

SapereAscoltare

Il valore del dialogo con il cittadino

SapereAscoltare

Il valore del dialogo con il cittadino

Il documento è stato predisposto da:

Renata Cinotti

Maria Augusta Nicoli

Vittoria Sturlese

Sara Capizzi

dell'Area Accreditamento, Agenzia sanitaria regionale

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2005

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
Verso un dialogo con i cittadini	9
Come orientarsi	9
C'era una volta il rapporto medico-paziente	11
L'ascolto come necessità	12
Riconoscere le capacità del cittadino	13
Il consenso e la condivisione	15
I valori	16
1. Quale idea del Servizio sanitario regionale?	19
1.1. Si condividono i valori?	19
1.2. Si trovano risposte alle aspettative?	23
1.3. Quali sono i servizi più fruiti?	25
2. Qual è la qualità della fruizione in alcuni servizi e da parte di alcuni <i>target</i> di utenti?	29
2.1. Cosa succede in alcuni servizi?	29
2.2. Qual è la valutazione del servizio da parte di alcuni <i>target</i> di utenti?	51
3. Quali sono oggi i nodi critici?	71
3.1. L'accesso	71
3.2. Le priorità	76
3.3. La partecipazione alle scelte	80
3.4. I bisogni informativi dei cittadini	87
3.5. Reclami ed elogi	92
3.6. Incidenti ed errori	96
Bibliografia	99
Normativa nazionale	103
Normativa regionale	103
Siti internet	104

Sommario

Una delle più importanti innovazioni che, a partire dagli anni '90, si sono realizzate nella Pubblica amministrazione e si sono trasferite nella cultura organizzativa del Servizio sanitario nazionale e nelle prassi di lavoro delle Aziende sanitarie consiste nell'aver riconosciuto un ruolo di grande rilievo alla comunicazione con i cittadini.

Una buona comunicazione può favorire scelte consapevoli nei progetti di cura e nell'adozione di comportamenti e stili di vita positivi; dalla parte dell'organizzazione può consentire il raggiungimento di obiettivi di qualità e appropriatezza delle cure, e può rendere più equo l'accesso ai servizi e più razionale la loro fruizione.

D'altro canto, la partecipazione alla fitta rete di processi che compongono il Servizio sanitario nazionale non significa solo comunicare ma, a seconda delle dimensioni e dei momenti del percorso che si desiderano focalizzare, significa anche riferirsi a una molteplicità di azioni che tendono a superare la mera informazione o coinvolgimento, per decidere insieme, autogestire la propria salute o - più limitatamente - un percorso di cura.

La voce degli utenti all'interno del Servizio sanitario può esprimersi attraverso molteplici canali: dalle forme più soggettive e spontanee (reclamo, suggerimento, encomio, ecc.) a quelle collettive e formalizzate, promosse da organismi politici di rappresentanza dei cittadini, da associazioni di tutela e volontariato (convenzioni, segnalazioni, protocolli, incontri, indagini, ecc.). Ognuna di queste modalità è funzionale a obiettivi specifici e può intervenire in momenti organizzativi diversi, come la fase di programmazione, di erogazione o di verifica di un percorso.

Il vigente Piano sanitario regionale dell'Emilia-Romagna considera la comunicazione e l'informazione come strutturalmente coesenziali alle organizzazioni sanitarie e pone la programmazione negoziata e l'ascolto dei cittadini rispettivamente fra gli strumenti strategici delle politiche di salute e dei servizi e quelli del governo aziendale e clinico. Il Documento di pianificazione economico-finanziaria 2003-2005 (DPDEF) della Regione nella scheda n. 11 "Progetti sanità" propone l'obiettivo dello sviluppo della comunicazione con i cittadini e pone l'obbligo di qualità a carico delle strutture sanitarie "prioritariamente espresso attraverso l'accreditamento istituzionale e il governo clinico".

Anche alcune Delibere della Giunta regionale sono particolarmente significative in relazione all'identificazione dei principi e dei criteri per potenziare il coinvolgimento dei cittadini all'interno delle Aziende sanitarie:

- Delibera 1011/1995 "Direttiva alle Aziende sanitarie per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 15 della LR 19/1994";
- Delibera 321/2000 "Piani per la salute. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001", che sottolinea il ruolo di molte istituzioni e gruppi organizzati nella definizione di scelte sanitarie e di attività di prevenzione nei confronti della popolazione;

- Delibera 556/2000 "Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001", che sviluppa il tema del governo clinico e dei suoi strumenti e, fra questi, l'attenzione alle attese e preferenze dei cittadini e degli utenti".

Infine la Legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004, all'art. 1, comma 2, indica fra i principi del Sistema sanitario regionale

la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione.

Questo volume ha l'obiettivo di presentare in forma sintetica informazioni su come i cittadini valutano alcuni servizi del Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna, sui nodi critici ancora presenti, e sulle differenze nei giudizi di alcune categorie di cittadini (anziani, immigrati, ecc.).

Il documento è costruito ponendosi delle domande. Le risposte che vengono fornite, a volte in modo non diretto, si basano su informazioni già disponibili e, in alcuni casi, sono il risultato di ricerche regionali (ad esempio l'indagine inedita sulla qualità percepita dei servizi sanitari, Eurisko 2003). Molte informazioni sono tratte da statistiche correnti, altre dalle Indagini multiscopo dell'ISTAT, in particolare da quella sulla salute del 1999-2000, altre ancora da indagini di soddisfazione su tematiche specifiche: LEA, ambulatorio, degenza, ecc.

Le informazioni sono organizzate in schede, per agevolare la comprensione dei contenuti. Il volume è rivolto in particolare ai cosiddetti cittadini competenti, a coloro cioè che sono coinvolti nelle scelte e nelle decisioni sulle strategie e sulle azioni di assistenza e di promozione della salute: amministratori, appartenenti a organizzazioni sociali, giornalisti, operatori sanitari, gestori di servizi, insegnanti, ...

Il primo capitolo fornisce alcuni spunti di riflessione che consentono di inserire le diverse fonti informative all'interno dei temi emergenti nella letteratura. L'attenzione non è volta a ricostruire una coerenza tra i dati esposti, quanto a ritrovare un filo conduttore che metta a fuoco il punto di vista dell'organizzazione attraverso le modalità con cui essa ha attivato l'ascolto e le domande che ha posto.

Nella seconda parte sono presentate le informazioni e le fonti che consentono di rispondere alla domanda "Quale idea del Servizio sanitario regionale?". Vengono quindi presentate indagini incentrate sull'analisi dei valori che connotano il Sistema sanitario regionale, così come statuiti da documenti legislativi e di programmazione sanitaria, confrontando i valori dichiarati dal sistema da una parte, e le aspettative e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini dall'altra.

La terza parte si focalizza sugli aspetti che contribuiscono a dare risposta alla domanda "Qual è la qualità della fruizione in alcuni servizi e da parte di alcuni *target* di utenti?". In particolare sono riportati i dati di indagini sull'ospedale, sull'attività ambulatoriale e sull'assistenza domiciliare. Per cogliere diversi punti di vista, vengono presi in considerazione alcuni *target* di utenti dei quali da qualche anno si rileva la percezione

di qualità nei confronti dei servizi sanitari di cui usufruiscono: anziani, donne coinvolte nelle campagne di *screening*, immigrati, malati cronici, persone con disagi psichici, tossicodipendenti.

Nell'ultima parte ci si concentra invece su temi di discussione a proposito dei nodi critici del sistema e di come vengono percepiti dai cittadini. Da essi possono emergere aspetti che richiedono ulteriori esplorazioni conoscitive: si tratta cioè di questioni sulle quali potrebbe concentrarsi la futura programmazione sanitaria indirizzata all'ascolto degli utenti.

Verso un dialogo con i cittadini¹

Come orientarsi

La molteplicità delle fonti da cui si può cogliere il punto di vista del cittadino rispetto ai servizi sanitari rende difficile orientarsi nella varietà di notizie e dati a disposizione, ed è complicato riuscire a cogliere il *pattern* che li connette e trovare il filo del discorso.

Non a caso, proprio per evidenziare quanto il rapporto tra cittadini e Sistema sanitario sia un argomento ampio e complesso, che sfugge a definizioni nette e interpretazioni univoche, è stato predisposto un documento che affronta il tema della comunicazione tra cittadino e sistema sanitario connotandolo come un insieme di atti comunicativi (*Dossier* n. 85 - Cinotti, Sturlese, 2003).

Il tema del rapporto tra sistema sanitario e cittadino mette in luce proprio quello che i teorici della comunicazione invitano a considerare, e cioè che a fronte di un emittente - il cittadino - c'è un ricevente - l'organizzazione e i professionisti - e viceversa. Si riescono quindi a cogliere meglio i contenuti dei "segnali e messaggi" inviati se ci si sofferma anche su chi li ha sollecitati o ha creato le condizioni affinché potessero essere espressi. In definitiva è importante riflettere sulle azioni che l'organizzazione sanitaria promuove, e capire attraverso quali modalità di ascolto agisce. Queste si collocano infatti a livelli differenti:

- della relazione utente-professionista,
- della relazione dell'utente con l'organizzazione,
- della relazione tra comunità e organizzazione.

Dall'insieme delle azioni messe in campo, è evidente lo sforzo e l'impegno da parte del mondo della sanità per garantire l'ascolto dei cittadini. È ormai diffusa la consapevolezza di non poter fare (più) a meno di dialogare con i propri fruitori e di entrare in relazione con questi.

In questo volume vengono presentate le attività e le azioni che il Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna ha promosso per ascoltare il cittadino rispetto ai processi di cura (soddisfazione per alcuni servizi, partecipazione a campagne di prevenzione, ...), su questioni che toccano direttamente l'organizzazione, attraverso il coinvolgimento della comunità nei processi di programmazione dei servizi (livelli essenziali di assistenza, Piani per la salute, liste di attesa, ...).

¹ A cura di Maria Augusta Nicoli.

La molteplicità delle informazioni che a volte sembrano ridondanti acquisiscono senso se vengono considerate anche rispetto all'effetto pragmatico² prodotto dall'azione di ascolto nei vari livelli in cui si colloca: essa può cioè generare *empowerment*³ nel cittadino, stabilire rapporti improntati alla *partnership*,⁴ avviare processi decisionali basati sulla condivisione delle scelte.

Qualora le condizioni di ascolto non si attuino perché non c'è tempo per dilungarsi nelle spiegazioni, non si dà riscontro di quanto rilevato, non si permette ai cittadini di riconoscere le modifiche apportate come conseguenza delle informazioni raccolti, gli effetti sopra definiti non verranno prodotti o solo parzialmente promossi; si avranno cioè degli effetti negativi.

Al contrario, al fine di ottenere effetti positivi è necessario che l'azione sia effettuata con precisi presupposti non solo di metodo ma che riguardano anche la capacità riflessiva dell'organizzazione, cioè la capacità di interrogarsi sulle domande che pone, sulle sollecitazioni, sulle modalità che propone per ascoltare e dare voce ai cittadini.

² Viene utilizzato il concetto "effetto pragmatico" (comportamentale) della comunicazione umana nell'accezione di Watzlavick *et al.* (1971), che evidenzia le potenzialità delle modalità attraverso cui l'organizzazione sanitaria contribuisce a creare condizioni di sviluppo di cittadinanza.

³ Rappaport (1977) ha coniato l'efficace termine *empowerment* per indicare il processo attraverso il quale gli individui possono attivare un'acquisizione di potere, un incremento delle capacità individuali in modo da poter controllare attivamente la propria vita. Il concetto chiave a cui rimanda la parola *empowerment* è quindi "potere". Come sostiene Kreisberg (1992) le teorie dell'*empowerment*, impegnate nel rimuovere le condizioni di mancanza di potere (*powerlessness*), respingono i modelli di relazione basati sulla dominazione e puntano invece sulle forme di collaborazione e di partecipazione, auspicando una ridistribuzione più equa delle risorse e cercando di accrescere le capacità di partecipazione. In questa ottica, non si parla di potere in termini negativi, anzi, esso è visto nei suoi aspetti positivi e creativi ed è declinato come capacità relazionale reciproca: è inteso come "potere con" piuttosto che "potere su". Kreisberg vede il potere all'interno di un'azione in comune, nell'ambito di uno sviluppo congiunto e di una relazione reciproca, anche se non simmetrica, in cui si giocano i diversi gradi di libertà degli individui. Il potere è letto nei termini di capacità di agire, di mobilitare le risorse, di ottenere e utilizzare ciò che è indispensabile per mantenere o far evolvere i sistemi sociali organizzati nei quali gli attori sono impegnati. L'elemento che attiva il processo di *empowerment* è infatti proprio la situazione di mancanza di potere in cui si trova un soggetto. Tutti gli essere umani sono soggetti a gradi diversi di assenza di potere o di impotenza; ma tutti gli esseri umani sono potenzialmente competenti, anche nelle situazioni più critiche (Amerio, 2000; Zani, Palmonari, 1998).

⁴ Si usa il termine *partnership* per sottolineare che non tutta la competenza e il sapere necessari si trovano all'interno di una stessa entità (persona, organizzazione, ecc.); le relazioni di *partnership* si basano sul presupposto che il modo migliore per far risaltare le conoscenze basate sull'esperienza (*expertise*) e il sapere degli utenti e dei *carer* familiari, oltre quello degli operatori delle agenzie socio-sanitarie, consiste nel trovare modi per lavorare insieme. La *partnership* è un dialogo; più che sulla comunicazione, si richiama tuttavia l'attenzione sulla collaborazione (Barnes, 1999).

C'era una volta il rapporto medico-paziente

I processi di cambiamento avvenuti in questi anni in campo sanitario sono stati caratterizzati da una profonda evoluzione del tradizionale rapporto medico-paziente (Shorter, 1986).

Senza entrare nel merito degli aspetti che hanno inciso sul cambiamento, basta ricordare tra i tanti mutamenti avvenuti l'evolversi della strumentazione e delle tecnologia medico-sanitaria (Reiser, 1983) e la moltiplicazione degli spazi di confronto tra i cittadini e le strutture sanitarie.

Qui si intende trattare in particolare il mutamento che il processo di aziendalizzazione ha prodotto sulla cultura organizzativa dei servizi sanitari, favorendo un nuovo interesse nei confronti del paziente (Olivetti Manoukian, 1998) e stimolando contemporaneamente una crescente consapevolezza da parte dei cittadini, che chiedono-pretendono di contare di più non solo a livello individuale, ma anche tramite associazioni di tutela e difesa dei propri diritti.

Oggi più che mai vi è la necessità di superare l'impostazione tradizionale che considera il singolo individuo come unico referente per il sistema sanitario; sempre più i servizi devono interagire anche con nuclei familiari, con organizzazioni pubbliche e private, con gruppi di individui.

Le difficoltà che il sistema sanitario incontra nell'adeguarsi a questo cambiamento sono riconducibili alle matrici culturali e ai modelli organizzativi che caratterizzano la storia e lo sviluppo dei servizi stessi e che ancora oggi permangono e si perpetuano (Olivetti Manoukian, 1998). L'organizzazione amministrativa, ad esempio, prevede l'erogazione di prestazioni formalmente classificate e codificate, regolate nell'accesso da procedure e comportamenti fissati e fornite in base a requisiti precisi che il singolo utente deve possedere. Il cittadino è concepito e definito in astratto come soggetto individuale (spesso di sesso maschile) e, in tal modo, funzionale all'organizzazione, che garantisce così un trattamento uniforme, universale ed esente da particolarismi, ma anche asettico, impersonale e incapace di personalizzare.

L'organizzazione sanitaria privilegia ancora oggi il rapporto con il singolo perché è centrata sul modello culturale medico-paziente che prevede un ruolo di medico che interviene sul corpo del malato e si occupa dell'individuo, e un ruolo di paziente che si affida al medico come esperto della salute.

Tuttavia, nella realtà i professionisti si trovano all'interno di contesti relazionali che non permettono più di agire il modello di relazione tradizionale. Come risulta da una ricerca di Manghi e Tomelleri (2004), nel racconto di sé offerto dai medici sta aumentando rapidamente la frazione di tempo, di energie e di attenzione dedicata non a diagnosticare, prescrivere e intervenire, ma a spiegare, riorientare, contenere ansie, arginare attese eccessive, negoziare opportunità, partecipare al sistema informativo sanitario, coordinarsi con altri attori, e così via.

L'interazione con i pazienti, più informati, più carichi di aspettative di guarigione, e anche con familiari più presenti, colleghi specialisti o generici, infermieri, associazioni, agenzie legali, poteri mediatici, amministratori, definisce una scena allargata della cura che richiede un impegno comunicativo crescente.

L'ascolto come necessità

È noto come l'ammalarsi o il mantenersi in salute siano in stretta relazione con molti comportamenti assunti dal singolo e con una molteplicità di fattori ambientali, ma non si esauriscono completamente in questi fattori.

Si può ad esempio valutare se il soggetto ha effettivamente le opportunità e gli strumenti per preservare il proprio stato di salute, se ha le capacità di utilizzare o ricercare delle soluzioni efficaci, se ci sono condizioni ambientali/contestuali che vincolano il suo comportamento, se esistono situazioni sfavorevoli (predisposizione ereditarie, ...) che condizionano il suo stato di salute; ma in ultima analisi il ruolo che il soggetto gioca all'interno dei processi decisionali (di cura) e della relazione con i professionisti sanitari è sempre cruciale e fondamentale.

Non è quindi ipotizzabile - né proficuo auspicarlo - che il cittadino venga escluso dalle decisioni che lo riguardano o che deleghi le proprie scelte di salute ad altri.

Assumere inoltre fino in fondo il punto di vista del cittadino significa anche riconoscere che le domande di cura che questi rivolge al sistema sanitario sono spesso ben più complesse e semanticamente ampie di quanto non risulti da una lettura esclusivamente clinico-sintomatologica della malattia. Si pensi ad esempio al caso delle cure palliative e della richiesta di riduzione-annullamento del dolore fisico, che va ben oltre (e non implica necessariamente) la richiesta di guarigione.

Tuttavia, solo marginalmente viene posta l'attenzione a tutte quelle componenti della domanda di cura che rimandano alle caratteristiche socio-psicologiche del cittadino e al contesto culturale e relazionale in cui tale domanda viene formulata.

Se si considerano la salute e la malattia come espressione della relazione tra la persona e il suo contesto di riferimento, questo consente di scoprire nel cittadino un *partner* e non l'oggetto delle cure; oltretutto il benessere o il malessere dell'individuo hanno un determinato impatto anche sul suo contesto di riferimento (nucleo familiare, relazioni amicali). Come ormai viene da più parti sottolineato, l'oggetto sociale (la salute) non riguarda unicamente il singolo in quanto tale, ma sempre più contesti collettivi, che chiedono una presa in carico non solo professionale ma anche comunitaria (Vecchiato, 1998).

Se poi si assume una prospettiva di tipo organizzativo e si valutano più attentamente le caratteristiche delle strutture sanitarie, si riscontrano altre ragioni per sostenere che la relazione con il cittadino non può che essere basata sulla reciprocità.

Nell'evoluzione culturale che ha coinvolto le organizzazioni che producono servizi per le persone, compresi quelli sanitari, è ormai diffusa la convinzione (talvolta assunta come imperativo) che si debba tener conto del punto di vista dei fruitori. Il cardine del nuovo

approccio sembra essere l'orientamento all'utente e alla sua soddisfazione, per costruire una nuova immagine positiva dei servizi; tale approccio non dovrebbe però essere limitato alla costituzione di luoghi di ascolto (come l'Ufficio relazioni con il pubblico) o all'approvazione di specifici documenti (Carta dei servizi, ...); dovrebbe permeare tutta l'organizzazione.

Deve essere sottolineato che la centralità dell'utente dovrebbe assumere una accezione molto particolare in generale nelle organizzazioni che producono servizi alla persona e in particolare nelle organizzazioni sanitarie, proprio in virtù della particolarità del prodotto-servizio. Più che nella realizzazione-produzione di qualcosa, il servizio ha infatti il suo carattere peculiare nel rapporto interattivo tra i soggetti che vi partecipano, rapporto sulla base del quale i soggetti decidono poi di scegliere e attivare ciò che risulta pertinente in quella determinata situazione (Olivetti Manoukian, 1998).

Nella produzione di servizi è pertanto di fondamentale importanza tenere conto delle considerazioni del cittadino, riconoscere l'importanza del suo apprezzamento, ma anche e soprattutto favorire la sua partecipazione attiva, che condiziona in modo determinante la produzione del servizio stesso. Da questo punto di vista, il cittadino è co-produttore del servizio erogato (Norman, 1985).

Instaurare nuove relazioni con i cittadini significa quindi prevedere il loro coinvolgimento e quello dei *caregiver* come soggetti attivi, sia nella fase di produzione sia in quella di ricezione dei servizi, ovvero instaurare relazioni di *partnership*. La *partnership* è un dialogo che si prolunga oltre se stesso; più che sulla comunicazione, si richiama l'attenzione sulla collaborazione (Barnes, 1999). Il flusso di informazioni dagli operatori agli interessati (utenti e *carer*) e viceversa avviene nel corso di relazioni efficaci mirate a uno o più compiti particolari che produrranno un risultato soddisfacente per entrambe le parti. È probabile che questo comporti una rinegoziazione della natura del compito stesso; d'altra parte è solo in questa ottica che si può uscire dalla trappola di un ascolto inteso come ricezione di segnali e messaggi senza confrontarsi sui contenuti di tali informazioni.

Riconoscere le capacità del cittadino

In letteratura si evidenzia come l'aspettativa più diffusa tra i professionisti sia quella di avere di fronte un utente paziente, affidabile, rispettoso delle prescrizioni che il medico indica (*compliance*); in definitiva, un soggetto che accetta la sua posizione di complementarietà.

Il processo di transizione verso una relazione di tipo diverso da questa non sarà semplice né per i professionisti, né per i cittadini. Questi ultimi devono infatti modificare sia la loro abitudine a delegare a chi ritengono più esperto, sia la tendenza opposta ad assumere il ruolo di cittadino esigente che chiede o di cliente che rivendica, entrambi comportamenti che di fatto confermano la figura del professionista nel ruolo forte di esperto e di depositario dell'unica competenza in grado di fornire la risposta adeguata.

Il processo di cambiamento auspicato si basa invece sul riconoscimento delle capacità del cittadino e sulla sua presa di responsabilità rispetto a questo nuovo ruolo.

Le relazioni d'aiuto fornite dalle organizzazioni che erogano servizi alle persone si stanno caratterizzando sempre più come relazioni basate sulla reciprocità e sull'interdipendenza (Canevaro, Chierigatti, 1998). Un concetto chiave alla base dell'interdipendenza è il riconoscimento delle competenze (Rappaport, 1977) e delle capacità (Sen, 1997) di colui che chiede aiuto.

La letteratura ha messo in evidenza gli effetti negativi che possono essere alimentati da organizzazioni dove prevale una scarsa attenzione alle competenze del cittadino, soprattutto in coloro che partono da situazioni svantaggiate (fenomeni di dipendenza dalle strutture, atteggiamenti di assistenzialismo).

Vi sono inoltre situazioni in cui è presente la percezione di essere senza potere, che può derivare da molti fattori tra loro interagenti di carattere soggettivo e oggettivo (precarità economica, assenza di esperienza politica, mancato accesso alle informazioni, mancanza di pensiero critico, *stress* fisico o emotivo, ...). Il senso di impotenza è legato spesso anche all'appartenenza a gruppi stigmatizzati (anziani, ammalati, tossicodipendenti, ...), i cui membri adottano gli stereotipi negativi di cui sono vittime e li interiorizzano fino a incorporarli nell'immagine di sé. Di conseguenza, i membri di tali gruppi risultano spesso meno in grado di considerare se stessi come capaci e meritevoli di avere il diritto o il potere di cambiare la propria vita.

Questa situazione - nel suo complesso apparentemente svantaggiosa - favorisce tuttavia l'emergere di nuove iniziative sociali (Folgheraiter, Bortoli, 1986) tramite le quali le persone cercano di tracciare nuovi percorsi di assistenza e solidarietà all'interno di un paradigma di non contrapposizione con il sistema formale dei servizi, ma di compresenza, differenziazione e interazione con questo (Donati, citato in Folgheraiter, 1990).

Le principali differenze tra un approccio che contempla la competenza e la responsabilità nel percorso di cura del cittadino (auto-aiuto) e un approccio professionistico tradizionale sono evidenziate in Tabella 1.

In questa direzione assumono particolare rilevanza le esperienze di riorganizzazione dei servizi secondo una logica proattiva come nell'esperienza maturata in Québec (Guay, 1996). Secondo questo approccio l'intervento è incentrato sull'ambiente di vita prima che vi sia una domanda formale di aiuto, nel momento in cui la situazione è ancora ai suoi inizi e le risorse naturali sono disponibili e in grado di collaborare nella presa in carico. In quest'ottica il *target* di riferimento non è il singolo utente, ma le persone della rete sociale.

Tabella 1. Differenze fra un approccio *empowering* e un approccio professionistico tradizionale

Approccio <i>empowering</i>	Approccio professionistico tradizionale
Chi ha il problema è una persona portatrice di risorse	Chi ha il problema è un paziente o un utente
Si enfatizzano le risorse, la salute, il sentirsi bene e la competenza	Si enfatizzano la malattia, la mancanza e l'inadeguatezza
L'enfasi è sulla fiducia, la volontà e l'autocontrollo	L'enfasi è sull'eziologia e sull' <i>insight</i>
Si enfatizzano sentimenti e affetti concreti e immediati	Si enfatizzano conoscenze, principi sottostanti, teoria e struttura
Tendenza all'estemporaneità	Tendenza alla procedura standardizzata
Il cambiamento è dell'individuo in un contesto	Il cambiamento è individuale
Si costruiscono strategie basate sulla storia dei singoli e sulla loro appartenenza a un contesto/comunità	L'appartenenza alla comunità non conta

Fonte: Hurvitz, 1974, citato in Noventa et al., 1990.

Il consenso e la condivisione

A questo punto è opportuno anche un approfondimento sul tema dei processi decisionali improntati alla condivisione e al consenso.

Nei contesti attuali vi è la necessità di innovare profondamente il rapporto tra servizio sanitario e cittadini, ma anche di presidiare i processi decisionali, giocati non soltanto in un rapporto individuale a due (professionista-paziente) ma anche collettivo, soprattutto quando le decisioni da prendere riguardano aspetti che interessano la collettività (come ad esempio la priorità dei trattamenti da garantire, l'allocazione delle risorse, il rispetto dei principi di equità).

Il consenso poggia sulla discussione, sul confronto, sullo scambio. Gli individui si rendono conto di avere acconsentito a una decisione se vi hanno preso parte e se hanno consapevolmente compiuto i sacrifici necessari per raggiungerla (mediazioni, rinunce, contrattazioni, ...). In altri termini, a creare il consenso non è l'accordo, bensì la partecipazione. Esso dunque non può essere imposto, ma è legittimo solo se tutti sono stati partecipi del processo che lo ha prodotto. Il consenso è quindi anche un'istituzione che vieta di rimanere indifferenti alle vicende pubbliche e di ritrarsi dalle responsabilità di cittadini, come evidenzia ad esempio il coinvolgimento dei cittadini nel processo di definizione delle priorità sui trattamenti e sui servizi sanitari (Kneeshaw, 1997).

Anche gli atti di decisione collettiva, come quelli di consenso, sono innanzitutto atti di partecipazione. Il loro valore discende dal legame che si crea tra gli individui e dal fatto che ciascuno conta agli occhi di tutti, sin dal momento in cui partecipa. Le persone hanno in effetti bisogno di sapere che stanno prendendo parte alle cose e che le cose dipendono dalla loro energia e abilità.

La nozione di partecipazione viene spesso banalizzata e ridotta alla mera possibilità degli individui di contribuire alle scelte politiche o sociali tramite il voto o il diritto di esprimere i propri interessi. La partecipazione va invece molto oltre e implica la possibilità di incidere in modo significativo sulle decisioni, di "contare". A rigor di logica, essa definisce una relazione tra individui che pensano, decidono, agiscono nella comunità.

Uno degli effetti che la partecipazione così intesa produce è il senso della comunità, la sensazione di efficacia e di appartenenza a un gruppo che finisce per agire come un'unica identità, come una persona concreta.

In pratica essa dipende dal grado con cui prima ci si lega ad altri individui, e poi si investono energie, tempo, risorse sulla comunità di appartenenza. Legarsi ad altri individui significa empatia nei confronti dei propri simili, ovvero capacità di riecheggiare i loro sentimenti, pensare i loro pensieri e agire i loro atti; investire sul gruppo significa dedicare risorse economiche e psichiche per associarsi gli uni agli altri, sostenere un'azione decisa in comune, o semplicemente restare insieme.

Il senso di appartenenza a un gruppo inoltre innesca un circolo virtuoso, dal momento che chiunque ha cominciato a investire aumenta necessariamente la sua posta in gioco, non solo per non perdere quello che ha già impegnato, ma anche perché, cominciando a partecipare alle decisioni, cambia opinione e acquista una nuova immagine anche di se stesso.

I valori

Ma cosa avviene quando la partecipazione si realizza su questioni che riguardano decisioni di carattere sanitario? Cosa avviene ad esempio se i cittadini vengono chiamati a partecipare per decidere sui temi delle priorità di accesso (chi viene per primo) o dei livelli essenziali (quale trattamento viene per primo)?

Generalmente, quando si entra in un circuito di discussione, ciascuno ha già una grande quantità di idee precostituite e di modelli di relazione; ognuno arriva con il proprio capitale di informazioni e di metodi per innescare nuove discussioni e negoziare con gli altri.

In questo capitale sono inclusi anche i valori, alcuni acquisiti consapevolmente, ma nella maggior parte introiettati inconsapevolmente. Gli individui, come i gruppi, spesso scelgono in base a quello che non scelgono, ovvero ai valori impliciti. Questi valori sono infatti una sorta di tempo che modella lo spazio mentale entro cui vengono prese le decisioni. I valori contengono cioè le direzioni privilegiate di comunicazione, stabiliscono la gerarchia di opinioni e di pratiche tra i membri del gruppo.

Nel dibattito sul razionamento delle risorse, particolare attenzione è stata posta a cercare di svelare queste forme di razionamento implicito derivanti proprio da decisioni basate sui valori dei decisori (oppure "dal potere discrezionale del produttore" nell'accezione di Domenighetti, Maggi, 2001).

Alcuni studi hanno rilevato quanto siano potenti i valori impliciti nel guidare chi cura quando sceglie chi trattare per primo, in base alle differenze di genere, di età o al fatto che al soggetto venga attribuita una qualche responsabilità nell'ammalarsi, come nel caso dei fumatori (Bowling, 1999; Reale, 2002).

Può forse sembrare fuori luogo proporre una riflessione sui valori all'interno di un dibattito che si sta orientando verso la definizione delle priorità sanitarie guidate da due contrapposte razionalità - economica e medica - fondate rispettivamente sui paradigmi dell'utilizzazione efficiente delle risorse e sull'efficacia clinica delle prestazioni distribuite (Domenighetti, Maggi, 2001). Ma il punto è che i valori e le norme costituiscono la *ratio decidendi*, vale a dire il criterio stesso di classificazione delle alternative di decisione rispetto a un modello ideale dal punto di vista economico, di appropriatezza e morale (Moscovici, Doise, 1992).

Come si evince inoltre dalla letteratura prodotta in questi anni sulla prioritizzazione dei trattamenti sanitari, le differenze che emergono dai confronti tra i cittadini, i professionisti e gli amministratori non sarebbero comprensibili se non si tenesse conto anche dei diversi sistemi valoriali che i gruppi di soggetti coinvolti hanno come riferimento (Bowling, 1993; Domenighetti, Maggi, 2001; Heginbotham, 1993; Kneeshaw, 1997).

Come sottolinea Olivetti Manoukian (1999), ci si deve sempre più dirigere verso forme di ascolto multiplo in grado di fare connessioni; non si può procedere nella convinzione che gli strumenti dell'ascolto siano alternativi gli uni agli altri (si raccolgono dati quantitativi o qualitativi; si ascoltano le famiglie o gli operatori; si ascoltano gli operatori sociali o gli operatori sanitari, ...). I problemi andrebbero affrontati in un'ottica binoculare attenta cioè sia ai grandi orientamenti, sia alla particolarità.

1. Quale idea del Servizio sanitario regionale?

1.1. Si condividono i valori? ⁵

1.1.1. I valori del Servizio sanitario regionale

In base alla definizione molto generica di Benthel (1998) si può sostenere che il valore indica la forza con cui una motivazione - o un intendimento (sia materiale sia spirituale) - spinge un soggetto (sistema politico, organizzazione o individuo) a realizzare e ad adottare degli obiettivi, dei comportamenti e delle azioni. La nozione di valore è inoltre strettamente collegata a quella di valutazione.

Il Sistema sanitario regionale dovrebbe essere - e in effetti è - una rete sistemica produttrice di valori, in quanto le finalità per cui esso opera e sussiste - il miglioramento della salute dei cittadini e la cura della loro vita - lo rendono un soggetto etico per eccellenza. Esso inoltre fa spesso uso di approcci valutativi che verificano l'aderenza dei valori dichiarati alle aspettative dei cittadini.

Negli ultimi dieci anni vi è stata una rivisitazione a livello legislativo nazionale e regionale della *mission* a cui dovrebbe tendere il sistema sanitario, anche alla luce di nuovi approcci alla qualità (certificata, attesa, percepita; clinica, organizzativa, relazionale) che sono serviti per misurare il grado di raggiungimento dei valori dichiarati. È nell'interesse dei *policy maker* monitorare l'aderenza fra i valori da essi dichiarati e i comportamenti organizzativi e professionali in cui questi vengono tradotti, onde evitare un *gap* fra attese dei cittadini e qualità percepita.

Il vigente Piano sanitario regionale dell'Emilia-Romagna 1999-2001 e i documenti di programmazione sanitaria locale (Carte dei servizi aziendali, Carte dei valori, Linee guida regionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie) individuano le priorità di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute ed evidenziano il valore della cooperazione tra gli operatori, gli Enti locali e le diverse forme di organizzazione della società; valorizzano inoltre le risorse di solidarietà presenti nelle famiglie e nelle comunità locali, la concertazione degli interventi e lo sviluppo di forme di *partnership* e di sinergie fra i diversi attori. In tutte le aree della promozione della salute e negli obiettivi specifici, i valori e gli impegni comuni sono:

la riduzione delle disuguaglianze, il miglioramento della qualità dei servizi e la produzione di maggior valore sulla base delle risorse disponibili (Biocca et al., 1999a, p. 35);

⁵ A cura di Vittoria Sturlese.

l'informazione e la comunicazione per la salute "per influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle comunità, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti ed indicazioni sul gradimento dei servizi utilizzati" (Biocca et al., 1999b, p. 16).

Fra i valori rivolti agli operatori sanitari viene data priorità all'autonomia e alla responsabilità a tutti i livelli del sistema.

1.1.2. Quali di questi valori sono condivisi dai cittadini emiliano-romagnoli? A quali si dà priorità?

Nell'ambito di un'indagine condotta presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia nel periodo 2000-2001 finalizzata alla costruzione di una Carta dei valori e degli impegni (Sturlese, 2001), partendo dalla disamina di fonti documentali e programmatiche, si è arrivati all'enunciazione di valori condivisi attraverso un processo di valutazione e di validazione da parte di professionisti e di cittadini competenti.⁶

Dai risultati dell'indagine si desume una generalizzata condivisione dei valori su cui si basa il Sistema sanitario regionale; tuttavia i valori considerati prioritari afferiscono all'area della qualità relazionale. In particolare l'accento viene posto sull'umanizzazione della relazione operatori/utenti intesa come ascolto dei bisogni dell'assistito e rispetto della *privacy*, disponibilità al dialogo, attenzione alla specificità di ogni individuo (rispetto, equità, trasparenza). Viene inoltre indicata come prioritaria la diffusione di una cultura di rete che miri a un'integrazione interna ed esterna (collaborazione, trasparenza) e che risulti come presupposto di un'informazione corretta e fluida, nonché di una fattiva partecipazione dei cittadini all'interno del processo di cura.

Nella Tabella 2 vengono riportati per esteso i valori che sono stati segnalati e le aree tematiche a cui si riferiscono; sono presentati anche i riferimenti legislativi a cui tali valori sono riconducibili.

⁶ L'indagine ha coinvolto diversi attori sia professionisti dell'Azienda sia rappresentanti delle associazioni di cittadini; in essa si è ricercato un confronto diretto individuale e collettivo - utilizzando differenti strumenti operativi di tipo qualitativo (interviste semi-strutturate a testimoni significativi, *focus group*, gruppi di lavoro) - che richiedeva di esprimere valutazioni e attribuzioni di priorità ai valori che erano emersi dall'analisi delle fonti documentali. Complessivamente vi è stata una consultazione il più possibile partecipata e collettiva che ha previsto la conduzione di 160 interviste a testimoni significativi (operatori), 6 *focus group* (con 50 operatori), 3 gruppi di lavoro e 80 interviste informative con associazioni degli utenti (di cui due a mediatrici culturali).

Tabella 2. Valori, aree tematiche, riferimenti legislativi (elementi tratti dall'indagine condotta presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia)

Riferimenti più significativi	Aree tematiche	Valori
<ul style="list-style-type: none"> Linee guida regionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie (cap. Comunicazione) PSR 1999-2001 (Le reti integrate dei servizi) 	Integrazione interna ed esterna: cooperazione interprofessionale, intra-aziendale, intersettoriale, interaziendale	Collaborazione Trasparenza
<ul style="list-style-type: none"> PSN (la gestione delle risorse umane) Linee guida regionali per l'Accreditamento delle strutture sanitarie (cap. Formazione) CCNL del comparto DLgs 229/1999 PSR sintesi (la valorizzazione degli operatori sanitari) 	Attenzione alle esigenze dei professionisti: valorizzazione delle competenze, delle potenzialità individuali e riconoscimento dell'autonomia e della responsabilità	Rispetto Responsabilità
<ul style="list-style-type: none"> PSN (gli obiettivi di salute) PSR 1999-2001 (promozione della salute e prevenzione malattie) Carta dei servizi aziendale I contributi delle aziende sanitarie pubbliche alla realizzazione del sistema curante provinciale 	Attenzione alle esigenze del cittadino-utente. Attenzione a cultura, etnia, religione, sesso, lingua, opinioni politiche, condizioni psico-fisiche e socio-economiche	Rispetto Equità
<ul style="list-style-type: none"> Linee guida regionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie (capp. Comunicazione e Verifica dei risultati) PSR sintesi (l'informazione e la comunicazione con i malati e con i cittadini) 	Capacità di ascolto interno ed esterno	Rispetto

(continua)

Riferimenti più significativi	Aree tematiche	Valori
<ul style="list-style-type: none"> • PSN (la sicurezza nelle strutture sanitarie) • Linee guida regionali per l'Accreditamento delle strutture sanitarie (cap. Struttura) • DLgs 626/1994 	Sicurezza per gli utenti e per gli operatori	Sicurezza
<ul style="list-style-type: none"> • Carte dei servizi • Linee guida regionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie (capp. Pianificazione e Comunicazione) 	Trasparenza e garanzia della qualità nella modalità di erogazione delle prestazioni, nella disponibilità di confronto con aziende similari, nell'esplicitazione chiara degli obiettivi, nella loro attuazione e nella pubblicizzazione dei risultati	Trasparenza
<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida regionali per l'Accreditamento delle strutture sanitarie (capp. Pianificazione; Comunicazione; Verifica dei risultati) • PSR 1999-2001 (cap. Modernizzazione) 	Cultura del risultato e della valutazione	Innovazione
<ul style="list-style-type: none"> • PSR 1999-2001 "Primi provvedimenti di attuazione": Ruolo della rete ospedaliera regionale (Delibera regionale 1 marzo 2000 n. 556) (cap. 3.5. Governo clinico) • Il contributo delle Aziende sanitarie pubbliche alla realizzazione del sistema curante 	Evidenza scientifica: capacità di reperire e valutare criticamente le informazioni scientifiche e di valutarne l'applicabilità al singolo paziente e al contesto operativo in cui il professionista opera	Qualità clinica

1.2. Si trovano risposte alle aspettative? ⁷

I cittadini giudicano la qualità dei servizi in riferimento ai propri valori e alle proprie aspettative. Valutano cioè lo scarto fra la percezione che hanno del servizio ricevuto e quanto si attendevano in funzione delle proprie motivazioni e intendimenti di vita (valori). Naturalmente più le attese sono elevate, più il giudizio è severo.

Inoltre, chi ha bisogno di cure vive l'esperienza di malattia e il processo di cura in modo unitario e complessivo: quello che prova, quello che si aspetta e quello che desidera o spera si intrecciano fortemente e cambiano anche rapidamente per effetto delle esperienze che nel frattempo sono vissute.

Per valutare se le aspettative di coloro che hanno avuto contatto con il servizio sanitario sono andate deluse, si può confrontare l'opinione sul servizio sanitario dei cittadini che non hanno usato recentemente i servizi sanitari con l'opinione di coloro che li hanno usati.

Nell'indagine sulla qualità percepita dei servizi sanitari condotta da Eurisko nel 2003 (2003) è stato fatto un confronto fra le valutazioni globali di qualità fornite da un campione di cittadini che negli ultimi sei mesi non avevano usufruito dei servizi sanitari pubblici⁸ e le valutazioni fornite dagli utenti sulla base della loro esperienza. In tale ricerca il giudizio riguardava il Sistema sanitario nazionale e i servizi delle Aziende sanitarie, ed era espresso su una scala di valutazione a sei gradini, in cui 1 equivaleva a "molto scadente" e 6 a "molto buono". Nella Figura 1 si nota che l'opinione pubblica è incerta, anche se il giudizio è tendenzialmente positivo (34% giudizi di eccellenza, 23% giudizi negativi). Migliore è la valutazione dei servizi offerti dalla propria Azienda USL (60% giudizi di eccellenza, 8% negativi); ancora più soddisfatti sono gli utilizzatori (73% giudizi di eccellenza, 8% negativi). Passando dunque dall'ambito nazionale a quello locale i giudizi positivi crescono fino ad arrivare a punte massime di soddisfazione fra coloro che hanno utilizzato i servizi sanitari. Permane tuttavia uno zoccolo di insoddisfazione difficilmente comprimibile.

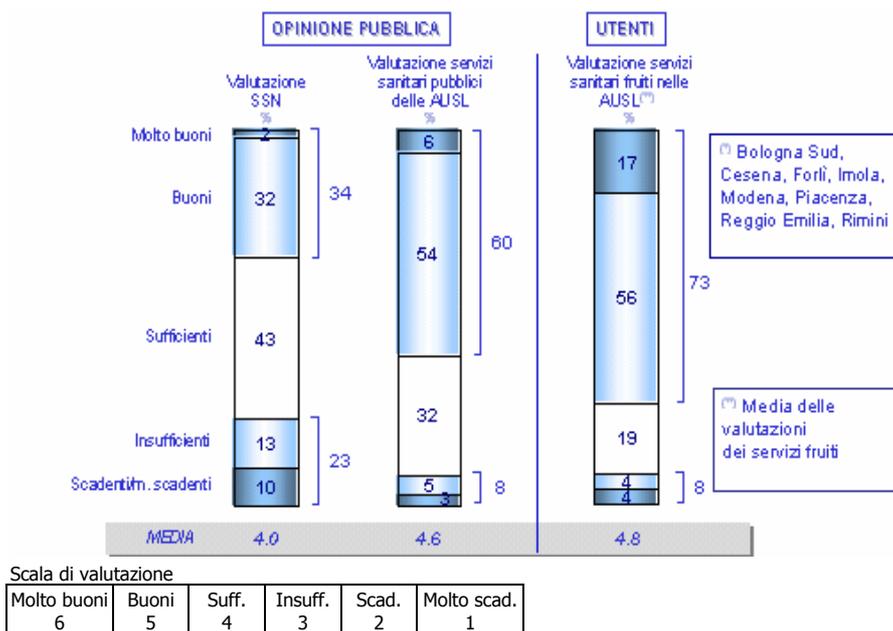
A questo punto risulta interessante prendere in considerazione il dato dell'utenza che ha fruito dei servizi e vedere quali valutazioni vengono fornite rispetto a specifici ambiti organizzativi. Nelle Aziende sanitarie, molti servizi effettuano analisi di approfondimento sui pazienti o loro familiari per andare oltre le valutazioni generali: alcune di queste analisi saranno riportate nelle sezioni dedicate al ricovero in ospedale, ai servizi ambulatoriali, all'assistenza domiciliare, ecc.

⁷ A cura di Renata Cinotti.

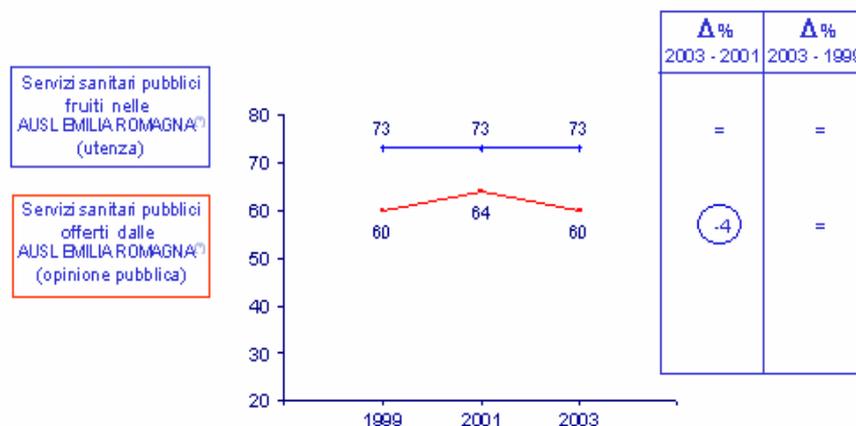
⁸ Si tratta della valutazione di opinione pubblica cioè fornita dagli intervistati sulla base di considerazioni di carattere generale, che prescindono dalle esperienze di fruizione dei servizi.

Figura 1. Valutazioni globali di qualità percepita

Il giudizio degli utenti (a confronto con l'opinione pubblica)



Analisi di trend (% giudizio molto buono + buono)



Ⓜ Bologna Sud, Cesena, Forlì, Imola, Modena, Piacenza, Reggio Emilia, Rimini
 Ⓜ = differenze statisticamente significative (p<.05) tra la rilevazione 2003 e le rilevazioni precedenti.

Fonte: Eurisko, 2003.

1.3. Quali sono i servizi più fruiti? ⁹

La conoscenza del livello di fruizione dei servizi da parte dei cittadini costituisce per il Sistema sanitario regionale e l'Azienda sanitaria un'informazione fondamentale per attuare azioni rispettivamente di programmazione e di miglioramento dei servizi nelle aree critiche. Per questo la Regione e le Aziende sanitarie hanno sviluppato ricerche, di tipo campionario o di approfondimento. Tutte le indagini debbono poi essere ripetute nel tempo per verificare la direzione dei cambiamenti nella fruizione dei cittadini. Conoscere è molto utile per assumere decisioni che hanno effetti a distanza.

Dalla prima ricerca estensiva effettuata da Eurisko nel 1999 è risultato così che i cittadini emiliano-romagnoli utilizzavano i servizi sanitari in misura maggiore rispetto alla media nazionale, e che prediligevano il sistema sanitario pubblico. Da un'analoga ricerca condotta nel 2001 risulta che la maggior parte di essi fruiva dei servizi in modo gratuito (o pagando esclusivamente il *ticket* previsto) e all'interno della propria USL di riferimento (solo il 2,4% usciva dalla propria USL e lo 0,3% dalla Regione) (Eurisko, 2001). Per quanto riguarda la sanità privata, i cittadini dell'Emilia-Romagna utilizzano prevalentemente servizi ambulatoriali specialistici e di diagnostica, anche se in percentuale assai bassa.

1.3.1. Chi si è pagato tutta l'assistenza sanitaria in Emilia-Romagna nel 2001? (Eurisko, 2001)

Nella Tabella 3 vengono presentati i dati di fruizione relativi al 2001 su un campione di 3.000 cittadini in 13 Aziende USL della regione.

Occorre precisare che non vengono qui considerati:

- le prestazioni delle strutture private accreditate, dal momento che in esse la prestazione è gratuita (o con *ticket*) come nelle strutture pubbliche e si considerano quindi fornite dal sistema sanitario pubblico;
- chi ha pagato solo il *ticket*.

Dall'analisi dei dati risulta che:

- su 150 cittadini che hanno ricevuto cure domiciliari, hanno pagato in 9;
- su 354 che si sono sottoposti a visite specialistiche, ha pagato la metà;
- su 630 che hanno fatto ricorso a laboratori extraospedalieri, ha pagato un terzo;
- su 630 che hanno fatto ricorso a laboratori ospedalieri, hanno pagato in 36;
- su 1.050 che si sono recati in ospedale (ricovero e Pronto soccorso), hanno pagato in 24.

⁹ A cura di Renata Cinotti.

Tabella 3. Fruizione di alcuni servizi sanitari (13 Aziende USL, anno 2001)

Prestazioni e servizi	Fruizione (numero assoluto)	Utilizzo privato (numero assoluto)	Utilizzo privato (%)
Assistenza domiciliare	150	9	6,0
Visite specialistiche	354	177	50,0
Laboratori extraospedalieri	630	210	33,3
Laboratori ospedalieri	630	36	5,7
Ospedale (ricovero e PS)	1.050	24	2,3

1.3.2. La fruizione dei servizi nel 2003 (Eurisko, 2003)

I dati sono desunti dall'*Indagine sulla qualità percepita dei servizi sanitari* condotta da Eurisko nel 2003 su un campione di 4.400 cittadini appartenenti a 8 Aziende USL. I servizi più utilizzati nei sei mesi precedenti l'intervista sono:

- medicina generale (79%),
- uffici per prenotare visite ed esami (40%),
- servizi diagnostici in ospedale (30%),
- ambulatori specialistici (24%),
- Pronto soccorso (19%),
- pediatria territoriale (14%),
- servizi diagnostici extraospedalieri (15%).

In sintesi, emerge che rispetto al 2001 i cittadini si rivolgono di più ai servizi diagnostici intraospedalieri, hanno aumentato l'utilizzo dei servizi ambulatoriali e diminuito l'utilizzo del Pronto soccorso.

Nella Tabella 4 vengono presentate le percentuali di utilizzo dei servizi sanitari negli ultimi sei mesi del 2003 a confronto con quelle del 1999 e del 2001 (Eurisko, 2001). La prima colonna riporta la percentuale di utilizzo complessivo (per sé o per altri), la seconda riguarda la percentuale di utilizzo per se stessi.

Tabella 4. Percentuali di utilizzo di alcuni servizi sanitari. Confronto 1999, 2001, 2003

	1999 E-R %		1999 Italia %		2001 E-R %		2003 E-R (8 Aziende) %	
	Utilizzo sé o altri	Utilizzo per sé	Utilizzo per sé o altri	%	Utilizzo per sé o altri	Utilizzo per sé	Utilizzo per sé o altri	Utilizzo per sé
Medico di medicina generale	80	76	73,6 *		78	73	83	80
Pediatra di libera scelta								16
Servizi domiciliari	6	3	6,4		5	2	3	1
Ambulatori di medicina specialistica	28	23	23,1 *		27	22	46	42
Laboratori di analisi extraospedaliери	24	21	18,8 *		28	28	25	22
Servizio di salute mentale	1	1	Non rilevato		2	1		1
Servizio per persone con tossicodipendenze	0,4	0,1	Non rilevato		0,5	0,3		0,4
Consultorio familiare	6	4	Non rilevato		7	5	7	6
Dipartimento di prevenzione	7	6	Non rilevato		6	5	6	5
Servizi di diagnosi intraospedaliери (laboratorio, radiologia, ...)	22	18	21		22	18	33	30
Servizio di ricovero	14	8	12		14	8	9	5
<i>Day hospital / day surgery</i>							6	4
Pronto soccorso	23	14	19,9 *		21	13	20	14
Servizi di sportello	45	39	36,2		43	37	Prenotazione: 43 Altri sportelli: 2	Prenotazione: 38
Ufficio relazioni con il pubblico	2	1,5	Non rilevato		3	2	1	

Legenda

* Differenza statisticamente significativa.

Dall'analisi di questi e di altri dati si possono avanzare alcune valutazioni per il 2003:

- si conferma la preferenza per i servizi pubblici in riferimento alle attività di ricovero (solo l'1% ricorre al privato);
- aumenta notevolmente l'utilizzo dell'attività ambulatoriale: dal 27% del campione che ne aveva fruito nel 2001 si passa al 46% di cittadini che l'hanno usata nel 2003; di questi ultimi quasi la metà ricorre al privato, mentre nel 1999 si trattava di circa 1/3;
- aumenta di poco la percentuale di utilizzatori di servizi diagnostici fuori ospedale (da 24% nel 1999 a 25% nel 2003);
- emerge difficoltà di accesso ai servizi pubblici nel 22% di chi li usa (2003). Questa percentuale è in progressiva crescita rispetto al dato medio del Paese (11% nel 1999) e anche rispetto al 1999 (+6%) e al 2001 (+3%) in Emilia-Romagna. Nel 2001 tale difficoltà era prevalentemente riferita alla diagnostica in ospedale, ma questo problema sembra superato, alla luce dell'aumento dell'attività e del gradimento in questo settore. Attualmente la difficoltà si è spostata sull'attività specialistica: del 22% di utenti che hanno avuto difficoltà di accesso, il 15% si concentra sull'attività ambulatoriale, il 5% sui servizi diagnostici in ospedale, il 3% sui servizi extraospedalieri. La percezione di difficoltà di accesso è imputabile alle lunghe liste di attesa per effettuare visite specialistiche ed esami diagnostici.

Nelle pagine seguenti l'analisi si concentra sul gradimento espresso dai cittadini riguardo a determinati servizi. Nelle indagini Eurisko cui si è fatto riferimento, condotte nel 1999, 2001 e 2003, ogni servizio è stato più volte valutato analiticamente sia in termini di *performance* complessiva sia in riferimento a delle categorie scelte fra quelle prevedibilmente applicabili:

- disponibilità del servizio,
- velocità di accesso,
- gentilezza,
- rispetto,
- impegno e serietà professionale,
- qualità delle prestazioni mediche e infermieristiche,
- pulizia,
- comfort ambientale,
- qualità del vitto,
- facilità di prenotazione e pagamento,
- rapidità nella consegna dei referti e nella risposta ai reclami.

Si rimanda quindi al Paragrafo 2.1 per un'analisi di dettaglio sui singoli servizi.

2. Qual è la qualità della fruizione in alcuni servizi e da parte di alcuni *target* di utenti?

2.1. Cosa succede in alcuni servizi?

2.1.1. In ospedale (Censis, 2004)¹⁰

"Toglietemi tutto, ma non il mio ospedale". Riflessioni a margine.

Uno degli ultimi sondaggi di opinione condotto dal Censis fra giugno e luglio 2004 su un campione casuale di 962 soggetti rappresentativi della popolazione italiana evidenzia una sostanziale centralità dell'ospedale nel sistema salute in assenza di alternative credibili:

La centralità dell'ospedale [...] beneficia anche di un relativo consenso da parte dei cittadini, abituati a richiedere all'ospedale sia risposte mediche al più alto livello sia una generale assicurazione, vale a dire la certezza che in caso di bisogno ci sia un luogo fisico facilmente raggiungibile, ben attrezzato tecnologicamente e con adeguate professionalità, sul quale contare. (Censis, 2004, p. 9).

Il primo dato che emerge dalla ricerca è che gli italiani concordano nella difesa dell'ospedale e sono contrari a una loro chiusura (contrari il 56% nel nord-ovest; il 59,5% nel nord-est; il 56,3% nel Centro e il 55% nel sud e isole). Tale dato andrebbe tuttavia verificato in modo più puntuale; nella domanda rivolta ai soggetti non sono infatti proposte alternative tra altri servizi o strutture. Ci si limita a registrare l'opinione favorevole o sfavorevole alla chiusura dei piccoli ospedali (anche se vicini alla propria abitazione) per trasformarli in ambulatori o in strutture per lungodegenti (Censis, 2004, p. 14). Il giudizio espresso può risentire inoltre dell'effetto non secondario dei contesti locali, dove si è proceduto alla chiusura o alla trasformazione dei piccoli ospedali con prese di posizione dei cittadini anche molto conflittuali.

Il secondo dato evidenzia che l'88,5% degli italiani considera "sostanzialmente positivo" il rapporto con l'ospedale. La stessa indagine condotta su un sottocampione di 291 soggetti rappresentativi della popolazione emiliano-romagnola mostra la stessa valutazione positiva del rapporto con l'ospedale (90,7% dei casi), in particolare per la qualità e disponibilità di attrezzature tecnologiche (86,8%), per l'impegno e la serietà professionale degli infermieri (86,7%) e per i risultati delle cure (86,3%).

Prima di presentare in dettaglio l'analisi dei momenti che segnano l'esperienza di rapporto fra cittadino e ospedale (dall'accesso alla dimissione) (Eurisko, 2000a), è utile soffermarsi su alcuni indicatori di attività delle Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna (Regione

¹⁰ A cura di Renata Cinotti e Vittoria Sturlese.

Emilia-Romagna, 2004a). Il SSR si compone di 11 Aziende USL, 5 Aziende ospedaliere (di cui 4 ospedaliero-universitarie) e 1 istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna). I posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati utilizzati sono oltre 19.000: il rapporto è di 4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, e di 0,9 posti letto per lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti. Il 41,3% circa della spesa sanitaria complessiva è assorbito dall'assistenza ospedaliera (ricoveri ospedalieri e attività di Pronto soccorso) con un costo *pro capite* di 589 Euro.

L'accesso

Dall'indagine sulla qualità percepita dei servizi ospedalieri condotta da Eurisko nel 1999 (2000a) emerge che rispetto all'esperienza del ricovero, su 100 cittadini dimessi negli ultimi sei mesi, 58 affermano di avere utilizzato l'ospedale per emergenze, 34 per interventi programmati e 8 per controlli.

In 75 hanno raggiunto le strutture ospedaliere da sé, con mezzi propri o di amici; 24 vi si sono recati con i mezzi di soccorso.

Un terzo dei pazienti intervistati afferma di avere avuto altre esperienze di ricovero nel corso dell'ultimo anno: 81 di essi hanno percepito l'arrivo in ospedale entro 30 minuti dalla ricerca di soccorso, o in tempi ancora più brevi nel caso di reparti specialistici.

L'esperienza del ricovero

Una volta arrivato in ospedale in emergenza o per un imprevisto, il paziente è stato preso in carico entro 5 minuti nel 59% dei casi (immediatamente nel 39% dei casi), entro mezz'ora nell'84% dei casi; il tempo sembra leggermente più breve quando si arriva per un ricovero programmato.

Il giudizio sulla qualità del personale risulta molto elevato tanto da far considerare proprio gli operatori come il punto di forza del sistema sanitario della Regione. Alcuni aspetti risultano tuttavia ancora migliorabili:

- aspetti organizzativi;
- servizi di contorno (barbiere, giornali, telefoni), questi ultimi giudicati piuttosto carenti, ma ritenuti importanti dalla metà degli intervistati;
- locali da utilizzare nel tempo non impegnato in attività cliniche (soggiorni, spazio per il pranzo), che tre quarti delle persone intervistate considerano molto importanti.

Le visite degli amici e dei familiari sono gradite e il tempo concesso viene giudicato adeguato.

Fra gli aspetti più critici sembrano esservi le spiegazioni sui rischi legati alle cure e alla terapia, sui disturbi che essi possono determinare e sulle ripercussioni della malattia sulla vita quotidiana (Eurisko, 2001); la percezione "dell'essere stati richiesti di consenso" per le procedure cliniche è assai forte.

La dimissione

Viene sottolineato che l'interazione dell'ospedale con il medico di famiglia non avviene in media nel 72% dei casi (va meglio nelle medicine specialistiche).

Lo strumento della dimissione è la lettera: essa viene percepita utile ed è sempre fornita.

La valutazione complessiva

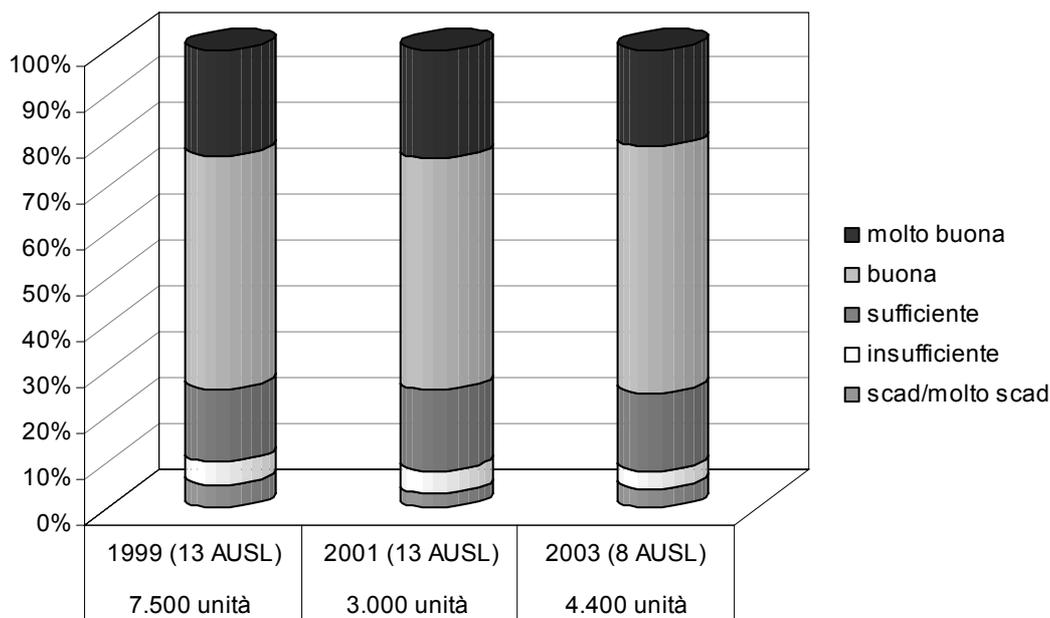
Gli elementi che concorrono alla formazione del giudizio complessivo sulla qualità dei servizi ricevuti sono:

- la percezione della relazione con il personale e della sua perizia tecnica;
- la valutazione degli aspetti organizzativi quali la continuità e la buona integrazione delle cure;
- gli aspetti legati ai luoghi e ai servizi a disposizione.

Fra tutti questi elementi quello cui tuttavia i cittadini danno più peso è il personale.

Il giudizio sull'ospedale è assai positivo: il 75% dei cittadini che hanno avuto un ricovero nei primi sei mesi del 2003 (Eurisko, 2003) esprimono un giudizio di "molto buono, buono", percentuale superiore di 19 punti al giudizio complessivo sul sistema degli ospedali italiani (Eurisko, 1999). Tale giudizio è migliorato di due punti percentuali dal 1999 al 2001, poi è rimasto invariato. Nel 2003 il giudizio complessivo sull'eccellenza dell'esperienza di ricovero in ospedale è determinato da un aumento dei soddisfatti a scapito di coloro che davano un giudizio di sufficienza, ma anche di chi dava un giudizio di "molto buono" (Figura 2).

Figura 2. Cura e ricovero in ospedale: valutazione analitica della qualità percepita (anni 1999, 2001, 2003)



Un'indagine svolta nel 2002 presso l'Azienda ospedaliera Sant'Orsola Malpighi di Bologna (con questionario) segnalava il 74,5% di soddisfazione complessiva, assolutamente sovrapponibile al contesto regionale; emergeva inoltre una percentuale di soddisfatti del comfort alberghiero pari a 67,7, confrontabile con il 70% di media fra le 8 Aziende citate.

Un'indagine di valutazione della qualità dei servizi ospedalieri, condotta in due edizioni (2001 e 2002) presso l'Azienda ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia tramite somministrazione di un questionario, ha invece segnalato l'85,1% di soddisfazione complessiva, superando di ben 10 punti la media regionale.

I giudizi negativi sull'esperienza di ricovero e cura ammontano all'8,3% dei casi. Questa percentuale, migliorata rispetto al 10,3% del 1999, oscilla poco nelle ricerche effettuate in molti luoghi negli ultimi due anni.

Sembrano dunque esservi spazi di miglioramento nel rendere più contenti quelli che sostanzialmente lo sono già, ovvero nel migliorare le aree in cui la presenza di insoddisfatti è più elevata, cioè i servizi di contorno e gli ambienti, tenendo peraltro conto che questi aspetti pesano nel giudizio dei pazienti.

Gli aspetti critici

Per quanto riguarda la degenza, non vengono identificate grosse criticità. Tuttavia, secondo i cittadini possono essere migliorati i seguenti aspetti (Azienda USL di Imola, 2003; Eurisko, 2000a, 2003):

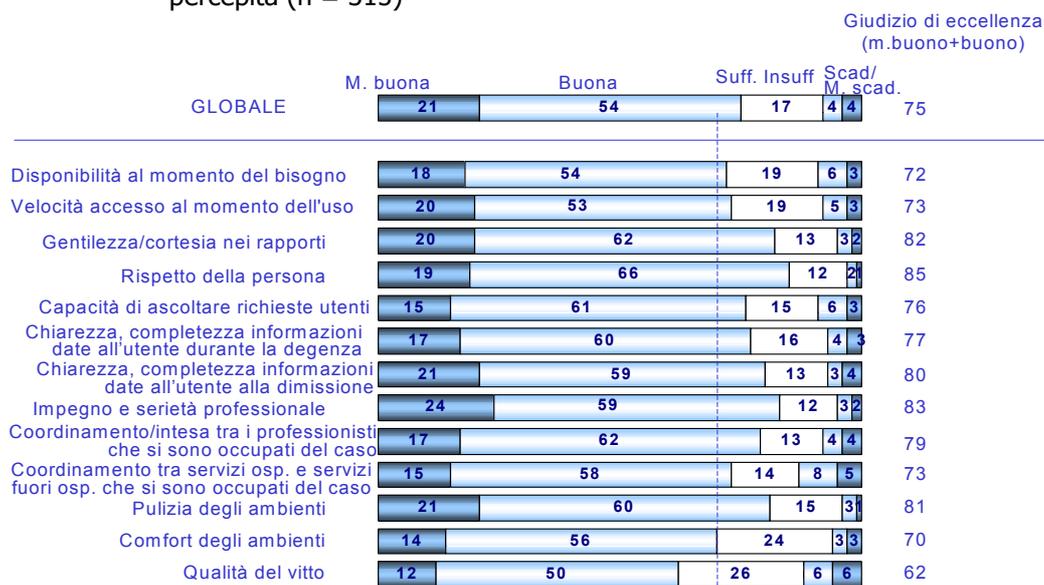
- la capacità di ascoltare;
- la disponibilità del servizio;
- il comfort ambientale, in particolare la qualità del vitto.

In alcune situazioni locali, come presso l'Azienda USL di Imola (2003), il maggior numero di giudizi negativi si concentra sulla mancanza di ascolto, con una lieve differenza fra medici e infermieri. Allo stesso modo, alla domanda aperta su cosa possa essere migliorato, i cittadini imolesi indicano quali dimensioni problematiche la relazione con medici e infermieri, la qualità del pasto, la mancanza di parcheggi.

Dai dati più recenti valutati su 8 Aziende USL (*Figura 3*), la percezione di eccellenza (73%) nella velocità di accesso nel momento del bisogno aumenta significativamente di 17 punti percentuali rispetto alla situazione delle medesime Aziende nel 2001, pur rimanendo la principale criticità.

Migliorano anche, seppure in maniera meno rilevante, la sensazione dei cittadini di poter disporre del servizio nel momento del bisogno (eccellenza 72%, miglioramento di 10 punti percentuali), e la percezione sulla gentilezza e la cortesia nei rapporti (82% di giudizi di eccellenza, miglioramento di 1 punto percentuale) e sulla capacità di ascoltare (76%, invariata).

Il giudizio di eccellenza sulla chiarezza e la completezza delle informazioni è stato investigato distinguendo fra le informazioni ricevute durante la degenza e alla dimissione. La soddisfazione è maggiore per le seconde (80% di giudizi molto positivi o positivi) rispetto alle prima (77%).

Figura 3. Cura/ricovero in ospedale (oltre 24 ore). Valutazione analitica della qualità percepita (n = 315)

Fonte: Eurisko, 2003.

Risultano stabili i giudizi sull'impegno e sulla serietà professionale (eccellenza 83%) degli operatori. Ottiene una buona valutazione anche il coordinamento organizzativo dei servizi durante la degenza (79%), mentre complessivamente meno elevato è il giudizio positivo sul coordinamento dei servizi ospedalieri con quelli esterni ai fini della continuità terapeutica (73%).

Sul vitto, che peraltro ha impegnato molto le Aziende in percorsi di miglioramento, si possono fare alcune considerazioni generali: gli scontenti oscillano fra il 6% e il 13% in tutte le ricerche effettuate, indipendentemente dalle strategie messe in atto dagli ospedali. Complessivamente, a livello regionale (Eurisko, 2003) su questo aspetto si può evidenziare un miglioramento del giudizio di eccellenza di quasi 8 punti percentuali rispetto 2001 (da 54% a 62%) e una riduzione degli scontenti dal 13% al 12%. Sono stabili i giudizi anche su aspetti relativi al comfort e alla pulizia.

Se si considerano i giudizi ottenuti sui diversi elementi di qualità in relazione all'importanza che questi rivestono per i cittadini, al fine di migliorare ulteriormente il giudizio della cittadinanza per il futuro si dovrebbe lavorare sui seguenti aspetti:

prioritari	secondari
• disponibilità servizio	• qualità vitto
• comfort ambienti	• intesa ospedale/extra ospedale
• capacità di ascolto	• velocità di accesso

Entrando nel merito dei singoli servizi clinici offerti dagli ospedali, possono essere evidenziate differenze significative di giudizio che hanno un valore locale assai importante.

Il Pronto soccorso continua a rappresentare un punto importante di debolezza: la velocità di accesso al momento dell'uso è l'aspetto sul quale il giudizio dei cittadini è più severo (il giudizio di eccellenza passa da 45% nel 2001 a 40% nel 2003); ma molti giudizi negativi sono espressi anche sulla gentilezza e cortesia nei rapporti (giudizio di eccellenza da 80% nel 2001 a 70% nel 2003) e sulle informazioni date all'utente in entrata (dal 64% al 58%). Rimane invece invariato il giudizio sulla capacità di ascoltare (61%).

Nell'indagine condotta da Eurisko nel giugno 2003 su 8 Aziende, risulta che - su 883 rispondenti - il 63% di coloro che hanno usato il Pronto soccorso erano consapevoli di aver ricevuto un codice di gravità. Si evidenziano i seguenti tempi di attesa: il 13% ha un ricordo di attesa di 111 minuti per un codice bianco, il 16% di 135 minuti per un codice verde, il 9% di 63 minuti per un codice giallo e il 5% di 32 minuti per un codice rosso.

Figura 4. Pronto soccorso. Valutazione analitica della qualità percepita (n = 828)

	M. buona	Buona	Suff.	Insuff.	Scad. M. scad.	Giudizio di eccellenza (m.buono+buono)
GLOBALE	14	40	23	10	13	54
Velocità accesso al momento dell'uso	9	31	20	19	21	40
Snellezza/rapidità nei percorsi interni	10	42	24	13	11	52
Gentilezza/cortesia nei rapporti	15	55	20	5	5	70
Rispetto della persona	13	64	16	3	4	77
Capacità di ascoltare richieste utenti	10	51	23	9	7	61
Chiarezza, completezza informazioni date all'utente all'entrata	10	48	25	9	8	58
Chiarezza, completezza informazioni date all'utente all'uscita	13	53	22	7	5	66
Impegno e serietà professionale	15	57	19	5	4	72
Coordinamento/intesa tra i professionisti che si sono occupati del caso	11	53	20	8	8	64
Pulizia degli ambienti	14	63	17	3	3	77
Comfort degli ambienti	9	52	26	7	6	61

Fonte: Eurisko, 2003.

La disponibilità a collaborare per il miglioramento

I cittadini sono molto disponibili a informare l'organizzazione del proprio vissuto affinché provveda a migliorare le modalità di offerta dei servizi: è dimostrato dall'alta risposta ai questionari di gradimento che vengono loro somministrati. Solitamente ritornano 36-48 questionari postali su 100 consegnati alla dimissione, e si registra una notevole propensione a proporre e a suggerire cambiamenti. A Cesena in un'indagine di soddisfazione sui servizi di ricovero ospedaliero condotta fra il 2001 e il 2002, su 2.185 questionari distribuiti ne sono stati ritirati 1.688 compilati, che corrispondono al 77,3% del totale (Azienda USL di Cesena, 2001).

I suggerimenti presentati direttamente agli sportelli degli Uffici per le relazioni con il pubblico vengono registrati; nel 2003, 104 suggerimenti (su un totale di 334) riguardano la funzione ospedaliera, prevalentemente su aspetti organizzativi.

Recentemente il Tribunale per i diritti del malato/Cittadinanzattiva (2003) ha presentato i risultati dell'*audit* civico 2003 effettuato su 16 Aziende USL e 6 Aziende ospedaliere dislocate sul territorio italiano. I punti di maggiore sofferenza che vengono evidenziati sono relativi all'informazione logistica e sanitaria, all'attività di tutela dei diritti, al rispetto delle identità e delle relazioni personali e alla presenza di programmi sistematici di miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli aspetti considerati discreti sono la gestione della documentazione sanitaria e il rapporto con i curanti. Ottimi o buoni sono la facilità di accesso alle prestazioni, il comfort, il supporto ai degenti, lo sviluppo della sicurezza nella pratica clinica e nell'utilizzo delle attrezzature.

Rispetto a questa fotografia, gli ospedali dell'Emilia-Romagna si discostano positivamente in alcuni campi. L'attività di tutela dei diritti costituisce un forte impegno operativo, avendo a disposizione - oltre a procedure aziendali di registrazione dei reclami e dei giudizi dell'utenza - la collaborazione di Comitati consultivi misti, composti da operatori e da rappresentanti delle associazioni di tutela e volontariato, con la missione specifica di monitorare la qualità delle prestazioni dal punto di vista del cittadino e di suggerire miglioramenti.

Le attività di miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti sono fortemente sviluppate con la predisposizione di programmi sia di sviluppo organizzativo sia di monitoraggio e sviluppo delle *performance* professionali, attraverso un approccio che pone la clinica e il paziente al centro della attività. Anche il controllo del dolore riceve molta attenzione.

In tutti questi campi sono attivi programmi locali o regionali specifici che consentono il superamento degli ostacoli segnalati nell'*audit* civico di Cittadinanzattiva nel 2002. Fra i programmi più significativi vengono segnalati i regolamenti sulle badanti, il controllo delle piaghe da decubito, la disponibilità di strumenti informativi per i pazienti, la possibilità di inoltrare commenti e reclami, la possibilità di scegliere il vitto.

Inoltre, ogni due anni vengono verificati su tutto il territorio regionale indicatori strutturali di qualità dalla parte del cittadino, come previsto dal Decreto legislativo 502/1992. I dati nelle Figure 5 e 6 sono stati raccolti nelle quattro rilevazioni condotte fra il 1997 e il 2002 nelle Aziende USL dell'Emilia-Romagna.¹¹

¹¹ Dati tratti dalle rilevazioni degli indicatori di personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, diritto di informazione, prestazioni alberghiere, prevenzione delle malattie (ex art. 14 del DLgs 502/1992).

Figura 5. Unità operative che distribuiscono in maniera sistematica ai ricoverati e/o ai loro familiari informazioni scritte sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente

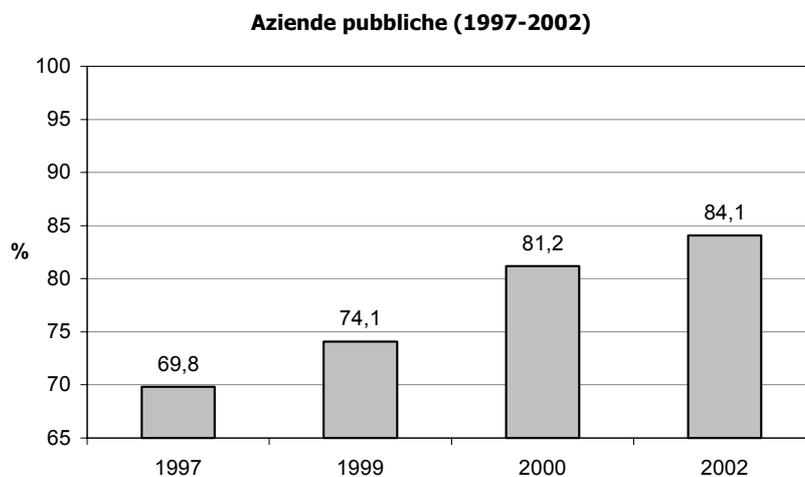
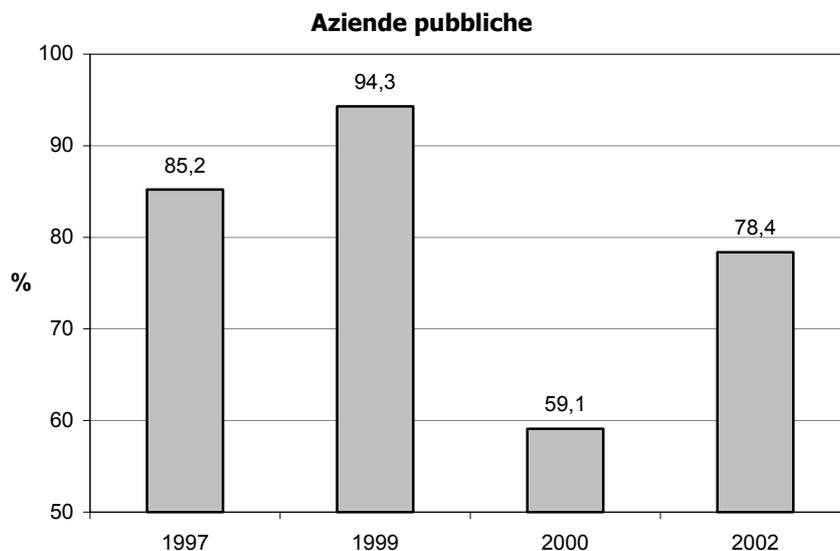


Figura 6. Unità operative di degenza nelle quali sono operative procedure sistematiche di comunicazione al medico di base, che garantiscano la continuità terapeutica dopo la dimissione



2.1.2. In ambulatorio¹²

Nel corso del 2003 in Emilia-Romagna sono state erogate oltre 60 milioni prestazioni specialistiche, di cui 43 milioni di esami di laboratorio (72%), 7 milioni di visite (11,5%), 5 milioni e mezzo di prestazioni diagnostiche (9,5%), 2 milioni di prestazioni terapeutiche (3,5%) e 2 milioni di prestazioni riabilitative (3,5%).¹³

L'assistenza ambulatoriale evidenzia un *trend* in crescita poiché i progressi avvenuti in questi anni grazie all'uso di nuove tecnologie consentono un aumento del volume dell'attività chirurgica svolta senza ricovero ospedaliero. A questa forma di assistenza la Regione Emilia-Romagna rivolge molta attenzione in particolare rispetto al tema dell'accesso, che costituisce uno dei maggiori punti di problematicità verso cui sono indirizzati interventi sia per ridurre i tempi sia per tutelare i cittadini sull'appropriatezza della richiesta.

Inoltre, dal confronto tra il 1999 e il 2003 emerge che il giudizio complessivo è meno favorevole per le prestazioni specialistiche mentre è più positivo per i servizi di laboratorio e diagnostica in ospedale.

È interessante rilevare che, se da un lato i tempi di accesso e la disponibilità del servizio sono indicati dai cittadini come punti di debolezza, dall'altro essi contano nel giudizio complessivo meno di altri aspetti quali l'ascolto e la competenza del professionista. In particolare, secondo la cittadinanza si dovrebbe lavorare su aspetti prioritari quali la capacità di ascolto, la chiarezza delle informazioni, l'attenzione verso il paziente, e su aspetti secondari come la cura del comfort degli ambienti e la rapidità della consegna dei referti.¹⁴

Il percorso ambulatoriale: il punto di vista dei cittadini

Nel periodo tra novembre 2002 e giugno 2003 presso l'ex Azienda USL Città di Bologna è stata condotta un'indagine sui cittadini che si sono rivolti alle strutture specialistico-ambulatoriali, per un totale di 3.324 soggetti.¹⁵ Di questi il 47,4% ha effettuato un esame e il 39,4% una visita specialistica, nell'8,3% dei casi visita ed esame, e nel 4,9% una terapia. 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. La prenotazione

¹² A cura di Sara Capizzi, Maria Augusta Nicoli, e Anna Maria Gentili (Azienda USL di Bologna).

¹³ Reportistica predefinita, Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna, 2003.
<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/menu.htm>

¹⁴ Tale difficoltà si è accresciuta nel corso del tempo (1999, 2001, 2003). *Indagine sulla qualità percepita dei servizi sanitari*. Eurisko, 2003.

¹⁵ 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 mesi del 2002. Per approfondimenti Capizzi *et al.*, 2004a.

avviene nella maggior parte dei casi tramite CUP (43%) e farmacia (22%), nel 26% dei casi direttamente presso l'ambulatorio, per il 9% attraverso altre strade. L'impatto con la struttura è soddisfacente sia per gli aspetti di accessibilità sia per quelli strutturali (pulizia degli ambienti, segnaletica interna, confortevolezza degli ambienti).

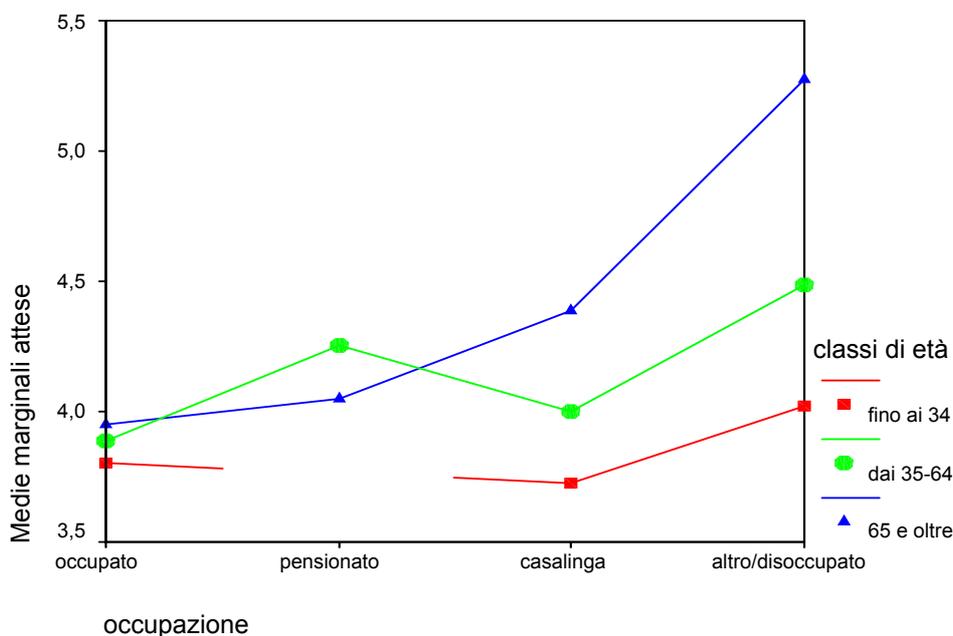
Le informazioni

Dalla valutazione che i cittadini utenti forniscono sul tipo di informazione ricevuta, emergono alcuni aspetti di criticità in relazione alle fasi del percorso. 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 sulle terapie e sui 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 e quella avuta nel corso della prestazione emerge una valutazione meno soddisfacente nel primo caso.

Il giudizio sulle informazioni ricevute su come si sarebbe svolta la prestazione tende 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 7*).

Figura 7. Medie marginali attese "come valuta le informazioni sulla prestazione"



Il 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. Al crescere della soddisfazione per la cortesia, aumenta la positività del giudizio sulla prestazione ricevuta.

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.

Una valutazione complessiva dei tempi di attesa

Il percorso di cura si compone non di un solo tempo di attesa bensì di diversi tempi, che 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 della visita.
- tempo dedicato dal medico;

Per quanto riguarda il tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione, nel 58,8% circa dei casi i soggetti dichiarano di avere ottenuto la prestazione entro un mese; nel 14,6% entro circa due mesi, nel 27% circa dei casi hanno atteso oltre due mesi.¹⁶

Si rileva un livello di tolleranza mediamente alto sul tempo di attesa dalla prenotazione alla prestazione, che pare vissuto come accettabile entro i 2 mesi. L'andamento presenta alcune differenze significative legate all'età dei soggetti intervistati: chi è nella fascia di soggetti tra i 35 e i 64 anni di età dichiara di essere meno soddisfatto.

La maggiore soddisfazione è invece riferita al tempo dedicato dal professionista, rispetto al quale viene espresso un giudizio mediamente positivo senza variazioni significative legate all'età e/o all'occupazione degli intervistati.

¹⁶ 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 tolleranza di 60 giorni: nel 67,7% dei casi la prestazione viene effettuata 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 tolleranza di 30 giorni: il 48% la ottiene entro un mese, il 35% oltre i 2 mesi.

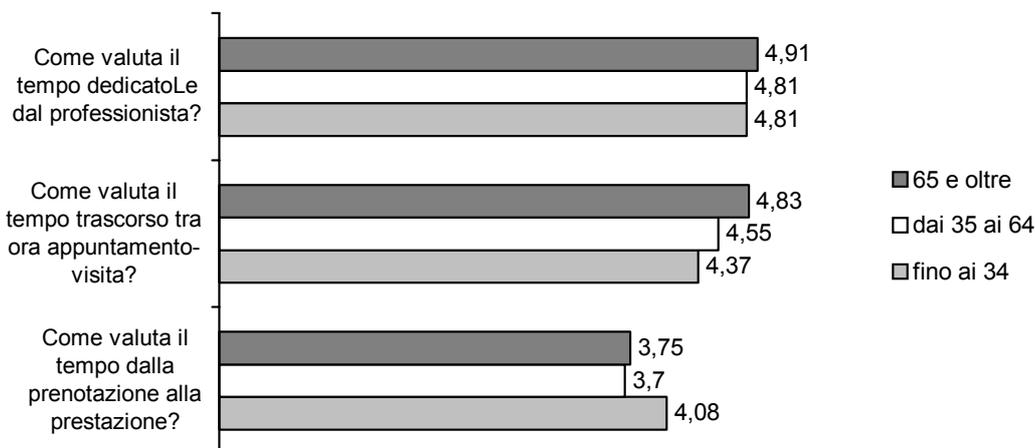
Tra la valutazione sul tempo trascorso dalla prenotazione alla prestazione e quella rispetto al tempo dedicato dal professionista si colloca la valutazione relativa al tempo tra ora fissata per l'appuntamento e ora della visita effettiva: per il 58,4% dei soggetti l'attesa è durata meno di 15 minuti, il 20% circa ha atteso tra i 15 e 30 minuti, l'11,7% tra 30 e 60 minuti, il 10% oltre 60 minuti.

L'attesa viene valutata accettabile fino ai 60 minuti, ma diventa decisamente insoddisfacente oltre. Non ci sono differenze significative per età e occupazione, anche se tra coloro che hanno atteso meno di 15 minuti prevalgono gli *over 65* anni e i pensionati.

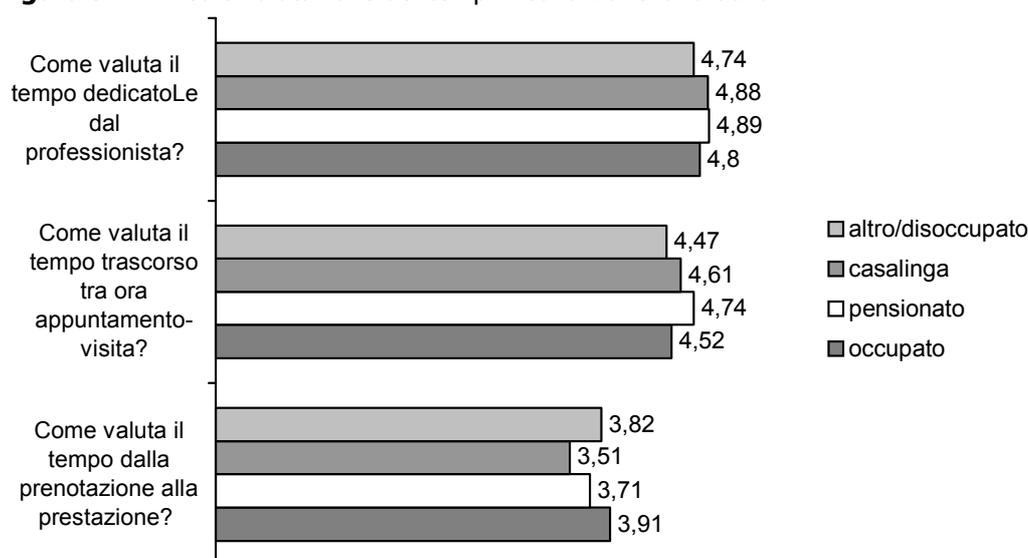
Se si considera la relazione tra la valutazione sui diversi tempi di attesa e la soddisfazione complessiva rispetto alla prestazione ricevuta, si riscontra una correlazione positiva e significativa: al crescere della soddisfazione rispetto al tempo di attesa, aumenta la soddisfazione rispetto alla prestazione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

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 dell'appuntamento e ora della 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 8*).

Figura 8. Medie valutazione dei tempi x classi di età



Anche la variabile occupazione ha un effetto significativo sulla valutazione di soddisfazione sui tempi (*Figura 9*). In coerenza con quanto sopra, chi lavora è meno soddisfatto del tempo tra ora dell'appuntamento e ora effettiva della visita perché in questa attesa rischia di perdere tempo e di non riuscire a svolgere gli altri impegni. 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 invece complessivamente più soddisfatti del tempo loro dedicato dal professionista e di quello trascorso tra ora dell'appuntamento e visita effettiva.

Figura 9. Medie valutazione dei tempi x condizione lavorativa

La valutazione complessiva della prestazione ricevuta è in funzione del tempo atteso?

In generale la prestazione ricevuta è soddisfacente: il 53% dei soggetti la valuta soddisfacente, e circa il 34% del tutto soddisfacente. Tale valutazione varia in modo significativo in funzione dell'età: chi ha 65 e più anni è più soddisfatto degli altri.

È interessante analizzare i fattori che incidono sul giudizio dei cittadini (*Figura 10*). Il peso maggiore è rappresentato dalla variabile che indaga la soddisfazione sulla gentilezza e cortesia del personale. La valutazione sul personale influisce in modo consistente a formare il parere sulla qualità del servizio; l'opinione sulla struttura, invece, almeno per gli elementi considerati (disponibilità parcheggi, segnaletica interna, pulizia, comfort degli ambienti), non incide direttamente. 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.

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 non è predittore della valutazione della qualità del servizio sanitario, lo è invece - e in modo rilevante - la soddisfazione sul tempo dedicato dal medico, che appare essere il più importante di tutti.

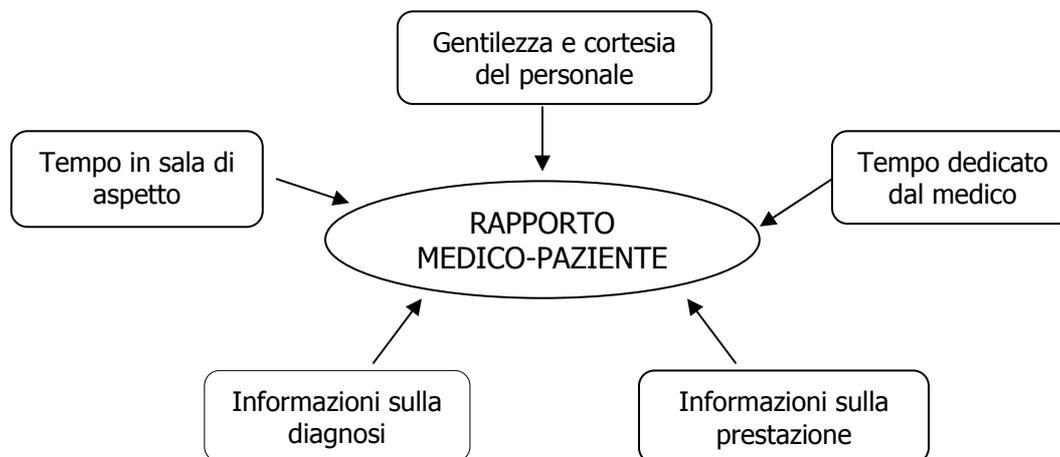
Emerge un dato di coerenza con quanto sopra rilevato rispetto al ruolo giocato dal personale e si individua l'esistenza di un filo rosso che collega il tempo dedicato dal medico alle sue qualità relazionali di gentilezza e cortesia, e che conduce al più ampio tema del rapporto medico-paziente. A conferma della crucialità della figura del professionista, 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, 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 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.¹⁷

Figura 10. Variabili predittive del livello di soddisfazione degli intervistati



¹⁷ Come emerge dai dati (Capizzi *et al.*, 2004a), nel 53% dei casi la richiesta di prestazione è effettuata tramite medico curante e nel 33% dallo specialista.

2.1.3. Il servizio domiciliare¹⁸

La nuova organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) (Lazzarato et al., 2003)

Con la Delibera di Giunta n. 124 dell'8 febbraio 1999 la Regione Emilia-Romagna ha esplicitato i criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari. Questa nuova organizzazione è avvenuta nell'ambito di una ridefinizione del ruolo del Distretto e della costituzione del Dipartimento delle cure primarie (DCP), struttura tecnico-organizzativa distrettuale che realizza l'integrazione di tutte le attività extraospedaliere, assicurando nel contempo la continuità delle cure.

L'ADI è divenuta un servizio presente in tutti i Distretti e si prospetta come una forma di assistenza alternativa al ricovero o all'istituzionalizzazione, il cui utilizzo può evitare il ricorso alla degenza ordinaria per patologie trattabili domiciliariamente e consente di mantenere presso la propria abitazione le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, favorendo l'eventuale recupero delle loro capacità residue di autonomia e di relazione.

Il nuovo approccio assistenziale propone un unico modello organizzativo per tutte le tipologie di pazienti assistibili a domicilio, basato sull'integrazione delle figure professionali coinvolte (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base, membri delle associazioni del volontariato) e articolato su tre livelli di intensità delle cure attivate, in relazione ai bisogni sanitari e socio-assistenziali del singolo paziente.

Il Comitato consultivo regionale per la qualità da parte del cittadino (CCRQ) e i Comitati consultivi misti (CCM) delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna hanno promosso due indagini indipendenti (1999 e 2000) per rilevare lo stato di attivazione dell'assistenza domiciliare integrata attraverso la somministrazione di un questionario a livello distrettuale e di presidio. Esse hanno dimostrato un progressivo adeguamento del sistema - seppure con punti critici - nell'applicazione dei protocolli di dimissione concordata e nella definizione dei criteri di ammissione dei pazienti nei tre livelli di assistenza previsti.

Chi usa l'assistenza domiciliare

Il nuovo flusso informativo Repetto-SIADI¹⁹ offre l'opportunità di effettuare una valutazione complessiva della realizzazione delle cure domiciliari e della loro riorganizzazione su base distrettuale per l'anno 2002. L'oggetto della rilevazione è ciascun episodio di cura di assistenza domiciliare resa al singolo paziente (tipologia di assistenza domiciliare - TAD, escludendo le residenze per anziani).

¹⁸ A cura di Renata Cinotti, Vittoria Sturlese.

¹⁹ <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>, consente l'analisi di dettaglio sulla tipologia dei pazienti e delle prestazioni erogate.

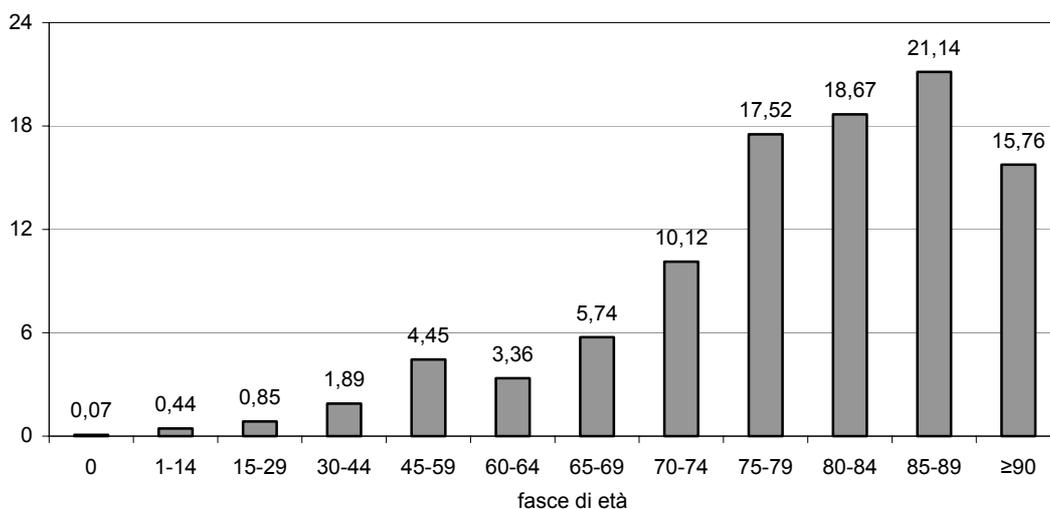
L'assistenza domiciliare erogata nel 2002 ha coinvolto 65.663 persone, che hanno ricevuto al proprio domicilio 74.485 episodi di cura (TAD) con un totale di 1.854.419 accessi, e con un incremento rispetto al 2001 di oltre il 15% per quanto riguarda le TAD e di oltre il 43% per quanto riguarda gli accessi.

Per quanto riguarda il 2002, il flusso Repetto-SIADI prende in considerazione la situazione anagrafica del paziente con particolare attenzione all'età, al sesso e alla condizione patologica determinante l'impegno assistenziale. Dall'analisi dei dati emerge che le fasce d'età più anziane costituiscono la quota più alta di assistiti ADI. Infatti, si può osservare che ciascuna delle ultime quattro fasce di età (75-79, 80-84, 85-89, >90) ha richiesto almeno il 15% dell'assistenza domiciliare complessiva, arrivando al 73% di assistiti. In particolare, la fascia di assistiti tra gli 85 e gli 89 anni ha costituito oltre un quinto dei pazienti seguiti a domicilio (21,14%) (Figura 11). Per quanto riguarda il sesso degli assistiti, si nota che a livello regionale il numero dei pazienti in ADI di sesso maschile (35,9%) è nettamente inferiore a quello di sesso femminile (64,1%). In particolare, questa differenziazione è molto marcata nelle quattro fasce di età più anziane raggiungendo un massimo nella fascia degli ultranovantenni nella quale il rapporto femmina/maschio è pari a 3:1. Tale distribuzione appare coerente con la maggiore sopravvivenza delle donne rispetto agli uomini.

Le condizioni patologiche prevalentemente segnalate riguardano in particolare (Figura 12):

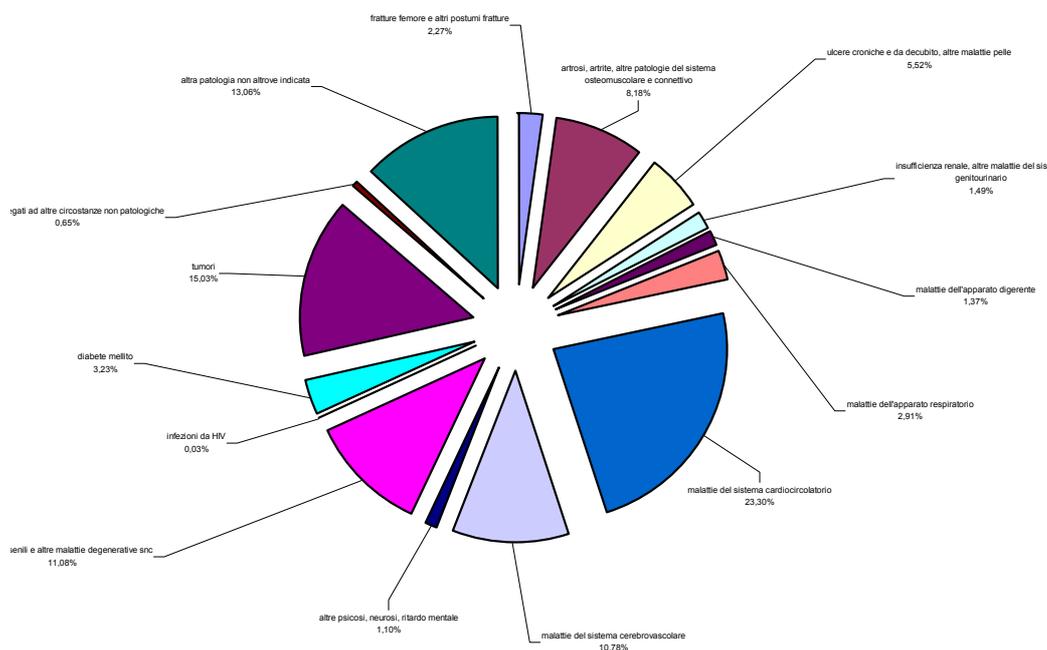
- le malattie del sistema cardiocircolatorio per il 23,3% (scompenso cardiaco e cardiopatie mal definite, altre malattie del sistema cardiocircolatorio),
- le patologie tumorali per il 15%,
- le demenze senili e le altre malattie degenerative del sistema nervoso per l'11,1%,
- le patologie relative al sistema cerebrovascolare per il 10,8% (emiplegie, monoplegie e altre sindromi paralitiche, malattie cerebrovascolari acute e croniche).

Figura 11. Percentuale regionale dei pazienti in ADI per fasce d'età



Fonte: Flusso Repetto-SIADI, Lazzarato et al., 2003.

Figura 12. Percentuale regionale di TAD per condizione patologica degli assistiti



Perché si ricorre all'ADI e quali sono i fattori di qualità del servizio

In questo paragrafo si esamineranno i risultati di alcune indagini effettuate fra il 2000 e il 2003 per valutare la qualità delle cure erogate in ADI.

La prima indagine è stata effettuata da Eurisko nel 2000 (2000b) nel territorio rurale di Modena e in quello urbano di Ravenna per mettere a punto la mappa dei fattori che i cittadini utilizzano per valutare il servizio in ADI.²⁰ Il vissuto dei cittadini individua come momento di inizio dell'utilizzo del servizio un evento critico (un trauma, o il peggioramento di una condizione precedente). Per quanto riguarda gli anziani, ricorrono all'assistenza domiciliare le persone che possono ancora contare su una rete di aiuto, quelle che possono integrare l'assistenza fornita con altri aiuti a pagamento, e coloro che hanno un bisogno temporaneo, circoscritto a una situazione acuta.

Per quanto riguarda la soddisfazione nella fruizione dei servizi di assistenza domiciliare, essa dipende da fattori ben precisi legati ai diversi momenti del percorso assistenziale (*Tabella 5*).

²⁰ Questa indagine rappresenta una parte di una ricerca più ampia svolta nel 1999 il cui obiettivo finale è stato identificare i criteri di valutazione del percorso clinico-assistenziale degli anziani, da tradurre successivamente in strumenti di rilevazione specifici e mirati. Uno di essi è appunto la presente Indagine qualitativa (Eurisko, 2000b) realizzata tramite colloqui con anziani, familiari e operatori, condotti da psicologi addestrati, per ricostruire la storia di fruizione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) e di residenza sanitario-assistenziale (RSA), e per identificare i punti critici dell'esperienza.

Tabella 5. Fattori che influenzano la fruizione dell'ADI

Momenti del percorso	Punti di forza	Punti di forza specifici	Aree di debolezza	Aree di miglioramento
Prima della fruizione	Facilità di accesso intesa come semplicità delle procedure	Disponibilità delle informazioni Presenza di una figura di riferimento	Tempi di attivazione del servizio	Estensione del servizio (più ore, più servizi)
Durante la fruizione	Competenza tecnica intesa come qualità delle prestazioni fornite	Personalizzazione, adattabilità, flessibilità Gentilezza e disponibilità Valorizzazione delle risorse degli utenti Capacità di ascolto e attenzione	Integrazione tra assistenza sociale e sanitaria Relazioni operatori/assistiti o familiari Aggiornamento delle competenze	Continuità della relazione con il personale

Questi dati sono confermati da altre ricerche effettuate successivamente; da tutte emergono giudizi molto positivi in generale e diagnosi di punti critici connotati localmente. Poiché le valutazioni sono tutte molto positive, occorre guardare attentamente alle piccole differenze perché è da queste che si possono trarre indicazioni utili per il miglioramento.

Da un'indagine svolta a Ferrara nel 2001 a cura della Fondazione Zancan (87 questionari) si evincono i seguenti dati di soddisfazione complessiva rispetto all'ADI:

- molto soddisfatti 96,7%;
- incerti 1,7%;
- insoddisfatti o molto insoddisfatti 1,5%.

È stata giudicata molto positiva la capacità di risposta (97,8% soddisfatti o molto soddisfatti, 0,9% insoddisfatti o molto insoddisfatti) e l'umanità del servizio (97,4% molto soddisfatti, 0,7% molto insoddisfatti) e la capacità di rassicurazione (98% e 0,8% rispettivamente).

Qualche osservazione ricevono l'affidabilità (97,5% molto soddisfatti, 1,7% molto insoddisfatti) e la comunicazione fra operatori e cittadini (96,3% e 1,8% rispettivamente). Più critico è il giudizio sull'accessibilità del servizio (93,2% soddisfatti o molto soddisfatti; 3,7% insoddisfatti) e gli aspetti tangibili quali logistica e attrezzature (93,6% soddisfatti o molto soddisfatti, 3,1% molto insoddisfatti).

Presso le Aziende USL di Cesena e di Rimini è stata condotta nel 2002 un'indagine²¹ il cui scopo era sperimentare e validare in modo partecipato il questionario sulla qualità percepita del servizio di ADI²² nato nell'ambito del progetto cofinanziato dal Ministero della salute "I cittadini e i servizi sanitari", realizzato nel periodo 1999-2001.

A Cesena gli assistiti si sono ritenuti complessivamente soddisfatti o molto soddisfatti nell'89,8% dei casi. Il percorso di accesso è giudicato semplice nell'88% dei casi: il tempo per accedere ha preso da 7 a 30 giorni nel 83% dei casi ed è risultato adeguato nell'88% degli intervistati.

Tutte le domande sull'atteggiamento degli operatori hanno riscosso elementi di soddisfazione da parte dei pazienti: per quanto riguarda la gentilezza degli operatori il 78% si è espresso positivamente (risposta: "molto"), mentre nel 62% dei casi il personale è stato valutato "molto" attento alle esigenze dei pazienti (nel 27% "abbastanza" attento); sono state fornite informazioni sulla situazione sanitaria del paziente nel 48% dei casi. Complessivamente il comportamento è stato valutato "molto" adatto alle richieste avanzate nel 61% degli intervistati.

Anche la qualità tecnica ha avuto valutazioni positive: prestazioni utili (82%), appropriate (80%); il servizio è efficace a risolvere i problemi nel 90% dei casi.

I dati raccolti a Rimini confermano quanto riscontrato a Cesena: un giudizio complessivamente positivo su tutti gli *item*, con qualche minima variazione.

Risultano da migliorare in entrambe le Aziende la frequenza e la tempestività nelle visite.

I dati di soddisfazione registrati da Eurisko nel 2003 su un campione di 8 Aziende USL dell'Emilia-Romagna (Rimini, Cesena, Forlì, Imola, Bologna Sud, Modena, Reggio Emilia, Piacenza; Eurisko, 2003) rivelano giudizi che in parte si discostano dalle indagini locali. Nella Figura 13 si può notare che la soddisfazione globale raggiunge l'84% dei casi: si tratta di una percentuale più bassa di circa 10 punti rispetto a quelle delle indagini locali. I punti di eccellenza (valutazioni "molto buono" e "buono") del servizio sono:

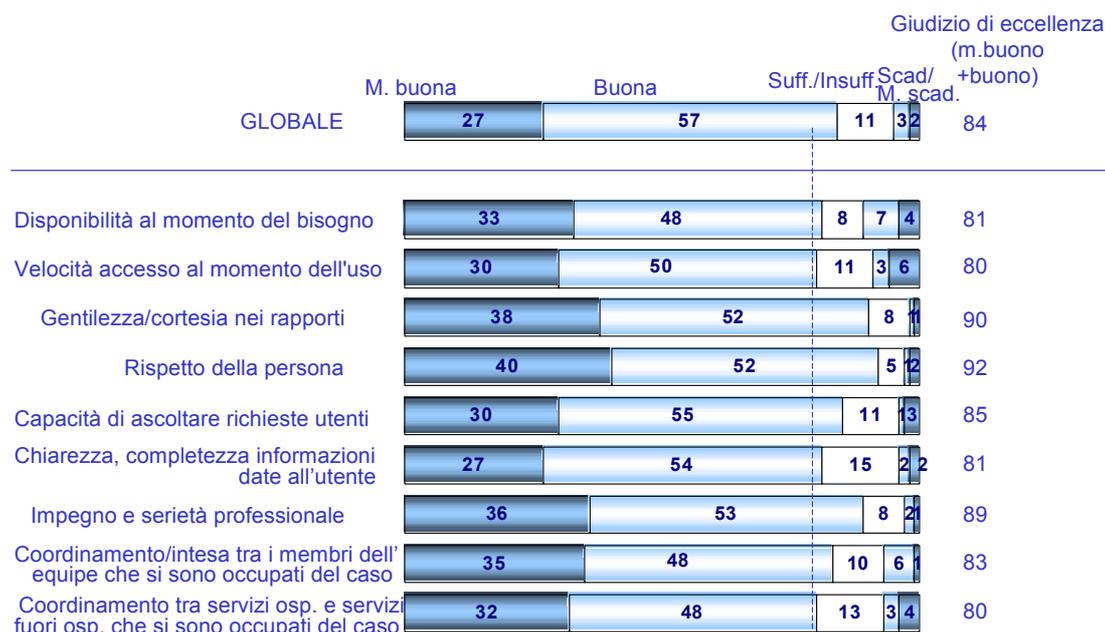
- gentilezza (90%),
- rispetto della persona (92%),
- serietà professionale (89%),
- capacità di ascoltare (85%),
- intesa tra i membri dell'*équipe* (83%),
- disponibilità del servizio e velocità di accesso (81%).

²¹ "Percorso clinico-assistenziale degli anziani: assistenza domiciliare integrata e qualità percepita". In Agenzia sanitaria regionale, 2003.

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp/repertorio/index.htm>

²² Nella ricerca sono stati coinvolti 300 utenti inseriti in un piano di assistenza domiciliare ai tre livelli di intensità, ai quali è stato inviato un questionario postale: sono ritornati 167 questionari a Cesena e 80 questionari a Rimini.

Figura 13. Assistenza domiciliare: valutazione analitica della qualità percepita (8 Aziende USL, 112 interviste telefoniche)



Fonte: Eurisko, 2003.

Per concludere, si presentano ora i dati tratti da una ricerca sulla qualità del servizio di assistenza domiciliare integrata realizzata a livello regionale nel 2004 su dati relativi al primo semestre 2003.²³ Dall'analisi condotta sui risultati emerge che in generale la soddisfazione degli assistiti e dei loro familiari nei confronti del servizio prestato si è attestata su valori decisamente elevati, sia per quanto riguarda il giudizio complessivo che per i singoli aspetti indagati.

Fra gli intervistati, addirittura il 97,5% si è dichiarato complessivamente soddisfatto o molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta, a fronte dell'appena 2,5% di coloro che hanno evidenziato pareri poco o abbastanza negativi. Inoltre, se si considera la valutazione espressa in termini di voto complessivo (da 1 a 10) attribuita al servizio, si nota che

²³ Il progetto è nato per iniziativa del Comitato consultivo regionale per la qualità dalla parte del cittadino (CCRQ), ha avuto l'approvazione della Direzione generale Sanità e Politiche sociali, ed è stato sviluppato con la collaborazione dell'Agenzia sanitaria regionale, della Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria (Università degli studi di Bologna) e di 9 delle 13 Aziende USL della regione. La ricerca è stata realizzata nel periodo tra luglio 2003 e settembre 2004. I dati sono stati raccolti mediante la somministrazione di un questionario postale, del quale si sono registrati complessivamente 1.345 ritorni (su un totale di 2.160 di questionari inviati), costituenti i casi complessivi del campione esaminato.

la media regionale si attesta su un punteggio decisamente elevato (8,51). Riguardo ai singoli elementi indagati, la Tabella 6 mostra giudizi più che buoni, con valutazioni medie che superano sempre il valore 3.²⁴

Tabella 6. Medie delle valutazioni su singoli aspetti del servizio di ADI

Elemento	Media
Accessibilità	3,18
Tempo di attesa	3,12
Informazioni sulle prestazioni	3,28
Informazioni sui tempi	3,26
Informazioni sugli orari	3,28
Rispetto della <i>privacy</i>	3,81
Gentilezza degli operatori	3,77
Attenzione degli operatori	3,58
Adeguatezza orari	3,37
Informazioni sullo stato di salute	3,12
Frequenza dell'intervento	3,30
Rapidità dell'intervento	3,30
Rispetto degli orari	3,39
Continuità degli operatori	3,18
Rapporto con gli operatori	3,55
Appropriatezza delle prestazioni	3,41
Utilità delle prestazioni	3,69
<i>Valutazione complessiva (da 1 a 10)</i>	<i>8,51</i>

Analizzando nello specifico alcuni aspetti del servizio, emerge che:

- il parere complessivo degli intervistati sul grado di accessibilità del servizio è in genere abbastanza o molto positivo (87,9%), così come appare favorevole il giudizio sulla congruità dell'attesa per la sua attivazione (83,9%);
- le informazioni inerenti al servizio fornite dagli operatori agli assistiti e ai loro familiari sono state considerate generalmente chiare e comprensibili;

²⁴ In questo caso la scala di valutazione a 4 opzioni è stata trattata come scala a 4 valori numerici: 1 = per nulla soddisfacente, 2 = poco soddisfacente, 3 = abbastanza soddisfacente, 4 = molto soddisfacente.

- sono stati giudicati globalmente in maniera più che positiva la discrezione (l'83,6% delle risposte giudica il comportamento degli operatori come molto riservato), la gentilezza (il 77,7% degli utenti si mostra molto soddisfatto, mentre i delusi ammontano solo allo 0,9%, pari a 12 casi su 1.319) e il grado di attenzione che gli operatori paiono mostrare nei confronti delle esigenze degli assistiti (il 60,3% risulta soddisfatto).

A ulteriore riprova dell'elevato grado di soddisfazione degli utenti, la Tabella 7 mostra che il 97,1% degli intervistati dichiara di essere abbastanza o molto contento del proprio rapporto coi professionisti dell'ADI.

Tabella 7. Grado di soddisfazione del rapporto con gli operatori

Soddisfazione	Frequenza	%
per nulla	8	0,6
poco	30	2,3
abbastanza	500	38,9
molto	748	58,2
<i>Totale</i>	<i>1.286</i>	<i>100,0</i>

NB 59 casi *missing*.

Appare inoltre interessante considerare anche i suggerimenti che una parte significativa degli intervistati ha esposto al fine di contribuire attivamente al miglioramento del servizio. Emergono infatti principalmente alcune necessità, di cui le più ricorrenti sono:

- fornire un'assistenza più estesa ai malati, in grado di coprire anche le ore notturne e i giorni festivi;
- incrementare gli aiuti per le esigenze della quotidianità;
- fornire una maggiore assistenza specialistica domiciliare;
- soddisfare il bisogno del malato e dei suoi familiari di un adeguato aiuto informativo e, soprattutto, psicologico.

2.2. Qual è la valutazione del servizio da parte di alcuni *target* di utenti?

2.2.1. *Gli anziani*²⁵

Quanti sono gli anziani (Biocca et al., 2003)

Le persone con più di 65 anni in Emilia-Romagna costituiscono il 22% della popolazione: sono quasi 900.000, di cui 527.000 donne e 371.000 uomini. I *senior* stanno progressivamente aumentando e si prevede che nel 2013 raggiungeranno il milione (un quarto della popolazione regionale). Oltre 120.000 hanno più di 85 anni e rappresentano il 3% della popolazione. Gli ultracentenari sono 570.

L'indice di vecchiaia della popolazione (rapporto *senior*/minori di 15 anni) è più alto di quello della popolazione italiana ("siamo più vecchi") e si presenta in modo disomogeneo sul territorio regionale: ad esempio a Ferrara è più alto che a Rimini.

Tabella 8. Popolazione residente in Emilia-Romagna al 31/12/2001, per classi di età e per provincia

Provincia di residenza	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65-74 anni	75 anni e oltre	Totale
Piacenza	29.963	82.774	90.304	33.427	31.536	268.004
Parma	45.898	131.510	132.493	46.302	46.127	402.330
Reggio Emilia	61.232	159.142	147.655	48.568	46.261	462.858
Modena	81.830	215.651	211.785	68.027	62.022	639.315
Bologna	102.743	291.455	318.247	110.105	104.248	926.798
Ferrara	32.510	106.278	122.971	45.295	40.030	347.084
Ravenna	38.197	111.571	119.869	43.741	40.784	354.162
Forlì Cesena	42.233	119.140	120.729	40.170	37.119	359.391
Rimini	35.687	95.818	91.945	28.752	24.951	277.153
<i>Totale</i>	<i>470.293</i>	<i>1.313.339</i>	<i>1.355.998</i>	<i>464.387</i>	<i>433.078</i>	<i>4.037.095</i>

Fonte: Biocca et al., 2003.

²⁵ A cura di Renata Cinotti.

Quanto i cittadini anziani usano i servizi

I dati che seguono sono tratti da un'indagine svolta da Eurisko nel 2000 (2000c) su un campione di 1.873 anziani, nell'ambito del progetto cofinanziato dal Ministero della salute "I cittadini e i servizi sanitari", il cui obiettivo finale era identificare i criteri di valutazione del percorso clinico-assistenziale degli anziani, da tradurre successivamente in strumenti di rilevazione specifici e mirati.

Su 100 cittadini maggiori di 65 anni della popolazione dell'Emilia-Romagna, 79 sono venuti a contatto con i servizi sanitari negli sei mesi precedenti la rilevazione per problemi propri e altri 10 per problemi di un familiare (Eurisko, 2000c). Questo contatto ha comportato l'incontro con diversi servizi, usati anche più volte, prevalentemente e nell'ordine:

- medico di medicina generale (81),
- servizi e sportelli dell'Azienda USL (41),
- ambulatori specialistici (24),
- laboratori analisi (24) e servizi diagnostici dell'ospedale (23),
- servizi di degenza (16),
- Pronto soccorso (14),
- assistenza domiciliare (6).

In complesso gli anziani utilizzano la medicina generale, i servizi domiciliari, i servizi diagnostici ospedalieri e di ricovero in maniera più consistente rispetto alla popolazione generale, e il Pronto soccorso significativamente meno della stessa popolazione generale. Per quanto riguarda i rimanenti servizi, gli utilizzi si equivalgono. Se si confrontano invece le classi di età 65-74 anni e *over* 75, si notano le seguenti differenze (100 cittadini intervistati fruitori per sé; Eurisko, 2000c).

Tabella 9. I servizi usati dai *senior* (anno 1999)

Servizi utilizzati	% <i>senior</i> 65-74 anni	% <i>senior</i> >75 anni
Medico di medicina generale	82% *	78%
Servizi domiciliari	2%	5% *
Ambulatori di medicina specialistica	23%	20%
Laboratori analisi	22%	21%
Servizi diagnostici ospedalieri	23% *	18%
Ricovero in ospedale	12%	11%
Pronto soccorso	9%	13% *

Legenda

* Differenza statisticamente significativa.

Gli anziani si rivolgono prevalentemente ai servizi pubblici, la cui fruizione è gratuita; in alcuni casi c'è tuttavia ricorso a prestazioni a pagamento (strutture private o libera professione in strutture pubbliche):

- specialistica ambulatoriale 7 casi su 22;
- laboratorio analisi 5 casi su 22;
- diagnostica ospedaliera 1 caso su 22;
- ricovero 2 casi su 14.

Le difficoltà di accesso ai servizi sono segnalate meno che nella popolazione generale (12 invece che 19) e riguardano soprattutto i servizi ambulatoriali.

Il giudizio in generale

Dalla stessa indagine Eurisko (2000c) emerge che i giudizi degli anziani sul servizio sanitario regionale sono più benevoli di quelli del resto della popolazione e tendono a diventarlo sempre di più col crescere della età (ma la relazione statistica è debole): in particolare la soddisfazione aumenta negli uomini, in chi ha un livello di istruzione più basso e in coloro che hanno fatto un maggior uso di servizi diagnostici.

Danno una valutazione buona o eccellente 76 anziani rispetto a 59 cittadini e questo giudizio è stabilmente migliore sia per i servizi territoriali che ospedalieri. Tendono invece a essere percepiti meno positivamente i servizi amministrativi: questi vengono considerati importanti e quindi il giudizio formulato su di loro pesa nella formulazione del giudizio generale.

Le persone che giudicano negativamente i servizi sanitari indicano quali aspetti da migliorare la gentilezza e la cortesia, confermando ulteriormente la relazione fra questi aspetti e il giudizio complessivo di soddisfazione.

Del medico di base vengono apprezzati particolarmente il rispetto per la persona, la gentilezza e la cortesia, l'impegno e la serietà professionale, nonché la capacità di ascoltare e di informare. Un punto critico (7,8% di giudizi negativi) è la modalità di accesso al servizio al momento dell'uso (attesa) (Eurisko, 2000c).

Per quanto riguarda l'ospedale, dai dati dell'Indagine multiscopo sulla vita quotidiana effettuata dall'ISTAT nel 2000 (ISTAT, 2002) emerge che circa il 3,6% dei *senior* ricoverati in ospedale ha dato un giudizio negativo dell'assistenza medica ricevuta, circa il 7% si è lamentato dell'assistenza infermieristica, il 7% dei servizi igienici e circa il 19% del vitto.

I dati dell'analoga ricerca condotta da Eurisko (2000c) riportano sulle medesime categorie i giudizi negativi esposti in Tabella 10.

Relativamente agli ambulatori specialistici, il giudizio complessivo positivo è pari all'84,3%, quello negativo al 4,3%. Gli aspetti che maggiormente contribuiscono al giudizio di insoddisfazione sono la scarsa disponibilità del servizio al momento del bisogno e la velocità di accesso. Gli elementi riconosciuti come qualificanti sono il rispetto per le persone, la gentilezza, la cortesia nei rapporti, il comfort e la pulizia degli ambienti (Eurisko, 2000c).

Tabella 10. Valutazione dei servizi ospedalieri da parte dei *senior* (Eurisko, 2000c)

Categorie indagate	Giudizi negativi (insufficiente, scadente, molto scadente)	Giudizi positivi (buono + molto buono)
prestazioni mediche	2,0%	93,4%
prestazioni infermieristiche	7,0%	84,9%
comfort degli ambienti	5,6%	86,3%
pulizia degli ambienti	2,8%	91,8%
qualità del vitto	8,6%	69,4%

Cosa c'è da migliorare secondo gli anziani

Se il giudizio generale sui servizi è complessivamente positivo, non mancano osservazioni e molte indicazioni per migliorare. Fra le prime, la necessità di più cortesia negli uffici e agli sportelli e un maggiore sforzo di mantenimento decoroso delle strutture.

Per quanto riguarda i suggerimenti, li formulano 37 cittadini su 100.²⁶ Vengono innanzitutto richiesti tempi di attesa per la prestazione più contenuti, soprattutto da parte della fascia di età più anziana. Sono chiamati in causa tutti i servizi in generale, ma prevalentemente gli ambulatori specialistici e la diagnostica intraospedaliera. Il tema dell'attesa e della velocità di accesso ai servizi - contrariamente al luogo comune - è centrale nella valutazione di qualità della popolazione anziana, che per la propria condizione di vita ha poco tempo (i tempi di attesa sono troppo lunghi: "si fa a tempo a morire").

2.2.2. Le donne coinvolte nelle campagne di screening²⁷*Le campagne di screening*

Lo *screening* è un programma di salute pubblica inserito tra gli indirizzi regionali rivolto a una popolazione apparentemente sana con lo scopo di diagnosticare precocemente una malattia, prima che questa causi la comparsa di sintomi. L'obiettivo è quello di trasformare l'attività di prevenzione oncologica in un'attività permanente di *screening* attivo e controllato, che riduca la mortalità e che razionalizzi l'attuale ricorso disordinato a queste procedure.

Il programma prevede due tipi di campagne, una rivolta alle donne di età tra i 25 e i 64 anni per la prevenzione del tumore alla cervice uterina attraverso un esame conosciuto come *pap test*, e una rivolta alle donne di età tra i 50 e i 69 anni per la diagnosi precoce del tumore alla mammella attraverso un esame radiografico, la mammografia.

²⁶ I dati sono del 1999, prima dell'avvio di importanti iniziative di miglioramento.

²⁷ A cura di Alba Carola Finarelli e Priscilla Sassoli De' Bianchi (Servizio sanità pubblica, Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna); Maria Augusta Nicoli, Barbara Lelli e Barbara Calderone.

Questi programmi sono stati attivati nel 1996 e dal 1998 sono a regime in tutte le Aziende sanitarie della regione; coinvolgono circa 530.000 e 1.150.000 donne rispettivamente per la mammografia e il *pap test*.

Le ricerche in corso

Si riportano di seguito i principali risultati di ricerche - già concluse o ancora in corso - condotte in alcune Aziende USL della regione relative all'adesione al programma di *screening*.

- Parma

L'indagine condotta nel 1999 era finalizzata a valutare l'impatto del programma di *screening* del cancro del collo dell'utero, verificare la possibilità di interventi mirati per favorire la partecipazione di gruppi con esigenze particolari, e valutare l'adeguatezza del servizio offerto. L'indagine ha interessato 250 donne residenti in un quartiere di Parma, che rappresentano il 28,93% delle donne non rispondenti al programma (in totale 864). I questionari ritornati sono stati 131, pari al 52%.

Dai risultati emerge che le donne nella fascia di età più bassa (25-29 anni) e quelle sopra i 50 anni (fino ai 64) registrano la minore rispondenza al programma sia in termini di adesione per sottoporsi al *test* offerto sia in termini di contatti diretti con gli ambulatori a cui comunicare il motivo della mancata adesione. Tra le motivazioni espresse come causa della mancata adesione vi sono l'aver effettuato il *pap test* in tempi recenti (29,1%), l'aver subito un intervento di isterectomia (24,3%), la sensazione di disagio, paura o inutilità del *pap test* (11,7%).

Per quanto riguarda l'esecuzione del *pap test*, la scelta delle donne sembra orientarsi in ugual misura fra pubblico e privato: fra quelle che hanno scelto il privato sembra prevalere la necessità dell'unicità del rapporto (sempre lo stesso servizio e professionista) e la comodità dell'unicità della prestazione (*pap test* e visita ginecologica). Vi sono poi motivazioni legate alla modalità di offerta del servizio pubblico ritenute non sempre idonee: orari scomodi, poche sedi ambulatoriali, mancanza di linee telefoniche dedicate, locali meno confortevoli di quelli privati.

Dai dati esposti è possibile trarre due ordini di considerazioni.

Il primo è di carattere organizzativo-gestionale e riguarda un terzo circa delle donne coinvolte che rientrano nella condizione di temporanea esclusione in quanto hanno effettuato il *pap test* di recente (privatamente). Queste donne sono comunque state inserite nel primo *round* di sensibilizzazione, che mirava soprattutto all'individuazione e al coinvolgimento delle donne a più alto rischio, cioè quelle che non si erano mai sottoposte a un controllo o lo avevano fatto oltre 3 anni prima.

La seconda considerazione riguarda invece alcuni aspetti - disagio, paura, inutilità dell'esame, apparente stato di benessere - che mettono in luce l'esistenza di una relazione contraddittoria fra la percezione della vulnerabilità personale e il comportamento attivo verso lo *screening*, fra rischio percepito e rischio oggettivo, con il netto prevalere della paura e dell'ansia della diagnosi rispetto alla paura del

rischio di malattia eventualmente già in atto. L'assenza di sintomi ("non ho alcun disturbo") è poi tra le motivazioni che maggiormente inducono alla non rispondenza, insieme al pregiudizio sul concetto di prevenzione.

- Bologna

L'indagine condotta nel 2000 era finalizzata a individuare i fattori che favoriscono il comportamento preventivo (*status* socio-economico, conoscenze implicite ed esplicite, credenze relative al controllo, modo di reagire a un evento - *coping*, speranza, ottimismo, *stress*). Il campione era composto di 216 donne di diverso *status* socio-economico, suddivise in 5 gruppi a seconda del tipo di partecipazione al programma di prevenzione dei tumori alla cervice e alla mammella (3 gruppi) e la pratica o meno di attività autonome di prevenzione (2 gruppi). A tutte le donne è stato somministrato un questionario.

I risultati dell'indagine evidenziano che diversi fattori influenzano le pratiche preventive nei confronti dei tumori del collo dell'utero (*Tabella 11*). Il livello socio-economico elevato favorisce la scelta autonoma e spontanea di sottoporsi alle pratiche preventive.

Un ruolo particolarmente rilevante è svolto dalle rappresentazioni relative alla gravità della patologia, alla suscettibilità/vulnerabilità personale, alla percezione di vantaggi e benefici da una parte e di ostacoli e disagi dall'altra relativi al fatto di sottoporsi alle pratiche preventive. Sembra che il comportamento preventivo sia collegato soprattutto alla percezione della propria predisposizione a contrarre il tumore così come ai benefici derivanti dalla prevenzione. Le donne che non praticano la prevenzione sottovalutano la serietà/gravità della patologia considerata, si ritengono meno vulnerabili rispetto alla stessa patologia, sottolineano soprattutto gli ostacoli e i disagi legati alle pratiche preventive, sminuendone i benefici/vantaggi.

Si può ipotizzare la presenza di un elevato stato d'ansia che non favorisce l'adesione alla proposta preventiva, e che si esprime attraverso la percezione delle potenziali difficoltà nella pratica della prevenzione. Sembra anche essere in gioco una sorta di ottimismo irrealistico che induce parte delle donne a non effettuare un'analisi più realistica.

Le donne che praticano la prevenzione hanno invece una rappresentazione più realistica della gravità della patologia e della loro vulnerabilità personale; esse colgono inoltre i vantaggi delle pratiche preventive, senza evidenziare eccessivamente i disagi che queste comportano.

Relativamente alla tendenza ad attribuire il controllo degli eventi a fattori/entità esterni, le donne che praticano la prevenzione autonomamente e spontaneamente presentano i punteggi più bassi, elemento che indica un più elevato controllo interno sulla propria salute, rispetto agli altri gruppi di donne. In particolare le donne che non praticano la prevenzione tendono ad attribuire soprattutto a fattori esterni il controllo degli eventi considerati.

Tabella 11. Elementi che caratterizzano le diverse pratiche preventive rispetto ai due programmi di *screening*

Donne che si sottopongono al controllo	Donne che <u>non</u> si sottopongono al controllo
<i>Tumore al collo dell'utero</i>	
Livello socio-economico medio-alto	Livello socio-economico medio-basso
Percezione realistica di vulnerabilità	Ottimismo irrealistico
Percezione dei benefici del <i>test</i>	Sottostima dei benefici del <i>test</i>
Controllo degli eventi attribuito a fattori interni a sé	Controllo degli eventi attribuito a fattori esterni a sé
<i>Tumore alla mammella</i>	
Bassi livelli di ansia	Alti livelli di ansia
Strategie di <i>coping</i> adeguate	Strategie di <i>coping</i> non adeguate
Controllo degli eventi attribuito a fattori interni a sé	Controllo degli eventi attribuito a fattori esterni a sé

Se si considerano i dati relativi alle rappresentazioni concernenti i tumori della mammella e i programmi di *screening* ad essi dedicati, le differenze fra i gruppi studiati sono più sfumate. Alcuni risultati meritano tuttavia di essere evidenziati.

Per quanto concerne le emozioni e i vissuti profondi (evocati tramite un *test* proiettivo), i dati che riguardano le donne che praticano la prevenzione indicano un più frequente utilizzo di strategie di *coping* adeguate, mentre le donne che rifiutano le pratiche preventive associano emozioni negative all'esperienza dello *screening*.

Analogamente a quanto riscontrato per i tumori del collo dell'utero, anche per i tumori della mammella si rileva una più elevata tendenza delle donne che non praticano la prevenzione ad attribuire a fattori/entità esterne il controllo degli eventi considerati.

Sia coloro che adottano condotte preventive sia coloro che le rifiutano sembrano disporre di nozioni piuttosto insoddisfacenti sui tumori femminili. La scarsa conoscenza potrebbe rappresentare un meccanismo difensivo che, attraverso la negazione di tali patologie, permette di controllare e contenere l'ansia che esse provocano. Qualcosa di simile si può osservare a proposito dell'autopalpazione per la prevenzione dei tumori al seno: i dati evidenziano che questa pratica è poco conosciuta e poco attuata anche da chi afferma di conoscerla.

- Ravenna

L'indagine condotta nel 2002 era finalizzata a individuare le principali fonti informative attraverso le quali le donne sono venute a conoscenza del programma di *screening* del collo dell'utero, raccogliere informazioni sul livello di soddisfazione riscosso tra le donne aderenti al programma, valutare le abitudini nei confronti della prevenzione. È stata somministrata un'intervista telefonica a un campione di 150 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni residenti nella provincia di Ravenna che hanno aderito al programma (rispondenti).

I risultati evidenziano che nella maggior parte dei casi le donne intervistate non erano a conoscenza del programma di *screening* (52%). Del 48% del campione che ne era a conoscenza, il 55% aveva visto in precedenza la campagna pubblicitaria e il 61% lo conosceva attraverso i manifesti. Il proprio medico non ha mai parlato di questa opportunità nell'88% dei casi.

Le intervistate hanno espresso inoltre valutazioni in relazione alla comunicazione durante le diverse tappe del progetto:

- l'invito arrivato tramite lettera è risultato chiaro nel 96% dei casi;
- l'eventuale contatto con le segreterie ha registrato un pieno apprezzamento del funzionamento (prenotazione, possibilità di modificare l'orario dell'appuntamento, ecc.);
- non ci sono state difficoltà nel reperimento delle informazioni; nell'82% dei casi le donne hanno potuto avere dal personale tutte le informazioni che desideravano;
- l'informazione sull'esito risulta chiara nel 97% dei casi;
- le aspettative delle donne per quel che concerne strutture, servizi e personale non sono state in generale disattese e ottengono un giudizio molto favorevole.

Per quanto riguarda le non rispondenti al programma di *screening*, è stata condotta una rilevazione su 301 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni tramite intervista telefonica, per individuare le motivazioni della non rispondenza e per monitorare se le stesse effettuano comunque controlli regolari al collo dell'utero.

Per quanto riguarda le abitudini di prevenzione, è stato rilevato che nell'83% dei casi le donne intervistate hanno effettuato un *pap test*. Chi non lo ha mai effettuato motiva il comportamento affermando che gode di buona salute, preferisce non sapere o ha paura. Chi effettua il controllo al di fuori del programma di *screening*, preferisce nella maggior parte dei casi rivolgersi a una struttura privata (77%). Tra queste donne, il 79% è a conoscenza del programma dell'Azienda USL e due sono gli aspetti che motivano la non adesione: la mancata flessibilità degli orari e la scarsa delicatezza degli operatori.

- Ferrara e Cesena

Le indagini sono state avviate nel 2004 all'interno del Programma ministeriale "Le disuguaglianze: i meccanismi generativi e l'identificazione di interventi possibili", che coinvolge l'Agenzia sanitaria regionale, 7 Aziende USL dell'Emilia-Romagna e le Università di Parma e Trento. La ricerca si propone di analizzare l'accesso al programma di *screening* per il tumore al collo dell'utero realizzato dalle Aziende USL di Cesena e di Ferrara. L'obiettivo principale è individuare i differenziali nei determinanti socio-ambientali e culturali delle donne non rispondenti agli *screening* oncologici femminili, ovvero evidenziare il ruolo che possono avere alcuni fattori di natura sociale (età, titolo di studio, condizione lavorativa, livello di informazione, ...) e psicologica (credenze, paure, valori, ...) nell'orientare la scelta delle donne di accettare o meno l'invito a sottoporsi all'esame.

In secondo luogo si vogliono indagare anche le differenze tra le donne che aderiscono al programma di *screening* utilizzando il servizio sanitario pubblico e quelle che invece si rivolgono al privato. Poiché le indagini non sono ancora concluse, non è possibile per ora fornire i risultati, che si prevede saranno disponibili nei primi mesi del 2005.

2.2.3. Gli immigrati²⁸

Quanto i cittadini immigrati usano i servizi (Regione Emilia-Romagna, 2003)

Nel corso degli anni '90 l'immigrazione dei cittadini stranieri in Italia è cresciuta da circa 500.000 unità (fine anni '80) a circa 1.500.000 al 31/12/2001. Con 150.000 soggiornanti stimati al 31/12/2001, la regione Emilia-Romagna è la quarta per consistenza del fenomeno dopo la Lombardia (370.000), il Lazio (280.000) e il Veneto (151.000).

Per quanto riguarda la fruizione dei servizi, dall'analisi degli aggregati clinici di diagnosi in regime ordinario e in *day hospital* emerge che le due voci più importanti che riguardano i ricoveri dei cittadini stranieri sono i parti (circa il 18% delle causali di diagnosi in regime ordinario) e le interruzioni volontarie di gravidanza (circa il 21% delle IVG effettuate in Emilia-Romagna nel 2000) (*Tabella 12*). Si tratta ancora di numeri contenuti: in definitiva i ricoveri ospedalieri dei cittadini stranieri ammontano a 30.117 nel 2001 pari al 3,03% dei circa 990.000 ricoveri totali. Dai dati sulla fruizione cause del ricovero sopra citati si riscontra una sostanziale maggioranza delle cittadine straniere, soprattutto di nazionalità magrebina e cinese.

²⁸ A cura di Vittoria Sturlese, Loredana Cirillo (Area qualità, Ufficio sviluppo organizzativo, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia).

Tabella 12. Primi 20 aggregati clinici di diagnosi in regime ordinario in Emilia-Romagna. Anno 2001

Aggregati clinici di diagnosi	Italiani *	% Italiani	Stranieri *	% Stranieri	Totale **
Parto vaginale senza complicanze	20.670	3,14	2.932	13,77	23.818
Taglio cesareo senza complicanze	8.672	1,32	991	4,65	9.741
Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	4.200	0,64	581	2,73	4.846
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 aa senza complicanze	9.639	1,46	524	2,46	10.224
Altre diagnosi pre-parto con complicanze mediche	1.939	0,29	461	2,16	2.509
Minaccia d'aborto	3.063	0,47	434	2,04	3.600
Intervento utero/annessi, no neoplasie, senza complicanze	10.930	1,66	393	1,85	11.381
Appendicectomia con diagnosi principale no complicata senza complicanze	3.050	0,46	284	1,33	3.369
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 aa	4.200	0,64	273	1,28	4.540
Bronchite e asma, età <18 aa	1.931	0,29	262	1,23	2.231
Affezioni mediche del dorso	7.500	1,14	260	1,22	7.794
Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.477	0,38	254	1,19	2.824
Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 aa	1.894	0,29	207	0,97	2.123
Psicosi	8.737	1,33	184	0,86	8.929
Altre diagnosi pre-parto non complicanze mediche	1.315	0,20	171	0,80	1.534
Commozione cerebrale, età >17 senza complicanze	1.414	0,21	168	0,79	1.591
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza complicanze	3.946	0,60	166	0,78	4.126
Stato stuporoso e coma di origine traumatica, <1 ora, età >17 aa senza complicanze	2.129	0,32	157	0,74	2.301
Convulsioni e cefalea, età <18 aa	2.241	0,34	156	0,73	2.422
Calcolosi urinaria senza complicanze	3.117	0,47	149	0,70	3.288
Altre tipologie	555.551	84,35	12.292	57,72	569.765
<i>Totale ricoveri in regime ordinario</i>	<i>658.615</i>	<i>100,00</i>	<i>21.299</i>	<i>100,00</i>	<i>682.956</i>

Fonte: elaborazioni RER su banca dati regionale SDO. Sistema informativo Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna. [Sono esclusi i neonati sani. Sono comprese le eventuali schede di mobilità passiva extraregionale ancora in contestazione]

Legenda

* Sono esclusi i non identificati.

** Sono compresi i non identificati.

Il giudizio in generale

Da alcune indagini condotte fra il 2000 e il 2002 nelle Aziende USL di Reggio Emilia (Azienda USL di Reggio Emilia, Ufficio Formazione e qualità, 2000) e Bologna²⁹ e rivolte alla percezione di qualità da parte dei cittadini immigrati, si sono potuti trarre degli spunti di analisi sul giudizio di questi pazienti.

In linea generale viene percepita una sostanziale equità con i cittadini italiani sia nell'accesso sia nei tempi d'attesa. Viene inoltre riconosciuta una buona qualità del servizio nelle strutture cui essi si rivolgono più frequentemente: consultori familiari, servizi di igiene pubblica, Unità operative di ginecologia e pediatria. Viene valutata inoltre con soddisfazione la presenza di ambulatori per coloro che sono ancora irregolari, oltre alla collaborazione di mediatori culturali, che in talune Aziende assicurano una presenza stabile e continuativa mentre in altre è più sporadica e frammentaria.

Per quanto riguarda il comfort alberghiero in ospedale, la presenza capillare di menù tradotti in lingue diverse con l'indicazione della composizione dei pasti (il tipo di carne) è considerato un elemento di rispetto della specificità culturale, soprattutto quando si tratta di pazienti la cui religione o cultura non consente il consumo di determinati cibi.

Nel 2004 l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia ha realizzato una ricerca qualitativa³⁰ per analizzare le problematiche legate alla cura di bambini e donne immigrate nei reparti di pediatria, nido, ostetricia e ginecologia. L'obiettivo dell'indagine era duplice: indagare il vissuto degli operatori rispetto agli immigrati per conoscere le difficoltà che maggiormente incontrano nell'interazione con essi; esplorare e individuare i bisogni, le aspettative, gli orientamenti di valore, le categorie di pensiero degli stranieri e quale significato essi attribuiscono all'esperienza di ricovero.

Dall'analisi delle interviste è emerso che gli utenti stranieri hanno complessivamente una visione positiva delle strutture ospedaliere, per quanto riguarda sia la qualità sia la gratuità del servizio offerto, che invece nel loro Paese d'origine spesso è a pagamento. Si ritengono soddisfatti per i diversi aspetti legati al comfort: gli orari di accesso dei parenti in reparto, la pulizia degli ambienti, il rispetto della *privacy*. In generale il rapporto con gli operatori - medici, infermieri, ostetriche - è positivo: gli stranieri intervistati rilevano un atteggiamento di gentilezza, cortesia, disponibilità, dimostrata anche nel tentativo di comunicare gestualmente laddove risulta difficile capirsi verbalmente.

²⁹ Repertorio delle esperienze di ascolto e coinvolgimento dei cittadini <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp/index.htm>. Vedi anche Cinotti, Cipolla, 2003.

³⁰ L'indagine ha previsto l'effettuazione di 5 *focus group* con gli operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche) e 50 interviste semistrutturate rivolte a utenti provenienti da Maghreb, Cina, Centro Africa, Albania, Sud Asiatico ed Est europeo, anche con l'aiuto delle mediatrici culturali.

Il rapporto con gli utenti italiani è solitamente favorevole; gli stranieri non evidenziano infatti particolari difficoltà di convivenza con gli altri degenti e notano un atteggiamento di cordialità e disponibilità al dialogo, anche se spesso risulta limitato a causa dell'incomprensione linguistica. Tuttavia, a volte, l'atteggiamento degli italiani viene percepito e descritto dagli stranieri in termini di indifferenza.

Cosa c'è da migliorare secondo i cittadini immigrati

Da valutazioni effettuate sulla base di interviste condotte con cittadini stranieri e professionisti nell'Azienda USL di Reggio Emilia nel 2000, le maggiori criticità espresse dagli utenti extra-comunitari risiedono nella difficoltà di comunicazione e nella mancanza di informazione, che spesso porta a un uso improprio dei servizi oltre che a un'errata diagnosi da parte dei professionisti con cui si relazionano. Soprattutto rispetto al grado di informazione si riscontrano le maggiori carenze perché gli operatori non conoscono i loro canali di comunicazione (per lo più informali) o non riconoscono le differenziazioni al loro interno (etnia, religione, cultura e quindi bisogni). Ad esempio in molti casi le donne si rivolgono direttamente all'ospedale (Pronto soccorso) per semplici richieste perché non conoscono o non sono abituate a utilizzare i consultori né i servizi di Guardia medica. Un altro esempio è rappresentato dal fatto che anche i *depliant* tradotti in lingua possono risultare inutili a causa dell'alto tasso di analfabetismo fra gli immigrati.

Da un'altra indagine condotta fra il 2000 e il 2001 presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia (Sturlese, 2001) nell'ambito del progetto "Costruzione di una carta dei valori e degli impegni"³¹ è emerso che il paziente straniero spesso non comprende i percorsi terapeutici, manifesta il dolore in modo diverso e dà un significato diverso ai sintomi, sospende la terapia farmacologica una volta tornato a casa (per mancanza di tempo o per una cattiva comprensione della prescrizione), non accetta la malattia psichiatrica.

Spesso si crea un *gap* culturale fra pazienti immigrati e operatori che porta a incomprensioni, oltre che a un'esasperazione dei comportamenti da parte degli operatori (insofferenza, fastidio verso l'odore che i cittadini immigrati emanano o l'atteggiamento con cui si rivolgono); in molti casi non tenere conto di questi fattori porta a errate diagnosi.

Un problema sollevato frequentemente è quello della mancanza di riferimenti certi nel dialogo tra le istituzioni (referenti dei servizi, protocolli condivisi, conflitti di competenze).

Valutazioni analoghe emergono dall'indagine condotta nel 2004 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Come per gli operatori, anche per gli immigrati la maggiore difficoltà nella relazione è rappresentata dalla mancanza di comprensione linguistica: per comunicare devono richiedere l'aiuto del marito, di un figlio o di un connazionale "di passaggio". Tutti gli intervistati segnalano l'importanza della mediatrice

³¹ La costruzione della Carta dei valori e degli impegni si è basata su una consultazione il più possibile partecipata e collettiva che ha previsto la conduzione di 160 interviste a testimoni significativi (operatori), 6 *focus group* (con 50 operatori), 3 gruppi di lavoro e 80 interviste informative con associazioni degli utenti (di cui due a mediatrici culturali).

culturale; anche nei casi in cui non abbiano utilizzato direttamente il servizio di mediazione perché conoscono la lingua italiana, ne riconoscono l'utilità non solo per la traduzione ma anche per una migliore comprensione delle reciproche culture.

Un ulteriore problema sentito da molti immigrati è la mancanza di familiari (soprattutto della figura materna) che possano aiutarli in momenti di difficoltà, ad esempio durante la gravidanza e la nascita del figlio o durante il ricovero di un bambino per accudire gli altri figli rimasti a casa.

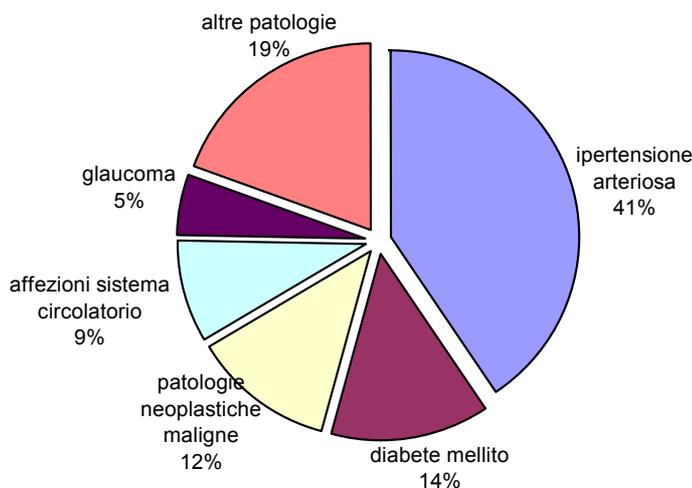
2.2.4. I malati cronici³²

Quanto i pazienti cronici usano i servizi

La malattia cronica si caratterizza come una malattia di lunga durata, tendenzialmente permanente lungo tutta la vita del soggetto, che determina invalidità di vario grado. Le cause non sono reversibili, la patologia richiede speciali forme di riabilitazione e impegna l'interessato a osservare prescrizioni e, spesso, ad apprendere un nuovo stile di vita (dietetico, relazionale, motorio, ecc.); necessita infine di consistenti periodi di controllo, osservazione e cura, sia a domicilio che in ambiti specialistici. Nella malattia cronica, la diagnosi rappresenta il primo momento di una relazione con i servizi destinata a protrarsi nel corso del tempo.

Dalle elaborazioni effettuate dal Servizio Assistenza distrettuale della Direzione generale Sanità e Politiche sociali sui dati pervenuti dalle 13 Aziende USL regionali relativi alle forme morbose (malattie croniche e invalidanti), alle invalidità e alle malattie rare, che hanno diritto alle specifiche esenzioni dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate, si desume che nel 2002 su 4 milioni di residenti regionali, il 19,43% è esente *ticket* per patologie croniche e invalidanti (Direzione generale Sanità e Politiche sociali, 2003). È da sottolineare tuttavia che la rilevazione non evidenzia il numero di persone esenti, bensì il numero di esenzioni rilasciate: nel 2002 esse ammontano a 784.423. La Figura 14 mostra la distribuzione percentuale delle esenzioni riferite all'intero territorio regionale: 317.567 vengono rilasciate per ipertensione arteriosa, pari al 41% dell'ammontare regionale; 108.193 per diabete mellito, pari al 14%; 94.783 per soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne, pari al 12%; 69.140 per affezioni del sistema circolatorio, pari al 9%. Si può inoltre notare che le esenzioni rilasciate per le quattro patologie suddette costituiscono il 76% dell'ammontare regionale.

³² A cura di Vittoria Sturlese.

Figura 14. Percentuale di esenzione per patologie croniche e invalidanti (anno 2002)

Il giudizio in generale

Vista la difficoltà nel reperire dati aggregati, si darà conto delle valutazioni espresse da alcune categorie di malati cronici, tratte da indagini di qualità percepita condotte nelle Aziende dell'Emilia-Romagna: i pazienti diabetici nell'Azienda USL di Modena; i dializzati nelle Aziende USL di Ravenna e Forlì e nelle Aziende ospedaliere di Ferrara e Reggio Emilia; i pazienti colpiti da ictus nell'Azienda USL Città di Bologna.³³

- Diabetici

L'indagine di soddisfazione condotta nel 2001-2002 ha interessato 7.273 cittadini diabetici afferenti all'Azienda USL di Modena, individuati tra quelli inseriti nelle banche dati dei Centri diabetologici (CaD) e dei medici di medicina generale (MMG).

Risulta complessivamente molto positiva la percezione del servizio offerto sia dai MMG (95,7%) sia dai CaD (95,1%), per la professionalità e gli aspetti relazionali (in entrambi i servizi), la continuità assistenziale (CaD) e l'ubicazione (MMG).

- Dializzati

L'indagine di soddisfazione - condotta nel 2001 su un campione di 120 soggetti in trattamento dialitico presso l'Azienda ospedaliera di Ferrara (54 interviste) e le Aziende USL di Ravenna (66 interviste) e di Forlì (28 interviste) - ha evidenziato valutazioni positive riguardo alle cure e al trattamento terapeutico (competenza dei professionisti, terapia ed esami di controllo). Occorre puntualizzare che la variabile anzianità di trattamento influisce molto sulla percezione di qualità: chi ha una bassa anzianità (fino a 18 mesi) esprime giudizi più positivi rispetto alle aree indagate nella ricerca: relazione con medici e infermieri, informazioni e spiegazioni ricevute, coinvolgimento di pazienti e familiari, cure e trattamento, aspetti organizzativi.

³³ Repertorio delle esperienze di ascolto e coinvolgimento dei cittadini <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp/index.htm>. Vedi anche Cinotti, Cipolla, 2003.

Presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia è stata condotta un'indagine nel mese di aprile 2003 su una popolazione di malati cronici. Nel corso dell'indagine è stato somministrato un questionario tramite intervista a 49 dializzati sugli 82 in cura, che indagava diverse aree (tra cui la qualità delle cure). L'indagine conferma i risultati positivi delle precedenti; in particolare ha creato un movimento positivo in quanto i pazienti dializzati hanno percepito l'attenzione della Direzione verso tutti gli aspetti del loro vissuto quotidiano. Altro punto di forza è stato l'incontro organizzato tra utenti, professionisti e personale esperto (medico consulente nefrologo e psicologa) per presentare i risultati dell'indagine e commentarli alla luce di studi esistenti in letteratura.

- Ictus

Nell'ambito di un'indagine condotta nel 1998-2000 presso l'Unità operativa di neurologia dell'Ospedale Maggiore (Azienda USL Città di Bologna) sul percorso assistenziale dei pazienti che hanno subito un ictus, sono state rilevate tramite *focus group* le percezioni dei pazienti e dei loro familiari sul percorso vissuto e sulle loro aspettative future. In generale sono stati espressi giudizi molto positivi sugli aspetti assistenziali all'interno della struttura ospedaliera, nel momento della fase acuta della malattia: cura ospedaliera efficace, comfort alberghiero, disponibilità degli operatori.

Cosa c'è da migliorare secondo i pazienti

- Diabetici

Dalla medesima indagine condotta presso l'Azienda USL di Modena le principali motivazioni per le percezioni negative sono riferite per i Centri diabetologici all'organizzazione strutturale (comfort dei locali, accoglienza, sovraffollamento) e ai tempi d'attesa. Le persone che afferiscono ai medici di medicina generale evidenziano invece percezioni negative per lo più in riferimento alla carente informazione fornita dai professionisti e alla disomogeneità dell'organizzazione interna (mancanza di fasce orarie dedicate solo al controllo dei diabetici).

Infine soprattutto a causa della compresenza di più patologie nel malato diabetico, viene richiesta una maggiore integrazione fra i due servizi, oltre che con i medici specialisti (geriatra, dietologo, oculista).

- Dializzati

Come detto sopra a proposito delle ricerche di Ferrara, Ravenna e Forlì, la variabile che è risultata più discriminante nel differenziare le opinioni e valutazioni dei soggetti, soprattutto in senso negativo, è l'anzianità di trattamento dialitico e, per alcuni aspetti, anche l'età anagrafica. L'anzianità di trattamento ha un impatto sulla soddisfazione del paziente per le attenzioni ricevute dai medici (percezione che il medico non prenda seriamente i problemi del paziente, che il medico visiti malvolentieri, che il paziente faccia perdere tempo al medico); sulla soddisfazione relativa alla percezione di rispetto della *privacy* quando si parla della propria malattia;

sul ricordo delle informazioni ricevute. L'età anagrafica ha invece effetto sulla soddisfazione per alcuni aspetti organizzativi del servizio (pulizia degli ambienti, possibilità di parcheggio, spazio disponibile in sala dialisi per ogni paziente). In particolare, i pazienti più giovani risultano i più insoddisfatti.

Per quanto riguarda l'indagine condotta a Reggio Emilia, i risultati sono stati condivisi in uno specifico incontro e sono già state messe in atto sia azioni in base ai suggerimenti raccolti nelle interviste, sia azioni organizzative tese a soddisfare maggiormente l'esigenza emersa dagli utenti rispetto all'ascolto e all'informazione da parte dei medici.

- Ictus

La natura di tale patologia obbliga a una invalidità più o meno severa e prolungata nel tempo, ragione per cui le principali criticità si ravvisano nella conduzione del percorso post-ospedaliero: scarsa integrazione fra le molte professionalità coinvolte nella gestione del paziente (medici ospedalieri, MMG, strutture riabilitative sul territorio), scarsa continuità assistenziale, informazione episodica e volontaristica.

Emergono inoltre aspettative legate agli aspetti psicologici del percorso: viene richiesto un maggiore sostegno in tal senso da parte di figure esperte sia ai pazienti sia ai familiari.

2.2.5. Le persone con disagio psichico³⁴

L'organizzazione dei servizi nei Dipartimenti di salute mentale

In Emilia-Romagna sono ormai costituiti in tutte le Aziende sanitarie i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nei quali, nella preponderanza dei casi, sono già aggregate almeno le Unità operative di psichiatria e di neuropsichiatria infantile.

Obiettivo di questa riorganizzazione è favorire la continuità nell'assistenza alle persone con problemi di natura neuropsicologica e psichiatrica sia in fase acuta che di cronicità e/o *handicap*, lungo l'intero arco della vita.

Secondo il Piano sanitario regionale questi servizi dovrebbero essere considerati di livello specialistico, pur essendo al momento accessibili direttamente dai cittadini e/o dai loro familiari. Non sempre infatti è il medico curante a richiedere la prestazione del DSM o a inviare i pazienti ai professionisti di questo Dipartimento: può essere la scuola, lo stesso paziente o un familiare.

³⁴ A cura di Giovanni Neri ed Elisabetta Fréjaville, Servizio di salute mentale e assistenza sanitaria nelle carceri, Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna.

Chi sono gli utenti dei Dipartimenti di salute mentale

Secondo i dati forniti dai sistemi informativi, sono oltre 37.000 i soggetti fra 0 e 18 anni seguiti dai Servizi di neuropsichiatria infantile (oltre il 6% di questa fascia di popolazione) e oltre 50.000 le persone che annualmente si rivolgono ai Servizi di psichiatria del DSM (1,5% della popolazione >18 anni di età).

I Dipartimenti di salute mentale hanno inoltre in carico oltre 200 strutture di varia tipologia e intensità assistenziale, sanitaria e socio-sanitaria, che accolgono più di 3.000 pazienti psichiatrici/anno.

Il giudizio dei cittadini sui Dipartimenti di salute mentale

In attuazione delle raccomandazioni del Progetto nazionale sulla salute mentale e del nuovo Piano sanitario nazionale, il Servizio di salute mentale e assistenza sanitaria nelle carceri della Direzione generale Sanità e Politiche sociali dell'Emilia-Romagna ha allo studio la costituzione di Consulte aziendali per la salute mentale e di un loro Coordinamento a livello regionale. Tale iniziativa, concordata con le principali associazioni di familiari di pazienti psichiatrici della regione, dovrebbe permettere nel tempo una migliore appropriatezza degli interventi di programmazione delle politiche per la salute mentale, anche sul versante della qualità condivisa dai cittadini-utenti.

Di seguito si riportano sinteticamente alcuni esempi del variegato ventaglio di iniziative che tendono ad acquisire il parere dei cittadini affetti da questo tipo di patologie in Emilia-Romagna. Senza entrare nei dettagli, si segnala che l'ascolto del giudizio di questi cittadini è particolarmente difficile in considerazione della loro età (si tratta di minori) e delle loro caratteristiche relazionali (spesso problematiche).

- Parma

Presso il Servizio di salute mentale del Distretto di Fidenza, nell'ambito di un progetto biennale (1999-2000) è stato costituito un osservatorio sulla qualità percepita.

Con gli stessi intenti dal 2001 nel Distretto di Parma (UO Parma ovest di salute mentale) è stata condotta una rilevazione della qualità percepita e qualità attesa comprendente le fasi di: sensibilizzazione; preparazione degli strumenti di indagine condivisa con i rappresentanti di associazioni di utenti, familiari e Tribunale del malato; svolgimento dell'indagine e restituzione documentale pubblica dei dati e dei risultati dell'indagine.

All'interno del progetto "Miglioramento della presa in carico di bambini con disturbo generalizzato dello sviluppo", nel 2002 è stato realizzato un percorso articolato in diverse fasi: costituzione del gruppo di lavoro; individuazione del campione per le valutazioni in oggetto (familiari); svolgimento dell'indagine sull'intero segmento di utenza interessata; restituzione dei risultati dell'indagine al gruppo misto di lavoro e al gruppo degli esperti.

- Reggio Emilia

Tutti i servizi del Dipartimento di salute mentale partecipano dal 2001 alla rilevazione della soddisfazione dell'utente, attuata attraverso la distribuzione di questionari. Il questionario comprende alcune domande comuni (pulizia degli ambienti, disponibilità e cortesia degli operatori, ubicazione della sede, ecc.) per un confronto aziendale su tali aspetti e domande specifiche per un'autovalutazione all'interno del Dipartimento. Nella stesso DSM è in corso l'elaborazione dei risultati di una valutazione del *burn out* degli operatori.

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha inoltre recentemente sperimentato nel proprio DSM una modalità innovativa di assistenza alle malattie croniche attraverso l'*empowerment* delle famiglie di persone con ritardo mentale. Il progetto prevede il pieno coinvolgimento e protagonismo delle associazioni di familiari - previo adeguato programma di formazione - nella costruzione di progetti personalizzati di assistenza al loro congiunto, in accordo con l'*équipe* di riferimento socio-sanitaria.

- Modena

Nel 2000 l'Azienda USL ha condotto un'indagine di soddisfazione attraverso questionari somministrati a 212 utenti. L'indagine ha esplorato le aree della facilità di accesso, dell'accoglienza, dell'adeguatezza dei tempi di attesa, della chiarezza e comprensibilità delle informazioni e del rispetto della *privacy*. La percentuale di ritorno ha variato dal 68 all'86%. L'indagine ha permesso di individuare gli elementi di criticità e di costruire delle proposte operative di miglioramento, proponendo la possibilità di confrontare le 3 Unità operative a livello del DSM.

- Ferrara

Nel 2000, nell'ambito del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura è stato somministrato agli utenti un questionario strutturato in 13 *item* (punteggio da 0 a 4) per indagare alcuni aspetti e prestazioni relativi al ricovero. Ne sono emerse utili informazioni sulle teorie naturali elaborate dai pazienti nei riguardi del ricovero psichiatrico.

2.2.6. I tossicodipendenti³⁵

Una nuova rete di servizi contro le tossicodipendenze (Regione Emilia-Romagna, 2004a)

Le prestazioni a favore delle persone dipendenti da sostanze psicoattive, alcol e farmaci rientrano tra i livelli essenziali di assistenza (LEA) che il Servizio sanitario regionale garantisce a tutti i cittadini.

La Regione Emilia-Romagna ha consolidato una modalità di offerta dei servizi che prevede la messa in rete dei centri ambulatoriali preposti (SerT) e le strutture, quasi sempre a carattere residenziale, gestite dagli Enti ausiliari (privato sociale). È stato stipulato un accordo fra Regione ed Enti ausiliari formalizzato nella Delibera di Giunta

³⁵ A cura di Mila Ferri (Area dipendenze, Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna) e Alessio Saponaro (Osservatorio regionale sulle dipendenze).

regionale n. 2360 del 2 dicembre 2002, per fare fronte alla necessità di uniformare le tariffe, le modalità di accesso ai diversi servizi e alcuni requisiti sulla qualità e l'appropriatezza delle cure per le persone con dipendenza.

Nel 2003 erano circa 15.000 le persone con problemi di dipendenza da droghe e alcol in carico ai SerT dell'Emilia-Romagna e circa 1.650 le persone inviate dai SerT alle comunità terapeutiche.

I trattamenti erogati mirano ad avere il carattere della complementarietà: i SerT assicurano l'inquadramento diagnostico multidisciplinare e un trattamento ambulatoriale di tipo farmacologico, psicoterapeutico e socio-riabilitativo; le strutture del privato sociale offrono in generale trattamenti residenziali e semiresidenziali con diverse tipologie e intensità terapeutiche (interventi educativi, interventi specialistici a carattere psichiatrico).

A due anni dalla sua sottoscrizione, l'accordo ha prodotto i primi significativi risultati nelle direzioni sopra delineate: impegno a una maggiore continuità assistenziale, governo della crescita della spesa, riconversione delle strutture in base alle necessità del territorio di riferimento.

La valutazione della soddisfazione del Servizio per le tossicodipendenze in Emilia-Romagna

Dal 1997 presso tutti i SerT della regione è stata avviata un'attività di valutazione sistematica della qualità del servizio offerto, grazie anche all'adozione della Delibera regionale n. 1905 del 28 ottobre 1997, che assume strumenti di valutazione nell'ambito delle tossicodipendenze.

Chi opera in stretto contatto con gli utenti, in modo particolare in un Servizio per le tossicodipendenze, sa quanto l'aspetto umano, la relazione, la comunicazione, la fiducia che si stabilisce con il cittadino che si rivolge ai servizi, siano elementi basilari del rapporto terapeutico. Le capacità relazionali e comunicative degli operatori possono diventare elementi secondari se non vengono inserite in un contesto che valuta anche le capacità professionali degli operatori di intervenire nelle singole situazioni, le risorse messe a disposizione, gli aspetti organizzativi, la percezione soggettiva dell'utente e l'immagine del servizio.

Per questo motivo è stato costruito un questionario regionale di valutazione della soddisfazione del Servizio, strutturato in 21 *item* che fanno riferimento principalmente a cinque aree:

- soddisfazione rispetto alle strutture:
orari di apertura del Servizio, posizione, adeguatezza degli spazi per l'attesa, informazioni ricevute, comfort dei locali e pulizia dei servizi igienici;
- soddisfazione rispetto all'organizzazione del SerT:
difficoltà a mettersi in contatto con gli operatori, tempi di attesa tra prenotazione, prestazione, colloquio e tempo dedicato dagli operatori;

- soddisfazione rispetto al rapporto con gli operatori:
percezione dell'utente rispetto all'effettivo aiuto ricevuto dagli operatori per risolvere il problema, fiducia riposta negli operatori in relazione alla riservatezza, rispetto;
- soddisfazione rispetto alla capacità di risolvere il problema della tossicodipendenza:
effettiva valutazione sulle capacità del Servizio di essere un valido aiuto per i tossicodipendenti, aiutare ad uscire dalla tossicodipendenza, essere attento alle caratteristiche dell'utente;
- soddisfazione rispetto al Servizio in generale:
valutazione complessiva del Servizio, senza alcun riferimento a specifici indicatori.

Le valutazioni realizzate in questi anni hanno mostrato un panorama positivo e in miglioramento. Le valutazioni di tutti i Servizi si assestano su valori positivi: circa tre quarti dell'utenza ha fornito giudizi favorevoli sul funzionamento dei SerT.

L'elemento basilare e fondamentale rimane comunque il rapporto con gli operatori: la percezione positiva o negativa del Servizio è collegata prioritariamente alla percezione positiva o negativa di questo rapporto.

3. Quali sono oggi i nodi critici?

3.1. L'accesso ³⁶

3.1.1. Quadro di riferimento

Le liste d'attesa rappresentano un fenomeno comune a tutti i servizi sanitari, anche a quelli più avanzati come quello dell'Emilia-Romagna. È ormai riconosciuto che non si può risolvere il problema incrementando il numero delle prestazioni offerte, in quanto così facendo i tempi della lista di attesa si riducono ma solo temporaneamente, e anzi si è riscontrato che in molti casi l'effetto che si produce è l'aumento delle richieste.

In questi anni sono stati avviati diversi interventi finalizzati a migliorare l'accesso ai servizi sanitari sul versante dell'appropriatezza organizzativa e clinica, in particolare agendo sui criteri di priorità basati su un utilizzo razionale ed efficiente delle risorse a disposizione.

La Regione Emilia-Romagna persegue precise strategie per affrontare il problema, sia stabilendo tempi massimi di attesa rispetto al grado di urgenza clinica (entro 7 giorni) e al tipo di prestazione (per le visite specialistiche massimo 30 giorni, per gli esami strumentali massimo 60 giorni), sia verificando e fornendo indicazioni ai professionisti sulla selezione delle domande inadeguate o non appropriate. Inoltre, sono stati semplificati per il cittadino i percorsi di accesso, sia rispetto ai passaggi dal medico di base allo specialista,³⁷ sia rispetto alle procedure (prenotazioni, consegna dei referti, pagamento del *ticket*, ecc).

3.1.2. Il cittadino come valuta il problema?

Il tema delle liste d'attesa è spesso al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica come indicatore di malasanità e anche gli studi compiuti sul giudizio dei cittadini nei confronti del Sistema sanitario rilevano che uno dei motivi di maggiore criticità è costituito dalle liste d'attesa.³⁸

Accanto alla valutazione sulla strategia complessiva di intervento degli attuali indirizzi di politica sanitaria, nasce la necessità di approfondire generiche affermazioni sulla presunta 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).

³⁶ A cura di Sara Capizzi e Maria Augusta Nicoli.

³⁷ Oggi è lo stesso specialista che prende in carico il cittadino, seguendolo fino al termine dell'intervento.

³⁸ Indagini Eurisko, ricerche locali condotte dalle Aziende USL o dai Comitati consuntivi misti.

Da alcune prime esplorazioni compiute all'interno di strutture ambulatoriali del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna,³⁹ si rileva che il 55% dei cittadini dichiara di avere atteso dai 7 ai 30 giorni dal momento della prenotazione alla prestazione, il 24% tra i 30 e i 60 giorni, il 15% oltre i 60 giorni, e il 6% 7 giorni o meno. Tanto minore è il tempo di attesa, tanto più alta è la soddisfazione; a questo proposito circa il 65% degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa e la soglia oltre la quale l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole si colloca in un tempo di attesa tra i 30 e i 60 giorni. Occorre tuttavia rilevare un livello di tolleranza complessivamente elevato: la metà di chi dichiara di avere aspettato 60 e più giorni si dice soddisfatto. La soddisfazione rispetto all'attesa è positiva, anche se le donne risultano meno soddisfatte degli uomini.

Risultano andamenti non lineari rispetto all'età, quasi a suggerire che la valutazione del tempo è collegata ad altri fattori e non solo al dato oggettivo; 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 infatti un aumento della soddisfazione che poi torna a diminuire per le attese che si protraggono oltre 60 giorni. Gli intervistati nella fascia di età tra i 31 e i 64 anni rivelano invece un andamento decrescente nel livello di soddisfazione fino ad arrestarsi per tempi di attesa dichiarati tra 30 e 60 giorni e oltre. Infine, per chi ha 65 e più anni, si osserva la presenza negli uomini di due picchi di più elevata soddisfazione tra chi dice di avere atteso entro i 7 giorni e chi oltre 60 giorni.

3.1.3. Quali spiegazioni i cittadini danno del fenomeno?

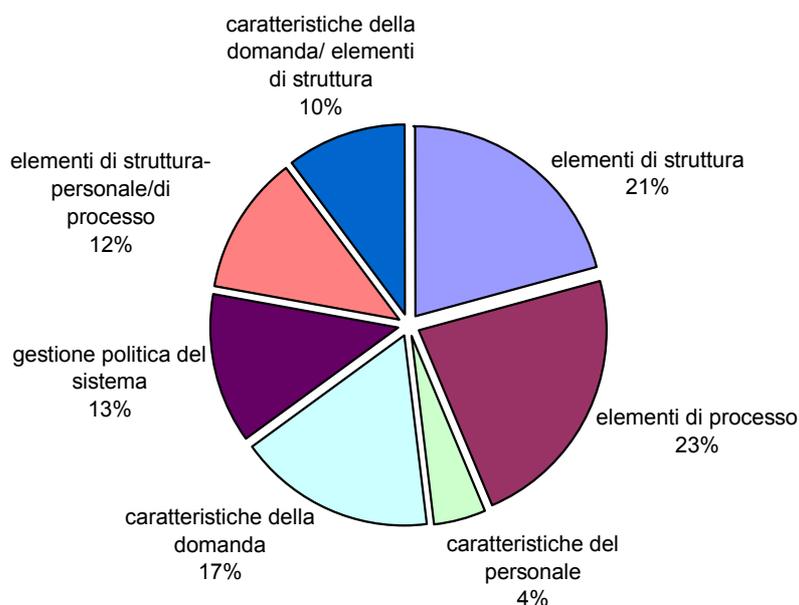
È noto in letteratura (Weiner, 1974) che le spiegazioni attribuite dalle persone ai fenomeni che le riguardano consentono di dare senso a quanto accade e di orientarle nelle azioni da intraprendere. Nel caso specifico, considerare il punto di vista dei cittadini sui tempi di attesa è particolarmente importante per cogliere le coerenze tra due diversi sistemi: quello dei cittadini e quello dei tecnici.

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) (*Figura 15*); tra le strategie di miglioramento spiccano invece elementi di struttura (più personale, maggiori finanziamenti, più strutture e macchinari). È come se sul piano logico ci fosse una scissione tra l'analisi delle cause, che procede in modo analitico, e l'individuazione di una soluzione in cui si ricorre alla semplificazione: mancano i mezzi, l'offerta è insufficiente. Si tratta probabilmente di un

³⁹ Lo studio è stato realizzato nel periodo tra settembre 2002 e febbraio 2003 e ha interessato cittadini-utenti di quattro strutture sanitarie: il presidio ospedaliero di Piacenza, il poliambulatorio di Fiorenzuola, il presidio ospedaliero di Fidenza, il 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). Lo strumento è stato un questionario somministrato tramite intervista. Di seguito sono presentati alcuni risultati. Per approfondimenti si rinvia al *Dossier 93* (Capizzi *et al.*, 2004a).

giudizio stereotipato che si spiegherebbe con l'ipotesi interpretativa secondo cui i cittadini, piuttosto che alla scarsità, collegano il tema delle risorse alla necessità di una migliore gestione, all'impiego più efficace di mezzi e tempi, alla crescita professionale del personale.

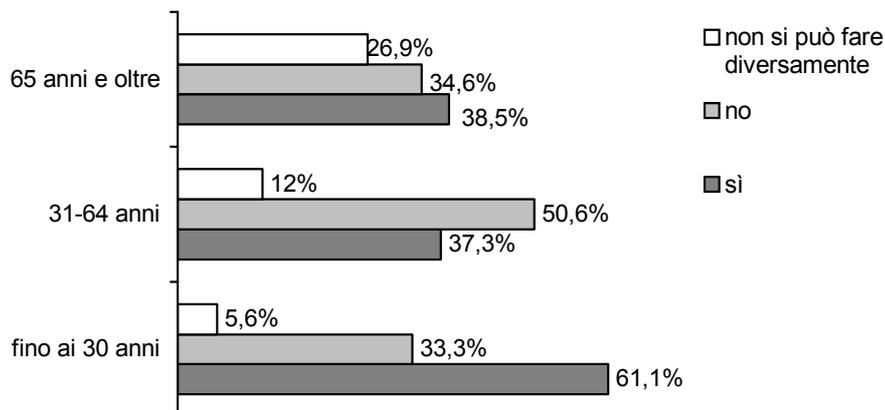
Figura 15. Cause delle liste di attesa secondo l'opinione dei cittadini



3.1.4. Se si volessero modificare i criteri di accesso, quali potrebbero essere assunti?

Dallo studio citato (Capizzi *et al.*, 2004a) 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, cala 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 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 (Figura 16). Si rileva in particolare un livello di accordo elevato soprattutto da parte dei giovani, mentre chi ha 40-50 anni è maggiormente critico. 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; le donne anziane esprimono invece maggiore dissenso.

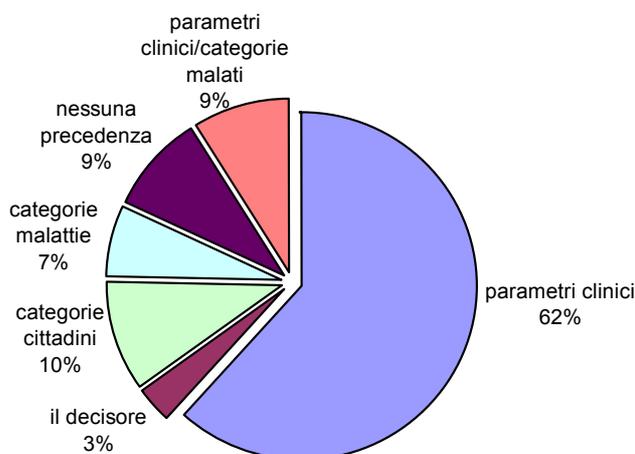
Figura 16. Età x "è d'accordo sul criterio *first come, first served*"



Pur considerando la soddisfazione generale rispetto al criterio del *first come, first served*, alla domanda su "chi farebbe passare avanti" 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 (Figura 17):

- 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 individuano 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 identificano questa figura nel medico, a parte una esigua percentuale di intervistati che sostiene che l'urgenza è soggettiva.

Figura 17. Opinione su chi si farebbe passare avanti



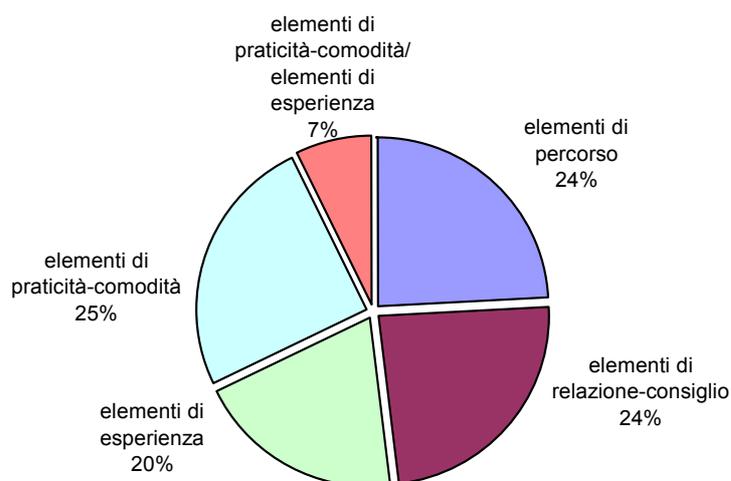
3.1.5. *Se il tempo di attesa è importante, si sceglie poi di andare dove c'è meno fila?*

La Figura 18 mostra che un numero considerevole di persone (25%) scelgono di rivolgersi a una determinata struttura per praticità/comodità di accesso (19,3% per ragioni di vicinanza; 5,8% per aspettare meno). Il 24% si è attenuto alle indicazioni di percorso già definite dal medico o dalla 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% per fiducia nel personale; 7,6% per fiducia nella struttura). Nel 7,2% dei casi la praticità/comodità si associa alla fiducia.

Tra gli elementi determinanti la scelta, l'aspettare meno non è dunque di per sé l'unico (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 del quotidiano 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. 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 e, di conseguenza, l'attivazione della rete di sostegno.

Organizzarsi per la prestazione richiede un certo tempo all'interno di una gestione familiare; in questa 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).

Figura 18. Motivi della scelta dell'ambulatorio/struttura



3.2. Le priorità ⁴⁰

3.2.1. Perché è necessario definire delle priorità?

I sistemi sanitari più avanzati, soprattutto occidentali, hanno da tempo il problema del controllo di una domanda di cura e di benessere sanitario potenzialmente illimitata. Il fenomeno è collegato all'interazione fra crescita economica, sviluppo dei servizi sanitari, bisogni e aspettative della popolazione che alimenta la domanda, i consumi e la spesa. Ciò provoca un divario sempre più ampio fra domanda e offerta, indipendentemente dal livello di spesa, dal tasso di crescita e dalle modalità di finanziamento⁴¹ e induce la necessità di definire delle priorità sanitarie e sociali rispetto alle quali guidare il razionamento e la distribuzione delle risorse del settore.

Numerosi paesi hanno esplorato - e in alcuni casi sperimentato - lo strumento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per rendere esplicite le garanzie offerte ai cittadini o agli assicurati attraverso la definizione delle prestazioni e dei servizi garantiti. Tale strumento si è rilevato molto duttile ai diversi sistemi sanitari, pur presentando delle difficoltà soprattutto nel conciliare aspetti di non sempre facile convivenza quali l'universalità di accesso, la qualità dei servizi e il controllo dei costi.

3.2.2. Come vengono definiti i livelli essenziali di assistenza?

Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e in particolare nel DLgs 229/1999 sono state definite le garanzie che il Servizio sanitario nazionale si impegna ad assicurare attraverso risorse pubbliche in tutto il territorio nazionale. Si sono così identificati i LEA, vale a dire i tipi di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che devono essere garantiti a tutti. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 ha sancito il passaggio indicando le prestazioni rientranti nei LEA e quelle escluse.

I livelli di assistenza vengono dunque classificati esplicitamente come essenziali, in quanto definiti da servizi e prestazioni selezionate sulla base dei principi etici di dignità ed equità su cui si fonda il Servizio sanitario e in base ai criteri di necessità, efficacia e appropriatezza d'uso.

In generale, vi è una scarsa conoscenza rispetto al concetto dei livelli essenziali di assistenza. Il termine "essenziale" è spesso erroneamente evocatore di un orientamento atto a ridurre le prestazioni sanitarie a una soglia minima. Il timore deriva dal pensare che - tagliando il *budget* - si ridurrebbero di conseguenza anche i fondi per la formazione del personale a scapito del cittadino, che non solo riceverebbe minore assistenza, ma anche cure non adeguate in quanto svolte da personale meno qualificato.

⁴⁰ A cura di Sara Capizzi e Maria Augusta Nicoli.

⁴¹ Offerta che peraltro dovrà sempre più essere contenuta per evitare un incremento non controllato della spesa sanitaria.

3.2.3. Quali sono gli orientamenti sui livelli essenziali di assistenza?

L'obiettivo dello studio⁴² era rilevare l'opinione dei cittadini e degli altri attori direttamente interessati all'introduzione dei LEA. È stato utilizzato un questionario somministrato a un campione di convenienza di cittadini dell'Emilia-Romagna e a un campione di medici e di amministratori sanitari identificati nelle Aziende sanitarie regionali, al fine di confrontare formalmente le opinioni/attitudini dei cittadini con quelle dei professionisti operanti nei vari ambiti del Servizio sanitario.

Innanzitutto, la maggioranza degli intervistati appartenenti alle tre categorie ha riconosciuto la necessità di fissare un limite alle spese per il settore sanitario. Questa opinione è sostenuta soprattutto dagli amministratori e dai professionisti che, anche se più riluttanti, esprimono un parere favorevole al finanziamento limitato, mentre meno netta è la posizione dei cittadini, di cui poco più della metà si dice favorevole.

Rispetto a chi dovrebbe decidere

Da quanto emerge, la definizione delle priorità di cura dovrebbe essere affidata in primo luogo alla classe medica. I professionisti e gli amministratori indicano il medico di famiglia come soggetto autorevole per questa scelta, ancora prima del medico specialista, a differenza dei cittadini che invece indicano quest'ultimo. Alla classe politica viene riconosciuto un ruolo importante soprattutto da parte degli amministratori, che attribuiscono un rilievo significativo anche alla società civile rappresentata dalle associazioni dei pazienti.

Rispetto a quali principi e criteri

- A tutti in base al bisogno

I risultati mettono in rilievo la tendenza generale a privilegiare il criterio di equità basato sul dare a ciascuno secondo il bisogno e a considerare i livelli essenziali di assistenza come strumenti che, nell'ambito di politiche sanitarie universalistiche, definiscono servizi universali in quanto offerti a tutti in ragione della loro necessità clinica.

⁴² Lo studio è stato condotto nel 2001 nell'ambito del programma di ricerca "Definizione dei livelli essenziali di assistenza: implicazioni etiche, epidemiologiche, cliniche ed economico-finanziarie" (ex artt. 12 e 12 bis, DLgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni). Sono stati coinvolti 300 soggetti di cui 100 cittadini, 104 professionisti medici e 16 amministratori. Di seguito sono presentati alcuni risultati delle preferenze espresse; per maggiori approfondimenti si rinvia al contributo di Maria Augusta Nicoli, Sara Capizzi, Roberto Grilli. "Analisi delle preferenze e delle aspettative dei cittadini per diverse forme di assistenza". *Definizione dei livelli essenziali di assistenza: implicazioni etiche, epidemiologiche, cliniche ed economico-finanziarie*. Agenzia sanitaria regionale e Centro di documentazione per la salute, 2001.

- In base alla gravità/urgenza
Posto il carattere universalistico dell'accesso, tra i criteri che gli intervistati riferiscono per ordinare le prestazioni sanitarie quello principale è sicuramente la gravità/urgenza della malattia, assieme alla prevenzione intesa prevalentemente come diagnosi precoce tramite esami e analisi. Vi è una tendenza generale a considerare prioritari gli interventi salvavita, che necessitano dell'utilizzo di alta tecnologia e quindi costosi (ad esempio i trapianti di cuore); hanno inoltre alta priorità gli interventi rivolti a patologie tumorali; alle patologie ritenute non gravi (cure contro l'influenza, emicrania, ...) è riconosciuta invece una priorità più bassa. Gli intervistati argomentano con la necessità di garantire quei trattamenti che, per gli elevati costi, metterebbero in difficoltà il cittadino.
- In base alle caratteristiche delle persone
Rispetto all'eventualità di ordinare l'accesso in base alle caratteristiche delle persone che richiedono prestazioni sanitarie, cittadini e professionisti esprimono in modo dicotomico le loro posizioni sul considerare l'età come fattore discriminante, gli amministratori sono invece favorevoli quasi all'unanimità all'eventualità di favorire i giovani.
Accanto al fattore biologico dell'età, vi è quello collegato allo stile di vita volontariamente adottato e alla responsabilità personale e morale dell'individuo nei confronti della salute. Anche in questo caso sono gli amministratori - che spesso si scontrano con il problema della limitatezza delle risorse - a essere più favorevoli insieme ai cittadini circa l'eventualità che le persone che hanno contribuito alla loro malattia (ad esempio: bevendo o fumando eccessivamente) abbiano una priorità inferiore rispetto agli altri. I professionisti sono invece decisamente contrari.
- In base alla qualità della vita
La maggioranza degli intervistati (eccetto gli amministratori che sono i più indecisi) afferma che si deve tenere conto della qualità di vita futura del paziente piuttosto che ricercare a priori il modo di sostenere e prolungare la vita attraverso terapie mediche.
- In base alla scelta tra cure palliative vs trapianto di cuore
Rispetto al tema delle cure palliative, fa sicuramente riflettere la posizione di cittadini e amministratori (più indecisi i professionisti) sull'accordare una preferenza di priorità alle cure contro il dolore per gli ammalati di cancro, rispetto ai trapianti di cuore. È senz'altro un segnale di cambiamento rispetto a un'epoca basata sul mito della guarigione.
- In base all'efficacia dimostrata scientificamente
La maggioranza di intervistati propende ad accettare il principio secondo cui dovrebbero essere garantite a tutti quelle cure la cui efficacia è provata scientificamente.

Da diverse indagini emerge tuttavia che il principio di efficacia può subire variazioni quando è collegato a situazioni che evocano il principio di equità. Così, se si chiede l'opinione su come distribuire risorse economiche per promuovere interventi di prevenzione, i cittadini prediligono un orientamento basato sul rispetto dell'equità piuttosto che sull'utilizzo e sull'allocazione ottimale delle risorse nel raggiungimento degli obiettivi.

- Secondo un criterio di equità sociale o di utilità individuale

Tra il criterio scientifico e razionale dell'efficacia dimostrata e quello irrazionale della speranza di guarigione, gli intervistati (soprattutto cittadini e professionisti, mentre gli amministratori sono circa la metà) propendono per quest'ultimo. Di fronte alla scelta se eseguire un trapianto di midollo a un bambino di otto anni, anche se non c'è sicurezza dell'esito ed è un intervento molto costoso, il campione degli intervistati opta cioè per tentare l'intervento, sacrificando il criterio dell'equità sociale a quello dell'utilità individuale.

3.2.4. La scelta delle priorità come processo di condivisione

Un aspetto particolarmente discusso riguarda l'opportunità di accrescere la partecipazione degli operatori sanitari e degli utenti alla decisione delle priorità.

Definire le priorità costituisce un percorso di elaborazione - chiamato processo di categorizzazione - che permette di ordinare le prestazioni sanitarie che corrispondono a precisi criteri e che presentano affinità, e contestualmente di stabilire le differenze di valore tra i vari raggruppamenti.

Numerose indagini riferiscono di esplorazioni effettuate all'interno di gruppi di discussione (es. le conferenze cittadine), il cui l'obiettivo è costituito non solo dal rilevare le opinioni dei cittadini ma anche dall'attivare diverse occasioni di confronto per condividere scelte. La scelta può variare in relazione al contesto in cui matura, se è individuale o all'interno di un gruppo. Si sono avviate pertanto diverse indagini a livello regionale tese a verificare le condizioni che influenzano i giudizi espressi dai cittadini tra cui l'effetto prodotto dalla discussione in gruppo con propri pari.

Lo studio⁴³ in questione prevedeva tre diverse situazioni:

- ai partecipanti era consegnata la lista delle prestazioni su cui occorreva definire le priorità di scelta (gruppo controllo),
- si consegnava un foglio informativo su cosa sono i livelli essenziali di assistenza (gruppo di informazione),
- ai partecipanti veniva data la possibilità di confrontarsi in gruppo (gruppo di discussione).

⁴³ "L'orientamento dei cittadini verso le scelte di priorità dei trattamenti sanitari". A cura di Nicoli M.A., Mancini T. (in corso di pubblicazione).

I risultati evidenziano cambiamenti a seconda che i soggetti siano chiamati a scegliere individualmente (gruppo di controllo), che venga fornito loro un foglio informativo (gruppo di informazione), che abbiano l'opportunità di discutere (gruppo di discussione). Così, ad esempio, l'importanza attribuita ai programmi riabilitativi cresce nel gruppo di discussione, diminuisce nel gruppo di informazione e rimane pressoché invariata nel gruppo di controllo. Si è inoltre osservato che, mentre le scelte maturate nel gruppo di informazione e di controllo si dirigono a favore dell'equità e dell'utilità sociale, il gruppo di discussione si sposta, anche se in modo non marcato, verso una scelta a favore dell'efficienza clinica e dell'utilità individuale. Nel gruppo di discussione si è inoltre osservato il passaggio dall'opinione secondo cui tutti i servizi debbano essere garantiti senza limitazioni alla considerazione secondo cui, a fronte della limitatezza delle risorse disponibili, occorre definire delle priorità di intervento in sanità.

Infine, non si sono evidenziate forme di discriminazione o pregiudizio nei confronti di chi può essere considerato responsabile della propria malattia (fumatori, malati di AIDS, ecc.). È invece emersa, soprattutto da parte del gruppo di controllo, la necessità di una maggiore attenzione al paziente e di un adeguato sostegno psicologico rispetto a un evento traumatico come la malattia.

3.3. La partecipazione alle scelte ⁴⁴

La partecipazione alla fitta rete di processi che compongono il Servizio sanitario nazionale significa riferirsi a una molteplicità di azioni che tendono a superare la mera informazione o coinvolgimento, per tendere a decidere insieme, ad autogestire la propria salute o - più limitatamente - un percorso di cura.

Partecipare significa dunque impegno attivo del soggetto o delle reti solidaristiche (amicali, familiari, di volontariato, ...) nel percorso di cura o riabilitativo; ma partecipazione è anche il processo attraverso cui il cittadino - soggetto attivo, portatore di diritti e interessi di valore - interviene, contribuendo a definire le decisioni e le azioni che riguardano la comunità.

Già da parecchi anni in Emilia-Romagna sono stati individuati principi e criteri per potenziare il coinvolgimento dei cittadini all'interno delle Aziende sanitarie, valorizzando diversi livelli di coinvolgimento:

- partecipazione alle scelte di politica sanitaria,
- partecipazione alle scelte di politica aziendale,
- partecipazione alle scelte di trattamento.

⁴⁴ A cura di Sara Capizzi, Vittoria Sturlese, Maria Augusta Nicoli.

3.3.1. La partecipazione alle scelte di politica sanitaria: i Piani per la salute

Uno dei temi attuali delle politiche di promozione della salute riguarda la partecipazione come espressione della volontà di una comunità di farsi carico di ciò che la riguarda. Come ha indicato l'Organizzazione mondiale della sanità, le politiche in campo della salute dovrebbero essere orientate all'attivazione di processi decisionali collettivi, alla costituzione di logiche di azione partenariale.

I Piani per la salute, avviati in Emilia-Romagna nel 2000, rappresentano un esempio di processo improntato alla partecipazione diretta dei cittadini. Essi sono definiti

*piani poliennali di azione elaborati e realizzati da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria.*⁴⁵

L'area geografica di riferimento del Piano per la salute corrisponde in partenza a quella dell'Azienda USL o della provincia; è di durata triennale e viene elaborato sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socio-economica locale. La sede in cui si realizza il coordinamento intersettoriale delle azioni del Piano è la Conferenza socio-sanitaria territoriale (CSST), che definisce le strategie condivise per obiettivi comuni tra:

- le istituzioni, che esercitano funzioni rilevanti per la salute della popolazione;
- le organizzazioni sociali, che danno voce ai bisogni e alle istanze etiche e contribuiscono alla mobilitazione delle risorse;
- i produttori, che concorrono con l'offerta di prestazioni e servizi.

La programmazione negoziata alla base di tale strategia presuppone modalità di partecipazione che consentano la collaborazione non subordinata di tutti gli attori sociali e stimolino un coinvolgimento concreto di chi ha interesse e opportunità. Il campo d'azione dei PPS è quindi un'area di convergenza tra interessi per la realizzazione di azioni per la salute, partecipazione dei diretti interessati e ricerca sul campo per la sperimentazione di percorsi adeguati.

⁴⁵ Allegato alla Delibera di Giunta n. 321 dell'1/3/2000.

La rete dei significati

Quali le idee, i significati e le strategie operative dietro i Piani per la salute?⁴⁶ Le interviste di gruppo con i protagonisti dei Piani per la salute nella forma aperta e indeterminata della conversazione hanno evidenziato un insieme di fattori che intervengono e agiscono sui Piani per la salute.⁴⁷ Si è quindi potuto evidenziare il *network of meanings* (Moscovici, 1993), ovvero il nucleo centrale attorno al quale si costruisce la rappresentazione sociale del processo partecipativo dei Piani per la salute. Tale nucleo è costituito innanzitutto dal contesto e dalla cultura come visione del mondo e al contempo quale capacità degli uomini appartenenti a una cultura di agire entro una comune prospettiva. La considerazione sottesa è che tra *governance* e cultura ci sia un rapporto inscindibile, nel senso che non vi è *governance* se le decisioni di governo non scaturiscono all'interno del tessuto di significato nei cui termini gli uomini interpretano la loro esperienza e guidano la loro azione.

Le altre dimensioni che rendono operativo il concetto di partecipazione sono la metodologia/il percorso, le risorse, i rapporti/le relazioni, gli attori/il ruolo. L'entità delle riflessioni emerse a proposito dei rapporti e la rilevanza generale attribuita a questi aspetti individuano il valore delle relazioni nei Piani quale dimensione fondante. La caratteristica principale consiste infatti nel ricercare un'articolazione dei rapporti tra i servizi sanitari e di salute e le loro comunità di riferimento allo scopo di promuovere percorsi progettuali integrati per il raggiungimento di obiettivi di salute concordati e condivisi.

Quali sono le priorità?

L'ascolto e la partecipazione dei cittadini è avvenuto con diverse metodologie, anche originali, realizzate in modo capillare e continuativo da momenti di ascolto, consultazione o partecipazione attraverso *forum* con i cittadini, riunioni periodiche o assemblee, attività di informazione, di promozione e di formazione. Attraverso questo processo di coinvolgimento diretto della cittadinanza, ogni ambito provinciale ha definito le priorità

⁴⁶ Vista la rilevanza dei Piani per la salute, in Emilia-Romagna è stata condotta una ricerca-intervento dal titolo "I Piani per la salute come contesti di partecipazione alle decisioni locali" (a cura di Sara Capizzi e Maria Augusta Nicoli) allo scopo di definire i modelli partecipativi adottati e verificare la possibilità di un loro trasferimento ad altri settori di intervento. I risultati dell'indagine sono raccolti nel volume di prossima pubblicazione *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute* a cura di Marco Biocca, FrancoAngeli.

⁴⁷ Le tredici interviste di gruppo di cui si è avvalsa l'indagine sono state condotte nel periodo tra ottobre 2002-febbrario 2003 dal gruppo di coordinamento regionale dell'Assessorato alla sanità e dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna presso le altrettante esperienze dei Piani per la salute in corso nei diversi territori della regionale. Le interviste hanno coinvolto 113 partecipanti, di cui 36 degli Enti locali, 53 dell'Azienda USL e 24 del sindacato, Terzo settore, volontariato. L'elaborazione dei dati è stata realizzata con la tecnica dell'analisi del contenuto. (In corso di pubblicazione).

verso cui dirigere la propria attenzione. Si possono identificare alcuni temi prioritari quali la qualità della vita degli anziani, il disagio dei giovani, il traffico (per i suoi riflessi su sicurezza e inquinamento), alcune patologie prevalenti, in particolare cardiovascolari e neoplastiche.

Quali sono i principali aspetti su cui si stanno interrogando i protagonisti?

Dai risultati ricavati attraverso interviste di gruppo ai protagonisti dei Piani per la salute a livello regionale emergono alcuni aspetti salienti su cui si sta riflettendo.

- Coinvolgere i cittadini nella fase di sviluppo dei progetti.
Il dibattito è tra chi sostiene l'importanza, dopo avere condiviso le priorità, di continuare a coinvolgere i cittadini nel momento della progettazione, e chi invece è dell'opinione che questa fase rappresenti un momento di delega ai tecnici. Nel primo caso è necessario capire come si possa lavorare in modo condiviso nel proseguo dei lavori senza la pretesa che i cittadini ragionino con strumenti di programmazione abbastanza sofisticati. Nel caso in cui venisse scelta la seconda ipotesi, viene visto come problematico riagganciare in un momento successivo la partecipazione delle persone senza correre il rischio di strumentalizzazione. Dalle opinioni emerge comunque il bisogno di inventare strumenti per mantenere - o riprendere - la partecipazione.
- Trovare dei livelli di raccordo tra strumenti di programmazione.
Un altro aspetto cruciale è il rapporto dei Piani per la salute con gli altri strumenti di programmazione partecipata, rispetto ai quali si dovrebbe trovare una modalità di raccordo che eviti il rischio di sovrapposizione e di cortocircuito e che sia invece utile all'instaurarsi di una sinergia virtuosa. Le soluzioni avanzate sono diverse, dalle più generiche e teoriche a quelle più strutturate che definiscono una gerarchia dei piani. Ad esempio, c'è chi considera l'eventualità di fare diventare i Piani per la salute l'elemento scatenante delle pianificazioni, la parte innovativa, la fonte; altri intervistati affermano l'importanza anzitutto della conoscenza di quel che si fa a tutti i livelli anche considerando l'eventualità di possibili agganci, ma senza indicarne le modalità; altri ancora focalizzano le loro riflessioni sul livello su cui fare convergere la politica socio-sanitaria e all'interno del quale individuare azioni specifiche.
- Definire il livello territoriale in cui calare i progetti.
È dibattuta la questione su quale sia il livello territoriale in cui calare i progetti tra chi sostiene che i temi importanti non si possono risolvere a livello di Distretto - perché si rischierebbe una territorializzazione eccessiva e una *devolution* portata alle estreme conseguenze - ma sono di pertinenza provinciale, e chi invece sostiene che l'azione dei Piani per la salute non può fermarsi altro che a livello distrettuale, cellula elettiva all'interno della quale coltivare le azioni progettuali. Vi è poi una terza via di chi afferma che ci sono livelli diversi e ci sono problemi che devono avere risposta distrettuale, provinciale o anche regionale.

3.3.2. La partecipazione alle scelte di politica aziendale: i Comitati consultivi misti

Nella Delibera di Giunta regionale n. 1011 del 7 marzo 1995 "Direttiva alle Aziende sanitarie per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 15 della LR 19/1994" veniva sottolineato il dovere di informazione degli utenti, la necessità di semplificare le procedure di accesso alle prestazioni e di agevolare i cittadini nell'esercizio dei loro diritti e nell'adempimento dei loro obblighi, anche attraverso l'istituzione dei Comitati consultivi misti.

Qualche anno dopo il Piano sanitario regionale (Deliberazione del Consiglio regionale n. 1235 del 22 settembre 1999) ha riconfermato, tra gli organismi che assicurano tutela e partecipazione, i Comitati consultivi misti e il Comitato consultivo regionale per la qualità dal lato del cittadino. I CCM rappresentano dunque l'istanza organizzativo-istituzionale prevista dalla Regione per dare voce alle associazioni e ai gruppi organizzati della società civile quali rappresentanti dei cittadini per garantire la qualità dei servizi sanitari.

I Comitati consultivi misti sono composti, in misura maggioritaria, dai rappresentanti delle associazioni di tutela e di volontariato impegnate nel settore socio-sanitario e da operatori interni all'Azienda. Agiscono in un'ottica di reciproca collaborazione con le componenti aziendali e hanno l'obiettivo di stimolare e verificare il coinvolgimento dell'Azienda nel processo di miglioramento della qualità della comunicazione con il cittadino (valutazione di aspetti qualitativi dal lato dell'utente, rilevazioni della soddisfazione, iniziative educative e di promozione della salute, aggiornamento della Carta dei servizi). In realtà, sia la composizione interna che il numero dei membri dei CCM risultano piuttosto vari a seconda delle singole realtà aziendali.

Da un'indagine autogestita effettuata nel 2001, i membri dei CCM regionali hanno espresso alcune valutazioni sul ruolo da essi rivestito e sugli elementi di criticità ad esso connessi. Al di là del problema della composizione interna, i nodi problematici con cui si stanno confrontando queste forme di coinvolgimento dei cittadini sono riconducibili da un lato al tema della rappresentatività, dall'altro al tema della partecipazione ai momenti decisionali aziendali. In particolare viene sollevato il problema della rappresentanza esterna dei CCM nei confronti della cittadinanza: viene messo in dubbio il fatto che chi è membro del CCM possa essere rappresentativo nel senso proprio del termine, dal momento che non esistono meccanismi formali di delega attraverso cui gruppi di cittadini o categorie di utenti eleggono o nominano i propri rappresentanti.

Un altro aspetto problematico è costituito dalla reale efficacia di questa forma di partecipazione istituzionalizzata, che manifesta un andamento oscillante. Fra le ragioni più spesso addotte per spiegare il calo di partecipazione vi è il tempo e l'impegno richiesto per svolgere un'attività su base volontaria da parte di soggetti che spesso già dedicano una parte considerevole del loro tempo e impegno personale alla propria associazione. Un'altra ragione è rappresentata dalla demotivazione conseguente all'impressione di molti membri di una scarsa influenza esercitata sulle scelte delle

direzioni aziendali, distrettuali e ospedaliere. Infine viene evidenziata la mancanza di strumenti adeguati a intervenire in una realtà piuttosto complessa come quella sanitaria, nella quale i volontari membri dei CCM si trovano spesso a nuotare come pesci fuor d'acqua.

La natura consultiva dei CCM evidenzia un'altra importante specificità che in parte è connessa alle problematiche evidenziate poco sopra. Tra i motivi di insoddisfazione c'è la poca concretezza del lavoro svolto e la mancanza di potere che denuncia una situazione di difficile interpretazione di ruolo. Non è un caso che vi siano due posizioni contrapposte: da un lato il proprio ruolo è espresso in chiave prevalentemente rivendicativa nei confronti della direzione aziendale, vissuta essenzialmente come una controparte; dall'altro lato vi è una linea di tendenza che interpreta il proprio ruolo in chiave di collaborazione subordinata alle scelte e alle strategie aziendali, spesso di legittimazione delle stesse nei confronti della cittadinanza, anziché farsi realmente portavoce delle istanze che da questa emergono.

3.3.3. La partecipazione alle scelte di trattamento: il consenso informato

In base a una definizione adattata dal Tribunale per i diritti del malato, il consenso informato è

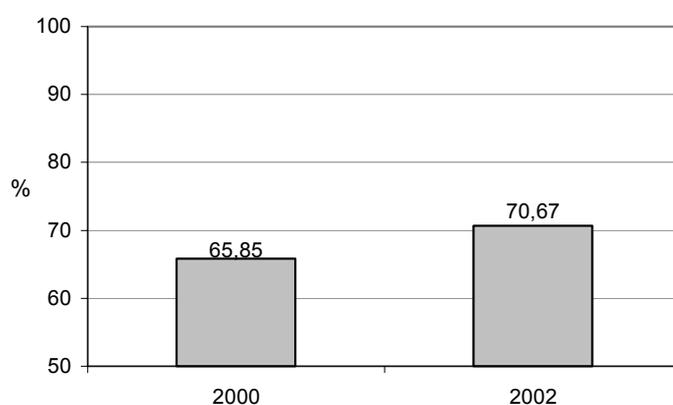
l'espressione della volontà del cittadino malato, che autorizza il medico ad effettuare uno specifico trattamento medico-chirurgico sulla sua persona. Non si può prescindere da tale consenso, fatte salve le condizioni previste per legge (urgenza, incapacità di intendere e volere), perché qualunque azione effettuata senza tale autorizzazione sarebbe illecita da un punto di vista penale, indipendentemente dai risultati ottenuti.

Il fine del consenso informato è sostanzialmente rispettare l'autonomia e promuovere la partecipazione dell'individuo chiamato a prendere una decisione sulla propria salute. Il ruolo del medico deve essere quindi quello di un tecnico esperto che spiega al paziente la sua condizione clinica e le varie possibilità di diagnosi o di terapia. Questo consentirebbe al cittadino di valutare l'informazione ricevuta in relazione alle proprie condizioni psicologiche e di scegliere l'*iter* terapeutico che ritiene più adatto e accettabile per sé.

La procedura per l'acquisizione del consenso informato costituisce però solo l'ultimo atto di uno dei percorsi relazionali intorno ai quali prende sostanza e si evolve il rapporto medico-paziente: l'informazione al cittadino sul suo stato di salute, sulle possibilità di diagnosi e di terapia e sulle prospettive di risultato. L'articolazione della procedura è funzionale alla creazione di condizioni di lavoro favorevoli al miglioramento della relazione tra medico e cittadino; questa relazione deve tendere sempre più al superamento della distanza informativa esistente tra i due interlocutori, per costruire su basi autenticamente condivise un'alleanza decisionale per un'efficace gestione del bene salute.

I risultati della rilevazione degli indicatori dal lato dell'utente⁴⁸ evidenziavano nel 2000 l'esistenza di procedure scritte relative al consenso informato nel 66% dei presidi pubblici, e nella totalità delle strutture private; nel 2002 le procedure risultano presenti in tutti i dipartimenti delle strutture private e nel 71% delle strutture pubbliche (*Figura 19*). Il dato sulla diffusione della procedura sul territorio regionale non fa tuttavia emergere elementi di tipo qualitativo. Molte questioni rimangono quindi aperte in assenza di ricerche finalizzate a verificare se il consenso informato viene concepito come strumento di comunicazione dell'intero piano di cura nel quadro di una relazione interpersonale intesa come alleanza terapeutica fra medico e paziente, o se invece viene relegato in posizione di assoluta marginalità, o concepito come un'incombenza burocratica all'interno di una relazione medico/paziente che rimane asimmetrica.

Figura 19. Dipartimenti delle strutture pubbliche che possiedono procedure scritte relative al consenso informato del paziente⁴⁹



⁴⁸ ... indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie ...

DLgs 502/1992, art. 14, comma 1.

⁴⁹ A cura di Vittoria Sturlese.

3.4. I bisogni informativi dei cittadini ⁵⁰

3.4.1. Politiche regionali per la comunicazione

La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione. Essa rappresenta l'espressione più forte di una relazione attiva fra due attori che si scambiano segnali e messaggi in riferimento a un preciso oggetto, nel caso specifico la salute o un progetto di cura o assistenza.

Una buona comunicazione può favorire scelte consapevoli nei progetti di cura e nell'adozione di comportamenti e stili di vita positivi: dalla parte dell'organizzazione può consentire il raggiungimento di obiettivi di qualità e appropriatezza delle cure, e può rendere più equo l'accesso ai servizi e più razionale la loro fruizione.

Il vigente Piano sanitario regionale pone quindi l'obiettivo di sviluppare in tutte le Aziende sanitarie e all'interno del Servizio sanitario regionale un sistema comunicazione a cui concorrano tutti i servizi, con il supporto in particolare delle strutture dedicate e degli esperti nella comunicazione con i singoli, i gruppi, intere collettività.

La comunicazione è strumento di relazione a più livelli: al livello della programmazione dei servizi sanitari e dell'indicazione a un loro utilizzo appropriato; al livello della promozione di stili di vita sani; al livello dell'erogazione delle cure.

Per quanto riguarda le iniziative a livello regionale, negli ultimi mesi del 2001 è stato definito un piano operativo, diffuso dalla Direzione generale Sanità nel 2002, che comporta attività di informazione e di partecipazione alla definizione di strategie di comunicazione per il Sistema sanitario regionale. In particolare sono stati avviati i lavori per la costruzione di un portale del Servizio sanitario regionale che metta con immediatezza in relazione i vasti pezzi del sistema sanitario riconducendoli alla comune identità, e favorisca una migliore sintonia fra di essi in termini di contenuti e linguaggi ma anche di servizi e immagine.

Il piano triennale prevede inoltre di continuare nel lavoro di progettazione comune di campagne di informazione e comunicazione su temi di interesse (donazione del sangue, valorizzazione della professione infermieristica, promozione dello *screening* per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella, promozione dell'informazione sui servizi per favorire conoscenza e dunque equità di accesso).

Un altro campo di interesse è quello della valorizzazione di esperienze effettuate nelle Aziende sanitarie, da diffondere in tutto il Servizio sanitario regionale. A livello aziendale gli strumenti di comunicazione sono molti: quelli più utilizzati al livello della

⁵⁰ I dati del 2000 si riferiscono ai presidi aziendali. Nel 2002 tale indicatore è riferito ai dipartimenti aziendali di rianimazione e terapia intensiva, medicina generale, geriatria/lungodegenza, chirurgia generale, pronto soccorso, dipartimento di emergenza.

comunicazione formale sono i *mass media*, gli strumenti informativi scritti e, più recentemente, Internet. Essi trovano negli Uffici per le relazioni col pubblico e negli Uffici comunicazione un ambito organizzativo specificamente dedicato (*Tabella 13*).⁵¹

Tabella 13. Funzioni svolte dall'URP. 1/1/2002

	Aziende USL	Aziende ospedaliere
Informazioni su attività/servizi dell'Ente	24	6
Servizi all'utenza in attuazione L. 241/1990	19	6
Sportelli polifunzionali	3	
Comunicazioni di pubblica utilità	21	5
Rilevazioni su esigenze e opinioni	21	6
Restituzione valutazione agli uffici	19	6
Informazioni su altre amministrazioni	11	3
Informazioni sulla città		1
Informazioni turistiche		3
Informagiovani	6	
Altro	1	

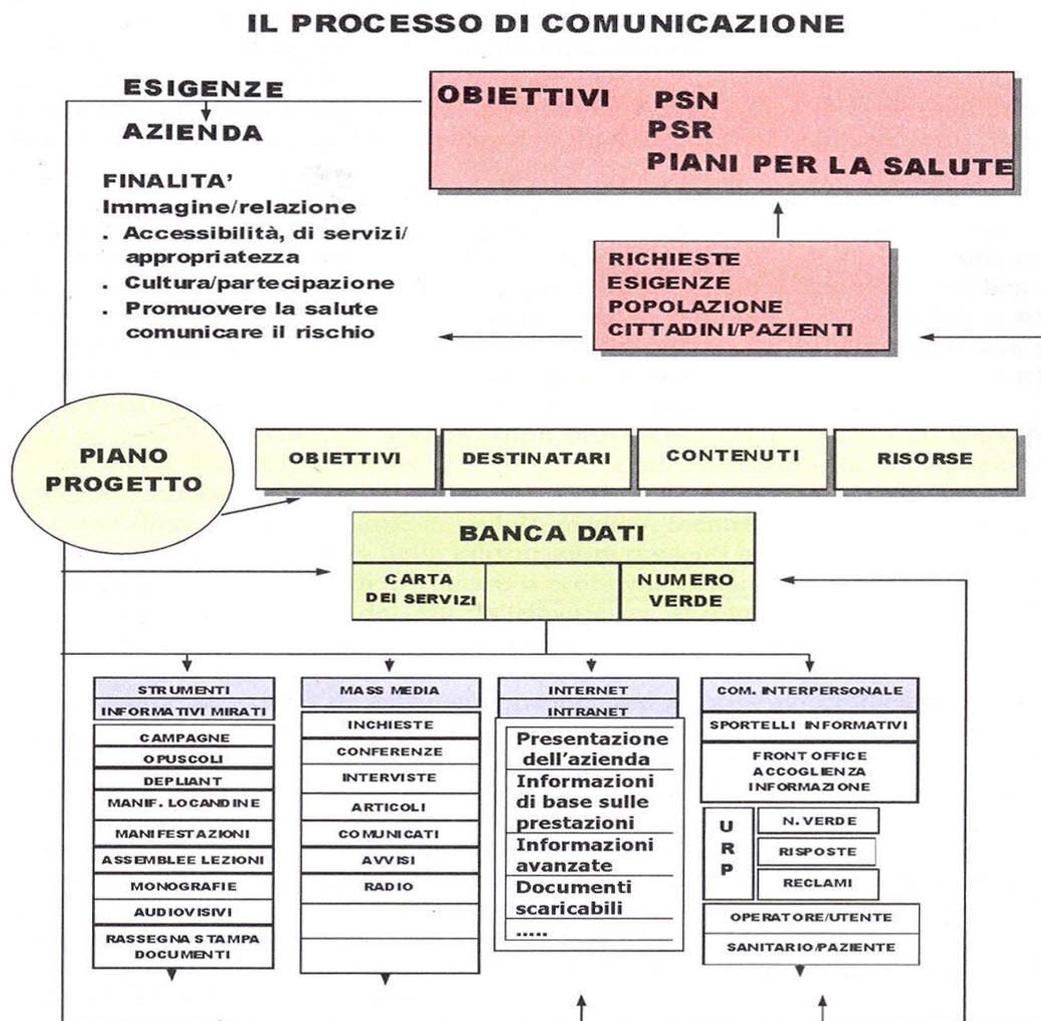
Un'iniziativa regionale rilevante di questo percorso è la costituzione del Numero verde del Servizio sanitario nel giugno 2002. Si tratta di un'iniziativa la cui progettazione ha impegnato le Aziende sanitarie e la Regione per oltre un anno. L'idea è semplice: fornire a tutti - in modo omogeneo da Piacenza a Rimini - informazioni chiare, complete, tempestive sui servizi sanitari e socio-sanitari e sulle modalità e luoghi di erogazione nei diversi territori dell'Emilia-Romagna. Lo scopo è evidente: garantire equità di accesso alle informazioni per garantire equità di accesso ai servizi. Si è trattato di mettere in rete

⁵¹ *L'approvazione della Legge 150/2000 rappresenta infatti un ulteriore passo in avanti verso il completamento, dal punto di vista normativo, del processo di cambiamento e modernizzazione che sta interessando l'Amministrazione pubblica da circa un decennio, esplicitando, in particolare, le aree di operatività e la ragion d'essere dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in modo più chiaro di quanto fatto in passato. La Legge, infatti, prefigurando una suddivisione più articolata e definita delle funzioni di informazione e comunicazione istituzionale tra le diverse strutture organizzative preposte (URP, Ufficio stampa, Portavoce), suggerisce una conseguente riorganizzazione dell'Ufficio relazioni con il pubblico intorno ad un nucleo di attività ben preciso, che ne ri-orienta la mission organizzativa, spostandone il focus verso funzioni più "evolute" e strategiche per il funzionamento della macchina amministrativa, quali la customer satisfaction, il presidio della circolazione dei flussi informativi interni ed esterni all'ente, la promozione dell'adozione di strumenti di interconnessione telematica, il coordinamento delle reti civiche.*

Da URP Regione Emilia-Romagna. *Il sistema e la rete degli URP in Emilia-Romagna*. Rapporto 2002.

tutti gli Uffici relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie; costruire una banca dati di informazioni sui servizi comune a tutto il Servizio sanitario fruibile su un supporto informatico comune; attrezzare un *call center* unico con operatori appositamente formati e in grado di rispondere alle telefonate attraverso la consultazione della banca dati informativa e di assicurare, al tempo stesso, la possibilità di trasferire la telefonate agli URP delle Aziende sanitarie per risposte a domande complesse (Figura 20).

Figura 20. Il processo di comunicazione



3.4.2. Quali sono i bisogni informativi dei cittadini?

Nei primi cinque mesi di attività in rodaggio sono arrivate al Numero verde dalle 70 alle 100 telefonate al giorno, con punte di 1.400 telefonate al giorno nel novembre 2002, con picchi di 200 telefonate all'ora. Nel gennaio 2003 il numero medio delle telefonate al giorno si aggira intorno alle 400.

Le domande che vengono poste con maggiore frequenza a questo nuovo servizio informativo riguardano l'accesso alle visite e agli esami specialistici: dove effettuarli (18,8%) e dove prenotarli (11,5%). La seconda tipologia di richieste più frequenti (11,2%) è riferita alle strutture del Servizio sanitario regionale: sedi, recapiti, operatori. A seguire, giungono diverse richieste informative sulle procedure di iscrizione al servizio sanitario, scelta e revoca del medico e assistenza di stranieri o all'estero (11,1%). Un'incidenza significativa rivestono le domande sui servizi socio-sanitari offerti (10,6%): assegno di cura, assistenza domiciliare, servizi per le persone disabili. Le restanti categorie di domande ricorrenti riguardano il pagamento del *ticket* (6,5%) e le relative esenzioni, i diversi certificati e documenti rilasciati dal servizio sanitario (4,8%), le vaccinazioni (4,2%), la presentazione di segnalazioni e reclami (3,4%), l'accesso ai programmi di prevenzione (2,8%).

Come viene valutata la qualità dell'informazione del Numero verde da parte dei cittadini?

Il Coordinamento del Servizio Numero verde, in capo all'Azienda USL di Imola, ha recentemente condotto un'indagine telefonica volta a rilevare il gradimento dei cittadini che usufruiscono del servizio al primo livello informativo, cioè di coloro che ricevono una risposta ai loro quesiti dagli operatori del *call center*. L'indagine è stata condotta fra marzo e maggio 2004 e ha interessato 2.206 cittadini ai quali è stato somministrato un questionario telefonico.

Dall'analisi dei dati si evince che il 98,2% dei giudizi sul servizio sono positivi, di cui il 30,4% abbastanza soddisfatti e il 67,8% molto soddisfatti. Dalla domanda sulla cortesia degli operatori del *call center* nel fornire informazioni emerge un gradimento complessivo del 99,9% (abbastanza + molto soddisfatto), mentre la soddisfazione rispetto alla completezza delle informazioni fornite si attesta su un livello del 97% (30% abbastanza, 70% molto).

Si può dire quindi che in questi primi anni di attività il Servizio Numero verde ha fornito delle *performance* di eccellenza, comprovate dal gradimento dei cittadini che ne hanno usufruito.

Nell'indagine era prevista anche una domanda aperta nella quale si chiedeva ai cittadini di esprimere quali elementi del servizio avrebbero voluto migliorare: tra coloro che hanno risposto (il 18,5% del campione), il 35,5% ritiene che il servizio dovrebbe fornire maggiori informazioni, il 19,8% desidererebbe essere messo in contatto direttamente tramite telefono al servizio che dispone delle informazioni di cui necessita, e il 17,6% richiede la possibilità di prenotare direttamente attraverso questo servizio.

3.4.3. La comunicazione con i cittadini attraverso il web (Angelini et al., 2002)

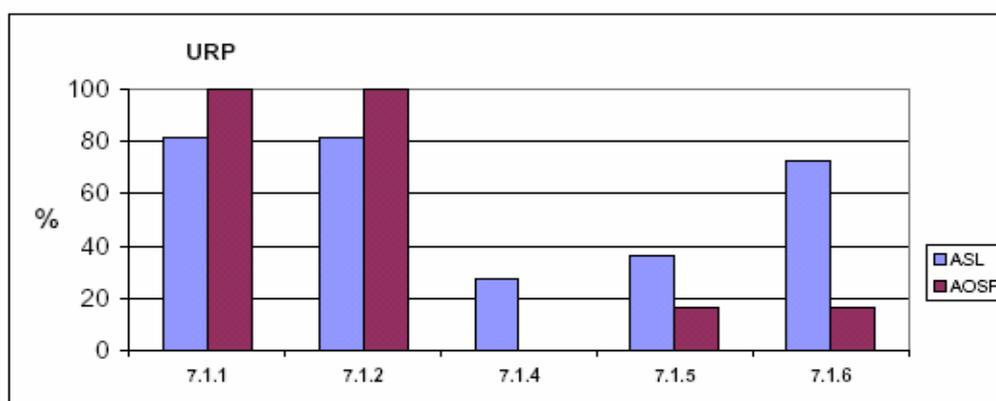
La comunicazione con i cittadini attraverso Internet risulta oggi un'azione strategica di grande rilevanza in Emilia-Romagna. Sul sito regionale dedicato alle tematiche della salute sono molto diffusi strumenti di comunicazione tradizionale, comunicati stampa, campagne di comunicazione, *newsletter*, documentazione e banche dati.

Da un'indagine circoscritta ai servizi in rete offerti dai siti *web* delle Aziende sanitarie della regione (Angelini *et al.*, 2002) si desume che tutte le Aziende hanno creato e tuttora gestiscono un proprio sito. I siti sono molto diversificati fra di loro per struttura, impostazione grafica, qualità e quantità delle informazioni; in questa sede interessa tuttavia analizzare e valutare i contenuti comunicativi/informativi dal punto di vista dell'utilità per il cittadino.

Dall'indagine si desume che la Carta dei servizi è descritta nel 100% delle Aziende ospedaliere e nell'80% di quelle territoriali; per quanto riguarda le informazioni di base sulle prestazioni erogate (sedi, orari, personale), sono descritte in tutti i siti delle Aziende ospedaliere e nel 60% di quelle territoriali, mentre hanno percentuali basse le informazioni sui *ticket* per prestazioni ambulatoriali (40% per le Aziende territoriali, 67% per le Aziende ospedaliere) e sulle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ordinari e in *day hospital* (40% nelle Aziende territoriali). È possibile scaricare informazioni e documenti su temi sanitari e su iniziative di promozione della salute in oltre il 70% dei siti delle Aziende USL e solo nel 40% dei siti delle Aziende ospedaliere.

La possibilità per i cittadini di ricevere informazioni mediche individuali viene garantita da meno del 20% delle Aziende. Questo dato mette in evidenza uno degli elementi di debolezza del sistema, cioè la scarsa possibilità di interazione tra navigatore e sito *web* aziendale: prima del 2002 le forme di interazione erano limitate alla possibilità di scaricare alcuni moduli e di inviare *mail* e circoscritte all'ambito Uffici relazioni con il pubblico, che hanno partecipato alla costruzione del sito e quindi a tutti gli aspetti di comunicazione tra cittadino e Azienda (Figura 21).

Figura 21. Forme di interazione comunicativa fra cittadino e Aziende



7.1.1: *compiti e funzioni* 7.1.2: *e-mail* 7.1.4: *FAQ* 7.1.5: *modulistica scaricabile* 7.1.6: *giornale aziendale online*

3.5. Reclami ed elogi ⁵²

3.5.1. *Il sistema regionale di rilevazione delle segnalazioni dei cittadini*

La gestione delle segnalazioni (e fra queste i reclami) è uno strumento di comunicazione che si inserisce fra quelli che realizzano, da parte dell'organizzazione, un approccio attivo agli utenti, che supera il concetto di semplice tutela dei diritti e si orienta fortemente al coinvolgimento e alla partecipazione dell'utenza nella vita organizzativa.

Tutte le Aziende sanitarie della regione possiedono un Ufficio relazioni con il pubblico che effettua le attività di comunicazione e informazione sui servizi, gestisce le segnalazioni che pervengono dall'utenza, presiede la rete di relazioni con i Comitati consultivi misti, le associazioni di volontariato e tutela dei cittadini, gli URP di altre istituzioni territoriali, e contribuisce alla valutazione della qualità dei servizi.

Per quanto riguarda la funzione della gestione delle segnalazioni, occorre ricordare che fino al 2001 ogni Azienda possedeva proprie modalità di analisi del problema e il sistema regionale pertanto non disponeva di informazioni complessive sul fenomeno.

Allo scopo di uniformare la raccolta e l'analisi delle segnalazioni con un sistema di rilevazione regionale, negli ultimi mesi del 2001 i responsabili degli URP aziendali, supportati dall'Agenzia sanitaria regionale, hanno condiviso un *set* minimo di dati da raccogliere (proposto dal Comitato consultivo regionale per la qualità dalla parte del cittadino) e una classificazione riferita a fattori di qualità che consentisse l'attribuzione il più possibile univoca degli eventi oggetto di segnalazione. La Tabella 14 riporta le macrocategorie di classificazione delle segnalazioni utilizzate da tutti gli URP regionali.

Tabella 14. Classificazione CCRQ - URP RER

Descrizione macrocategoria *
Aspetti strutturali
Informazione
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi
Aspetti tecnici professionali
Umanizzazione e aspetti relazionali
Aspetti alberghieri e comfort
Tempi
Aspetti economici
Adeguamento alla normativa (<i>ticket</i> , LEA)
Altro

Legenda

* A ogni macrocategoria corrispondono una serie di sottocategorie, che dettagliano nello specifico le macroaree.

⁵² A cura di Vittoria Sturlese.

Tutto l'anno 2002 è stato impegnato nello sviluppo di un sistema informatizzato di registrazione delle segnalazioni, nella formazione degli operatori delle Aziende al suo utilizzo e nella sperimentazione del suo funzionamento. L'obiettivo era ovviamente quello di ottenere una lettura oggettiva e confrontabile delle segnalazioni fra le diverse Aziende del Sistema regionale. A partire dall'1 gennaio 2003 il sistema informatizzato di registrazione è operativo in tutte le Aziende.

Dall'inizio del 2004 è stato allestito un sito internet dedicato (<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/segnalazioni/index.htm>) in cui sono presenti elaborazioni condotte attraverso reportistica predefinita annuale e trimestrale, alcune delle quali consultabili e scaricabili.

3.5.2. Un confronto fra reclami ed elogi

Il nuovo sistema informativo regionale consente di rilevare tutte le segnalazioni provenienti dall'utenza classificandole in reclami, elogi, suggerimenti, rilievi,⁵³ reclami impropri.

Prima di illustrare i dati occorre ricordare che solo i cittadini più insoddisfatti sporgono reclamo e che quest'ultimo rappresenta pertanto la punta di un *iceberg* di disaffezione, dal momento che per ogni reclamo esistono molte persone che attivano un passaparola negativo.

La presente analisi prende in considerazione tutte le Aziende che hanno inserito segnalazioni nel periodo dall'1 gennaio 2003 al 31 dicembre 2003 (*Tabella 15*). Si rilevano 12.001 segnalazioni, delle quali 6.620 reclami (55% sul totale delle segnalazioni), 3.157 elogi (26%), 1.762 rilievi (15%), 334 suggerimenti (3%) e 128 reclami impropri (1%).

Dall'analisi della distribuzione dei reclami nelle singole voci della classificazione, si può notare che le categorie con più reclami sono:

- aspetti organizzativi burocratico-amministrativi (21,6% dei reclami),
- aspetti tecnici-professionali (19,9% dei reclami),
- aspetti economici (16%),
- tempi (13,8%),
- umanizzazione e aspetti relazionali (9,9%).

Anche la percentuale più alta di elogi sul totale si concentra nelle stesse voci della classificazione, anche se in rapporto a un totale diverso di elogi (3.157): aspetti tecnici professionali (49,6%), umanizzazione e aspetti relazionali (38,6%).

Si potrebbe quindi affermare che i reclami evidenziano ancora una certa lentezza nei processi burocratici organizzativi soprattutto nella fase di accesso alla prestazione; inoltre i cittadini, se da una parte lamentano inadeguatezze nella prestazione, dall'altra - laddove la qualità della prestazione è alta - ne riconoscono il valore e l'importanza.

⁵³ Per rilievo si intende "indicazione di disservizio che si risolve con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attiva la procedura tipica del reclamo".

Stupisce positivamente il dato molto alto degli elogi sugli aspetti di umanizzazione e relazionali; allo stesso modo la bassa percentuale di reclami sui tempi farebbe pensare che questo aspetto non ha la priorità nella valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini, così come peraltro è stato documentato in altre ricerche (*Dossier* n. 93, Capizzi *et al.*, 2004a).

Tabella 15. Totale regionale segnalazioni per macrocategoria e tipologia di segnalazione. Anno 2003

	Elogi	Impropri	Rilievi	Reclami	Suggerimenti	Totale
Aspetti strutturali	2	6	76	402	37	523
Informazione	18	7	104	289	26	444
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi	59	16	665	1.428	122	2.290
Aspetti tecnici professionali	1.566	8	101	1.315	8	2.998
Umanizzazione e aspetti relazionali	1.219	2	115	655	8	1.999
Aspetti alberghieri e comfort	35	3	227	336	83	684
Tempi	21	0	313	911	31	1.276
Aspetti economici	1	5	72	1.059	3	1.140
Adeguamento alla normativa	0	3	45	142	1	191
Altro	236	78	44	83	15	456
<i>Totale</i>	<i>3.157</i>	<i>128</i>	<i>1.762</i>	<i>6.620</i>	<i>334</i>	<i>12.001</i>

Fonte: Banca dati segnalazioni, Regione Emilia-Romagna.

3.5.3. Quali sono le funzioni più interessate da reclami ed elogi

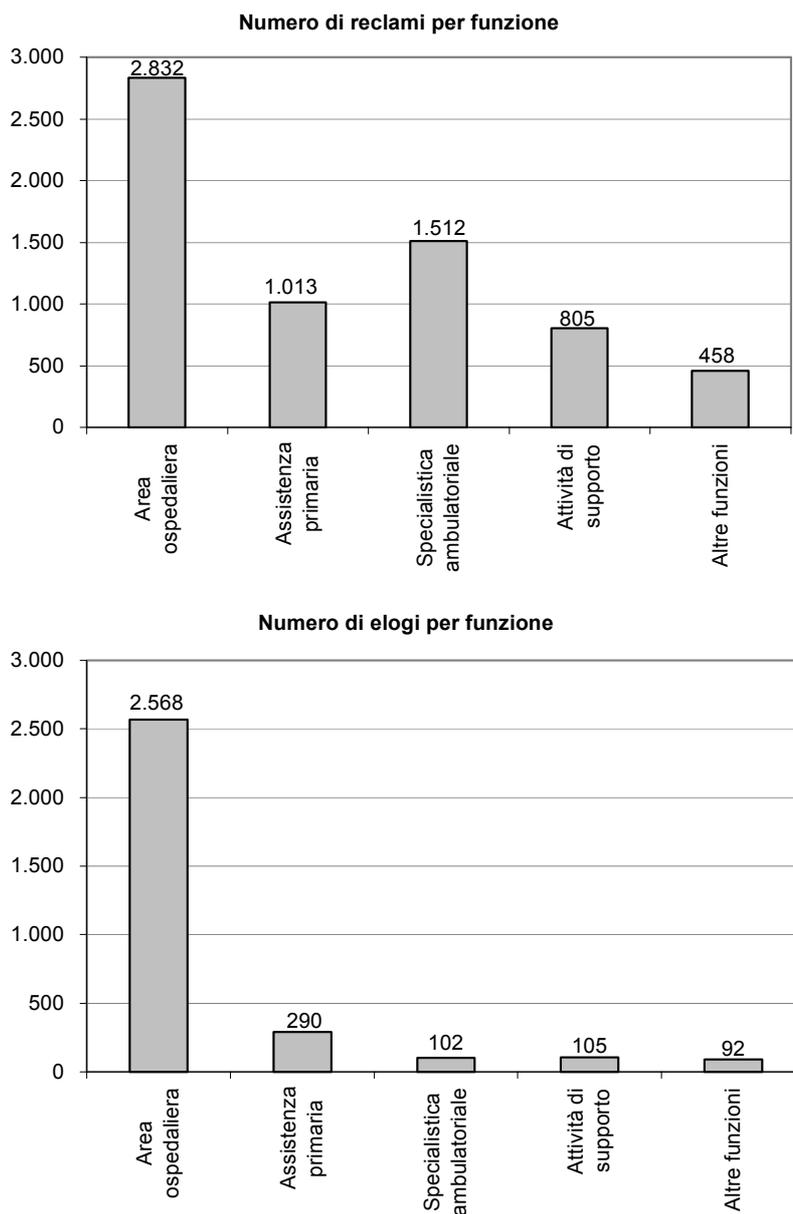
La numerosità dei reclami e degli elogi può essere valutata rispetto alle funzioni assistenziali a cui afferiscono, definite con i medesimi parametri utilizzati dal Numero verde regionale:

- area ospedaliera,
- assistenza primaria,
- attività di supporto,
- consultorio familiare,
- igiene pubblica,
- salute mentale,
- SerT.

Tale classificazione permette di individuare la densità e la localizzazione delle segnalazioni in specifiche aree di cura e assistenza.

Dall'analisi dei valori assoluti dei reclami e degli elogi per funzione si evince che la maggioranza dei reclami si colloca nell'area ospedaliera (2.832), seguita dalla specialistica ambulatoriale (1.512) e dall'assistenza primaria (1.013). Per quanto riguarda gli elogi, interessano in buona parte l'area ospedaliera (2.568), e in misura minore l'assistenza primaria (290).

Figura 22. Numero di reclami e di elogi per funzione. Anno 2003



3.6. Incidenti ed errori ⁵⁴

Un fenomeno nuovo, che inizia a riscuotere interesse da parte di chi gestisce le strutture sanitarie ma anche da parte degli operatori e dei cittadini, è quello dell'attenzione alla sicurezza in riferimento ai rischi connessi ai trattamenti, sia a possibili errori degli operatori, o a specifici rischi legati alla tipologia delle strutture sanitarie (ambienti, attrezzature, inquinamento biologico, ...); tutti questi eventi, che potrebbero provocare - o effettivamente provocano - danni ai pazienti, sono incidenti nel percorso di cura.

Negli ultimi anni gli incidenti hanno cominciato a essere registrati dalle organizzazioni sanitarie, perché lo studio della dinamica con cui si realizzano le aiuta a sviluppare modalità di prevenzione.

3.6.1. Cosa si sa degli incidenti in sanità

Ci sono due dati di contesto importanti da considerare:

- è aumentata la sensibilità dei cittadini rispetto al tema della sicurezza in generale e in riferimento alle cure. Ciò è dovuto a una maggiore cultura della popolazione e per effetto di un cambiamento che ha fatto perdere al medico e agli esperti l'antico ruolo di giudice unico di ciò che era il bene dei pazienti;
- è in atto una riflessione internazionale da parte dei sistemi e delle organizzazioni sanitarie sull'efficacia e sulla qualità dell'assistenza che viene fornita, di cui la sicurezza costituisce una premessa, anche per la necessità di valutare la migliore distribuzione delle risorse a disposizione (ad esempio per investimenti), non escluso un utilizzo più produttivo di quelle destinate ai risarcimenti.

Le fonti informative più importanti attualmente disponibili, seppure non al loro pieno potenziale, sono costituite dalle segnalazioni spontanee da parte degli operatori degli incidenti, degli incidenti che stavano per capitare e sono stati evitati, e delle situazioni potenzialmente pericolose, e dalle segnalazioni che provengono dai cittadini sotto forma di reclami o richieste di risarcimento.

Fonti di organizzazioni di rappresentanza e tutela dei cittadini riportano incrementi nella segnalazione di incidenti e nella richiesta di consulenze per "togliersi il dubbio" di eventuali errori (Cittadinanzattiva, 1999, 2000, 2001, 2002).⁵⁵ Tali fonti confermano dati, peraltro noti in letteratura: gli errori vengono percepiti dai cittadini più in ambito ospedaliero che nei servizi territoriali (medicina generale, consultori, ambulatori specialistici, assistenza domiciliare), anche perché in quel contesto è più facile segnalarli e in questo le prestazioni sono di minore complessità. In particolare sono quattro le aree di attività ospedaliera a rischio: ortopedia, oncologia, ostetricia/ginecologia, chirurgia generale.

⁵⁴ A cura di Renata Cinotti.

⁵⁵ <http://www.cittadinanzattiva.it>

In Emilia-Romagna

Nel contesto regionale, da un paio di anni sono stati individuati e adottati in via sperimentale strumenti per la registrazione degli incidenti da parte sia degli operatori che dei cittadini.

Nel 2003, ad esempio, il sistema regionale di registrazione delle segnalazioni collocato presso gli Uffici aziendali per le relazioni con il pubblico ha registrato 6.620 motivi di insoddisfazione dei cittadini. In 434 casi (*Tabella 16*) il cittadino ritiene di avere subito un danno (vengono registrati i casi in cui c'è percezione di un danno, cioè tale danno potrebbe anche non essere documentabile oggettivamente). La maggior parte di questi reclami (308, pari all'80% del totale) sono riferiti agli aspetti tecnico-professionali; di questi, 249 sono riferiti all'opportunità/ adeguatezza della prestazione. Di una certa consistenza numerica risultano anche i reclami per aspetti economici (75 su 434, pari al 17,3% del totale).

Per interpretare correttamente i numeri bisogna tenere conto dell'attività complessiva del sistema delle cure, che può essere approssimativamente schematizzata come segue:

- pazienti dimessi dagli ospedali pubblici e privati nell'anno 2002 547.406
- pazienti dimessi dai *day hospital* nell'anno 2002 253.128
- giornate di degenza nell'anno 2002 5.433.706
- prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno 2001 56.751.260

Tabella 16. Valori totali dei reclami e reclami di interesse per la gestione del rischio per macrocategoria. Anno 2003

Classificazione CCRQ *	Valori reclami	Valori reclami su gestione del rischio
<i>Aspetti strutturali</i>		
Sicurezza e adeguatezza degli spazi all'utilizzo	30	9
Attrezzature e strumentazione sanitaria	7	1
Totale	400	14
<i>Informazione</i>		
Totale	289	4
<i>Aspetti organizzativi burocratici amministrativi</i>		
Percorsi di accesso e di cura (trasparenza, complessità e burocrazia)	583	3
Funzionalità organizzativa	354	3
Raccordo tra le unità operative e tra aziende e servizi esterni	48	2
Totale	1.424	8
<i>Aspetti tecnici professionali</i>		
Opportunità/adequatezza della prestazione	855	249
Correttezza, precisione, accuratezza nella erogazione delle prestazioni	160	25
Totale	1.313	308
<i>Umanizzazione e aspetti relazionali</i>		
Totale	655	9
<i>Aspetti alberghieri e comfort</i>		
Totale	336	0
<i>Tempi</i>		
Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione	278	9
Totale	917	13
<i>Aspetti economici</i>		
Richiesta di risarcimenti collegati al contenzioso	142	54
Totale	1.059	75
<i>Aspetti normativi</i>		
Totale	142	1
<i>Altro</i>	78	2
Totale regionale	6.620	434

Legenda

* Sono state prese in considerazione solo le voci della classificazione maggiormente attinenti alla gestione del rischio.

Bibliografia

- Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna. Repertorio delle esperienze. Materiali del Programma ex art. 12, DLgs 502/1992, *Percezione di qualità e risultato delle cure. Costituzione di una rete integrata di Osservatori regionali*. Ministero della salute, 2003. <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp/index.htm>
- Amerio P. *Psicologia di comunità*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Angelini B., Bolognesi A., Campaniello G., Incerti C., Targa G. La comunicazione con i cittadini attraverso il web nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna: situazione attuale e prospettive future. IX Master in Amministrazione e gestione dei servizi sanitari. Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2002.
- Azienda USL di Cesena. Questionario di rilevazione della soddisfazione del paziente per il ricovero ospedaliero. 2001.
- Azienda USL di Imola. Valutazione della percezione di qualità sul ricovero ospedaliero. 2003.
- Azienda USL di Reggio Emilia, Ufficio Formazione e qualità (a cura di). L'accesso ai servizi sanitari dell'utenza straniera ovvero "Un progetto di ricerca per l'ascolto dei bisogni dei clienti stranieri e dei professionisti dell'Azienda, Azienda USL di Reggio Emilia, 2000.
- Barnes M. *Utenti, carer e cittadinanza attiva*. Erickson, Trento, 1999.
- Benthel D.M. *La creazione di valore*. Esperia, Milano, 1998.
- Biocca M., Celin D., Fin M. *Il Piano sanitario regionale 1999-2001. Sintesi*. Regione Emilia-Romagna, 1999a.
- Biocca M., Celin D., Fin M. *PSR. Il Patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna. Parole chiave*. Regione Emilia-Romagna, 1999b.
- Biocca M., Frasca G., Galassi C. (a cura di). *La salute dei senior in Emilia-Romagna e l'uso dei servizi sanitari*. Estratti, n. 2. Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2003.
- Bowling A. *What people say about prioritising health services*. King's Fund, London, 1993.
- Bowling A. Ageism in cardiology. *British Medical Journal*, 319: 1353-1355, 1999.
- Canevaro A., Chierigatti A. *La relazione di aiuto*. Carocci, Roma, 1998.
- Capizzi S., Nicoli M.A., Antonazzo E., Cinotti R., Grilli R. (a cura di). *Le liste di attesa dal punto di vista dei cittadini*. Collana Dossier, n. 93, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2004a.
- Capizzi S., Nicoli M.A., Gentili A.M. La valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini. In Capizzi S., Nicoli M.A., Antonazzo E., Cinotti R., Grilli R. (a cura di). *Le liste di attesa dal punto di vista dei cittadini*. Collana Dossier, n. 93, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2004b.

- Censis. *Monitor Biomedico 2004. Italiani e sanità: uniti sull'ospedale, divisi sulla devolution*. Forum per la ricerca biomedica, Roma, 12 ottobre 2004.
- Cinotti R. (a cura di). *Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti*. Collana Dossier, n. 65, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2002.
- Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Materiali del programma del Ministero della salute "Percezione di qualità e risultato delle cure. Costituzione di una rete integrata di Osservatori regionali", art. 12, DLgs 502/1992. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Cinotti R., Sturlese V. *Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi*. Collana Dossier, n. 85, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2003.
- Cittadinanzattiva. *Cittadini e servizi sanitari. Relazione PiT Salute 1999*. 1999.
- Cittadinanzattiva. *Cittadini e servizi sanitari. Relazione PiT Salute 2000*. 2000.
- Cittadinanzattiva. *Cittadini e servizi sanitari. Relazione PiT Salute 2000-2001*. 2001.
- Cittadinanzattiva. *Cittadini e servizi sanitari. Relazione PiT Salute 2002-2003*. 2002a.
- Cittadinanzattiva. *La valutazione dell'attività delle Aziende sanitarie realizzata dai cittadini. Rapporto 2002*. 2002b.
- Cittadinanzattiva. *La valutazione dell'attività delle Aziende sanitarie realizzata dai cittadini. Rapporto 2003*. 2003.
- Direzione generale Sanità e Politiche sociali. Regione Emilia-Romagna. *Patologie croniche e invalidanti. Invalidità. Malattie rare. Esenzioni Ticket. Anno 2002*. Regione Emilia-Romagna, 2003.
- Domenighetti G., Maggi J. Definizione di priorità sanitarie e razionamento: efficacia. Efficienza verso equità e compassione. *Tendenze Nuove*, 2: 4-14, 2001.
- Eurisko. *I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione*. Rilevazione aprile-maggio 1999.
- Eurisko. *Un modello per l'analisi della qualità percepita dei servizi ospedalieri in Emilia-Romagna*. Indagine pilota su dati 1999. Report. 2000a.
- Eurisko. *I servizi assistenziali degli anziani in Emilia-Romagna. Approfondimenti su: Le residenze sanitarie assistenziali e l'assistenza domiciliare integrata*. Indagine qualitativa. Dicembre 2000b.
- Eurisko. *La qualità percepita dei servizi sanitari territoriali. I percorsi assistenziali degli anziani in Emilia-Romagna*. Indagine quantitativa di base. Dicembre 2000c.
- Eurisko. *I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione*. Rilevazione febbraio-marzo 2001, 2001.
- Eurisko. *I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione*. Rilevazione giugno 2003.
- Folgheraiter F. *Operatori sociali e lavoro di rete*. Erickson, Trento, 1990.
- Folgheraiter F., Bortoli B. (a cura di). *Esperienze di privato sociale in Europa*. Erickson, Trento, 1986.

- Guay J. Dal lavoro sul caso al lavoro sull'ambiente di vita. In *Quaderni di Animazione e Formazione. Il lavoro di comunità*. EGA, Torino, 1996, pp. 120-132.
- Habermas J. *Morale et communication: conscience morale et activité communicationnelle*. Cerf, Paris, 1986.
- Heginbotham C. *Health care priority setting: a survey of doctors, managers and the general public*. In Grimley Evans J. *Rationing in action*. BMJ Publishing group, London, 1993.
- Hugues C.M., McElnay S.C., Fleming G.F. Benefits and risks of self medication. *Drug Safety*, 24: 1027-1037, 2001.
- ISTAT. *I servizi pubblici e di pubblica utilità: utilizzo e soddisfazione. Indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 2000*. 2002.
- ISTAT. *I servizi pubblici e di pubblica utilità: utilizzo e soddisfazione. Indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 2002*. 2004.
- Janis I.L. *Victims of groupthink*. Houghton-Mifflin, Boston, 1972.
- Kneeshaw J. What does the public think about rationing? A review of the evidence. In New B. (ed.). *Rationing: Talk and Action in Health Care*. BMJ and the King's Fund, London, 1997, pp. 58-76.
- Kreisberg S. *Transforming power: Domination, Empowerment and Education*. State University of New York Press, Albany, 1992.
- Laville J.L. *L'économia solidale*. Bollati Boringhieri, Torino, 1998.
- Lazzarato M., Rolfini M., Mattacchione P., Galletti A., Buldrini A., Verdini E., Garaffoni G. *II rapporto flusso informativo Repetto-SIADI. Anno 2002*. Assessorato alla sanità, Direzione generale Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, 2003.
- Manghi S., Tomellieri S. Il sapere delle relazioni. Immagini emergenti dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche. In Guizzardi G. (a cura di). *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Moscovici S. Introductory address. Paper in *Social representations*, 2 (3): 160-170, 1993.
- Moscovici S., Doise W. *Dissensi e consensi. Una teoria generale delle decisioni collettive*. Il Mulino, Bologna, 1992.
- 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 tra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Norman R. *La gestione strategica dei servizi*. Etas, Milano, 1985.
- Noventa A., Nava R., Oliva F. *Self help. Promozione della salute e gruppi di auto aiuto*. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1990.
- Olivetti Manoukian F. *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*. Il Mulino, Bologna, 1998.

- Olivetti Manoukian F. Generare progettualità sociale. In *La progettazione sociale*. Quaderni di Animazione e Formazione, EGA, Torino, 1999, pp. 5-11.
- Palazzi M., Zani B., Altieri L. Attori o spettatori? Ascolto e partecipazione dei cittadini nei Piani per la salute dell'Emilia Romagna. *Salute e Territorio*, 1: 127-146, 2002.
- Pietrantoni L. *La psicologia della salute*. Carrocci, Roma, 2001.
- Rappaport J. *Community Psychology. Values, Research and Action*. Holt Rinehart & Winston, New York, 1977.
- Reale E. (a cura di). *Una salute a misura di donna*. Atti del gruppo di lavoro 1999-2001 "Medicina Donna Salute". Dipartimento Pari opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma, 2002.
- Regione Emilia-Romagna. *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna. Dati all'1/1/2002*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Regione Emilia-Romagna (a cura di). *Una nuova rete di servizi contro le tossicodipendenze. Accordo tra pubblico e privato sociale per migliorare l'assistenza alle persone con problemi di dipendenza da droghe e alcol*. Assessorato alla Sanità, Assessorato alle Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, 2004a.
- Regione Emilia-Romagna. *Il servizio sanitario regionale dell'Emilia Romagna. Strutture, servizi, programmi, modelli organizzativi. Dati 2002-2003*. Regione Emilia-Romagna, 2004b.
- Reiser S.J. *La medicina e il regno della tecnologia*. Feltrinelli, Milano, 1983.
- Rogers A., Chapple A., Serginson M. If patient is too costly they tend to get rid of you. The impact of people's perceptions of rationing on the use of primary care. *Health Care Analysis*, 7: 225-237, 1999.
- Sen A. K. *La disuguaglianza*. Il Mulino, Bologna, 1997.
- Shorter E. *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*. Feltrinelli, Milano, 1986.
- Stronks K., Strijbis A.M., Wendte J.F., Gunning-Schepers L.J. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care. *BMJ*, 315 (7100): 92-96, 1997.
- Sturlese V. Il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. Il caso dell'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Tesi di specializzazione in sociologia sanitaria. Anno accademico 2000-2001. 2001.
- Taroni F. Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi? In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia. 2000*. Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 27-91.
- Vecchiato T. La presa in carico comunitaria dei problemi. In Zani B., Palmonari A. *Manuale di psicologia di comunità*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Watzlawick P, Beavin J.H., Jackson Don D. *La pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Weiner B. *Achievement motivation and attribution theory*. General Learning Press, Morristown, 1974.

- Zani B., Palmonari A. *Manuale di psicologia di comunità*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Zani B., Pietrantonio L. Donne e salute: un modello per predire l'intenzione ad eseguire il pap test. *Psicologia della salute*, n. 1, 2000.

Normativa nazionale

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*. *Gazzetta Ufficiale*, n. 288, 10 dicembre 1998. Supplemento ordinario. Serie generale.
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005*. *Gazzetta Ufficiale*, n. 139, 18 giugno 2003. Supplemento ordinario.

Normativa regionale

- Legge regionale 12 maggio 1994, n. 19. *Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*.
- Delibera di Giunta regionale 7 marzo 1995, n. 1011. *Direttiva alle Aziende sanitarie per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 5 della LR 19/1994*.
- Deliberazione del Consiglio regionale 22 settembre 1999, n. 1235. *Piano sanitario regionale 1999-2001. (Proposta della Giunta regionale in data 25 gennaio 1999, n. 54)*.
- Legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11. *Modifiche della LR 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e della LR 20 dicembre 1994, n. 50 "Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" ai sensi del DLgs 19 giugno 1999, n. 229*.
- Delibera di Giunta regionale 1 marzo 2000, n. 321. *Piani per la salute. Approvazione linee guida di attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001*.
- Delibera di Giunta regionale 1 marzo 2000, n. 556. *Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001*.
- Regione Emilia-Romagna. *Documento di politica economica e finanziaria 2003-2005*. Regione Emilia-Romagna, dicembre 2002.

Siti internet

- Cittadinanzattiva, *Rapporti PiT Salute*
http://www.cittadinanzattiva.it/rapporti_sanita.php?idpage=CBDCAAAA
- Collana *Dossier*, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>
- Collana *Estratti*, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/estratti/index.htm>
- Indagini Eurisko
http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp/docs_er/indicatori.htm
- Repertorio delle esperienze di ascolto e coinvolgimento dei cittadini. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/dirsettori/set2/qp/repertorio/index.htm>
- Sistema informativo Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna
<http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis/>

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

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

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale 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 sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

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

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

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

- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)

