circa il tempo di attesa subito.³⁹

La disponibilità a pagare per ottenere immediatamente la prestazione in una struttura privata è risultata alquanto bassa (il 35% si dichiara non disposto a sostituire il pubblico con il privato e circa la metà del campione è disposta a pagare una cifra non superiore ai 500 Euro). Oltre al fatto che il campione è costituito quasi interamente da popolazione anziana con reddito basso (che talvolta sfiora la soglia di povertà), i soggetti interpellati hanno già optato per ricevere la prestazione all'interno del sistema pubblico, per cui è lecito attendersi una maggiore tolleranza per tempi di attesa più lunghi e una minore disponibilità a pagare.

La seconda parte dell'indagine ha fatto emergere un generale consenso sull'opportunità di rendere più esplicito il sistema di prioritarizzazione da adottare nella gestione degli accessi, a fronte di una sorprendente scarsa conoscenza/trasparenza del sistema attualmente in vigore.

La quasi totalità dei pazienti è favorevole anche all'introduzione di punteggi individuali basati sul confronto delle situazioni cliniche e sociali, sebbene anche il momento della richiesta della prestazione (e quindi il criterio temporale) sia da includere nelle valutazioni.

La classifica dell'importanza relativa dei vari criteri di priorità vede ai primi posti i fattori di ordine clinico (stato di salute, intensità del dolore, peggioramento delle condizioni durante l'attesa), e agli ultimi i comportamenti e gli stili di vita passati, considerazioni di natura finanziaria (evidenza costo-efficacia e costo durante l'attesa) e l'interesse particolare dello specialista.

Fra i limiti dello studio vanno ricordati sia la modesta ampiezza campionaria, dovuta in parte alla natura dello strumento adottato cioè il questionario *face to face*, sia i problemi derivanti dalla selezione del campione. Quest'ultimo è infatti costituito da un sottoinsieme di pazienti che hanno di fatto optato per il sistema pubblico, mentre non è stato possibile contattare i pazienti che lo hanno abbandonato in favore di cure sanitarie private, e che avrebbero presumibilmente manifestato una tolleranza alle attese e una disponibilità a pagare differenti.

³⁹ A tale riguardo, i risultati ottenuti si discostano da quanto emerge nello studio di Dunn *et al.* (1997), anch'esso basato su un campione di pazienti in attesa di intervento di cataratta. La percezione di un'attesa troppo lunga è risultata correlata al *Cataract Symptom Score* e alle difficoltà generali di visione autoriportate dagli intervistati, ma non al *visus* misurato dai clinici.

Una prosecuzione del lavoro iniziato potrebbe riguardare l'estensione dell'analisi a un campione di cittadini sani, o ad altre prestazioni di particolare rilevanza e criticità, anche diagnostiche, rivolte a pazienti con caratteristiche socio-demografiche più eterogenee. Quanto ai criteri di priorità, sarebbe interessante conoscere le valutazioni, oltre che degli utilizzatori, anche degli erogatori di cure sanitarie (medici di medicina generale, specialisti) e dei responsabili del corretto impiego delle risorse (*manager* e amministratori delle strutture sanitarie), per cercare di raggiungere un certo grado di consenso.

2° studio

La percezione dei cittadini sulle liste d'attesa⁴⁰

Obiettivi

La maggior parte degli studi nazionali finora condotti sul tema delle liste di attesa si sono limitati a dimostrare la rilevanza del problema mediante rilevazione della soddisfazione dei cittadini secondo approcci del tipo *customer satisfaction*, piuttosto che definire strumenti per il governo del fenomeno attraverso l'effettiva comprensione dell'alterità del loro punto di vista, tanto da far ipotizzare che il giudizio sintetico e sbrigativo "il problema è costituito dalle liste di attesa" sia una scorciatoia cognitiva. È noto infatti che una delle ragioni dello stereotipo è quella di consentire, con il minor sforzo cognitivo possibile, la formulazione di giudizi sociali senza preoccuparsi di compiere ogni volta verifiche precise. Quindi, l'esito di numerose ricerche potrebbe essere il frutto del *bias* introdotto dalla domanda del ricercatore che sollecita l'evidenziazione dello strato superficiale dell'opinione genericamente ricondotta all'immagine della malasanità.

Qual è la dimensione temporale che rende tollerabile l'attesa e, soprattutto, quali sono i criteri che potrebbero essere considerati per modulare l'accesso tenendo conto dei bisogni dei cittadini? Non si deve infatti dimenticare che la lista d'attesa è il punto di arrivo di processi decisionali complessi che avvengono all'interno di una pluralità di contesti relazionali.

A partire da queste considerazioni, lo scopo del presente studio è comprendere la questione delle liste di attesa all'interno di un quadro complessivo in cui siano esplicitati il senso e la strategia di azione da parte dei cittadini rispetto alla decisione/ necessità di inserirsi in un percorso di cura di cui la lista di attesa è una tappa.

Nell'ottica di percorso complessivo, il problema delle liste di attesa dalla prenotazione alla prestazione sarà indagato rispetto a:

- grado di tolleranza rispetto al tempo di attesa;
- cause e spiegazioni che i cittadini attribuiscono al fenomeno;
- strategie di intervento, tra cui l'eventuale modifica dei criteri di accesso.

⁴⁰ A cura di Sara Capizzi e Maria Augusta Nicoli.

Metodologia, strumento, procedura di somministrazione

Lo studio è stato realizzato nel periodo tra settembre 2002 e febbraio 2003 e ha interessato i cittadini utenti di 4 strutture sanitarie del Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna:

- presidio ospedaliero di Piacenza;
- poliambulatorio di Fiorenzuola;
- presidio ospedaliero di Fidenza;
- poliambulatorio di Parma.

Il campione di intervistati - 223 persone - è stato identificato in modo casuale sulla base della disponibilità di chi era nelle sale di attesa degli ambulatori indicati dalle Aziende USL di riferimento (urologia, chirurgia, ORL, cardiologia, oculistica). Le interviste sono state condotte da due ricercatori del Dipartimento di Psicologia di Parma, e si sono svolte presso le strutture sanitarie con la collaborazione degli operatori sanitari, che hanno facilitato il contatto con gli utenti.

I pazienti, in alcuni casi accompagnati dai loro familiari, sono stati intervistati prima di effettuare la prestazione, in sala d'aspetto oppure in spazi messi a disposizione dal personale. L'intervista veniva registrata previo consenso del paziente.

È stata predisposta una griglia di intervista comprendente due aree tematiche.

Le domande che compongono la prima area tematica, descrittiva, sono volte a comprendere le caratteristiche delle persone che hanno richiesto prestazioni ambulatoriali e i motivi di scelta della struttura; in particolare:

- l'umore degli intervistati rispetto alle liste di attesa sulla base della propria esperienza personale (scala 1-4);
- il comportamento degli utenti nell'eventualità di non presentarsi all'appuntamento (ha avvertito: sì/no);
- quali motivi hanno indotto gli intervistati a recarsi in quella struttura per ricevere le prestazioni (domanda aperta).

La seconda area tematica, esplorativa degli orientamenti, si propone di cogliere l'opinione degli intervistati sulle rappresentazioni sociali che essi attribuiscono al fenomeno "liste d'attesa", in particolare:

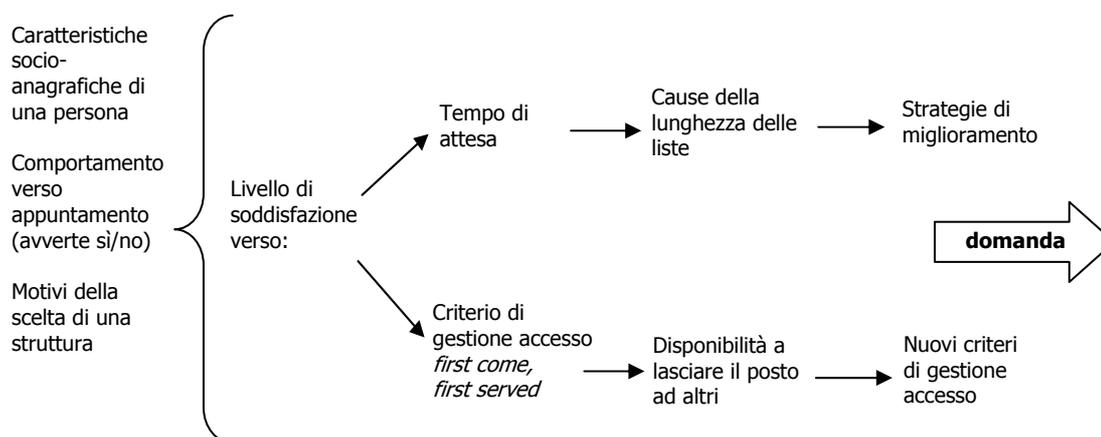
- quali fattori vengono indicati come cause di lunghezza delle liste di attesa (domanda aperta);
- quali fattori vengono individuati come possibili risolutori del problema liste di attesa (domanda aperta);
- quale grado di accordo viene espresso rispetto all'attuale sistema di gestione delle liste d'attesa *first come, first served* (scala 1-4);
- a chi si è disposti a riconoscere priorità di accesso in base alla propria definizione di priorità⁴¹ (domanda aperta).

⁴¹ È una domanda volta a cogliere il parere sull'eventualità di cambiare l'attuale modalità di gestione delle liste di attesa, in base alla propria definizione di priorità.

Per quanto riguarda le domande aperte della seconda area, il contenuto è stato analizzato da due giudici indipendenti con i quali il ricercatore ha individuato e costruito una serie di categorie tematiche esclusive ed esaustive, per ciascuna delle quali è stata registrata la frequenza.

Nello studio in questione, la costruzione delle categorie si è sviluppata in itinere, man mano cioè che si analizzavano le risposte, si individuavano le aree tematiche e i rispettivi contenuti. Si è dunque strutturata un'articolazione categoriale ad albero attraverso una procedura di codifica *bottom up* - dai dati ai codici - che ha condotto all'esplicitazione delle categorie definite di primo livello in quanto desunte dagli specifici temi/argomenti esposti dai partecipanti. Successivamente, le categorie di primo livello sono state ricondotte a categorie di secondo livello permettendo un raggruppamento sovracategoriale, espressione di un'articolazione contenutistica per temi/argomenti meno parcellizzata (cfr. "Categorie dell'analisi del contenuto" in fondo al capitolo).

Figura 3. Schema sintetico della ricerca



Analisi statistica

Come elaborazioni statistiche sono state effettuate analisi monovariate (calcolo delle frequenze, delle medie e della deviazione standard), analisi bivariate (test del chi-quadrato, per le variabili categoriali; anova per le variabili ordinali, e incroci tra variabili socio-anagrafiche e livelli di soddisfazione).

Caratteristiche del campione in relazione alla domanda di prestazione

Variabili	Statistiche
Strutture presso cui sono state condotte le interviste	
presidio di Piacenza	67 (30,0%)
poliambulatorio di Fiorenzuola	55 (24,7%)
presidio di Fidenza	71 (31,8%)
poliambulatorio di Parma	30 (13,5%)
Specialità - ambulatori	
urologia	11%
chirurgia	21%
ORL	24%
cardiologia	31%
oculistica	13%
Tipologia di prestazione	
visite specialistiche	55%
esami strumentali	45%

Caratteristiche socio-anagrafiche del campione

Variabili	Statistiche
Sesso	
donne (= 124)	124 (56%)
uomini (= 98)	98 (44%)
Età	
entro i 24 anni	6,3%
tra 25-54 anni	37,2%
tra 55-64 anni	11,7%
più di 65 anni *	44,8%
Esenti <i>ticket</i> **	63,2%
Posizione lavorativa ***	
pensionati	47%
casalinghe	13,4%
disoccupati	1,8%
impiegati	13%
operai	9,2%
lavoratori autonomi	8,3%
altro	7,3%
Livello di istruzione ****	
licenza scuola elementare	41%
licenza scuola media inferiore	32%
licenza scuola media superiore	24%
laurea	3%

Legenda

- * Fra coloro che hanno più di 65 anni, il 24% ha tra 61-70, il 21,3% tra 71-80.
- ** La grande maggioranza è costituita da esenti per età, ma ve ne sono anche per patologia e per reddito. Gli esenti sono soprattutto pazienti afferenti agli ambulatori di cardiologia (88,2%), urologia (68,8%) e chirurgia (61,9%), e coloro che richiedono esami di tipo strumentale (il 74,7% contro il 54,8% di chi ha richiesto visite specialistiche).
- *** Sommando pensionati, casalinghe e disoccupati, si raggiunge un'elevata percentuale di persone in condizione non lavorativa (circa 62%). Molte casalinghe (69%) hanno un'età inferiore a 60 anni.
- **** Il 52,6% di chi ha 30 anni o meno possiede il diploma di scuola elementare (10,5%) e/o la licenza di media inferiore (42,1%), mentre il 47,4% ha quello di scuola superiore (31,6%) o la laurea (15,8%). Tra chi ha un'età compresa tra 31 e 64 anni, il 16,8% ha concluso la scuola elementare, il 43,6% la scuola media inferiore, il 37,6% la scuola media superiore. Infine, il 72,6% di chi ha oltre 65 anni di età ha il diploma di scuola elementare; il 16,8% quello delle medie inferiori, l'8,4% di quello delle superiori, e circa il 2% ha la laurea.

Tempi di attesa

Quanto tempo aspettano i cittadini?

- 6% degli intervistati afferma di avere aspettato 7 giorni o meno dal momento della prenotazione alla prestazione;
- 55% dichiara un tempo di attesa fra i 7 e i 30 giorni (di cui 28% entro i 15 giorni; 27% tra i 15 giorni e 1 mese);
- 24% tra i 30 e i 60 giorni;
- 15% oltre i 60 giorni.

Il 65,4% delle persone che hanno richiesto visite specialistiche dichiarano un tempo di attesa entro i 30 giorni (di cui 35% entro i 15 giorni e 30,4% tra i 15 giorni e 1 mese), il 33,7% tra 30 e 60 giorni (di cui 18,8% più di 1-2 mesi, il 6,9% più di 2-3 mesi, l'8% più di 3 mesi - 1 anno).

Il 53% di chi ha effettuato esami strumentali afferma di avere atteso un tempo entro i 30 giorni (di cui 23% entro i 15 giorni e 30% tra i 15 giorni e 1 mese), il 47% tra 30 e 60 giorni (di cui 30,1% più di 1-2 mesi, 13,3% più di 2-3 mesi, e 3,6% più di 5-6 mesi). I tempi riferiti si rivelano ottimali in particolare rispetto agli esami strumentali, essendo 60 giorni il tetto massimo⁴² per i tempi di attesa definito dalla Regione.

Tra le prestazioni specialistiche che la Regione Emilia-Romagna ha individuato come critiche per tempi di attesa rientrano le attività ambulatoriali di oculistica, urologia, cardiologia, oggetto della presente indagine:

- rispetto alle prestazioni di urologia, 56,3% degli intervistati ha dichiarato un tempo di attesa fra i 7 e i 30 giorni; 37,4% di oltre 30 giorni; 6,3% di oltre 60 giorni;
- rispetto alle prestazioni di cardiologia, 10,3% ha affermato di avere atteso meno di 7 giorni; 38,2% tra 7 e 30 giorni; 29,4% oltre 30 giorni; 22% oltre 60 giorni;
- per quanto riguarda i tempi di attesa per le prestazioni di oculistica, l'8,3% ha dichiarato un tempo di attesa entro i 7 giorni; 75% fra i 7 e i 30 giorni; 4,2% è fra i 30 e i 60 giorni; 12,5% oltre i 60 giorni.⁴³

Si registra quindi una particolare criticità per le prestazioni afferenti la cardiologia, rispetto alle quali il 22% degli intervistati dichiara di avere atteso oltre i 60 giorni.

Livello di soddisfazione rispetto al tempo di attesa

- Circa il 65% degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa (molto: 23,5%; abbastanza: 41,6%; poco: 19,5%; per niente: 15,4%).
- Tanto minore è il tempo di attesa, tanto più alta è la soddisfazione. La soglia oltre la quale l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole si colloca in un tempo

⁴² La covarianza tra tipologia di prestazione x tempo di attesa è risultata negativa al test del chi-quadrato.

⁴³ La covarianza tra specialità ambulatoriale x tempo di attesa è risultata quasi positiva al test del chi-quadrato.

di attesa tra i 30 e i 60 giorni. Occorre tuttavia rilevare un livello di tolleranza complessivamente elevato: la metà tra chi dichiara di avere aspettato 60 e più giorni si dice soddisfatto.

Figura 4. Tempo di attesa x soddisfazione per tempo di attesa

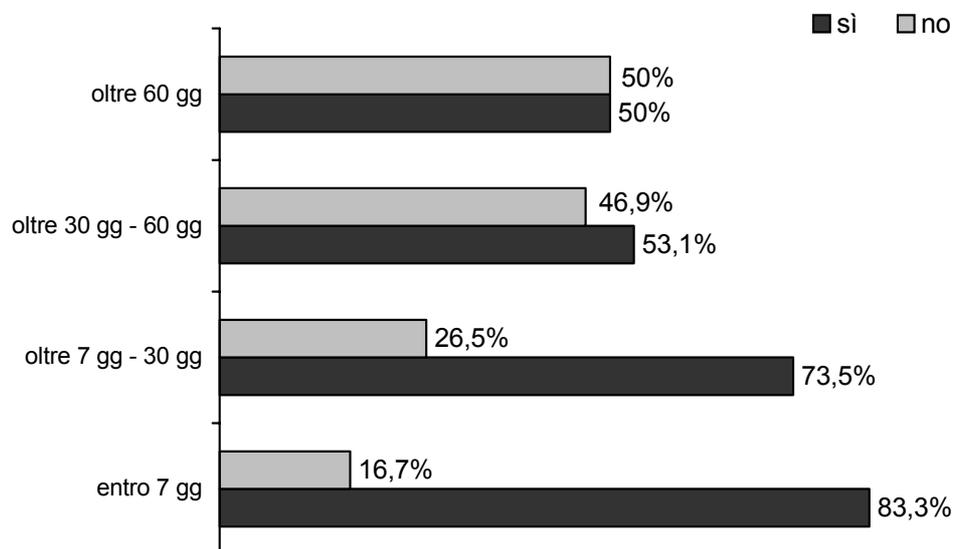
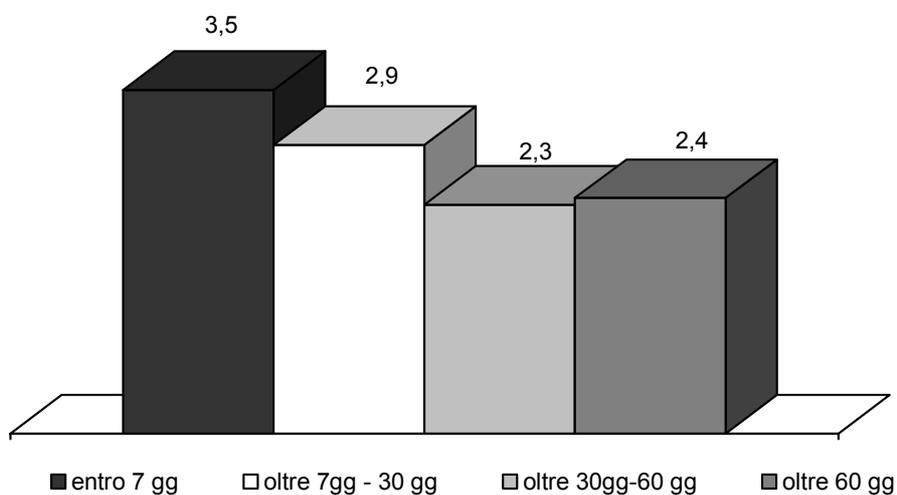
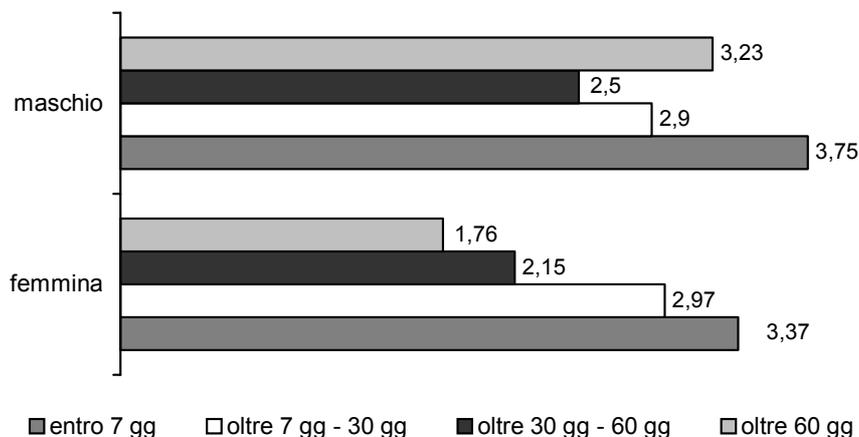


Figura 5. Confronto medie soddisfazione tempo di attesa x tempo di attesa



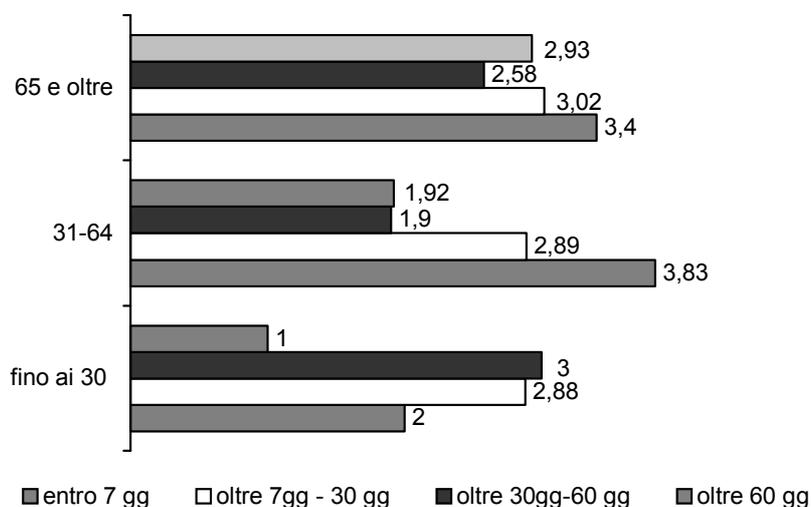
- Il livello di soddisfazione è positivo in entrambi i sessi; le donne tuttavia risultano meno soddisfatte degli uomini (maschi: 72% sì; femmine 60% sì).
- Si osserva una graduale distribuzione della soddisfazione degli intervistati di sesso femminile rispetto al tempo atteso, mentre negli uomini si osservano due picchi di soddisfazione tra coloro che dicono di avere atteso meno di 7 giorni e chi ha atteso oltre 60 giorni (*Figura 6*).

Figura 6. Confronto medie soddisfazione tempo di attesa x sesso stratificato per tempo di attesa



- Risultano andamenti non lineari rispetto a tutte le fasce di età; tra coloro che hanno meno di 30 anni è meno soddisfatto chi dichiara un tempo di attesa entro i 7 giorni rispetto a chi ha atteso 7-30 giorni e 30-60 giorni. In queste ultime fasce si osserva dunque un aumento della soddisfazione che poi torna a diminuire per le attese che si protraggono oltre 60 giorni. Chi rientra nella fascia di età tra 31 e 64 anni rivela invece un andamento decrescente nel livello di soddisfazione fino ad arrestarsi in riferimento a tempi dichiarati di attesa tra 30 e 60 giorni, e oltre. Infine, per chi ha 65 e più anni, si rispecchia l'andamento che si era delineato nel grafico precedente per gli intervistati di sesso maschile, e cioè la presenza di due picchi di più elevata soddisfazione tra chi dice di avere atteso entro 7 giorni e chi oltre 60 giorni (*Figura 7*).

Figura 7. Confronto medie soddisfazione tempo di attesa x età stratificate per tempo di attesa



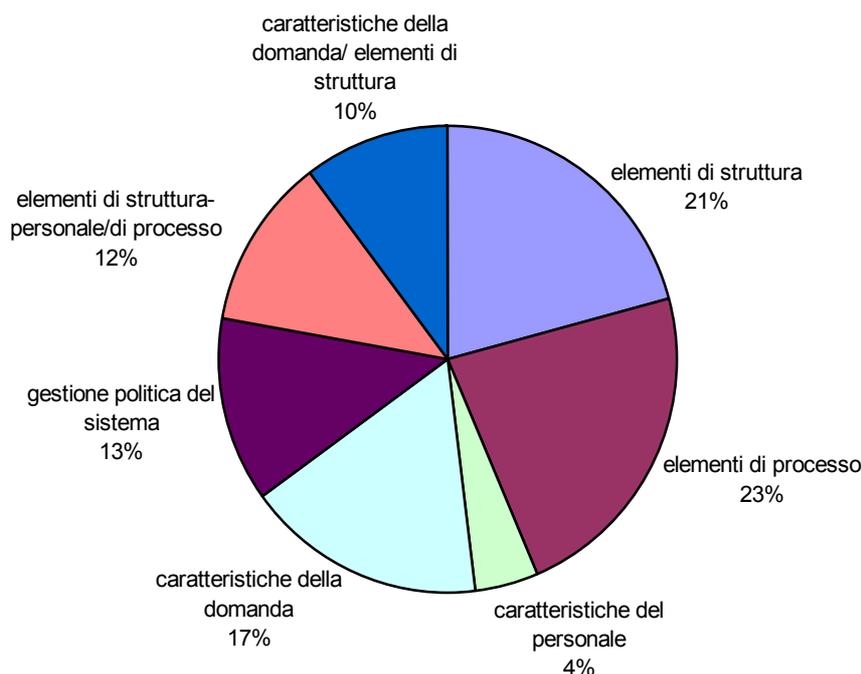
Come i cittadini spiegano il fenomeno delle liste di attesa

È noto in letteratura che le spiegazioni attribuite dalle persone ai fenomeni che le riguardano consente loro di dare senso a quanto accade e di orientarle nelle azioni da intraprendere. Nel caso specifico dei tempi di attesa, prendere in considerazione il punto di vista dei cittadini è particolarmente importante in quanto consente di cogliere le coerenze tra due diversi sistemi: quello dei cittadini e quello dei tecnici.

Per i cittadini, tra le cause di lunghezza delle liste emergono (*Figura 8*):

- elementi di struttura per il 21% (14,3% lamenta carenza di personale, 5,2% carenza di strutture/macchinari, 1,5% mancanza di fondi);
- elementi di processo per il 23% (di cui 15,5% critica la scarsa programmazione, 4,5% la cattiva gestione del tempo,⁴⁴ 3% problemi di burocrazia);
- caratteristiche della domanda per il 17% (di cui per 12,6% vi è troppa richiesta, per 4,4% troppa richiesta superflua⁴⁵);
- per il 13% è un fatto di gestione politica del sistema (politiche sbagliate e corruzioni di sistema⁴⁶ spingono al privato).

Figura 8. Cause delle liste di attesa secondo l'opinione dei cittadini



⁴⁴ Gli intervistati auspicerebbero una maggiore elasticità dell'orario: sostengono che i macchinari sono sottoutilizzati e che i turni del personale medico e infermieristico sono brevi.

⁴⁵ Accanto alla troppa richiesta, che sottintende a un bisogno reale, emerge l'accusa rispetto ad atteggiamenti irresponsabili di richiesta di prestazioni superflue.

⁴⁶ Molto spesso gli intervistati fanno riferimento a raccomandazioni e a cattivi comportamenti che spingerebbero a preferire il privato.

Se le categorie ottenute vengono ricondotte al modello di attribuzione causale di Weiner (1979) è possibile cogliere non solo l'attribuzione rispetto al *locus* causale (interno/ caratteristiche del soggetto o esterno) ma in che misura le cause individuate sono ritenute stabili e controllabili. La teoria causale elaborata costituisce uno spaccato interessante per il programmatore sanitario, in quanto può regolare le proprie azioni tenendo conto dei modi con cui il pensiero comune spiega il fenomeno.

Seguendo lo schema di Weiner, si rileva che le attribuzioni causali espresse dagli intervistati si concentrano su aspetti legati a criticità interne:

- controllabili e stabili, nel caso di una riconosciuta incapacità diffusa di tipo programmatoria e organizzativa;
- controllabili e instabili, nel caso di una scarsa attenzione dedicata specificatamente al problema, diretta a gestire meglio il tempo di attesa, gli orari e le risorse strumentali messe a disposizione.

Tra le cause esterne vengono rilevate quelle di carattere:

- stabile e incontrollabile come la burocrazia o la scarsa presenza di risorse umane e strumentali, che rende a chi lavora il compito difficile;
- instabili e controllabili quando la domanda è superflua, non appropriata;
- instabili e incontrollabili quando si invoca in modo fatalistico la gestione politica o si fa riferimento a una domanda eccessiva.

Emerge una dimensione di controllabilità delle liste di attesa - in cui si individua un rapporto diretto con gli ambiti di definizione delle responsabilità - e una di incontrollabilità - in cui, al contrario, la determinazione delle responsabilità è indiretta e mediata. Nella prima dimensione si fa riferimento a specifiche caratteristiche dei soggetti (incapacità, sforzo inadeguato) e a quella parte di domanda che gli intervistati definiscono superflua. Nella dimensione di incontrollabilità rientrano:

- la burocrazia, vista come intralcio al sistema di gestione delle liste di attesa;
- la cattiva gestione politica, contenitore magico valido per ogni evento;
- e la richiesta eccessiva di prestazioni.

È interessante che venga percepita come causa anche la domanda superflua che, essendo causa controllabile, consente di non identificarla come parte dell'intero sistema fenomenico dipinto come immutabile. Su questo tipo di causalità si possono individuare delle strategie risolutive.

Strategie per intervenire sul fenomeno delle liste di attesa

Analizzare le strategie di intervento permette di valutare cosa i cittadini considerano rilevante in termini di azioni rispetto alla spiegazione che hanno dato del fenomeno. Inoltre fornisce una indicazione utile per collocare la strategia di intervento degli *score* di priorità. Tra le strategie di miglioramento spiccano:

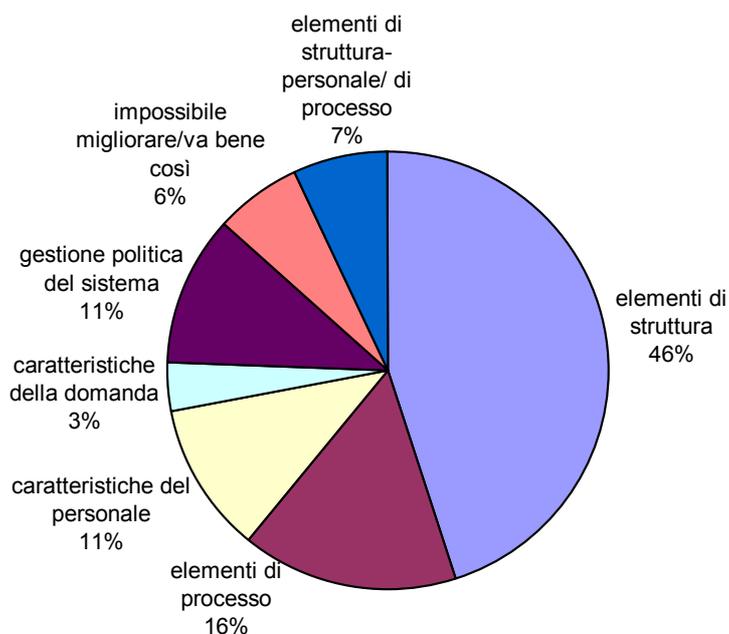
- elementi di struttura per il 46% (per il 26% c'è necessità di più personale; per il 4% di maggiori finanziamenti; per il 16% di più strutture e macchinari);
- elementi di processo per il 16% (il 8,5% chiede di migliorare la programmazione; il 5% di migliorare la gestione del tempo; il 2,5% di snellire la burocrazia);
- caratteristiche del personale per l'11% (personale più serio, gentile, competente);
- gestione politica del sistema per un altro 11% (migliorare le direttive politiche; eliminare le raccomandazioni).

Scompare l'idea che si possa agire sulla "domanda", ritenuta una delle cause del fenomeno, e - forse per il fatto che è percepita come *locus* causale esterno, a cui non si attribuisce una responsabilità diretta ma sempre mediata da chi rappresenta il sistema (operatori, politici, ecc.) - non la si considera oggetto di intervento. Questo dato si collega con l'esito ottenuto alla domanda sul cambiamento degli attuali criteri di accesso.

È interessante rilevare che alla sollecitazione di esplicitare eventuali strategie per risolvere il problema, si radicalizza l'opinione che è emersa dall'analisi delle cause, prendendo in considerazione interventi che per loro natura sono difficilmente praticabili. Da un lato viene avanzata l'ipotesi che la questione si possa risolvere con più investimenti agendo sull'offerta; dall'altro c'è il richiamo a un maggiore impegno e tempestività di chi amministra (gestione politica). In definitiva prevale un orientamento non pragmatico, ineluttabile.

Viene inoltre posto l'accento sulle caratteristiche del personale: l'intervento in questa direzione assume i toni del richiamo a una maggiore gentilezza (qualità del rapporto) e competenza (professionalità).

Figura 9. Strategie per intervenire sulle liste di attesa secondo l'opinione dei cittadini

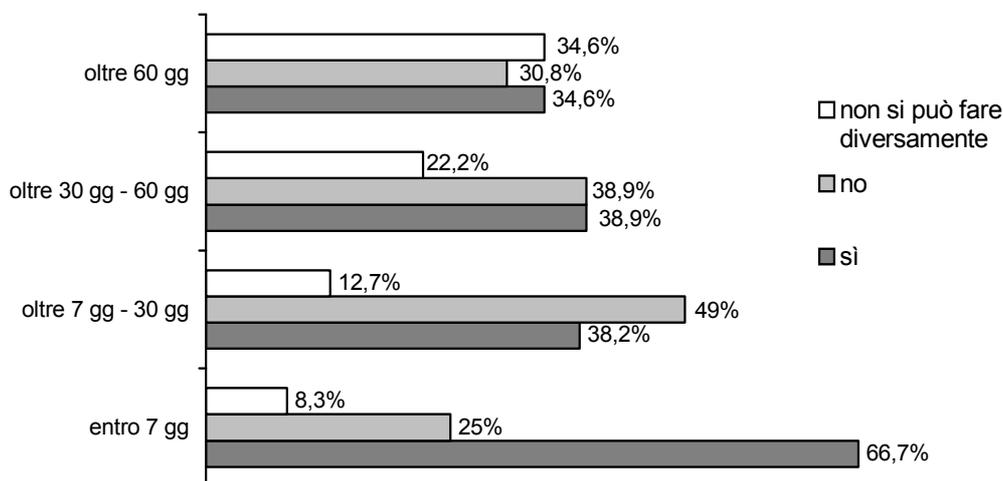


Il criterio del "chi prima arriva, prima è servito" (*first come, first served*) è ancora valido?

Una parte considerevole di intervistati (41%) è d'accordo con il criterio del *first come, first served* (18,9% molto d'accordo, 22% abbastanza d'accordo, 16% poco d'accordo, 25,4% non sono d'accordo). Vi è inoltre un 17,7% che afferma che non si può fare diversamente, e in ogni caso si tratta di un'opinione spesso accompagnata dall'argomentazione/auspicio che bisogna valutare volta per volta.

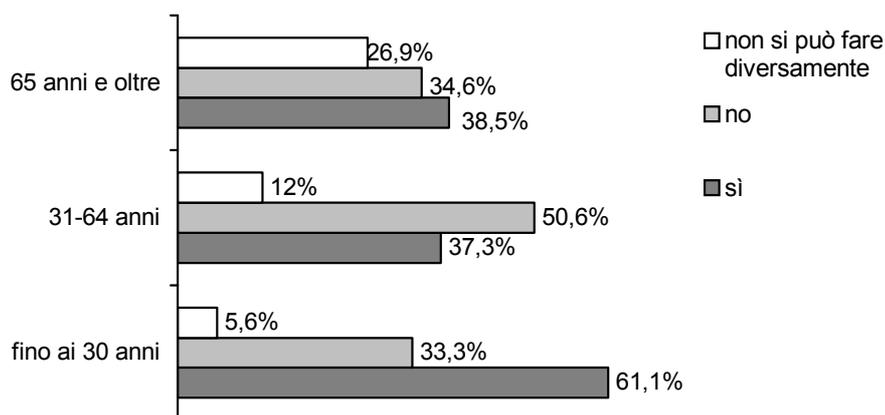
Chi ha atteso meno di 7 giorni esprime un buon livello di accordo su questo criterio, mentre nella fascia successiva (attese fra 7 e 30 giorni) si registra una certa insoddisfazione; per chi ha atteso tra i 30 e i 60 giorni la situazione è in quasi parità tra favorevoli e contrari. Infine, tra chi ha atteso oltre i 60 giorni aumenta in modo significativo il numero degli astenuti o dei "rinunciati", che lo ritengono l'unico criterio possibile (*Figura 10*).

Figura 10. Tempo di attesa x "è d'accordo sul criterio *first come, first served*"



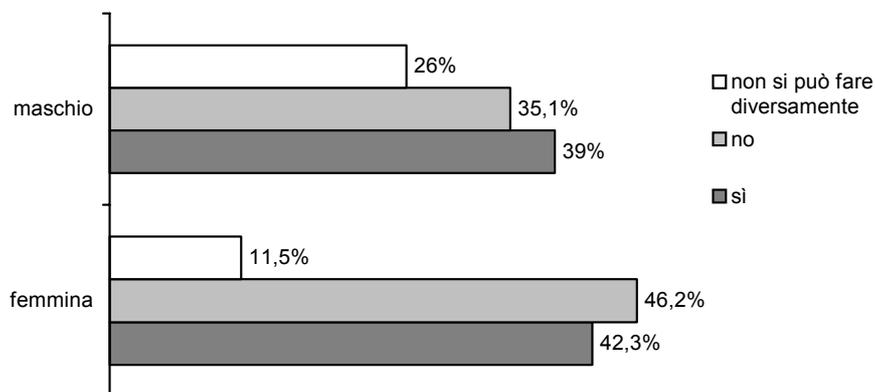
I più giovani esprimono un maggiore consenso circa l'attuale criterio di accesso mentre chi ha tra i 31-64 anni è maggiormente critico e dunque plausibilmente più propenso a contemplare la possibilità di modificarlo/sostituirlo. Tra i più anziani, i cui giudizi si distribuiscono piuttosto uniformemente, si osserva una presenza considerevole di un atteggiamento di tipo fatalistico del "non si può fare diversamente" (Figura 11).

Figura 11. Età x "è d'accordo sul criterio *first come, first served*"



Per quanto riguarda il sesso, risulta una differenza abbastanza rilevante in riferimento alla visione fatalista-impossibilista del "non si può fare diversamente" che connota maggiormente i maschi, mentre le donne esprimono maggiore dissenso (Figura 12).

Figura 12. Sesso x "è d'accordo sul criterio *first come, first served*"



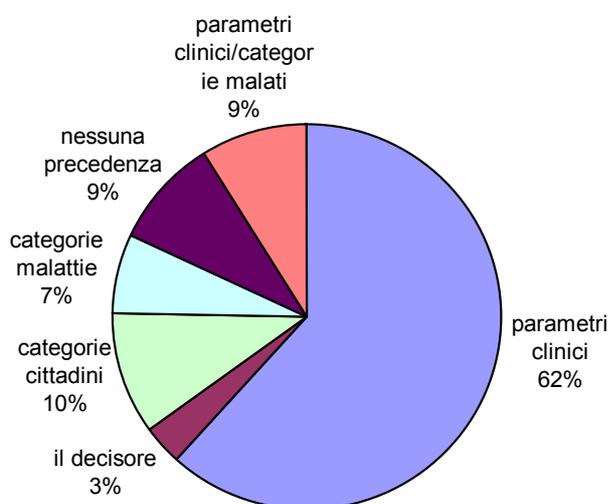
Opinione sul chi si farebbe passare avanti

I criteri con cui gli intervistati farebbero passare avanti altri pazienti sono riconducibili prioritariamente alla gravità, che “nel senso comune” assume diverse sfumature. In particolare:

- la grande maggioranza individua come criterio di priorità il giudizio rispetto a parametri clinici (62% “chi sta peggio, chi è più urgente”); circa il 10% afferma che dovrebbero avere la precedenza certe categorie di cittadini (anziani: 5%; anziani e bambini: 3,7%; invalidi: 1,3%); il 7% darebbe la precedenza a certe categorie di malattie (malati di cuore: 4%; malati di tumore: 2%); c'è poi chi predilige il binomio per parametri clinici/categorie di cittadini (9%). Infine, solo il 9% dichiara di non considerare la possibilità di fare passare avanti qualcun altro e il 3% afferma che la decisione spetta a una figura deputata, che la grande maggioranza individua nel medico (*Figura 13*);
- il criterio di gravità trova applicazione soprattutto in cardiologia e in oculistica: in questi casi, dunque, la gravità è intesa sia come rischio per la salute sia come evento che compromette la funzionalità nella vita quotidiana (*Figura 14*).⁴⁷

Le prestazioni di tipo strumentale sono correlate soprattutto al criterio di gravità sulla base della valutazione di parametri clinici (*Figura 15*).

Figura 13. Opinione su chi si farebbe passare avanti



⁴⁷ In coerenza a quanto emerge da altri studi (vedi Herzlich, 1985).

Figura 14. Specialità x "chi dovrebbe passare per primo"

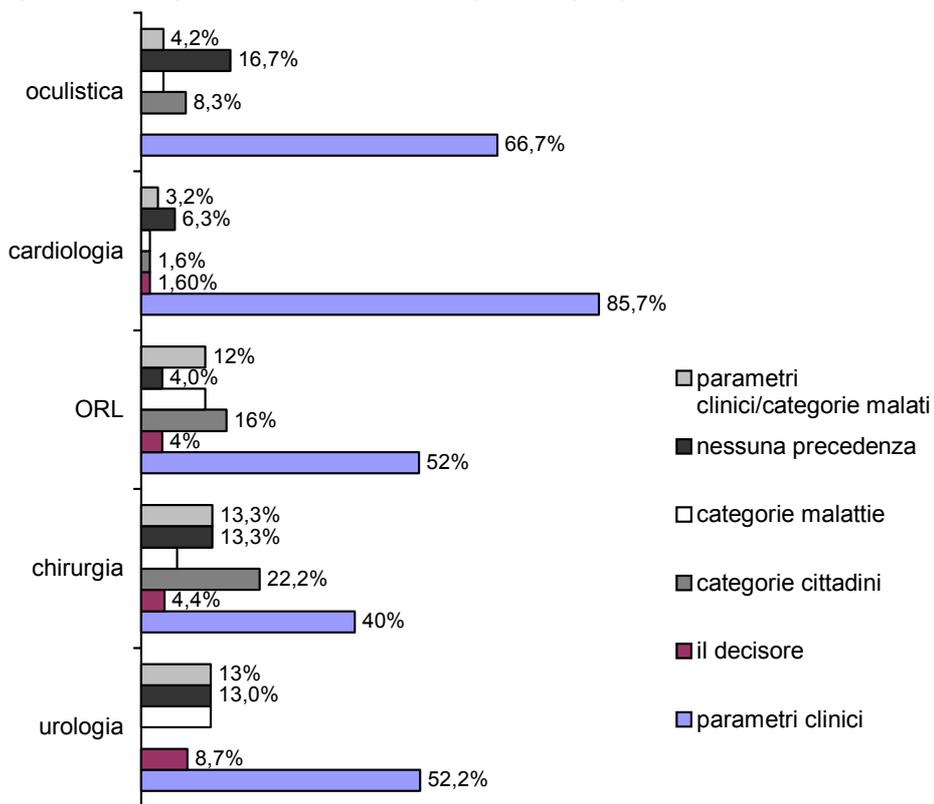
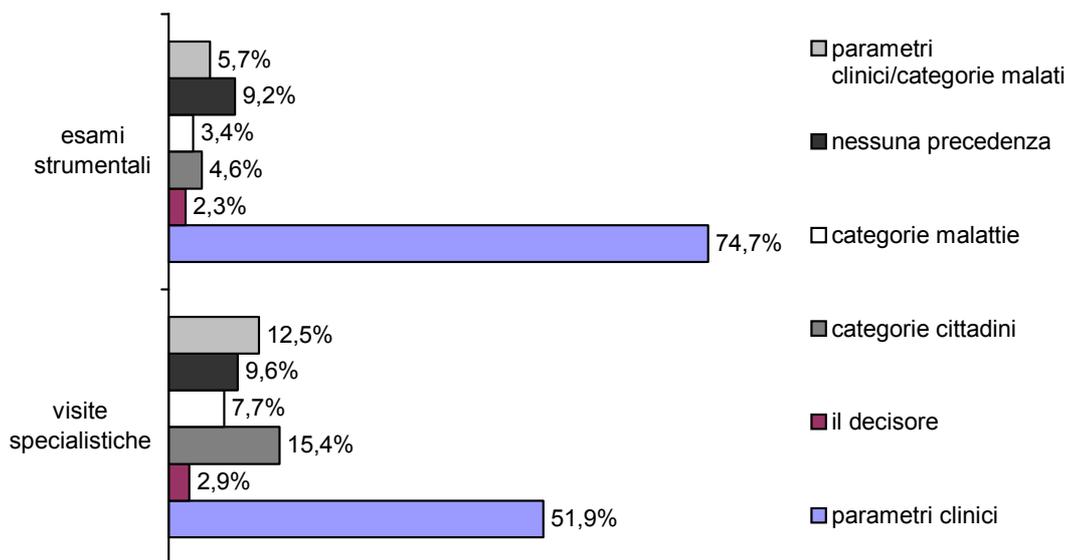


Figura 15. Motivo della visita x "chi dovrebbe passare per primo"



È capitato di mettersi in lista di attesa e di non essersi presentato?

Durante il periodo di attesa per l'appuntamento, possono verificarsi circostanze che inducono a cambiare idea, a rinunciare, a rivolgersi altrove oppure a risolvere il problema diversamente. Non è dunque sicuro che chi richiede una prestazione poi si presenti all'appuntamento e, stando a quanto emerge dai dati, non si tratta neppure di una percentuale irrilevante (23%).

Dei rinunciatari, il 32,6% ammette di non avere avvisato che non si sarebbe recato all'appuntamento.

Motivi della scelta dell'ambulatorio o struttura

In maggioranza le persone scelgono di rivolgersi a una determinata struttura per praticità-comodità di accesso (25%). Il 24% si è attenuto alle indicazioni di percorso già definite dal medico/struttura inviante o a scelte che maturano all'atto della prenotazione presso il CUP. Nel 24% dei casi si tratta di scelte condizionate dal parere non solo di figure sanitarie ma anche di familiari, amici, conoscenti (elementi di relazione-consiglio). Infine, nel 20% si tratta di elementi di esperienza pregressa (12,6% fiducia nel personale; 7,4% fiducia nella struttura). Nel 7% la praticità-comodità spesso si associa alla fiducia derivata dall'esperienza pregressa (*Figura 16*).

L'approfondimento evidenzia che tra gli elementi determinanti la scelta, la possibilità di aspettare meno ha un ruolo secondario, visto che il cittadino contempla anche altri aspetti (*Figura 17*).

Figura 16. Motivi della scelta dell'ambulatorio/struttura (2° livello)

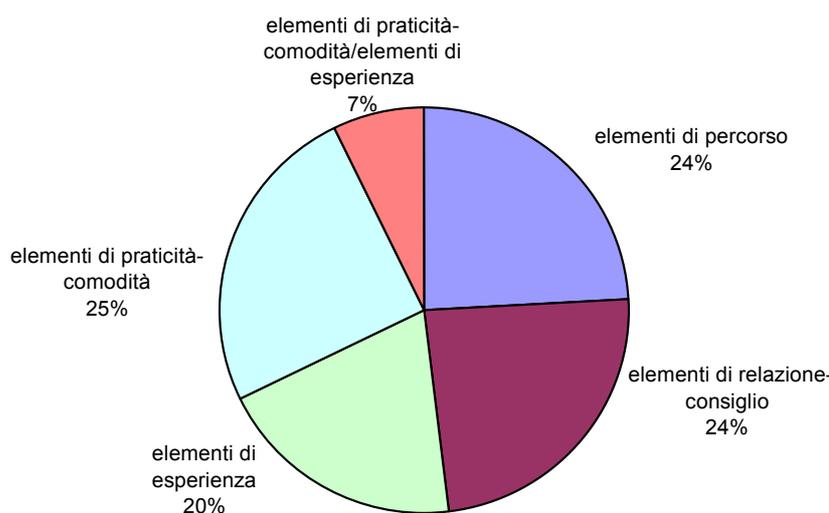
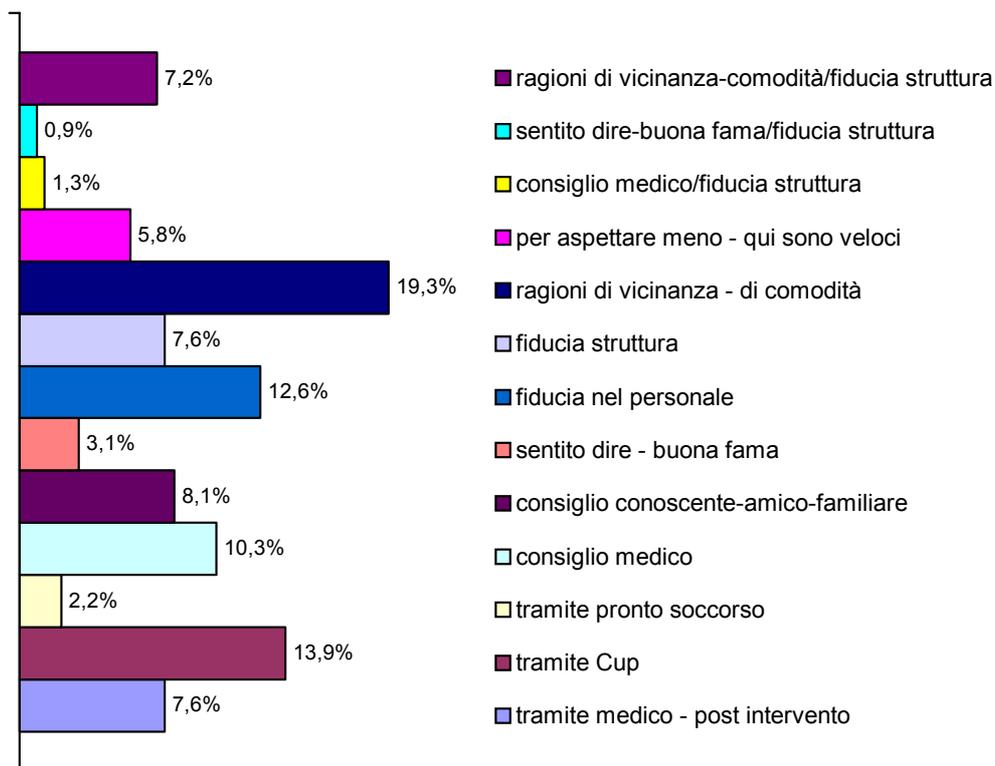


Figura 17. Motivi della scelta dell'ambulatorio/struttura (1° livello)



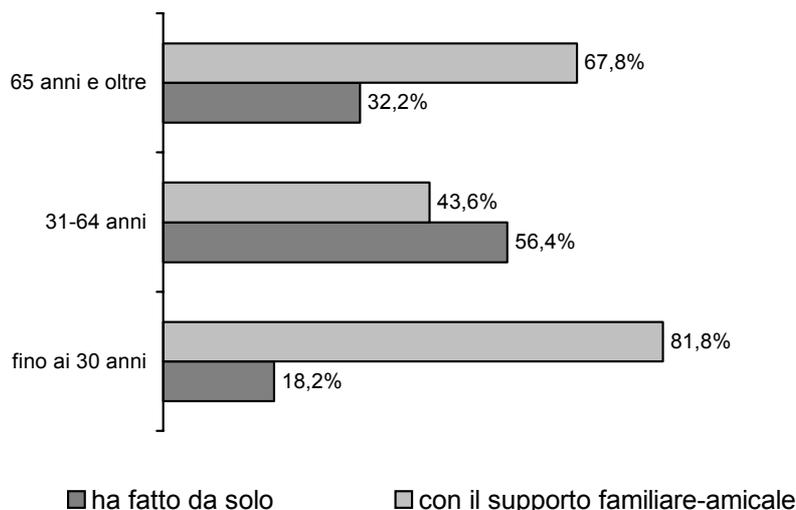
Persone coinvolte nel percorso di cura

Raramente si richiede una prestazione "in solitudine", più frequente è invece il confronto con altre persone oltre alla figura sanitaria di riferimento, se non altro per la scelta della struttura.

L'intraprendere un percorso di cura è un evento da collocare all'interno della propria vita, delle proprie attività quotidiane e dunque complesso, soprattutto quando non lo si può gestire autonomamente.

Nella ricerca in questione, il 53,8% degli intervistati è stato accompagnato da un familiare (in minor numero da amici), vista anche l'elevata età media dei soggetti per i quali si presume una ridotta autonomia (o funzionalità) e, di conseguenza, è necessaria l'attivazione della rete di sostegno. Questo dato rende conto della difficoltà della decisione che deve trovare tutti d'accordo sulla data e sul luogo. Quindi, organizzarsi per la visita richiede plausibilmente un tempo di preparazione all'interno di una gestione familiare, aspetto che potrebbe costituire una delle ragioni a giustificazione dell'elevata soglia di sopportazione dei tempi di attesa tra prestazione e prenotazione.

Figura 18. Età x persone coinvolte



Riflessioni conclusive

Tempi di attesa e grado di soddisfazione

Il 65% degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa,⁴⁸ benché molti di loro si siano affrettati a sottolineare l'aspetto per così dire contingente della soddisfazione, quasi a volere mettere le mani avanti dicendo per "questa volta è andata bene, ma non bisogna adagiarsi sugli allori".

A un primo giudizio apertamente positivo fa seguito cioè un comportamento cauto e diffidente: cosa si nasconde dietro questo atteggiamento? Forse esperienze pregresse di insoddisfazione oppure una connaturata inclinazione a una sorta di insoddisfazione preventiva rispetto a un tema cruciale nella fruizione dei servizi sanitari?

Si rileva, inoltre, un alto livello di tolleranza perfino a fronte di tempi più dilatati; circa il 53% degli intervistati dichiara di essere soddisfatto anche quando l'attesa è superiore ai 30-60 giorni, e lo stesso afferma circa la metà del campione quando attende oltre due mesi. Vale la pena approfondire le ragioni degli intervistati rispetto a un atteggiamento di comprensione, sopportazione, adeguamento delle aspettative, magari in riferimento al contesto delle loro altre priorità?

A questo proposito, è opportuno osservare che tra i motivi che incidono sulla scelta della struttura⁴⁹ emerge una rosa di priorità, tra cui l'aspettare meno è solo una delle variabili e neppure tra le più rilevanti (*Figura 17*).

⁴⁸ Il tempo di attesa considerato nello studio è quello dalla prenotazione alla prestazione.

⁴⁹ Domanda 9: "Perché ha scelto di recarsi in questa struttura?"

Gestione della domanda: dal sistema first come, first served ai criteri di priorità

Una parte considerevole (40%) è d'accordo sul fatto che venga curato per primo chi per primo fa richiesta, e vi è inoltre una percentuale rilevante di chi fatalisticamente afferma che è l'unico criterio possibile, che non si può fare diversamente. A rientrare in quest'ultimo gruppo sono soprattutto gli uomini, chi ha un'età superiore ai 65 anni, chi ha sostenuto un'attesa elevata (superiore ai 60 giorni).

L'incrocio tra la soddisfazione verso il criterio *first come, first served* e il tempo dichiarato di attesa evidenzia che tanto più lunga è l'attesa, tanto più cresce l'insoddisfazione verso tale criterio e, dunque, plausibilmente il livello di disponibilità ad accettare altre modalità di accesso. L'andamento non è tuttavia lineare e registra alcune particolarità fino a evidenziare una polarizzazione tra chi è d'accordo con il criterio e ha atteso tempi brevi, e chi si rassegna in modo fatalistico a non poter modificare lo stato delle cose e ha atteso 60 e più giorni. È un risultato interessante perché gli intervistati hanno di fatto superato la fase dell'attesa; tuttavia la differenziazione che emerge all'interno del campione mette in luce delle diversità che non sono riconducibili all'oggettività del tempo atteso.

Nel passaggio successivo, stimolati a considerare criteri di accesso "altri" rispetto al *first come, first served*, alla domanda sul "chi farebbe passare avanti", solamente il 9% degli intervistati afferma l'intenzione di non dare precedenza in nessun caso, mentre tutti gli altri esprimono la loro disponibilità.

I criteri attraverso cui, sulla base della propria definizione di priorità, farebbero passare avanti altri pazienti sono sostanzialmente riconducibili alla gravità della condizione;⁵⁰ tale concetto trova tuttavia diversa declinazione: alcuni definiscono la gravità rispetto "al modo di valutarla" e quindi per lo più attraverso parametri clinici utili a identificare "chi sta peggio", "chi è più urgente"; altri si esprimono rispetto al "chi è grave" e si individuano particolari tipologie di soggetti (anziani, donne in gravidanza, bambini, invalidi) e determinate tipologie di malattie (di cuore e di tumore). Altri ancora interpretano il concetto di gravità con "a chi spetta stabilirla, definirla, misurarla", "a chi ne è il decisore" e, a parte una esigua percentuale di intervistati che sostengono che "l'urgenza è soggettiva",⁵¹ tutti gli altri identificano questa figura nel medico.

⁵⁰ Quindi, il far passare chi è grave non costituisce un problema; peraltro si tratta di un criterio già introdotto dalla normativa regionale.

⁵¹ A proposito della percezione dello stato di salute (pur non essendo una dimensione indagata in questo studio), si può supporre che la "percezione soggettiva" di gravità sia un elemento che può influire sulla tollerabilità dell'attesa.

Rafforzare le connessioni

Da un confronto tra cause e soluzioni indicate dagli intervistati per spiegare il fenomeno delle liste d'attesa e le linee programmatiche regionali emergono interessanti connessioni.

Come suggerisce la letteratura, si tratta di operare una diversa configurazione dei *pattern* di significato a partire dagli elementi considerati significativi dagli stessi cittadini.

Se, ad esempio, si tiene presente la disponibilità degli intervistati a modificare l'attuale modalità di accesso *first come, first served* in vista di un nuovo criterio di definizione della priorità, ciò significa fondamentalmente riconoscere la necessità non solo di una maggiore trasparenza ma di una maggiore appropriatezza della richiesta.

Per i cittadini, il tema del personale sanitario assume un ruolo chiave nelle strategie di intervento in relazione ai motivi indicati: poco personale, incapacità professionale e presenza di una domanda superflua ed eccessiva.

Un altro punto critico segnalato è costituito dalla mancanza di risorse (in termini di personale, mezzi, strumenti), sia come causa sia come soluzione. È come se sul piano logico ci fosse una scissione. L'analisi delle cause procede in modo analitico e quando si giunge a prospettare una soluzione si ricorre alla semplificazione: mancano i mezzi, l'offerta è insufficiente. Si tratta probabilmente anche in questo caso di un giudizio stereotipato che andrebbe collegato ad altri due aspetti sottolineati dagli stessi cittadini. Infatti, dal momento che essi riconoscono una gestione inefficace dei mezzi e dei tempi e che rilevano la necessità di intervenire sul personale per accrescerne la professionalità, si potrebbe dedurre che la mancanza di risorse (di personale in questo caso specifico) assuma per loro una valenza diversa, quella del migliore e più efficace impiego.⁵²

Va da sé che la gestione politica è il grande contenitore magico valido per ogni evento, dal quale attingere contemporaneamente le spiegazioni del perché le cose non funzionano e le soluzioni per i problemi.

Nel caso delle liste d'attesa, si tratterebbe di uscire da questa semplificazione, espressa dal legame di linearità causale tra problema delle liste d'attesa e cattiva gestione politica facendo emergere una visione del fenomeno che punti a riconoscere un legame tra gestione politica e azioni di cambiamento, come per esempio coinvolgere il personale in una diversa modalità di gestione delle liste d'attesa.

Dietro le quinte delle liste d'attesa

Come anche questo studio ha in parte evidenziato, la lista d'attesa è una tappa di un percorso lungo e articolato; la valutazione che il soggetto esprime sulla lunghezza dei tempi di attesa e sulla loro tollerabilità è dunque filtrata da diversi elementi, tra i quali:

- la percezione che il soggetto ha del suo stato di malattia;
- la possibilità o meno di organizzare l'accesso in maniera autonoma;
- l'opportunità di utilizzare altre soluzioni non presenti al momento della prenotazione.

⁵² È una direzione che la stessa Regione Emilia-Romagna ha già intrapreso, ma che stenta a essere visibile, forse perché ancora poco attuata.

A questo proposito, un indicatore della complessità che sta dietro alla decisione/necessità di inserirsi in un percorso di cura è il tipo di organizzazione connessa all'accesso alla prestazione. Il 53,8% dei cittadini intervistati ha avuto bisogno di essere accompagnato all'appuntamento e, non a caso, la ragione predominante sulla scelta della struttura è avvenuta sulla base di criteri di praticità-comodità.

Inoltre, può verificarsi un cambiamento nel percorso stabilito perché vengono trovate alternative o il problema si risolve diversamente; sarebbe interessante capire chi sono questi cittadini e cosa li porta a compiere scelte alternative.

In conclusione, i risultati di questo studio sembrano suggerire che l'attesa più o meno lunga non è di per sé l'unico elemento (e neanche il più importante) che il paziente considera come criterio spartiacque per vagliare tra un buon e un cattivo servizio, ma è una tra le priorità. Queste priorità sono strettamente connesse con i bisogni di praticità e comodità che nascono dalla gestione della quotidianità del paziente e del suo nucleo familiare, soprattutto quando condizioni di non autosufficienza rendono necessaria una preparazione al percorso di cura spesso piuttosto complessa.⁵³

Alla luce di queste riflessioni, stimoli e suggerimenti sono utili ad abbracciare una prospettiva maggiormente comprensiva del punto di vista del cittadino nel senso di valutare strategie che, a partire proprio dalla gestione del quotidiano, agiscano non solo sulla lunghezza dei tempi di attesa ma anche sul modo in cui si attende.

⁵³ In questa prospettiva, l'attendere poco potrebbe paradossalmente venire a svantaggio del paziente e di chi l'accompagna, se hanno bisogno di tempo per organizzarsi.

Categorie dell'analisi del contenuto

Domanda 4. Quali sono le cause della lunghezza delle liste di attesa (1° e 2° livello)

Elementi di struttura	{	- carenza personale - carenza fondi - carenza strutture/macchinari
Elementi di processo	{	- scarsa programmazione/organizzazione - problemi di burocrazia - cattiva gestione del tempo (poco tempo, visite-esami lunghi, macchinari sottoutilizzati)
Caratteristiche del personale	{	- poca serietà, incompetenza
Caratteristiche della domanda	{	- troppa richiesta superflua
Gestione politica del sistema	{	- politiche sbagliate, sistema che spinge al privato

Domanda 5. Quali sono le strategie di miglioramento (1° e 2° livello)

Elementi di struttura	{	- più personale - più fondi - più strutture/macchinari
Elementi di processo	{	- migliorare programmazione/organizzazione - snellire burocrazia - migliorare gestione tempo/turni, visite più lunghe
Caratteristiche del personale	{	- personale più gentile, serio, competente
Caratteristiche della domanda	{	- cittadini più responsabili
Gestione politica del sistema	{	- migliorare direttive politiche / eliminare raccomandazioni

Domanda 7. Chi farebbe passare prima di Lei (1° e 2° livello)

Parametri clinici	{	- chi è più urgente/chi sta peggio
Il decisore	{	- lo stabilisce il medico
Categorie cittadini	{	- anziani - bambini - anziani e bambini
Categorie malattie	{	- malati di cuore - malati di tumore

Domanda 9. Perché ha scelto questo ambulatorio/struttura (1° e 2° livello)

Ragioni di percorso	{	- tramite medico/post-intervento - tramite pronto soccorso, tramite CUP
Ragioni di relazione/consiglio	{	- consiglio medico, sentito dire/buona fama - consiglio conoscente/amico/familiare
Ragioni di esperienza	{	- fiducia nel personale - fiducia nella struttura
Ragioni di praticità/comodità	{	- vicinanza - si aspetta meno/qui sono veloci

3° studio

La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini⁵⁴

Background e obiettivi

Questo progetto di ricerca nasce da uno più ampio, promosso dall'Azienda USL Città di Bologna allo scopo di valutare la qualità percepita dai propri utenti attraverso strumenti validati dal punto di vista scientifico-metodologico. A seguito dell'integrazione tra le Aziende dell'Area vasta di Bologna, lo strumento di indagine sulla specialistica ambulatoriale e diagnostica è stato elaborato e predisposto dai referenti per la qualità percepita delle tre Aziende, con la collaborazione dell'Agenzia sanitaria regionale.⁵⁵

Le analisi effettuate rispecchiano la riflessione attualmente diffusa in letteratura; in questo senso, lo studio è importante sia sul piano strettamente operativo e finalizzato al miglioramento dei servizi aziendali, sia perché può contribuire a chiarire come articolare la valutazione sulla prestazione ricevuta anche in relazione all'influenza giocata dai tempi di attesa.

Già da un precedente studio pilota realizzato per predisporre il questionario (Bonucci *et al.*, 2003), erano emerse importanti considerazioni, come il fatto che il cittadino considera l'attesa dalla prenotazione alla prestazione all'interno di un percorso in cui sono rilevanti anche altri momenti di attesa e in cui concorrono altre dimensioni oltre a quella temporale. Lo studio ha mostrato che la dimensione relazionale assume diverse connotazioni rispetto alle fasi del percorso, così come l'importanza dell'informazione si modula diversamente nei vari momenti.

Dallo studio pilota è emerso anche che la gestione del percorso diventa un fattore cruciale sulla tollerabilità dell'attesa da parte del cittadino, quando prova forte ansia perché sospetta qualcosa di grave. Aspettare significa quindi gestire all'interno del proprio nucleo familiare anche la preoccupazione, oltre che l'organizzazione complessiva.

⁵⁴ A cura di Sara Capizzi e Maria Augusta Nicoli, in collaborazione con Annamaria Gentili dell'ex Azienda USL Città di Bologna.

⁵⁵ Il gruppo, coordinato da Annamaria Gentili, è composto da Lara Nanetti (ex Azienda USL Bologna Nord), Sonia Neri (ex Azienda USL Bologna Sud), Lucia Bonucci e Maria Augusta Nicoli (Agenzia sanitaria regionale).

A partire da queste considerazioni, lo studio in questione si pone i seguenti obiettivi:

- indagare come la tollerabilità dell'attesa varia rispetto alle fasi del percorso;
- verificare in che misura la soddisfazione rispetto alla prestazione ricevuta è influenzata dal tempo di attesa;
- individuare quali altre variabili, oltre al tempo di attesa, sono cruciali nel determinare il grado di soddisfazione per la prestazione ricevuta.

Metodologia, strumento, procedura di somministrazione

Nel periodo tra novembre 2002 e giugno 2003 è stata effettuata un'indagine sui cittadini che si sono rivolti alle strutture specialistico-ambulatoriali dei presidi ospedalieri dell'Azienda USL Città di Bologna, per un totale di 3.324 soggetti. Il campione è stato calcolato per ciascuna specialità sulla base delle persone che avevano usufruito dei servizi di specialistica ambulatoriale e diagnostica del Presidio nel 2001 e nei primi 9 mesi del 2002.

È stato utilizzato un questionario precedentemente testato (in *Appendice*),⁵⁶ in cui vengono esplorate le dimensioni del rapporto con il professionista, le modalità di accesso-prenotazione, le informazioni ricevute, i tempi di attesa e il giudizio sui tempi in funzione delle fasi del percorso. Il questionario è stato somministrato tramite intervista strutturata condotta telefonicamente da un'agenzia esterna incaricata.⁵⁷ Prima dell'intervista telefonica, gli operatori del Servizio/Ambulatorio hanno consegnato agli utenti che avevano effettuato la prestazione un modulo di liberatoria con informazioni sull'indagine e di autorizzazione all'intervista. Quindici giorni dopo la compilazione della liberatoria, gli stessi utenti sono stati contattati e intervistati.

Analisi statistica

Tenendo conto delle indicazioni suggerite dalla recente letteratura,⁵⁸ per individuare la soddisfazione degli intervistati circa le dimensioni oggetto di valutazione è stata utilizzata una scala Likert a 6 valori, con punteggio minimo corrispondente a "del tutto

⁵⁶ È stato effettuato un pre-test in due giorni consecutivi coinvolgendo 200 utenti del Presidio ospedaliero.

⁵⁷ Dinamica Result Based Consulting s.r.l. di Milano.

⁵⁸ Si fa riferimento all'opportunità di esplicitare il giudizio intermedio per non lasciare spazio a margini di ambiguità interpretativa che caratterizzano questa parte della scala. L'uso del punto neutro produce risposte neutrali del tipo "non so" o "indeciso" che sono poco informative e diminuiscono il potere discriminante della scala. Inoltre tali risposte possono avere significati diversi per i soggetti: possono infatti indicare ambivalenza, indifferenza o rifiuto a rispondere. Il soggetto ambivalente ha sentimenti misti, positivi o negativi; l'indifferenza è spesso frutto di scarso interesse per il tema proposto; il rifiuto a rispondere può derivare dalla sensazione di non essere abbastanza competenti o informati. Pertanto, diversi autori suggeriscono di omettere questa parte della scala (Rattazzi, 1999).

insoddisfacente” e punteggio massimo corrispondente a “del tutto soddisfacente” riguardo alla struttura, al personale, alle informazioni. Anche la scala utilizzata per valutare i tempi di attesa è a 6 valori, da “molto lungo” a “molto breve”.

Come elaborazioni statistiche sono state effettuate analisi monovariate (calcolo delle frequenze, delle medie e della deviazione standard), analisi bivariate (test del chi-quadrato, per le variabili categoriali; anova univariata e bivariata per le variabili ordinali, e incroci tra variabili socio-anagrafiche e livelli di soddisfazione) e analisi multivariate, per individuare il peso di ogni singolo aspetto del servizio sulla valutazione complessiva (regressione lineare).

Caratteristiche socio-demografiche del campione

Variabili	Statistiche
Chi risponde al questionario	
direttamente l'interessato	82%
familiare accompagnatore	18%
Età	
tra 25-54 anni	39%
tra 55-64 anni	22%
più di 65 anni	39%
Occupazione *	
pensionati	52%
casalinghe	9,6%
disoccupati	1,4%
impiegati	16%
lavoratori autonomi	8%
operai	4,5%
altro	8,5%
Residenza	
provincia di Bologna	94,1%
altre province dell'Emilia-Romagna	3,1%
altre regioni	2,7%
altro stato	0,1%
Esenti <i>ticket</i> **	60,3%

Legenda

* Sommando pensionati, casalinghe e disoccupati si raggiunge una percentuale del 63% di soggetti in condizione non lavorativa.

** Questo dato plausibilmente si collega all'elevato numero di pensionati.

Risultati: il percorso di cura del paziente ambulatoriale

La richiesta

Che tipo di prestazione ha ricevuto (visita/esame/terapia)?

Il motivo della richiesta è:

- per il 47,4% un esame,
- per il 39,4% una visita specialistica,
- per l'8,3% visita ed esame,
- per il 4,9% una terapia.

Chi Le ha fatto la richiesta per la prestazione specialistica?

La richiesta di prestazione viene effettuata:

- per il 53% dei soggetti tramite medico curante;
- per il 33% direttamente dallo specialista;
- per il 12% si tratta di un controllo dopo intervento;
- per il 2% riguarda un intervento di pronto soccorso.

Dove ha effettuato la prenotazione?

- La prenotazione è avvenuta prevalentemente tramite le strutture deputate - CUP (43%) e farmacia (22%) - i cui servizi sono, tra l'altro, molto ben valutati dagli utenti intervistati (rappresentano il 77,6% tra soddisfatti e molto soddisfatti);
- nel 26% dei casi la prenotazione avviene direttamente presso l'ambulatorio;
- per il 9% attraverso altre strade.

Era la prima volta che si recava in questo ambulatorio/servizio?

Poco più della metà degli intervistati si era già recata presso la struttura scelta.

Qual è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?

Il motivo della scelta sono prevalentemente riconducibili a:

- riconosciuta competenza professionale (26%),
- consiglio del medico (27%),
- vicinanza alla struttura (20%),
- tempi di attesa più corti (11%),
- opinione di amici/parenti (6%),
- altri motivi (10%).

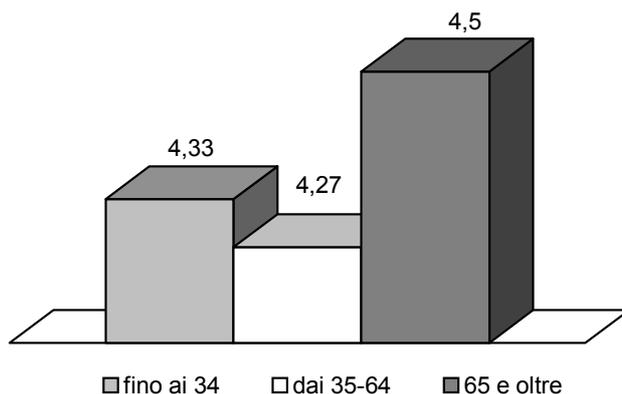
Poco più della metà degli intervistati si era già recata presso la struttura scelta.

Impatto con la struttura

Come valuta l'accessibilità alla struttura rispetto alla disponibilità di parcheggi?

L'accessibilità alla struttura rispetto alla disponibilità di parcheggi è giudicata adeguata dalla maggior parte dei soggetti (70,7%), mentre non lo è per il 29,3%. Si rileva un effetto significativo della variabile età; in particolare, i soggetti con età superiore ai 65 anni sono più soddisfatti rispetto a coloro con età compresa tra i 35 e i 65 anni.

Figura 19. Medie "come valuta disponibilità parcheggi" x classi di età



Come valuta l'accessibilità alla struttura rispetto alla segnaletica interna all'ospedale per raggiungere l'ambulatorio?

Il giudizio permane positivo anche quando viene considerata la segnaletica interna. Le variabili età e occupazione risultano significative (*Figure 20 e 21*).

Figura 20. Medie "come valuta la segnaletica dell'ospedale" x classi di età

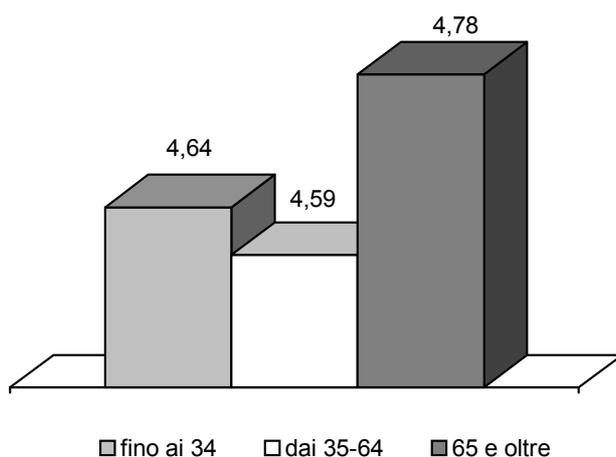
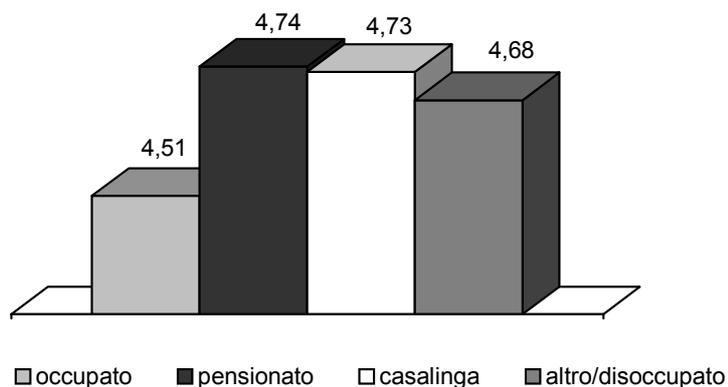


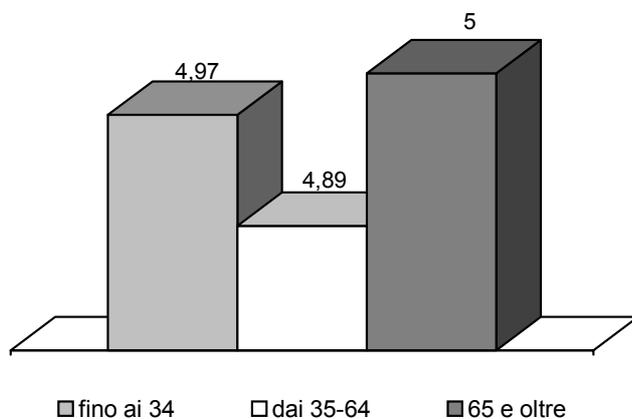
Figura 21. Medie "come valuta la segnaletica dell'ospedale" x occupazione



Come valuta la pulizia degli ambienti?

C'è una sorta di plebiscito rispetto alla pulizia degli ambienti: meno del 4% degli intervistati esprime infatti un giudizio negativo. La variabile età svolge un effetto significativo sulla valutazione della pulizia: giovani e anziani sono i più soddisfatti.

Figura 22. Medie "come valuta la pulizia" x classi di età



Come valuta il comfort degli ambienti?

In generale il comfort degli ambienti è ritenuto adeguato. Si evidenzia un effetto significativo delle variabili età e occupazione, con andamento simile a quanto rilevato precedentemente: sono più soddisfatti gli anziani rispetto a chi è nella fascia media di età, e chi non è in condizione lavorativa rispetto a chi lo è (*Figure 23 e 24*).

Figura 23. Medie "come valuta il comfort" x classi di età

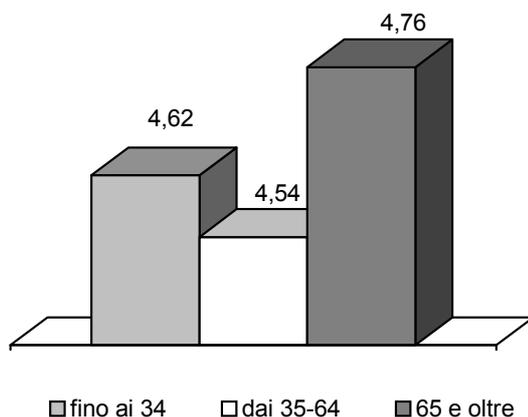
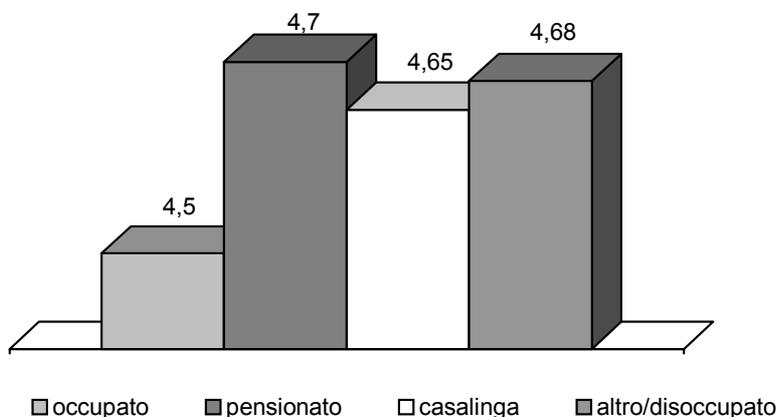


Figura 24. Medie "come valuta il comfort" x occupazione



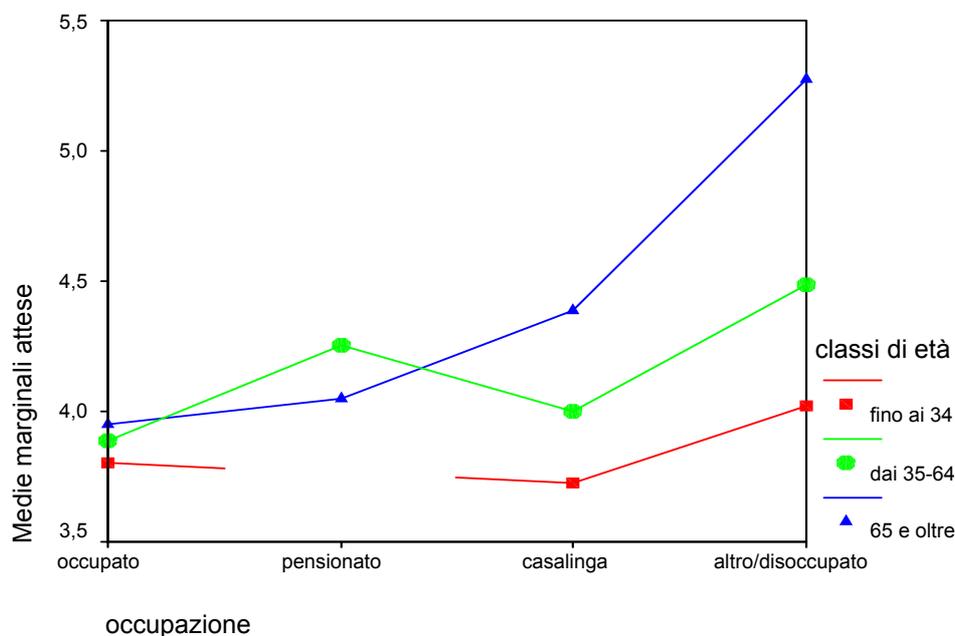
Informazioni

Dalla valutazione dei cittadini utenti sul tipo di informazione ricevuta, emergono alcuni aspetti di criticità in relazione alle fasi del percorso in cui viene fornita. Non si tratta di un problema di quantità, bensì di qualità visto che l'informazione copre tutti i passaggi cruciali del percorso della cura. Più dell'80% degli intervistati dichiara di essere stato informato sia al momento della prenotazione - sulle modalità con cui si sarebbe svolta la prestazione (esame/visita) -, sia durante il trattamento - sulle condizioni di salute e diagnosi -, sia infine a proposito delle terapie e dei comportamenti da adottare a casa.

Pur risultando un giudizio mediamente positivo rispetto all'intero percorso, dal confronto tra l'informazione ricevuta al momento della prenotazione su come si sarebbe svolta la prestazione e quella avuta nel corso della prestazione in riferimento alla diagnosi e alle condizioni di salute, il giudizio è orientato verso una valutazione meno soddisfacente nel primo caso (valore medio 4,06; deviazione standard 1,68), rispetto al secondo (valore medio 5; deviazione standard 0,92).

Dall'analisi della varianza per indagare come si modifica la valutazione delle informazioni ricevute sul come si sarebbe svolta la prestazione risulta una significatività dell'effetto incrociato di età e occupazione. Il giudizio tende infatti a essere più positivo al crescere dell'età (*over 65*) per la categoria delle casalinghe e dei disoccupati/altro, mentre è meno favorevole nella fascia di età inferiore ai 34 anni per gli occupati e le casalinghe (*Figura 25*).

Figura 25. Medie marginali attese "come valuta le informazioni sulla prestazione"



Rapporto con i professionisti

Per quanto riguarda il rapporto con il professionista, il 97% circa dei soggetti intervistati sono soddisfatti rispetto alla riservatezza e dignità con cui sono stati trattati.

Si osserva una soddisfazione pressoché unanime riguardo al personale che, a detta del 94,6% degli intervistati, "ha fatto di tutto per soddisfare le aspettative" sul servizio, dimostrando gentilezza e cortesia (valore medio 5,26; deviazione standard 0,82). Al crescere della soddisfazione sulla gentilezza e cortesia aumenta la positività del giudizio sulla prestazione ricevuta ($r=0,62$; $p<.000$).

Assume inoltre un forte rilievo il tempo dedicato dal professionista rispetto al quale viene espresso un giudizio mediamente positivo (valore medio 4,85; deviazione standard 0,99). Non si rilevano variazioni significative rispetto all'età e/o all'occupazione degli intervistati.

A ulteriore conferma della centralità della figura del professionista, il 71,2% degli intervistati afferma che sarebbe auspicabile poter scegliere il nome del professionista a cui rivolgersi. La grande maggioranza degli intervistati (82,4%) sostiene inoltre l'importanza di potere contare sullo stesso professionista in occasione di eventuali appuntamenti successivi.

Tempi di attesa

Dalla prenotazione alla prestazione

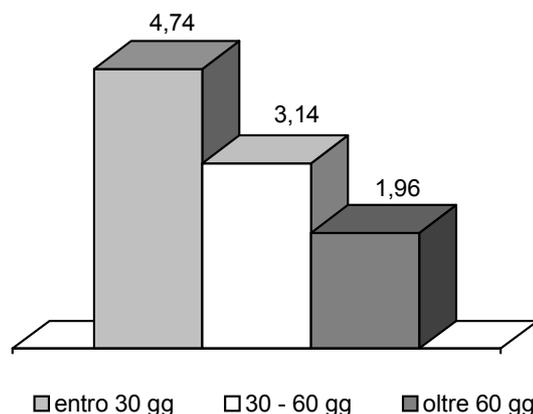
Quando ha prenotato, dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione?

- Nel 58,5% circa dei casi i soggetti hanno ottenuto la prestazione entro un mese;
- nel 14,6% entro due mesi;
- nel 26,9% circa dei casi hanno atteso oltre 2 mesi.

Come valuta tale tempo di attesa?

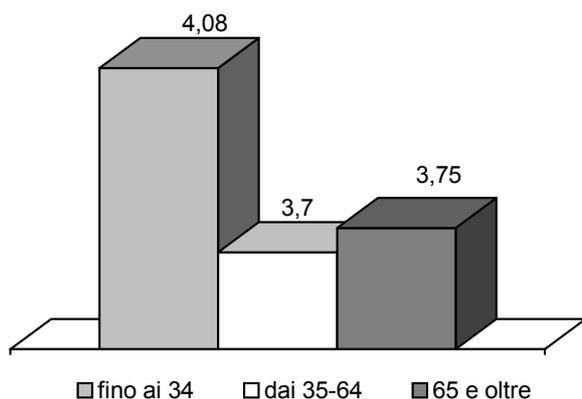
Si rileva un livello di tolleranza mediamente alto sui tempi di attesa dalla prenotazione alla prestazione, che pare vissuto come accettabile entro i 2 mesi.

Figura 26. Medie tempo tra prenotazione e prestazione x "come valuta il tempo atteso dalla prenotazione alla prestazione"



L'andamento presenta alcune differenze significative legate all'età dei soggetti intervistati quasi a suggerire che la valutazione del tempo e conseguentemente la soddisfazione sulla prestazione in generale sia collegata ad altri fattori e non solo al dato oggettivo dei tempi. Chi è nella fascia di soggetti tra i 35 e i 64 anni di età dichiara di essere meno soddisfatto del tempo di attesa (*Figura 27*).

Figura 27. Medie valutazione tempo tra prenotazione e prestazione x classi di età



Rispetto al tipo di prestazione è interessante il confronto con i tempi massimi di attesa definiti dalla direttiva regionale. Dai dati si osserva una situazione favorevole per chi fa richiesta di esame - su cui c'è una tolleranza di 60 giorni:

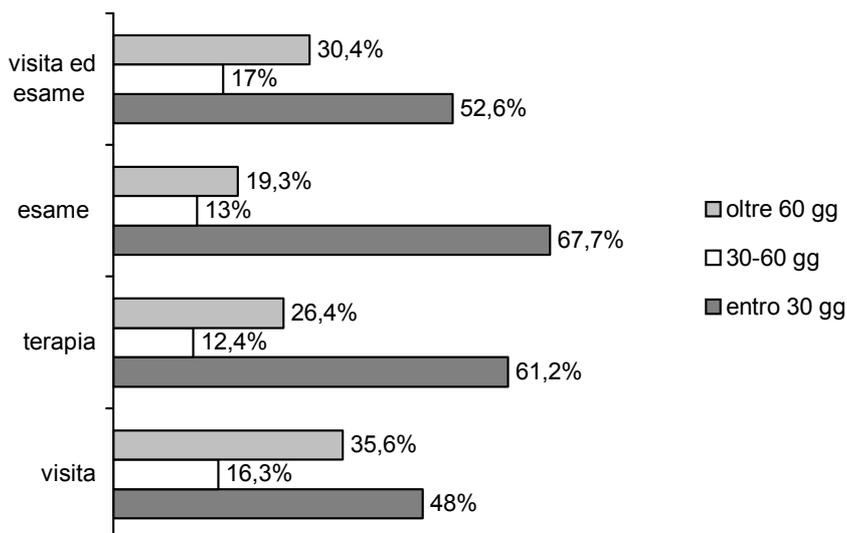
- nel 67,7% dei casi si effettua la prestazione entro un mese,
- nel 13% entro 2 mesi,
- nel 19,3% oltre i 2 mesi.

Si riscontrano invece maggiori criticità per chi richiede una visita - su cui c'è una tolleranza di 30 giorni:

- il 48% la ottiene entro un mese,
- il 35,6% oltre i 2 mesi.

Come emerge dalla Figura 28 evidenziano due picchi (entro 1 mese e oltre 2 mesi) anziché una distribuzione graduale.

Figura 28. Tipo di prestazione x tempo tra prenotazione e prestazione



Dall'ora prevista per l'appuntamento alla prestazione effettiva

Considerando il tempo trascorso tra l'orario in cui è stato fissato l'appuntamento e il momento in cui il paziente è stato chiamato per effettuare la visita/esame/terapia si osserva che:

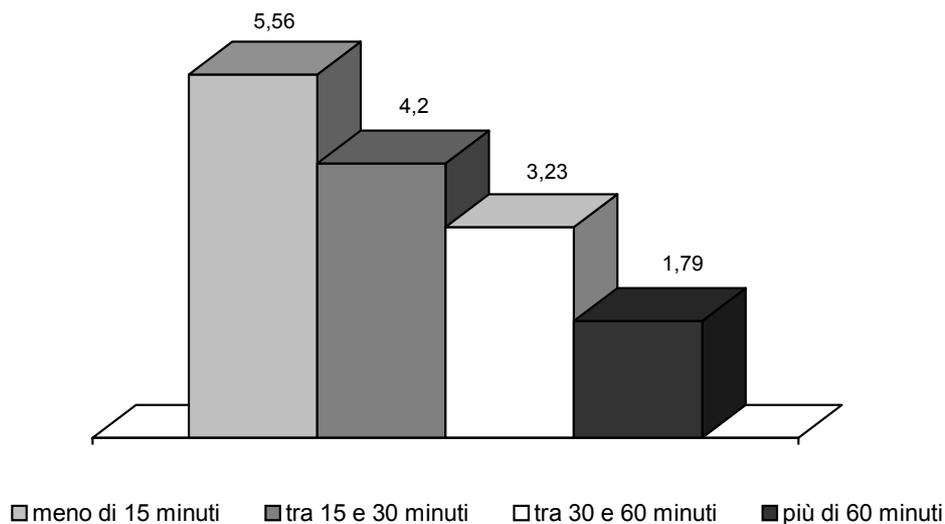
- per il 58,4% dei soggetti l'attesa è durata meno di 15 minuti,
- il 20% circa ha atteso tra i 15 e 30 minuti,
- l'11,6% tra 30 e 60 minuti,
- il 10% oltre 60 minuti.

Non ci sono differenze significative per età e occupazione nei tempi di attesa anche se tra coloro che hanno atteso meno di 15 minuti prevalgono gli *over* 65 anni e pensionati.

Come valuta tale tempo di attesa?

L'attesa viene valutata accettabile fino alla fascia dei 30-60 minuti, ma diventa decisamente insoddisfacente oltre i 60 minuti (valore medio 1,79; deviazione standard 1,17).

Figura 29. Medie tempo trascorso tra appuntamento e visita effettiva x "come valuta il tempo trascorso tra ora dell'appuntamento e visita"



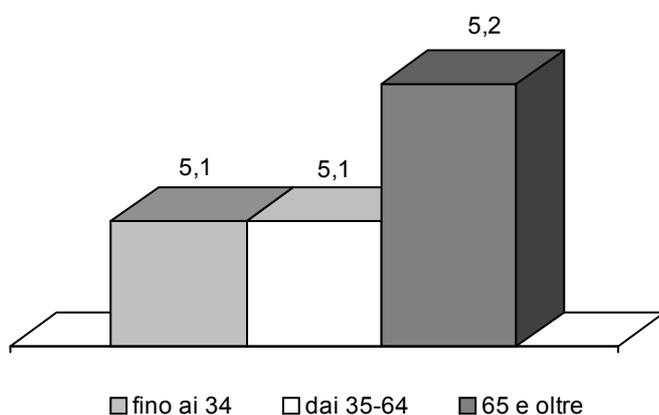
Valutazioni complessive

Nella grande maggioranza dei casi, la prestazione ricevuta viene valutata in modo soddisfacente:

- 34,2% del tutto soddisfacente;
- 53% soddisfacente;
- 8,6% parzialmente soddisfacente;
- 1,7% parzialmente insoddisfacente;
- 1,5% insoddisfacente;
- 0,9% del tutto insoddisfacente.

Tale valutazione varia in modo significativo in funzione dell'età dei soggetti: chi ha 65 e più anni è più soddisfatto degli altri.

Figura 30. Confronto medie "come valuta in generale la prestazione ricevuta" x classi di età



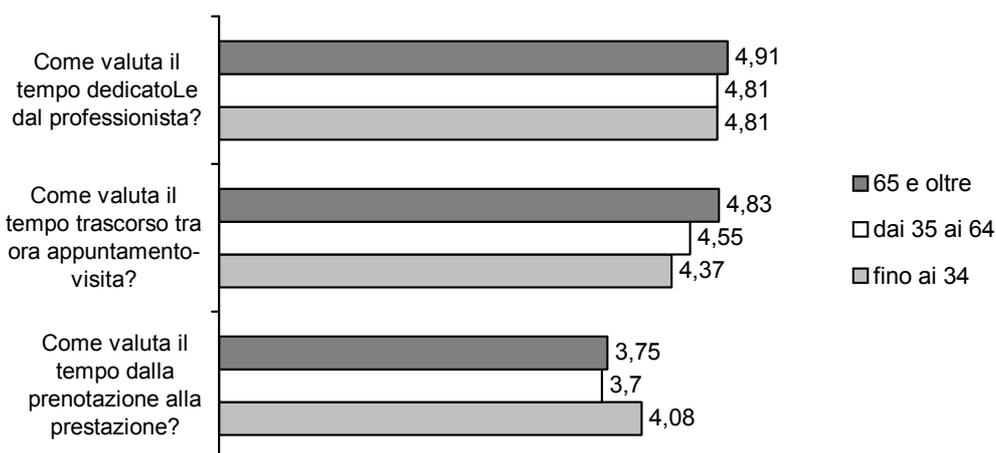
Se si considera la relazione tra la valutazione sui diversi tempi di attesa e la soddisfazione complessiva rispetto alla prestazione ricevuta si riscontra una correlazione positiva e significativa: al crescere della soddisfazione rispetto al tempo di attesa, aumenta la soddisfazione rispetto alla prestazione ricevuta.

Confrontando le medie della valutazione degli intervistati sui diversi tempi relativi all'attesa dalla prenotazione alla prestazione, all'attesa tra ora dell'appuntamento ed effettiva prestazione e al tempo dedicato dal professionista, si nota che:

- l'insoddisfazione maggiore è espressa rispetto al tempo di attesa dalla prenotazione alla prestazione (valore medio 3,76; deviazione standard 1,71);
- la maggiore soddisfazione è riferita al tempo dedicato dal professionista (valore medio 4,85; deviazione standard 0,99);
- tra le due si colloca la valutazione di soddisfazione rispetto al tempo trascorso tra ora dell'appuntamento e visita effettiva (valore medio 4,64; deviazione standard 1,51).

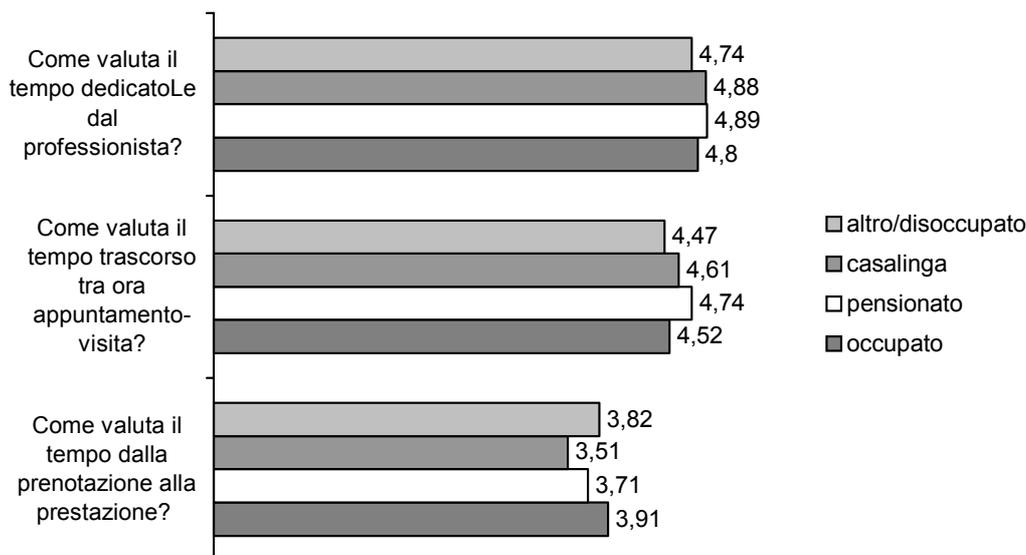
Dal confronto della valutazione dei tempi in funzione dell'età emerge che l'andamento della soddisfazione riferito al tempo dedicato dal professionista e al tempo trascorso tra ora appuntamento e ora visita è più elevato per la classe di età dai 35 ai 64 anni, mentre la soddisfazione riferita dagli intervistati di età inferiore ai 35 anni è maggiore in relazione al tempo trascorso tra prenotazione e prestazione.

Figura 31. Medie valutazione dei tempi x classi di età



Anche la variabile occupazione ha un effetto significativo sulla valutazione di soddisfazione sui tempi. In coerenza con quanto sopra considerato, chi lavora è meno soddisfatto del tempo tra ora dell'appuntamento e visita effettiva perché in questa attesa rischia di perdere tempo e di non riuscire a svolgere gli altri impegni. Al contrario, pensionati e casalinghe - soprattutto queste ultime - mostrano una minore soddisfazione riguardo al tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione, probabilmente perché gestiscono meno le ansie legate alla malattia e quindi desiderano essere visitati e incontrare il medico prima possibile. Pensionati e casalinghe sono complessivamente più soddisfatti del tempo loro dedicato dal professionista e di quello trascorso tra ora dell'appuntamento e visita effettiva.

Figura 32. Medie valutazione dei tempi x condizione lavorativa



Per cercare di delineare una sorta di *identikit* dei "meno soddisfatti" si possono confrontare le valutazioni sui tempi di attesa e sul tempo dedicato dal professionista in relazione al motivo della scelta della struttura. Nei grafici seguenti (*Figure 33, 34 e 35*) emerge che chi sceglie la struttura perché gli offre la possibilità di avere tempi più brevi nell'accesso è meno soddisfatto del tempo che gli dedica il professionista. Chi sceglie la struttura su indicazione di amici/parenti esprime un livello di maggiore soddisfazione del tempo dedicato dal professionista.

Figura 33. Medie valutazione dei tempi x motivo della scelta della struttura

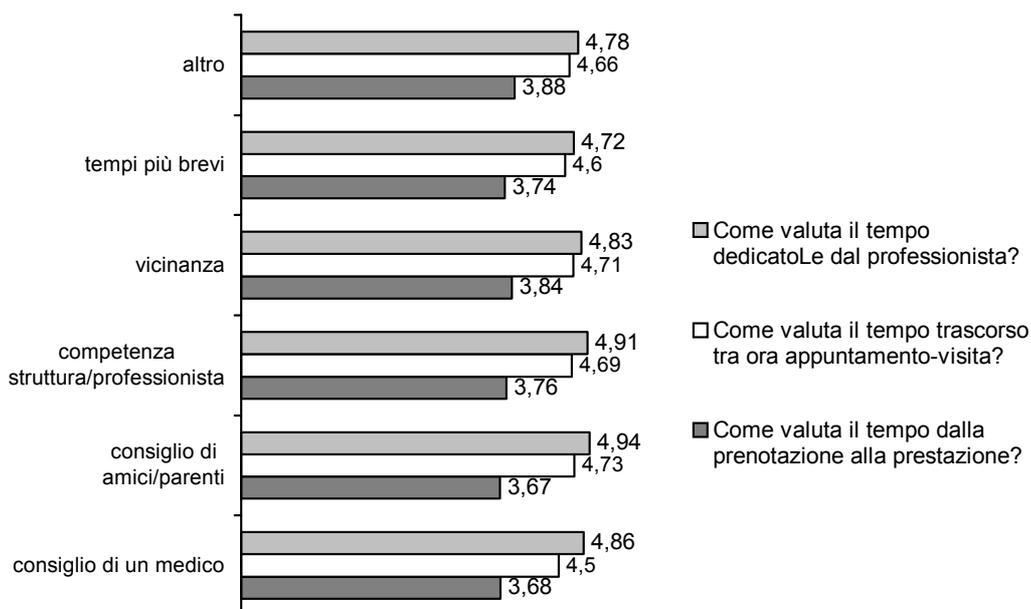
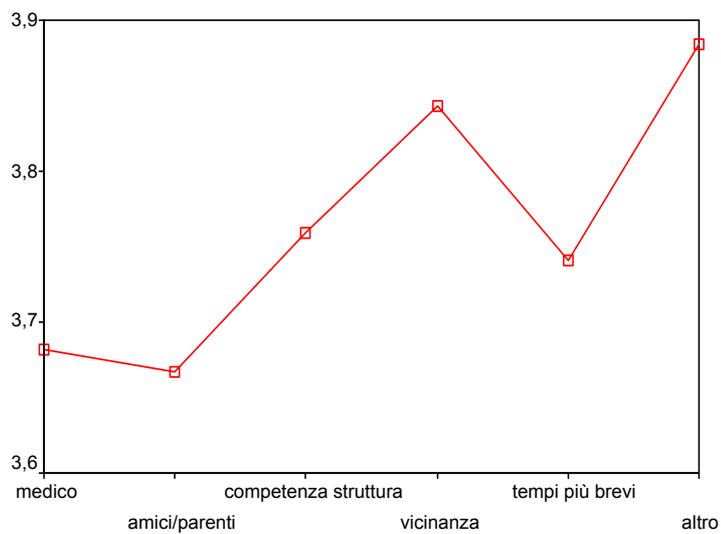
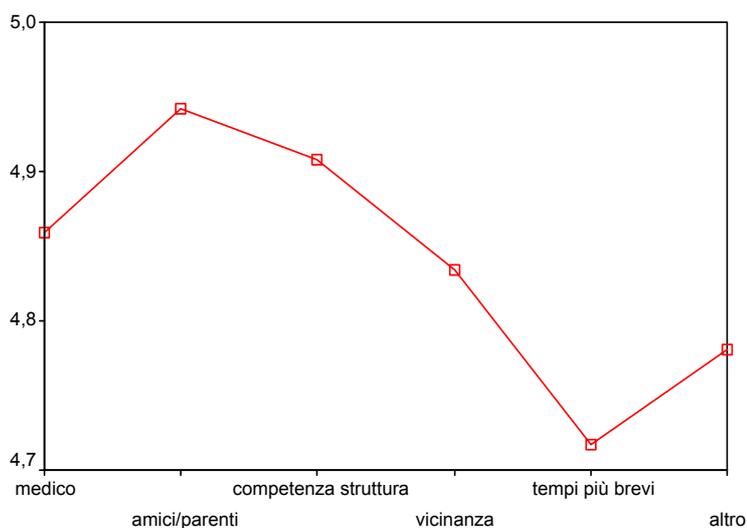


Figura 34. Medie "come valuta il tempo atteso dalla prenotazione alla prestazione" x motivo della scelta della struttura



Per quale motivo ha scelto questa struttura?

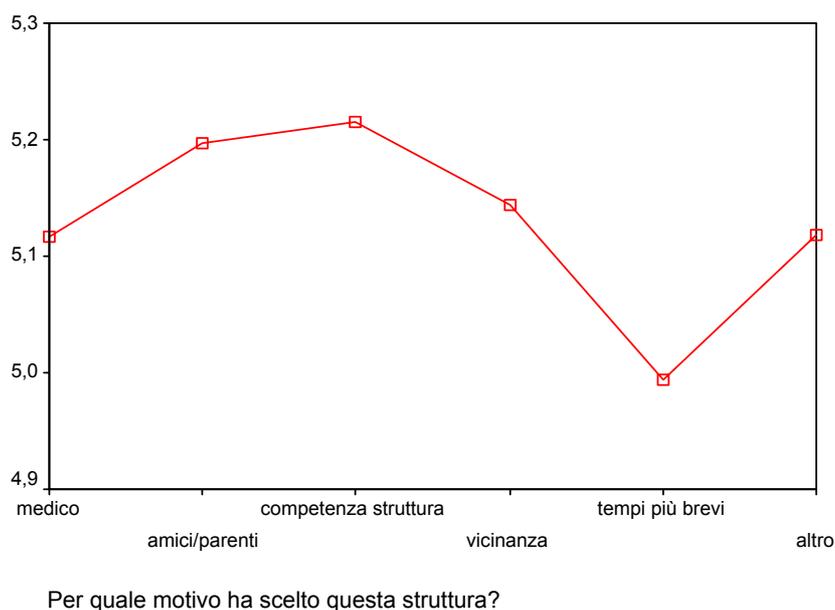
Figura 35. Medie "come valuta il tempo dedicatoLe dal professionista" x motivo della scelta della struttura



Per quale motivo ha scelto questa struttura?

In definitiva si può ipotizzare che chi ha fretta difficilmente viene "recuperato" all'interno di un rapporto che non ha scelto, mentre chi aspetta pur di andare dal medico che presenta le garanzie di competenza necessarie riferisce di essere ampiamente soddisfatto del tempo che il professionista gli ha dedicato. A conferma di questa tendenza, comunque da verificare, il livello di soddisfazione generale è più elevato in chi è andato su consiglio di amici (valore medio 5,20; deviazione standard 0,88), rispetto a chi ha scelto per ridurre i tempi (valore medio 4,99; deviazione standard 0,90).

Figura 36. Medie "come valuta in generale la prestazione ricevuta" x motivo della scelta della struttura

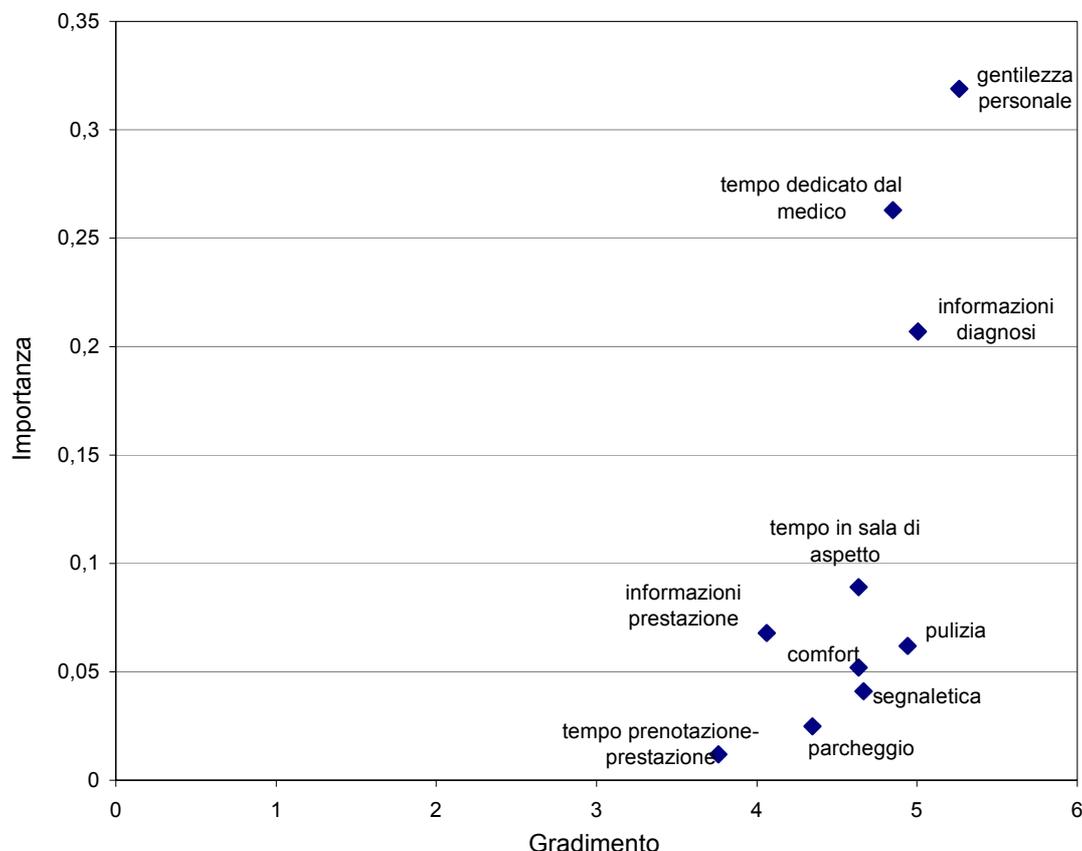


Riflessioni conclusive: "cosa pesa di più nella valutazione del Servizio sanitario?"

Attraverso analisi della regressione, si intende valutare quali variabili influenzano, e in che misura, la soddisfazione degli intervistati sul servizio offerto dalla struttura sanitaria (variabile dipendente: domanda 29). L'ipotesi è di assumere come predittori le variabili di scala (1-6) rispetto a tre dimensioni:

- tempo atteso (domande 9, 13 e 16);
- tipo di informazioni (domande 5 e 19);
- struttura/personale (domande 11a, 11b, 14, 15 e 27).

Figura 37. Livelli di importanza (coefficienti di regressione) e gradimento (medie) delle variabili



Il maggiore potere predittivo rispetto alla valutazione che i cittadini esprimono sulla qualità della prestazione sanitaria è rappresentato dalla variabile che indaga la loro soddisfazione sulla gentilezza e cortesia del personale (domanda 27) (Figura 37). Risulta dunque non del tutto esatta l'ipotesi iniziale di considerare aggregabili, da un punto di vista teorico, le valutazioni degli intervistati sugli aspetti che riguardano la struttura e il personale sanitario. Come si vede infatti, mentre la valutazione sul personale influisce in modo consistente a formare il parere sulla qualità del servizio, l'opinione sulla struttura, almeno per gli elementi considerati (disponibilità parcheggi, segnaletica interna, pulizia, comfort degli ambienti), non incide direttamente.

In secondo luogo, la valutazione della prestazione dipende dalla soddisfazione sui tempi di attesa. I risultati evidenziano che i tempi del percorso di cura sono vissuti dai cittadini in modi molto diversi, pur risultando per tutti un livello di soddisfazione mediamente alto. Così, mentre la valutazione sul tempo trascorso dalla prenotazione alla prestazione (domanda 8) non è predittore della valutazione della qualità del servizio sanitario, lo è invece - e in modo rilevante - la soddisfazione sul tempo dedicato dal medico (domanda 16), che appare essere il più importante di tutti.

Emerge un dato di coerenza con quanto sopra rilevato rispetto al ruolo giocato dal personale e si individua l'esistenza di un filo rosso che collega il tempo dedicato dal medico alle sue qualità relazionali di gentilezza e cortesia, e che conduce al più ampio tema del rapporto medico-paziente. A conferma della crucialità della figura del professionista, già l'analisi dei dati ha messo in rilievo che i motivi che influenzano la scelta della struttura fanno prevalentemente riferimento da un lato alla competenza professionale (27%), dall'altro alla fiducia riposta nel consiglio del medico inviante (27%), quasi a sottolineare che il riconoscimento della professionalità e delle competenze è l'elemento centrale attorno a cui ruotano le valutazioni dei soggetti.

È inoltre opportuno sottolineare che il tempo dedicato dal medico ha caratteristiche molto diverse dal tempo su cui si concentra la maggior parte degli studi finora sviluppati (cioè il tempo di attesa per la prestazione); operare su questo tempo significa abbracciare una diversa prospettiva di intervento in sanità: non si tratta infatti di un tempo di attesa da contrarre bensì di un tempo di relazione che i cittadini auspicherebbero più incisivo.

Un altro tempo significativo nell'influenzare la soddisfazione sulla prestazione è quello tra l'ora fissata per l'appuntamento e la visita effettiva (domanda 13), cioè il tempo trascorso in sala di aspetto, che è un tempo in sospeso con connotazioni anche a sfondo emotivo.

Infine, ma non per importanza, anche le variabili legate all'informazione ricevuta durante il percorso della cura (domande 5 e 19) hanno un effetto significativo sulla valutazione di soddisfazione del cittadino. Si tratta di un altro elemento a sostegno del peso del rapporto con il professionista, che in questo caso, non è solo lo specialista che comunica diagnosi e condizioni di salute durante e dopo la prestazione, ma anche il medico di famiglia che nel fare la richiesta mette al corrente il cittadino circa le ragioni e le modalità della stessa.⁵⁹

Figura 38. Variabili predittive del livello di soddisfazione degli intervistati



⁵⁹ Come emerge dai dati, nel 53% dei casi la richiesta di prestazione è effettuata tramite medico curante e nel 33% dallo specialista.

Bibliografia

- Anderson G.F., Black D., Dunn E., Alonso J., Christian-Norregard J., Folmer-Anderson T., Bernth-Peterson P. Willingness to pay to shorten individual waiting time on waiting lists for cataract surgery, *Health Affairs*, 16 (5): 181-190, 1997.
- Ardigò A. *Società e salute*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Becker M.H., Haefner D.P., Kasl S.V., Kirscht J.P. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors, *Medical Care*, 15 (5 supplement): 27-46, 1977.
- Bonucci L., Gentili A.M., Nanetti L., Nicoli M.A., Sibani I. Processo di costruzione di uno strumento di rilevazione della soddisfazione degli utenti di servizi diagnostici e ambulatoriali. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Coyte P.C., Wright J.G., Hawker G.A., Bombardier C., Dittus R.S., Paul J.E., Freund D.A., Ho E. Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario, *The New England Journal of Medicine*, 331 (16): 1068-1071, 1994.
- Dansky K., Miles J.A. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: Waiting time and filling time, *Hospital & Health Services Administration*, 42 (2): 165-178, 1997.
- Dunn E., Black C., Alonso J., Norregaard J.C., Anderson G.F. Patients' acceptance of waiting for cataract surgery: What makes a wait too long? *Social Science Medicine*, 44 (11): 1603-1610, 1997.
- Edwards R.T. Points for pain: Waiting list priority scoring systems, *British Medical Journal*, 318: 412-413, 1999.
- Edwards R.T., Boland A., Wilkinson C., Cohen D., Williams J. Clinical and lay preferences for the explicit prioritisation of elective waiting lists: Survey evidence from Wales, *Health Policy*, 63 (3): 229-237, 2003.
- Eurisko. *La qualità percepita dei servizi sanitari nelle AUSL della Regione Emilia-Romagna*. 2003.
- Fantini M.P., Negro A., Accorsi S., Cisbani L., Taroni F., Grilli R. *Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità*. Dossier 73, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2002.
- Furnham A. Factors relating to the allocation of medical resources, *Journal of Social Behaviour and Personality*, 11: 615-624, 1996.
- Furnham A., Briggs J. Ethical ideology and moral choice. A study concerning the allocation of medical resources, *Journal of Social Behaviour and Personality*, 8: 87-98, 1993.
- Furnham A., Ofstein A. Ethical ideology and the allocation of scarce medical resources, *Journal of Medical Psychology*, 70: 51-63, 1997.

- Furnham A., Meader N., McClelland A. Factors affecting non-medical participants' allocation of scarce medical resources, *Journal of Health Psychology*, 11 (3): 615-625, 1999.
- Furnham A., Simmons K., McClelland A. Decision concerning the allocation of scarce medical resource, *Journal of Social Behaviour and Personality*, 15 (2): 185-200, 2000.
- Gasperini G. *La dimensione sociale del tempo*. FrancoAngeli, Milano, 1996.
- Glaser B.G., Strauss A.L. *Time for dying*. Aldine, Chicago, 1968.
- Grilli R. Tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie: problema da eliminare o fenomeno da governare? In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia. 2003*. Il Mulino, Bologna, 2003, pp. 245-267
- Hadorn D.C. What can comparisons of mortality rates tell us about waiting lists? *Canadian Medical Association Journal*, 162: 794-795, 2000.
- Hadorn D.C., Holmes A.C. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview, *BMJ*, 314: 131, January 1997.
- Hanning M., Lundstrom M. Assessment of the maximum waiting guarantee for cataract surgery. The case of a Swedish policy, *International Journal Technology Assessment Health Care*, 14 (1): 180-193, 1998.
- Herzlich C. *Santé et maladie*. Mouton, Paris, 1969.
- Ho E., Coyte P.C., Bombardier C., Hawker G., Wright J.G. Ontario patients' acceptance of waiting times for knee replacements, *The Journal of Rheumatology*, 21 (11): 2101-2104, 1994.
- Husserl E. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, Milano, 1961.
- Idler E.L. Salute, malattia e sociologia sanitaria, *Sapere*, pp. 7-16, 1982.
- King J. Attribution theory and Health Belief Model. In Hewstone M. (a cura di). *Attribution theory. Social and functional extensions*. Blackwell, Oxford, 1983. Trad. it. Teoria dell'attribuzione e Health Belief Model. In Hewstone M. (a cura di). *Teoria dell'attribuzione. Estensioni sociale e funzionali*. Il Mulino, Bologna, 1989, pp. 227-248.
- Leddy K.M., Kaldenberg D.O., Becker B.W. Timeliness in ambulatory care treatment, *Journal Ambulatory Care Manage*, 26 (2): 138-149, 2003.
- Mullen P. Prioritising waiting lists: How and why? *European Journal of Operational Research*, 150 (1): 32-45, 2003.
- Naylor C.D., Baigrie R.S., Goldman B.S., Cairns J.A., Beanlands D.S., Berman N., Borts D., Fitchett D.H., Haq A., Hess A., Hughes W., Swan J., Tinmouth A., Gunstensen J., Lichtenstein S.V., Salter D., Weisel R.D., Andersoin G.M., Basinski A., Lomas J. Assigning priority to patients requiring coronary revascularization: Consensus principles from a panel of cardiologists and cardiac surgeons, *Canadian Journal of Cardiology*, 7: 207-213, 1991.

- Nicoli M.A. Consumatori efficienti o cittadini attivi? La comunità come risorsa nei programmi di politica sanitaria, *Animazione Sociale*, A.XXXIII: 8/9. Gruppo Abele, Torino, 2003.
- 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*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Oermann M.H. Effects of educational intervention in waiting room on patient satisfaction, *Journal Ambulatory Care Manage*, 26 (2): 150-158, 2003.
- Rattizzi Manganelli A.M. La ricerca empirica sugli atteggiamenti. Problemi e tecniche di misura. In Trentin R. (a cura di). *Gli atteggiamenti sociali*. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Rondeau Kent V. Managing the Clinic Wait: An important quality of care challenge, *Journal of Nursing Care Quality*, 13 (2): 11-20, 1998.
- Ryan M., Scott D. A., Reeves C., Bate A., van Teijlingen E.R., Russell E.M., Napper M., Robb C.M. Eliciting public preferences for healthcare: A systematic review of techniques, *Health Technology Assessment*, 5 (5): 1-186, 2001.
- Sanmartin C. *Toward standards definitions of waiting times*, Western Canada Waiting List Project, Final Report, 2001.
- Schwarz B. *Queuing and waiting*. University of Chicago Press, Chicago-London, 1975.
- Schein O.D., Steinberg E.P., Cassard S.D., Tielsch J.M., Javitt J.C., Sommer A. Predictors of outcome in patients who underwent cataract surgery, *Ophthalmology*, 102 (5): 817-823, 1995.
- Steinberg E.P., Tielsch J.M., Schein O.D., Javitt J.C., Sharkey P., Cassard S.D., Legro M.W., Diener-West M., Bass E.B., Damiano A.M., Steinwachs D.M., Sommer A. The VF-14: An index of functional impairment in patients with cataract, *Archives of Ophthalmology*, 112 (5): 630-638, 1994.
- Straw P. Riscoprire i pazienti. In *Salute e Società*, a. I, n. 2, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Testi A., Tanfani E. Liste di attesa: problemi aperti, *Politiche sanitarie*, 5 (1): 16-26, 2004.
- Weiner B. *Achievement motivation and attribution theory*. General Learning Press, Morristown, 1974.
- Western Canada Waiting List Project. *Public Reaction to WCWL Waiting list tools*, Focus Group Study, Ipsos-Reid Corporation, 2001.
- Zani B., Cicognani E. *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna, 2000.

Appendice.

I questionari

Questionario 1° studio



La preghiamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande. Le informazioni da Lei fornite rimarranno strettamente confidenziali e verranno utilizzate soltanto nell'analisi dei dati a livello aggregato per analizzare il grado di accessibilità ed equità nelle cure sanitarie fornite dal Sistema regionale.

- Età _____
- Sesso M F
- Lei vive solo? Sì No
- Stato occupazionale
- casalinga
 - pensionato/a
 - impiegato a tempo pieno
 - impiegato a tempo parziale
 - disoccupato
 - studente
 - altro
- Titolo di studio
- nessuno
 - licenza elementare
 - licenza media
 - diploma di scuola superiore
 - diploma universitario
 - laurea
 - titolo accademico oltre la laurea
- Reddito/pensione
- fino a 600 Euro netti mensili
 - da 600 a 1.000 Euro netti mensili
 - da 1.000 a 1.500 Euro netti mensili
 - da 1.500 a 2.000 Euro netti mensili
 - oltre 2.000 Euro netti mensili
- Professione _____
- Stato di salute percepito
- pessimo
 - cattivo
 - discreto
 - buono
 - molto buono

Lei è in possesso di un'assicurazione di tipo sanitario? Sì No

Recentemente, ha dovuto attendere per altre prestazioni sanitarie? Sì No

Se sì, quanto tempo? _____

PARTE I: Tempi di attesa

1) Qual è il tempo di attesa che Le è stato prospettato per ricevere l'intervento? (consideri il tempo che intercorre tra il momento in cui si è rivolto allo specialista per la prima volta e la data attesa dell'intervento) _____

2) Vorremmo conoscere cosa ne pensa del tempo che deve aspettare per ricevere l'intervento di cataratta (indicato nella domanda 1). Lei crede che il tempo che Le è stato comunicato sia:

- più breve di quanto vorrebbe
- più o meno quanto vorrebbe
- più lungo di quanto vorrebbe
- molto più lungo di quanto vorrebbe

3a) Immagini che l'intervento di cataratta da Lei richiesto nel Servizio sanitario pubblico possa essere effettuato immediatamente in una struttura sanitaria privata a un prezzo medio di 2.000 Euro per occhio. Inoltre, immagini che il settore pubblico e privato siano equivalenti in termini di comfort alberghiero, qualità del servizio ricevuto, livello di informazione e assicurazione. Pertanto, le uniche differenze tra il settore pubblico e privato sono da interpretarsi in termini di tempo di attesa e costo per il paziente.

Può indicare il tempo massimo che Lei sarebbe disposto ad aspettare nel servizio sanitario pubblico per evitare il pagamento di tale somma?

- a) nessuna attesa, acquisterei la prestazione direttamente nel privato
- b) da 0 a 30 giorni massimo
- c) da 1 a 2 mesi
- d) da 2 a 3 mesi
- e) da 3 a 4 mesi
- f) da 4 a 6 mesi
- g) da 6 a 8 mesi
- h) da 8 a 10 mesi
- i) da 10 mesi a un anno
- j) oltre un anno
- k) aspetterei senza pagare a tempo indefinito

3b) Immagini che l'intervento di cataratta da Lei richiesto nel Servizio sanitario pubblico possa essere effettuato immediatamente in una struttura sanitaria privata. Quanto sarebbe disposto a pagare, per occhio, per ricevere l'intervento senza alcuna attesa?

- nulla
- 0-500 Euro
- da 500 a 1.000 Euro
- da 1.000 a 2.000 Euro
- da 2.000 a 3.000 Euro
- oltre 3.000 Euro

4) Secondo Lei, qual è il tempo massimo che un paziente in attesa di un intervento chirurgico non urgente dovrebbe aspettare? Nel rispondere pensi a una patologia che comporta una certa limitazione della qualità della vita ma che non mette a rischio la vita del paziente (ad esempio cataratta, intervento al ginocchio, altri interventi ortopedici, ernia, ecc.) ?

- nessuna attesa
- da 0 a 30 giorni massimo
- da 1 a 3 mesi
- da 3 a 6 mesi
- da 6 mesi a 1 anno
- oltre 1 anno

5) Perché ha scelto di rivolgersi alla struttura in cui effettuerà l'intervento?

- perché mi farò operare da un chirurgo di fiducia
- perché è una struttura altamente qualificata
- perché è una struttura vicina a dove abito
- perché è quella in cui dovrò attendere meno tempo

Percezione rischio/gravità

Le verranno ora presentate diverse patologie o sintomi. Ad ognuna è associabile un certo grado di rischio, inteso come probabilità di contrarre la patologia in un tempo futuro e un livello di gravità, inteso come gravità sintomatica e come limitazione della possibilità di condurre una vita normale e indipendente. Può associare a ciascuna patologia il grado di rischio e il livello di gravità da Lei percepito?

<i>Patologia</i>	<i>Livello di rischio</i>					<i>Livello di gravità</i>				
	<i>Molto basso</i>	<i>Basso</i>	<i>Medio</i>	<i>Elevato</i>	<i>Molto elevato</i>	<i>Per nulla</i>	<i>Poco grave</i>	<i>Abbastanza grave</i>	<i>Grave</i>	<i>Molto grave</i>
Leucemia										
Malattie veneree										
Tumore										
Influenza										
Mal di testa										
Perdita della vista										
Infarto										
Ulcera										
Cataratta										
Mal di schiena										
Artrite										
Appendicite										

Quali di questi problemi ha già avuto nel passato?

PARTE II: Criteri di priorità nell'accesso

6) Legga ora i seguenti gruppi di affermazioni che riguardano pazienti in attesa di un intervento chirurgico non urgente, e segni con una crocetta l'affermazione che condivide per ogni gruppo. Tenga presente che i pazienti in ogni gruppo di affermazioni sono esattamente identici tranne che per le differenze esplicitamente indicate, ad es. l'età, il tempo già atteso, ecc.

Stato di salute

Un paziente in condizioni di salute peggiori dovrebbe aspettare meno di un paziente in condizioni di salute migliori	
Lo stato di salute del paziente non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	

Intensità del dolore e dei sintomi

Un paziente il cui dolore e i cui sintomi non possono essere eliminati o diminuiti dovrebbe aspettare meno di un paziente il cui dolore e i cui sintomi possono essere tenuti sotto controllo	
La possibilità o meno di controllare il dolore non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	

Possibilità di condurre una vita indipendente

Un paziente che non è più in grado di svolgere le normali attività della vita quotidiana (vestirsi, cucinare, guidare, ecc.) dovrebbe aspettare meno di un paziente ancora indipendente	
Il grado di indipendenza nella vita quotidiana non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	

Peggioramento della condizione durante l'attesa

Un paziente la cui condizione peggiora velocemente dovrebbe aspettare meno di un paziente la cui condizione peggiora più lentamente	
La velocità con cui peggiora la condizione non dovrebbe modificare il tempo atteso dai pazienti	

Beneficio atteso

Un paziente il cui stato di salute migliorerà molto dopo l'intervento dovrebbe aspettare meno di un paziente il cui stato di salute migliorerà solo un poco	
Il grado di miglioramento nello stato di salute non dovrebbe avere importanza per determinare il tempo che i pazienti devono attendere	

First come, first served

Il paziente che richiede l'intervento prima di un altro dovrebbe essere trattato per primo	
Il momento in cui viene richiesto l'intervento non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

Tempo già atteso

Un paziente che ha già atteso un tempo lungo per un intervento dovrebbe aspettare meno di un paziente che ha atteso meno tempo	
Il tempo già atteso dal paziente non dovrebbe influire sul tempo ancora da attendere	

Età

Un paziente più giovane dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente più vecchio	
Un paziente più vecchio dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente più giovane	
L'età dei pazienti non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

Possibilità di pagare nel privato

Un paziente che non può permettersi di acquistare l'intervento nel privato dovrebbe aspettare meno di un paziente che può permettersi di pagare l'intervento sul mercato privato	
Le condizioni economiche non dovrebbero influire sul tempo atteso dai pazienti	

Esistenza di familiari a carico

Un paziente che ha familiari a carico (moglie, figli, anziani, parenti disabili) dovrebbe aspettare meno di un paziente senza familiari a carico	
L'esistenza o meno di familiari a carico non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

Perdita capacità lavorativa

Un paziente che non è più in grado di svolgere le sue attività quotidiane (lavoro, studio, lavori di casa) dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente che continua a svolgerle	
La capacità di svolgere le proprie attività quotidiane non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti.	

Comportamenti e stile di vita passati

Un paziente che ha contribuito con il suo comportamento o stile di vita al suo attuale stato di salute, ad esempio fumando o bevendo alcolici, dovrebbe aspettare di più di un paziente che non ha contribuito al suo stato di salute	
L'aver contribuito o meno con il proprio comportamento allo stato attuale di salute non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

Evidenza di costo-efficacia

Un paziente il cui trattamento si ritiene molto efficace rispetto al suo costo dovrebbe aspettare meno di un paziente il cui trattamento si ritiene meno costo-efficace	
L'evidenza di costo-efficacia non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino
Appendice

Costo durante l'attesa

Un paziente che genera costi elevati mentre è in lista di attesa dovrebbe aspettare meno di un paziente che genera minori costi	
Il costo per mantenere un paziente in lista di attesa non dovrebbe influire sul tempo atteso	

Ansia e preoccupazione

Un paziente molto preoccupato o ansioso dovrebbe aspettare meno tempo di un paziente meno preoccupato o ansioso.	
Il grado di preoccupazione o ansia non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

Interesse particolare dello specialista

Un paziente con una patologia a cui lo specialista è molto interessato dovrebbe aspettare meno di un paziente la cui patologia è meno interessante per lo specialista	
L'interesse dello specialista non dovrebbe influire sul tempo atteso dai pazienti	

7) Se Le chiedessero di contribuire alla decisione su chi ha diritto a ricevere prima, tra pazienti adulti, un intervento non urgente, come crede che i criteri seguenti dovrebbero influenzare la scelta? Attribuisca un punteggio da 1 a 6 ad ogni criterio indicato sotto, dove 1 sta per criterio giudicato irrilevante, e 6 sta per criterio giudicato molto importante; se non sa proprio che punteggio dare, usi il valore 0 che corrisponde a "non saprei". Se non riesce a capire i criteri, può rifarsi alle affermazioni della domanda precedente per chiarire cosa significano.

Se può pensare ad altri criteri che sono stati dimenticati ma che invece dovrebbero considerarsi, per favore, li indichi nello spazio in fondo alla tabella.

<i>Criteri</i>	<i>Punteggio</i>
Stato di salute	
Intensità del dolore e dei sintomi	
Possibilità di condurre una vita indipendente	
Peggioramento della condizione durante l'attesa	
Beneficio atteso	
Momento della richiesta, <i>first come, first served</i>	
Tempo già atteso	
Età del paziente	
Possibilità di pagare nel privato	
Esistenza di familiari a carico	
Perdita della capacità lavorativa	
Evidenza di costo-efficacia	
Comportamenti e stile di vita passati	
Costo durante l'attesa	
Ansia e preoccupazione	
Interesse particolare dello specialista	
Altro:	
Altro:	

8) Accetterebbe che la Sua situazione clinica⁶⁰ e sociale⁶¹ venissero confrontate con quelle di altri pazienti in lista di attesa, per determinare quanto tempo Lei deve attendere per accedere a un intervento?

Sì No

9) Sarebbe d'accordo se uno specialista Le attribuisse un punteggio basato sulle sue condizioni cliniche e sociali da usare per determinare quanto tempo deve attendere rispetto ad altri pazienti?

Sì No

10) Quali criteri Lei crede siano attualmente utilizzati dal Servizio sanitario nazionale per decidere le priorità per i pazienti in lista di attesa? Li indichi con una crocetta a fianco del criterio (se ne possono indicare più d'uno)

<i>Criteri</i>	
Non ho proprio idea	
Stato di salute	
Intensità del dolore e dei sintomi	
Possibilità di condurre una vita indipendente	
Peggioramento della condizione durante l'attesa	
Se il trattamento migliora la qualità della vita dopo l'intervento (beneficio atteso)	
Momento della richiesta, <i>first come, first served</i>	
Tempo già atteso	
Età del paziente	
Possibilità di pagare nel privato	
Esistenza di familiari a carico	
Perdita della capacità lavorativa	
Evidenza di costo-efficacia	
Comportamenti e stile di vita passati (fumo, alcolici)	
Costo durante l'attesa	
Ansia e preoccupazione del paziente	
Conoscenza dello specialista, che spinge avanti il paziente	
Altro:	
Altro:	

⁶⁰ Ad es. gravità della malattia, sintomi, probabilità di peggioramento durante l'attesa.

⁶¹ Ad es. presenza di familiari a carico, attività svolta durante il giorno, ecc.

Ora vorremmo porLe alcune domande che riguardano la difficoltà con cui svolge alcune attività della Sua vita quotidiana collegate alla vista.

11) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel leggere scritte piccole come quelle sui medicinali, sulla guida del telefono, sui prodotti alimentari?

- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

12) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel leggere un giornale o un libro?

- non svolgo l'attività
- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

13) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel leggere i caratteri grandi di un libro, di un giornale o i numeri sulla tastiera del telefono?

- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

14) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel riconoscere le persone anche quando le sono vicine?

- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

15) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, a vedere i gradini di una scala o i marciapiedi?

- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

16) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, a leggere segnali stradali, i nomi delle vie, le insegne dei negozi?

- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

17) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, a svolgere alcuni lavori manuali, come ad esempio cucire, lavorare a maglia, bricolage?

- non svolgo l'attività
- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

18) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel compilare assegni o moduli?

- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

19) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel giocare a carte o ad altri giochi da tavola?

- non svolgo l'attività
- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non posso svolgere questa attività

20) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel fare qualche sport (ad esempio tennis, bocce)?

- non svolgo l'attività
- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non posso svolgere questa attività

21) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel cucinare?

- non svolgo l'attività
- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

22) Ha difficoltà, anche con gli occhiali, nel guardare la televisione?

- non svolgo l'attività
- no
- sì, poca difficoltà
- sì, difficoltà media
- sì, molta difficoltà
- sì, non ci riesco

23) Lei guida?

- se Sì, vai a 24)
- se No, vai a 26)

24) Quanta difficoltà ha nel guidare durante il giorno a causa della sua vista?

- nessuna difficoltà
- poca difficoltà
- media difficoltà
- molta difficoltà

25) Quanta difficoltà ha nel guidare di notte a causa della sua vista?

- nessuna difficoltà
- poca difficoltà
- media difficoltà
- molta difficoltà

26) Ha mai guidato una macchina?

- se Sì, vai a 27)
- se No, fine del questionario

27) Quando ha smesso di guidare?

- meno di sei mesi fa
- da sei mesi a un anno fa
- più di un anno fa

28) Perché ha smesso di guidare?

- per problemi di vista
- altre malattie
- altre ragioni

Le chiederemo ora se presenta dei sintomi collegati alla cataratta e quale è la gravità di questi sintomi.

29) Ha dei problemi di visione doppia o distorta?

- no
- sì, leggermente
- sì, abbastanza
- sì, mi procurano molto fastidio

30) Vede aloni abbaglianti intorno alle sorgenti luminose?

- no
- sì, leggermente
- sì, abbastanza
- sì, mi procurano molto fastidio

31) Ha problemi di visione confusa, offuscata, macchie scure?

- no
- sì, leggermente
- sì, abbastanza
- sì, molti problemi

32) I colori Le sembrano diversi da quelli che era abituato a vedere?

- no
- sì, leggermente
- sì, abbastanza
- sì, molto diversi

33) Ha subito un peggioramento della visione nell'ultimo mese?

- no
- sì, leggermente
- sì, abbastanza
- sì, molto

34) Vede nelle cose una luminosità che Le risulta fastidiosa?

- no
- sì, leggermente
- sì, abbastanza
- sì, molto fastidiosa

Misurazione clinica dell'acuità visiva (*da compilare dall'oftalmologo*):

nell'occhio da operare _____

nell'occhio controlaterale _____

Questionario 2° studio



DATA

STRUTTURA/AMBULATORIO

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Età

Sesso

Luogo di nascita

Luogo di residenza

Titolo di studio

Posizione lavorativa

- 1) Saprebbe calcolare il tempo intercorso dal momento della richiesta a quello della prestazione?
- 2) Ha pagato la prenotazione? (esente/non esente)
- 3) In base alla Sua esperienza, si ritiene soddisfatto rispetto al tempo di attesa per le cure sanitarie? (molto/abbastanza/poco/per niente)
- 4) Secondo Lei, qual è la causa principale della lunghezza delle liste di attesa?
- 5) Secondo Lei cosa si dovrebbe fare per migliorare la situazione?
- 6) Qual è la Sua opinione sul fatto che oggi viene curato per primo chi prima fa richiesta? (molto d'accordo, abbastanza, poco d'accordo, per niente d'accordo, non si può fare diversamente)
- 7) Chi farebbe passare qualcuno prima di Lei nell'ipotesi che ciò non arrecasse alcun problema per la Sua salute?
- 8) Le è mai capitato di mettersi in lista di attesa e non essersi presentato? Ha avvisato?
- 9) Perché ha scelto di recarsi proprio in questa struttura/ambulatorio?
- 10) Quante persone sono state coinvolte durante l'iter che ha seguito dal momento in cui si è rivolto al medico sino alla consegna dell'esito?

Questionario 3° studio



AZIENDA U.S.L.
CITTA' DI BOLOGNA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED 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 _____.

Grazie per la collaborazione

(dati derivanti da liberatoria)

N° SCHEDA:

ANNO:

DATI DI CONTESTO

1. Era la prima volta che si recava in questo ambulatorio? *(l'intervistatore specifica il nome dell'ambulatorio o servizio)*
 - 1.1. sì
 - 1.2. no

2. Qual è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?
 - 2.1. consiglio di un medico *(medico di famiglia/di base/specialista, ...)*
 - 2.2. consiglio di amici/parenti
 - 2.3. competenza della struttura / del professionista
 - 2.4. vicinanza
 - 2.5. tempi di attesa più brevi *(era la prima disponibile in termini di tempo)*
 - 2.6. altro

3. Ha fatto
 - 3.1. una visita
 - 3.2. una terapia
 - 3.3. un esame
 - 3.4. una visita e un esame

PRENOTAZIONE

4. Chi Le ha richiesto la prestazione specialistica?
 - 4.1. il medico di famiglia (di base /di medicina generale)
 - 4.2. lo specialista
 - 4.3. controllo a seguito di ricovero
 - 4.4. mi ha inviato il pronto soccorso

5. (se 4.1, 4.2, 4.3) Come valuta le informazioni ricevute da chi Le ha richiesto la prestazione su come si sarebbe svolta la visita/esame/terapia?
 - 5.1. del tutto insufficienti
 - 5.2. insufficienti
 - 5.3. parzialmente insufficienti
 - 5.4. parzialmente esaurienti
 - 5.5. esaurienti
 - 5.6. del tutto esaurienti

6. (se 4.1, 4.2, 4.3) Dove ha effettuato la prenotazione?
 - 6.1. al CUP
 - 6.2. in farmacia (*punto CUP*)
 - 6.3. direttamente nell'ambulatorio/servizio (*prenotata quando è stato ricoverato*)
 - 6.4. altro

7. (Se CUP o farmacia punto CUP) Si ritiene soddisfatto del servizio fornito dal CUP / dal punto CUP?
 - 7.1. totalmente insoddisfatto
 - 7.2. insoddisfatto
 - 7.3. parzialmente insoddisfatto
 - 7.4. parzialmente soddisfatto
 - 7.5. soddisfatto
 - 7.6. totalmente soddisfatto

8. Quando ha prenotato, dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione (= *visita, esame, terapia*)?
 - 8.1. entro 1 mese
 - 8.2. entro due mesi
 - 8.3. oltre due mesi

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

- 9.1. molto lungo
- 9.2. lungo
- 9.3. abbastanza lungo
- 9.4. abbastanza breve
- 9.5. breve
- 9.6. molto breve

10. **(solo per visite e visite + esami)** Ritiene importante poter scegliere il nome del professionista da cui essere visitato?

- 10.1. sì
- 10.2. no
- 10.3. indifferente

ACCESSO (*facciamo riferimento al giorno della esecuzione della visita/esame/terapia = quando si è recato all'appuntamento*)

11. Come valuta l'accessibilità alla struttura rispetto a: (da 1 a 6 dove 1 è del tutto inadeguata e 6 è del tutto adeguata)?

	1. del tutto inadeguata	2. molto inadeguata	3. inadeguata	4. adeguata	5. molto adeguata	6. del tutto adeguata
- disponibilità di parcheggi	<input type="checkbox"/>					
- segnaletica interna all'ospedale per raggiungere l'ambulatorio	<input type="checkbox"/>					

12. Quanto tempo è trascorso tra l'orario *in cui Le è stato fissato l'appuntamento* e il momento in cui è stato chiamato per effettuare la visita/esame/terapia?
(fare riferimento all'orario scritto sulla prenotazione)

- 12.1. meno di 15 minuti
- 12.2. tra 15 e 30 minuti
- 12.3. tra 30 e 60 minuti
- 12.4. più di 60 minuti (un'ora)

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

- 13.1. molto lungo
- 13.2. lungo
- 13.3. abbastanza lungo
- 13.4. abbastanza breve
- 13.5. breve
- 13.6. molto breve

PRESTAZIONE per tutti (visite, terapie ed esami)

14. Come valuta la pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche, ...)? (da 1 a 6 dove 1 è del tutto inadeguata e 6 è del tutto adeguata)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. del tutto inadeguata | 2. molto inadeguata | 3. inadeguata | 4. adeguata | 5. molto adeguata | 6. del tutto adeguata |
| <input type="checkbox"/> |

15. Come valuta la confortevolezza (= comodità) degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche)?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. del tutto inadeguata | 2. molto inadeguata | 3. inadeguata | 4. adeguata | 5. molto adeguata | 6. del tutto adeguata |
| <input type="checkbox"/> |

16. Come valuta il tempo dedicato dal professionista che L'ha assistita?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. del tutto inadeguato | 2. molto inadeguato | 3. inadeguato | 4. adeguato | 5. molto adeguato | 6. del tutto adeguato |
| <input type="checkbox"/> |

17. Se inadeguato (16.1, 16.2 o 16.3), perché:

- 17.1. troppo breve
- 17.2. troppo lungo
- 17.3. ci sono state interruzioni durante la visita/esame
- 17.4. altro

PRESTAZIONE solo per 3.1, 3.2, 3.4 (visita, visita+esame e terapie)

18. Ha ricevuto informazioni sulla diagnosi e sulle Sue condizioni di salute?
- 18.1. sì
 - 18.2. no
19. (se sì) Come le valuta, da 1 a 6, dove 1 è del tutto insufficienti e 6 del tutto esaurienti?
- 19.1. del tutto insufficienti
 - 19.2. insufficienti
 - 19.3. parzialmente insufficienti
 - 19.4. parzialmente esaurienti
 - 19.5. esaurienti
 - 19.6. del tutto esaurienti
20. Ha ricevuto informazioni sulle terapie e i comportamenti da seguire a casa?
- 20.1. sì
 - 20.2. no
21. (se sì) Come le valuta, da 1 a 6, dove 1 è del tutto insufficienti e 6 del tutto esaurienti?
- 21.1. del tutto insufficienti
 - 21.2. insufficienti
 - 21.3. parzialmente insufficienti
 - 21.4. parzialmente esaurienti
 - 21.5. esaurienti
 - 21.6. del tutto esaurienti

DOMANDE se 3.3, 3.4 (esame o visita+esame)

22. **(NON FARE SE laboratorio analisi)** Ha ricevuto informazioni su come si sarebbe svolto l'esame?
- 22.1. sì
 - 22.2. no
23. (se sì) Come le valuta? (da 1 a 6, dove 1 è del tutto insufficienti e 6 del tutto esaurienti)
- 23.1. del tutto insufficienti
 - 23.2. insufficienti
 - 23.3. parzialmente insufficienti
 - 23.4. parzialmente esaurienti
 - 23.5. esaurienti
 - 23.6. del tutto esaurienti
24. **(NON FARE SE laboratorio analisi)** Ha ricevuto informazioni sugli eventuali rischi legati all'esecuzione dell'esame?
- 24.1. sì
 - 24.2. no
25. (se sì) Come le valuta? (da 1 a 6, dove 1 è del tutto insufficienti e 6 del tutto esaurienti)
- 25.1. del tutto insufficienti
 - 25.2. insufficienti
 - 25.3. parzialmente insufficienti
 - 25.4. parzialmente esaurienti
 - 25.5. esaurienti
 - 25.6. del tutto esaurienti

PER TUTTI (visite, terapie, esami, esami+visite)

26. Durante la visita/terapia/esame, ritiene che abbiano rispettato la Sua riservatezza e dignità?
- 26.1. no
26.2. sì
27. È soddisfatto della gentilezza e cortesia del personale?
- 27.1. totalmente insoddisfatto
27.2. insoddisfatto
27.3. parzialmente insoddisfatto
27.4. parzialmente soddisfatto
27.5. soddisfatto
27.6. totalmente soddisfatto
28. Ritiene che il personale abbia fatto tutto quello che era possibile per soddisfare le Sue aspettative sul servizio ricevuto?
- 28.1. sì
28.2. no
29. Come valuta, in generale, la prestazione ricevuta?
- 29.1. del tutto insoddisfacente
29.2. insoddisfacente
29.3. parzialmente insoddisfacente
29.4. parzialmente soddisfacente
29.5. soddisfacente
29.6. del tutto soddisfacente

Solo per visite e visite + esami:

30. In caso debba ritornare per una prossima visita, ritiene importante poter essere visitato dallo stesso professionista che L'ha visitata la prima volta?
- 30.1. sì
30.2. no
30.3. indifferente

TICKET

31. Ha pagato il *ticket*?
- 31.1. sì
 - 31.2. no
32. Se sì, come valuta il tempo di attesa per il pagamento del *ticket*?
- 32.1. molto lungo
 - 32.2. lungo
 - 32.3. abbastanza lungo
 - 32.4. abbastanza breve
 - 32.5. breve
 - 32.6. molto breve

REFERTAZIONE (fare solo se esame o esame+visita, 3.3 e 3.4)

33. Dopo quanto tempo il referto dell'esame era disponibile per il ritiro?
- 33.1. immediatamente
 - 33.2. entro una settimana
 - 33.3. entro due settimane
 - 33.4. entro un mese
 - 33.5. oltre 1 mese
 - 33.6. altro
34. (se 33.2, 33.3, 33.4, 33.5) Come valuta tale tempo di attesa? (dove 1 è molto lungo e 6 è molto breve?)
- 34.1. molto lungo
 - 34.2. lungo
 - 34.3. abbastanza lungo
 - 34.4. abbastanza breve
 - 34.5. breve
 - 34.6. molto breve

Considerazioni finali

35. **(Solo per visite e visite + esami)** In caso debba ritornare per una prossima visita, ritiene importante poter essere visitato dallo stesso professionista che L'ha visitata la prima volta?
- 35.1. sì
 - 35.2. no
 - 35.3. indifferente

36. (se 1.2) Rispetto alle Sue esperienze precedenti, il servizio che ha ricevuto mostra:

- 36.1. peggioramento
- 36.2. nessun cambiamento
- 36.3. miglioramento

SUGGERIMENTI O ALTRE SEGNALAZIONI PER MIGLIORARE I SERVIZI

INFORMAZIONI SU CHI RISPONDE AL QUESTIONARIO

37. Chi risponde al questionario?

- 37.1. utente
- 37.2. familiare

38. Età (in anni compiuti) di chi risponde:

39. Occupazione di chi risponde:

- 39.1. operaio
- 39.2. impiegato
- 39.3. imprenditore / libero professionista / dirigente / artigiano
- 39.4. pensionato
- 39.5. casalinga
- 39.6. disoccupato
- 39.7. altro

40. Residenza di chi risponde

- 40.1. provincia di Bologna
- 40.2. altre province della regione
- 40.3. altre regioni italiane
- 40.4. altro Stato

DATA ____/____/____

COLLANA DOSSIER a cura della Regione Emilia-Romagna

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. 2^a ed. 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 dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.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 sottterraneo. 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. Linee guida 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. (*)

