

Percorso nascita e qualità percepita

Analisi bibliografica

Percorso nascita e qualità percepita

Analisi bibliografica

A cura di

Miriam Bisagni Azienda USL di Piacenza
Laura Borghi Università di Parma
Cristina Chiari Università di Parma
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Gruppo di lavoro

Angela Paganelli coordinatrice - Regione Emilia-Romagna
Miriam Bisagni Azienda USL di Piacenza
Adele Boncordo Comitato consultivo misto di Piacenza
Silvana Borsari Azienda USL di Modena
Elena Castelli Direzione generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna
Jora Mato Associazione Amiss, Bologna
Maurizia Migliori Coordinatrice del Comitato genitori "Progetto nascita",
Bologna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Giulia Olmi Associazione Donne insieme, Bologna
Liliana Pittini Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Grazia Maria Sillico Casa di cura privata Villa Erbosa, Bologna
Marco Zannini Azienda USL di Piacenza
Michela Zuffrano Azienda USL di Bologna

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione, impaginazione e traduzione in inglese del Sommario Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2009

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss175.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
<i>Abstract</i>	7
Presentazione del percorso	9
1. Il concetto di qualità percepita	11
1.1. Criteri di selezione del materiale bibliografico	11
2. Il costrutto della qualità percepita	13
3. Metodologia	17
3.1. Tipologie di indagine e strumenti	17
3.2. Campioni delle indagini	26
3.3. La prospettiva teorica	27
4. Riflessioni conclusive: <i>bottom up o top down?</i>	31
4.1. Criticità metodologiche rispetto al costrutto di qualità	31
4.2. Criticità metodologiche rispetto al campionamento e agli strumenti	33
4.3. Prospettive attuali e sviluppi di ricerca	35
Bibliografia	39
Allegati	47
Allegato 1. Riferimenti legislativi	49
Allegato 2. Schemi di sintesi	51

Sommario

Le finalità della legge regionale 26/1998 sull'assistenza al parto, sulle case maternità e sul parto a domicilio puntano l'attenzione sul percorso di assistenza rivolto alla madre e al bambino e sulle diverse modalità assistenziali offerte dalle strutture pubbliche e private della Regione.

La Commissione consultiva regionale tecnico-scientifica sul Percorso nascita, istituita nell'intento di favorire l'applicazione di questa legge, si occupa di tutti gli aspetti assistenziali della gravidanza e del parto, senza peraltro trascurare l'opinione di coloro che "vivono il percorso in prima persona" e soprattutto delle loro percezioni sul servizio ricevuto.

Un gruppo della Commissione è stato espressamente dedicato alla "qualità percepita sul percorso nascita" con l'obiettivo di promuovere l'adozione di strumenti regionali per il monitoraggio delle percezioni di tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale (donne, operatori, relazioni parentali, amicali, associazionismo, ecc.) e di favorirne l'ascolto.

Il punto di partenza è: a quale concetto di qualità ci si riferisce? a quale immagine si può ricorrere quando si vuole tenere conto di "un tutto (percorso) e non solo di alcune parti (gravidanza, puerperio, ecc.)" per un sistema articolato quale quello del Percorso nascita?

Il tentativo di affrontare e trovare una possibile risposta a questi quesiti porta allo sviluppo di alcuni passaggi imprescindibili: nel primo Capitolo si fa il punto di sintesi teorico e metodologico della qualità percepita dagli utenti (spesso solo le madri) verso i servizi sanitari loro offerti dal momento della decisione di avere un figlio fino alla nascita e oltre, indagando negli archivi nazionali e internazionali per cogliere quali ricerche sono state condotte, con quali strumenti, quali gli elementi oggetto di attenzione nella "percezione".

Nel secondo Capitolo si affronta il costrutto di qualità percepita per cogliere come nelle varie ricerche (internazionali e nazionali) ci sia stato lo sforzo di sistematizzare e collocare in elementi "oggettivabili" gli aspetti di percezione e valutazione di chi ha fruito del servizio. Anche la soddisfazione percepita diventa un oggetto sempre più misurabile della qualità in termini "soggettivi".

La metodologia e gli elementi tecnici di indagine impiegati nelle ricerche della rassegna - prevalentemente di tipo quantitativo e, in tono minore, di tipo qualitativo - sono trattati nel terzo Capitolo, con l'obiettivo di individuare strumenti validi per indagini scientifiche sempre più attendibili. Gli strumenti sono sviluppati secondo criteri integrati che mirano a dare spazio e senso all'esperienza personale della donna nel contesto della gravidanza e della nascita. I soggetti oggetto delle indagini sono prevalentemente di origine caucasica; scarse sono le ricerche sull'utenza straniera. Dal punto di vista teorico le ricerche basano la valutazione della qualità verificando se e in che misura ci sia una corrispondenza fra servizi offerti (protocolli) da un lato e gradimento e salute psico-fisica della madre e del nascituro dall'altro (esiti dell'azione di cura). Molte delle indagini, infine, hanno come

obiettivo quello di esplorare possibili variabili influenti in questa relazione di co-occorrenza (età, *status* socio-economico, tipo di gravidanza, corsi frequentati, ...).

Se la conoscenza di ciò che compone la soddisfazione e la percezione della qualità sia in termini di pratica offerta (protocolli), di elementi indagati (variabili), di risultati misurati (esiti), sia in termini di "soddisfazione e percezione", è sicuramente accresciuta negli ultimi decenni, poco ancora si esprime della visione globale della continuità della cura di un percorso assistenziale "qualitativamente percepito".

Nel quarto Capitolo, dunque, si esprime una nuova prospettiva teorica di questo "complesso insieme (percorso), inscindibile", integrando il modello di qualità percepita finora definito e introducendo una nuova prospettiva centrata sulla narrazione dell'esperienza, sull'analisi dei bisogni dell'utenza e sul punto di vista dei diversi attori protagonisti del percorso nascita (madri, operatori, accompagnatori).

Questo forte nesso negoziale del Percorso nascita tra donna, bambino, operatore e contesto (servizi del territorio/ospedale/comunità sociale e familiare) diventa l'elemento di indagine da cogliere, l'inusualità da approfondire attraverso l'ascolto diretto degli interessati.

In conclusione queste tracciature diventano anche le ipotesi da sviluppare, le nuove piste di indagine da percorrere con strumenti più vicini agli elementi esperienziali e di co-partecipazione alla costruzione del "senso percepito" del Percorso nascita da parte degli attori in gioco.

Abstract

Birth path and perceived quality. Bibliographic analysis

The Emilia-Romagna regional law n. 26/1998 on birth assistance, maternity houses and home birth focuses the attention on care path for mother and child and on different care opportunities offered by regional public and private structures.

A Regional technical-scientific advisory Commission on birth path was established to favour the implementation of the law; it not only deals with all care aspects concerning pregnancy and birth but also considers opinions of those "living the birth path" and their perceptions on services received.

A group within the Commission was dedicated to study "perceived quality on birth path", in order to promote the adoption of tools at regional level to monitor and listen to perceptions of all the actors involved in the care process (women, health personnel, family, friends, associations, etc.). The starting point is: what concept of quality are we referring to? what image can we use to present "a whole (path) and not only some parts of it (pregnancy, birth, etc.)" for a complex system like the birth path?

The attempt to face and answer these questions determines some unavoidable steps; Chapter 1 presents a theoretical and methodological synthesis of quality perceived by users (nearly always mothers) towards the healthcare services received from the decision of having a baby till its birth and beyond; the synthesis is based on national and international databases to study the researches conducted, the tools used, the elements to focus on "perception".

The second Chapter deals with the construct of perceived quality in national and international researches, to analyse the efforts to systematize and "objectivise" some aspects of perception and evaluation by people that used the service. Also perceived quality becomes a measurable object.

Chapter 3 describes methodology and technical elements adopted in the survey, to identify useful tools for more and more reliable scientific researches. Instruments are developed through integrated criteria that carefully consider the personal experience of the woman (mainly of Caucasian origin; only a few studies analyse foreign users) during pregnancy and childbirth. From a theoretical point of view, quality evaluation is based on the presence and intensity of the correspondence between offered services (protocols) from one side and satisfaction and psycho-physical status of mother and child (health outcomes) from the other. Many surveys also explore variables that can influence this relationship (age, socio-economical status, pregnancy, courses attended, ...).

The knowledge of the factors influencing satisfaction and quality perception - in terms of offered service (protocols), analysed elements (variables), measured results (outcomes) - has certainly increased in the last decades; on the contrary, a global vision of care continuity in a "qualitatively perceived" care path is still lacking.

A new theoretical perspective on this "complex, unbreakable path" is therefore presented in the last Chapter, integrating the actual model of perceived quality and introducing a new view centred on experience narration, analysis of users' needs, points of view of the different actors of the birth path (mothers, health professionals, relatives/friends).

The strong bond in the birth path between woman, child, health professional and context (local services, hospital, social and familial community) becomes the new and unusual element that needs to be investigated through the direct listening of interested people; it represents the new analysis pathways to be followed with tools of co-participation in the construction of the "perceived sense" of the birth path.

Presentazione del percorso

La Commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso nascita è stata istituita presso la Direzione generale Sanità e politiche sociali come supporto alla Giunta regionale dell'Emilia-Romagna nel perseguimento delle finalità della LR 26/1998 "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio". La Commissione si occupa di diversi aspetti relativi alla qualità dell'assistenza del percorso nascita (madre-bambino) e - tra questi - del gradimento espresso dalle donne in merito alle diverse modalità assistenziali. In particolare, il gruppo "Qualità percepita" aveva il compito di valutare il monitoraggio della qualità percepita dalle donne sui servizi erogati, in riferimento al modello di Percorso nascita esistente. Gli obiettivi di questo gruppo sono:

- favorire il processo di ascolto del punto di vista delle donne che usufruiscono del percorso nascita;
- promuovere l'adozione in ambito regionale di strumenti e modalità d'indagine specifiche;
- approfondire il punto di vista delle donne (italiane e straniere) che usufruiscono del percorso nascita, degli operatori impegnati nei servizi territoriali e ospedalieri e dei referenti dell'associazionismo di tutela.

L'interesse dimostrato dalla Commissione nell'attivare modalità di valutazione della qualità percepita da parte delle utenti del Percorso nascita, si colloca all'interno di un'attenzione sempre più crescente verso forme di ascolto dei cittadini che afferiscono ai servizi.

Se inizialmente il *management* strategico era interessato a disporre di efficaci strumenti di pianificazione e controllo puntando a un processo di valorizzazione delle diverse risorse aziendali, ora tra gli obiettivi strategici del *budget* figura anche la necessità di individuare parametri di riferimento che potrebbero rifarsi alla qualità percepita (Alfano, 2003).

Questa tendenza si coglie in modo evidente nella legislazione dell'Emilia-Romagna sull'accreditamento delle strutture sanitarie, in cui le Aziende sanitarie sono sollecitate a tenere conto di aspetti di valutazione dalla parte dei cittadini (giudizi, percezioni, aspettative, preferenze di trattamento). L'impegno dell'Azienda è diretto a tradurre le percezioni della qualità dei servizi ricevuti da parte dei cittadini in dati misurabili per farne indicatori di risultato della gestione complessiva (Delibera di Giunta regionale 327/2004). Questi dati diventano rilevanti anche nella comunicazione con i cittadini al momento di predisporre un bilancio del mandato sanitario ricevuto per la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (Delibera di Giunta regionale 213/2005).

Infatti, coerentemente con l'idea di *management* strategico per un'Azienda è necessario poter disporre di efficaci strumenti di pianificazione e controllo, ma anche tenere in considerazione gli aspetti legati alla percezione della qualità e come le misure della soddisfazione del paziente/cliente forniscono un *feedback* circa l'andamento dell'azione dell'Azienda sanitaria (Vignati, Bruno, 2002).

Come evidenziato da Nicoli e Capizzi (2003), si sta cioè passando da una cultura di *customer satisfaction* a una cultura della qualità. In altre parole, il tema della qualità non è più legato soltanto al rispetto di procedure di controllo di ordine tecnico-amministrativo da parte dell'organizzazione, ma deve tenere conto anche degli aspetti relazionali e soggettivi insiti nella domanda espressa dai cittadini. A tal proposito Manghi (2005) parla di scena della cura come danza interattiva, rifacendosi al concetto di "danza di parti interagenti" proposta dall'antropologo evoluzionista Gregory Bateson (1979). In questa accezione, utilizzando la metafora della danza, ciascun attore impegnato nella relazione reagisce agli altri non meno di quanto agisca verso gli altri. In questo senso nessun medico (o più in generale nessun operatore) può avere il controllo unilaterale della relazione, che assume significato invece solo nella co-costruzione con gli altri.

1. Il concetto di qualità percepita

La rassegna nasce dall'esigenza di fare il punto di sintesi teorico e metodologico rispetto alla qualità percepita da madri e padri verso quell'insieme di servizi sanitari pensati e rivolti all'affiancamento alla genitorialità. A questo proposito sono state considerate le ricerche effettuate in ambito sia nazionale sia internazionale con l'interesse specifico di individuare qual è stato l'oggetto indagato (qualità percepita, soddisfazione, ...), quali le metodologie (ricerche qualitative e/o quantitative) e gli strumenti (questionari, interviste, diari, ...) utilizzati per misurarlo e quali persone sono state coinvolte (campione). In ambito metodologico si parla di costrutto per indicare l'oggetto che si vuole misurare e di operazionalizzazione¹ del costrutto per riferirsi a come questo oggetto teorico viene tradotto in indicatori empirici.

L'importanza di questa rassegna non riguarda solamente l'ampliamento di conoscenza in merito al tema trattato, ma al fatto che fornisce riflessioni teoriche e metodologiche che possono orientare le scelte del modo in cui i servizi si pongono di fronte alla valutazione delle proprie attività.

1.1. Criteri di selezione del materiale bibliografico

La ricerca bibliografica è stata effettuata nei mesi di dicembre 2006, gennaio e febbraio 2007 nelle banche dati Ebsco, utilizzabile presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma, e PubMed, fruibile dall'Ufficio qualità dell'Azienda USL di Piacenza. La banca dati attinge ai documenti presenti in PsycInfo e PsycArticle, entrambe afferenti all'American Psychological Association (APA), che raccolgono citazioni e riassunti di articoli di riviste accademiche, capitoli di libri, libri e dissertazioni nel campo della psicologia e di discipline correlate. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: *maternal satisfaction, testing satisfaction, maternity care, breastfeeding, labour, postnatal care, staff nursing*.

Il risultato della ricerca ha prodotto 45 studi nel *database* PubMed e 46 *abstract* nella banca dati PsycInfo. Fra questi documenti sono stati selezionati gli articoli che fornivano informazioni su: strumenti metodologici utilizzati per misurare la soddisfazione o qualità percepita, soggetti cui è stata rivolta la ricerca (campionamento), operazionalizzazione del costrutto. Da questa ulteriore selezione, sono stati utilizzati per la rassegna 41 documenti: 5 *review* e 36 articoli di ricerca.

¹ Con il termine operazionalizzazione si intende il processo attraverso il quale il ricercatore traduce le variabili concettuali in variabili misurabili; l'operazionalizzazione pertanto rappresenta il processo di definizione operativa del costrutto teorico.

Infine per la letteratura nazionale sono stati consultati i siti degli enti nazionali di ricerca su questi temi (in particolare Istituto Superiore di Sanità e Agenzie Sanitarie Regionali); il materiale inviato dalle responsabili del progetto delle Aziende USL/OSP di Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Bologna, Piacenza, Imola; il Dossier n. 127/2006 a cura dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna (Calderone *et al.*, 2006); il volume a cura di Cinotti e Cipolla (2003) e altre ricerche in ambito nazionale, per un totale di 21 documenti.

L'articolazione di questo contributo verte su tre aspetti, centrati in particolare sulla metodologia. Nello specifico sono considerati:

- operazionalizzazione del costrutto della qualità percepita: l'obiettivo è raccogliere, attraverso l'analisi della letteratura, gli aspetti ritenuti salienti per la definizione della qualità percepita. Tali aspetti, che costituiscono delle variabili di misurazione individuabili nelle ricerche, spiegano nel loro complesso e, nel modo di organizzarsi tra loro, il concetto di qualità percepita, producendone una definizione più o meno condivisa. Il termine costrutto definisce l'oggetto di interesse del ricercatore, che è solitamente costituito da variabili (aspetti) concettuali che lo descrivono teoricamente;
- metodologia di ricerca: l'obiettivo è fornire un quadro del tipo di ricerca utilizzata (qualitativa, quantitativa), dei livelli scelti per l'analisi (esplorativo, descrittivo, correlazionale, sperimentale), degli strumenti elaborati per la misurazione (questionari, interviste, *focus group*, ...) e dei campioni selezionati, con particolare attenzione ad alcune variabili socio-anagrafiche ritenute salienti (ad esempio età, cittadinanza, soggetti coinvolti);
- prospettiva teorica sottesa alle ricerche: l'obiettivo è analizzare criticamente la prospettiva teorica implicita nelle ricerche condotte, al fine di enucleare nuovi obiettivi e metodologie di ricerca per valutare come la qualità percepita possa essere rilevata lungo tutto "un percorso" composto da vari momenti di assistenza (sequenziali e cronologici), come quello della nascita.

2. Il costrutto della qualità percepita

Come si evince dalla letteratura e come sottolineano le recenti legislazioni europee (vedi *Allegato*), il mondo delle politiche sanitarie sembra essere sempre più attento a quei fattori che influenzano la soddisfazione percepita dalle donne rispetto ai servizi a loro dedicati (Department of Health, 1993; House of Commons Health Committee, 1992; National Health & Medical Research Council, 1996; Sadler, Davidson, McCowan, 2001; Scottish Office Home and Health Department, 1993; The National Health Committee, 1999). Sempre più la letteratura e le ricerche mettono in luce come i risultati ottenuti attraverso queste indagini siano rilevanti per migliorare i servizi stessi, ma soprattutto nel mantenere un orientamento attento a individuare i bisogni delle donne. Non mancano inoltre esperienze e indicazioni sulle modalità attraverso cui attivare coinvolgimenti attivi delle donne nella pianificazione dei servizi dedicati alla maternità.

La rilevazione costante della soddisfazione da parte delle donne, e più in generale dell'utenza che afferisce ai servizi sanitari, è diventata pratica costante in quanto ritenuta indispensabile anche per la certificazione della qualità dei servizi (Bramadat, Driedger, 1993; Garcia, 1989; Mason, 1989).

Se da un lato questo comporta l'attenzione verso elementi di misurazione oggettivi (protocolli, variabili, esiti), dall'altro ha consentito l'introduzione di valutazioni dal punto di vista soggettivo sui protocolli, sulle variabili e sugli esiti. Così il costrutto di soddisfazione percepita è diventato parte integrante all'interno della misurazione della qualità. In quest'ottica, gli stessi elementi dei protocolli e delle variabili precedentemente misurati attraverso parametri oggettivi (numero di visite, tempi di attesa, quantità e qualità delle informazioni ricevute, chiarezza comunicativa, ...) sono stati oggetto di valutazione in termini soggettivi attraverso la misurazione della soddisfazione percepita (quanto è stata soddisfatta del numero di visite ricevute? del tempo di attesa? della chiarezza comunicativa con il personale medico-infermieristico? ...).

La letteratura ormai da diversi decenni ha messo in luce alcuni di questi aspetti ritenuti importanti. Essi hanno che fare con:

- natura e qualità delle informazioni fornite alle madri durante l'intero percorso della maternità (antenatale, gravidanza, post-parto - Flessing, 1990; Waldenstrom, Nilson, 1993);
- possibilità data alle madri di prendere parte alle decisioni sulle cure a loro dedicate (Kenny *et al.*, 1993) e di avere un controllo sul processo di cura del proprio bambino (Green *et al.*, 1990; Waldenstrom, Nilson, 1993);
- congruenza fra le aspettative delle madri riguardo il percorso nascita e la realtà della loro esperienza di cura del bambino e di gravidanza (Beaton, Gupton, 1990);

- qualità di relazione con i *caregiver* e fra la madre e il personale infermieristico/ostetrico (Brown e Lumely, 1994; Kitzinger 1988; Oakly, 1983, 1992, 1993; Taylor 1994). Per quanto riguarda la qualità del rapporto tra madre e personale sanitario, in particolare, Bluff e Holloway (1994) hanno riscontrato come si crei una implicita relazione di fiducia con l'ostetrica, che si mantiene anche quando alcuni desideri e richieste delle madri sono trascurati dai servizi. Kaufman (1994) a tal proposito parla della relazione ostetrica-madre come costruita e poggiante su un rapporto di "*mutual trust and confidence*" (fiducia reciproca e confidenza) che si viene a creare quando l'ostetrica gioca la sua presenza fisica e psicologica nella relazione con la madre. Le donne intervistate in questa ricerca hanno anche identificato e riconosciuto diverse strategie attraverso le quali le ostetriche sviluppano una relazione di *partnership* con le madri nella cura del neonato: dare informazioni, supporto e cura.

Vista la varietà di aspetti rilevati dalle ricerche, sembra particolarmente rilevante esporre il contributo di un articolo pubblicato sull'*International Journal of Nursing Practice* (Johnson *et al.*, 2002) che propone una rassegna degli studi che hanno indagato questo tema fino al 2002 sulle dimensioni salienti per la valutazione della qualità percepita rispetto al percorso nascita. Tale lavoro sembra essere la più comprensiva e completa operazionalizzazione del concetto di qualità percepita.

Gli autori hanno preso in rassegna 20 pubblicazioni internazionali e 21 indagini condotte all'interno di ospedali australiani e hanno identificato 25 aspetti (elementi) su cui è stata misurata la qualità percepita. Tra questi, 16 elementi risultano comuni sia agli articoli della letteratura esaminata sia alle indagini condotte in ospedale e fanno riferimento a quelli che gli autori definiscono *core aspects* (aspetti centrali). Gli altri 9 aspetti, definiti dagli autori come *additional aspects* (aspetti addizionali), sono stati invece identificati in vari studi nella rassegna della letteratura o nelle indagini locali condotte negli ospedali.

Gli aspetti centrali riguardano soprattutto variabili legate alle caratteristiche demografiche, all'accesso all'informazione e alla qualità della cura rispetto al periodo pre-natale, del parto e post-natale.

Per quanto riguarda gli aspetti addizionali estrapolati dalla letteratura, si concentrano soprattutto sul fornire informazioni e servizi nelle fasi di travaglio e nascita e sul garantire il benessere delle donne partorienti; in particolare, sono relativi al controllo, al tipo di interventi e all'assistenza durante il parto (65%), alle informazioni sui servizi post-natali (10%), agli aspetti legati al benessere emozionale delle donne (30%), alle informazioni sul contatto con altre donne in gravidanza (5%).

Gli altri aspetti addizionali - legati alle indagini ospedaliere - riguardano: la pianificazione e l'assistenza durante il travaglio (14,3%), la *privacy* durante le cure nel periodo pre-natale, del parto e post-natale (23,8%), le dimissioni della paziente (33,3%), il bisogno di uno staff specifico durante il travaglio e la nascita (9,5%), le modalità con cui le donne sono venute a conoscenza della clinica (28,6%). Questi elementi rendono conto di ciò che è ritenuto importante da parte dei *service provider*.

La Tabella 1 mostra nel dettaglio le variabili indagate sulla qualità percepita delle madri durante il percorso nascita.

Tabella 1. Variabili indagate per la soddisfazione delle madri

Aspetti di soddisfazione nella madre	% studi con elementi QP presenti	
	Analisi letteratura	Indagini ospedaliere
<i>core aspects</i>		
1. Informazioni socio-demografiche	20	28,6
2. Storia clinica della madre	10	9,5
<i>Informazioni su:</i>		
3. <i>Provider</i> di assistenza/servizi	25	38,1
4. Partecipazione alle decisioni	35	23,8
5. Corsi e visite pre-parto	30	28,6
6. Sollievo contro il dolore	35	38,1
7. Nutrimento al bambino	15	33,3
<i>Soddisfazione per:</i>		
8. Supervisione e trattamento da parte del personale medico	15	23,8
9. Personale presente durante il parto	25	14,3
10. Contatto col neonato dopo il parto	15	19,0
11. Informazioni sui progressi del neonato	40	33,3
12. Organizzazione/degenza in ospedale/clinica	25	52,4
13. Tempi di attesa/modalità per raggiungere la clinica	10	28,6
14. Continuità nell'assistenza	5	9,5
15. Disponibilità generale di informazioni	35	61,9
16. Qualità dell'assistenza (soddisfazione generale)	50	66,7
<i>additional aspects</i>		
17. <i>Privacy</i> nelle procedure pre-parto		33,3
18. Modalità con cui si è venuti a conoscenza della clinica		28,6
19. Contatti con altre madri in gravidanza	5	
20. Benessere emotivo	30	
21. Necessità di personale specifico		9,5
22. Consigli su travaglio e parto; controllo/gestione/interventi durante il parto	65	
23. Organizzazione del travaglio (rispetto del piano previsto per il parto)		14,3
24. Informazioni sui servizi post-nascita	10	
25. Parto anticipato		33,3

Da quanto emerge da questo quadro e dalle riflessioni presenti in letteratura occorre sottolineare che la qualità percepita deve essere necessariamente intesa come qualcosa di diverso dalla soddisfazione legata a una specifica esperienza; come sottolineano Baramadat e Drieger (1993), ormai è prassi consolidata all'interno delle ricerche di settore considerare la soddisfazione/qualità percepita come un costrutto multi-dimensionale; gli autori consigliano a quanti in procinto di studiare questo aspetto di considerarne la complessità all'interno dei progetti di ricerca.

La qualità percepita pertanto sembra essere caratterizzata da alcuni elementi:

- è più della semplice soddisfazione per un servizio ricevuto;
- riguarda sia aspetti tecnico, professionali e organizzativi, sia elementi relazionali;
- oltre a essere una percezione psicologica, chiama in causa elementi che la influenzano (aspettative, esperienze pregresse, vissuti, fasi della malattia, condizionamenti esterni, ...).

Nelle strategie degli Enti coinvolti nelle pratiche sanitarie deve essere quindi ben chiaro che non si dà qualità a un solo attore o a una sola categoria di attori interessati nel processo di salute, che la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni non rappresenta il risultato di un'asettica standardizzazione delle attività o di una neutrale applicazione di una metodica; ma si è invece all'interno di una concezione della valutazione come attività di negoziazione e di messa in comunicazione di prospettive diverse da parte di molteplici attori. Si tratta di valutazioni multicriteri che operano attraverso tecniche d'indagine sia qualitative sia quantitative (Altieri, 2003, p. 90). Quest'ultima parte, che rappresenta il nodo centrale della rassegna, sarà argomentata nelle pagine successive.

Dopo aver sistematizzato e descritto la letteratura riguardante la concettualizzazione più condivisa di qualità percepita a livello sia teorico sia operativo, nel paragrafo successivo saranno descritte le metodologie delle ricerche considerate nella rassegna, con particolare riferimento al tipo di strumenti e ai campioni indagati.

3. La metodologia

3.1. Tipologie di indagini e strumenti

La maggior parte degli studi presi in esame per questa rassegna ha utilizzato metodologie di indagine soprattutto quantitativa (questionari *self report*); solo in alcuni, invece, la qualità percepita nel percorso nascita è stata indagata attraverso indagini qualitative (*focus group*, interviste, osservazioni, diari). Rispetto ai livelli d'indagine (esplorativo, descrittivo, correlazionale, sperimentale), la maggior parte delle ricerche si colloca a un livello sia descrittivo sia correlazionale; alcune, soprattutto le ricerche qualitative, adoperano un approccio esplorativo; in misura ancora minore si segnalano studi sperimentali.

3.1.1. Ricerche quantitative con questionari validati²

Per quanto riguarda le indagini con questionario, si possono individuare strumenti validati, cioè ritenuti generalmente con una forte validità e attendibilità scientifica, che valutano la qualità su tutto il percorso nascita (assistenza alla gravidanza, parto, post-parto), e altri che sono specifici per un particolare momento del percorso (*Tabella 2*).

Tabella 2. Metodologie quantitative suddivise per fasi del percorso nascita

Strumento	Gravidanza	Parto	Puerperio
Mason Survey (Mason, 1993)	X		X
SWEMS (Lumping <i>et al.</i> , 1996)	X	X	X
Jones, 1978			X
SWBEMS (Duff <i>et al.</i> , 2001) - traduzione dello Swems per le donne del Bangladesh	X	X	X
Questionario basato su un'indagine nazionale sviluppata e validata: Social Survey Division of the Office of Population Censuses and Survey (Mason, 1989)		X	
WOMB (Smith, 1999)	X		
WOMBSQ (Women's view of birth, labour, satisfaction questionnaire, 2001)	X		
Spurgeon, 2001	X	X	X
Mason Survey rivisitato (Johnson <i>et al.</i> , 2002)	X	X	X
Scottish Birth Study (Van Teijlingen <i>et al.</i> , 2003)	X	X	X
Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (Peterson <i>et al.</i> , 2005)			X

² Validazione: processo di ricerca metodologica su uno strumento che valuta lo strumento stesso come "universale", cioè generalizzabile per differenti campioni, differenti tempi e culture, oppure come riferibile a un sottocampione specifico.

Più nel dettaglio, il WOMBLSQ (Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire) è il primo test multidimensionale pubblicato per la misurazione della soddisfazione percepita dalle madri prima del parto. È uno strumento valido e attendibile con una buona coerenza interna, relativamente corto e completo, e può essere usato con una metodologia di raccolta dati postale. È una versione adattata di altri questionari precedenti (Mason, 1989; Ware *et al.*, 1976) sviluppati da lavori sul campo (Smith, 1996). È composto di 30 *item* organizzati in 11 dimensioni unite a un'area sulla soddisfazione in generale; cinque dimensioni riguardano le caratteristiche cliniche nella fase pre-natale (il tragitto verso la clinica, attesa in clinica, ambiente della clinica, tempi per la visita, parcheggio), tre riguardano aspetti legati alla professionalità degli operatori (competenze tecniche, informazioni fornite, conoscenza del personale di cura), le rimanenti dimensioni riguardano il supporto sociale delle altre donne in maternità, i corsi prima del parto, il controllo del battito cardiaco del bambino.

Il Mason Survey rivisitato fa riferimento all'articolo di Johnson e collaboratori (2002) presentato in dettaglio nel capitolo precedente. Gli autori hanno confrontato il Mason Survey originale - composto di 396 *item*, di cui 194 per l'indagine nella fase pre-natale e 202 per l'esplorazione della fase post-natale - con gli *additional* e *core aspects* individuati dall'analisi della letteratura e hanno eliminato gli *item* non pertinenti; la versione finale rivisitata consiste in 117 *item* per la fase pre-natale e 131 *item* per quella del puerperio (259 *item* totali).

Uno studio interessante riguarda la validazione di uno strumento di valutazione della soddisfazione nel percorso di cura legato alla maternità nella popolazione di donne londinesi provenienti dal Bangladesh. Attraverso un'indagine esplorativa con focus group e interviste in profondità è stato tradotto un questionario (SWEMS, 1996) per le donne di questa comunità con la collaborazione dei mediatori culturali è stato ideato lo SBWEMS (Duff *et al.*, 2001). Le proprietà psicometriche di tale strumento sono ottime e dimostrano la possibilità di costruire strumenti che tengano conto delle differenze culturali e linguistiche

Il Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (Peterson *et al.*, 2005) rappresenta un valido strumento con ottime caratteristiche psicometriche; è composto da 19 *item* per misurare il grado di soddisfazione legato ad aspetti emozionali nella fase post-parto durante la relazione di cura con le ostetriche.

Altri studi (Horowitz, Damato, 1999) sono orientati alla soddisfazione percepita dalle madri verso se stesse. Non essendo questo il tema della rassegna riteniamo opportuno solo indicarli al lettore interessato confrontando la tabella sottostante.

Tabella 3. Strumenti utilizzati per valutare la soddisfazione di sé come madre

-
- MIT (Mother's Information Tool) (Horowitz, Callaghan, 1990) che misura variabili socio-anagrafiche e informazioni sull'esperienza perinatale
 - BSI (Brief Symptom Inventory) (Derogatis, 1982; Derogatis, Spencer, 1988) per valutare sintomatologie legate alla patologia
 - GSI (Global Stress Index) per valutare lo stress percepito
 - WPL-R (What being the parent of a new baby is like - Revised) (Prinham, Chang, 1989) per esplorare esperienze e l'immagine di sé che possono essere centrali nel *problem solving* come madre
-

3.1.2. Ricerche quantitative con questionari non validati

In generale la maggior parte delle indagini utilizza questionari costruiti *ad hoc* (Browns, 2000; Dye, Wojtowycz, 1999; Hicks *et al.*, 2003; Hickson *et al.*, 1994; Hildingsson, Radestad, 2005; Hodnet, 1998; Nielsen, Wambach, 2002; Ortenstrand, Waldenstrom, 2005; Sadler *et al.*, 2001; Senarath *et al.*, 2006; Smith, 2001; Van Teijlingen *et al.*, 2003; Waldenstrom, 2004; Zadoroznyj, 2006).

In particolare per quanto riguarda gli studi che prevedono un'indagine di tipo sperimentale sul campo, si segnalano i lavori di Hearman e Gupton (1998) e Janssen e collaboratori (2000), che hanno proposto di adottare in un reparto una metodologia di presa in carico alternativa - alloggio in camera singola nella fase di degenza - rispetto alle cure tradizionali. Con un questionario autocompilato è stata poi comparata la soddisfazione percepita delle madri che hanno sperimentato questa nuova soluzione logistica rispetto a quella percepita da madri che avevano seguito un protocollo tradizionale.

Un'ulteriore indagine sperimentale è stata condotta da Jewell e collaboratori (2001), che hanno valutato la soddisfazione relativa a un approccio flessibile nelle cure pre-natali *versus* un approccio standard. In particolare l'approccio flessibile consisteva in un numero di visite di base e addizionali concordate tra le donne gravide e le ostetriche. La soddisfazione è stata misurata attraverso un questionario autocompilato.

Infine, il lavoro di McDuffie e collaboratori (1996) ha evidenziato il ruolo positivo del numero di visite rispetto sia agli esiti del parto in termini biologici sia alla soddisfazione.

In ambito italiano si segnala l'attività promossa a seguito del progetto interregionale/nazionale ex art. 12 DLgs 502/1992 "Percezione di qualità e risultato delle cure. Costituzione di una rete integrata di Osservatori regionali", avviato nel 2000 e a cui hanno partecipato diverse organizzazioni sanitarie di varie Regioni, quali Emilia-Romagna (Agenzia sanitaria regionale), Toscana, Marche, Umbria e Lombardia, l'Azienda ospedaliera di Padova, l'Università di Bologna. L'obiettivo principale di questo programma è creare e integrare una rete permanente di osservatori regionali per la rilevazione della percezione della qualità dei servizi sanitari da parte di cittadini-utenti e di misure di soddisfazione e *outcome* in riferimento ai servizi forniti per patologie/condizioni selezionate; ciò ha quindi comportato lo sforzo di sviluppare, nel contesto di

organizzazioni sanitarie dei Servizi sanitari regionali, approcci integrati all'ascolto della "voce" dei cittadini attraverso l'utilizzo di strumenti di rilevazione quali-quantitativi.

Nel corso del progetto ciascuna Unità operativa ha promosso alcune attività sperimentali che hanno consentito l'adozione di nuovi metodi e strumenti nelle Aziende sanitarie. In particolare l'Emilia-Romagna ha sviluppato e monitorato l'utilizzo di strumenti quantitativi e qualitativi per la valutazione della qualità percepita in particolari situazioni (ricovero ospedaliero, prestazioni di specialistica ambulatoriale) o categorie di pazienti (anziani, pazienti cronici).

Da queste sperimentazioni sono stati messi a punto alcuni strumenti, di cui uno per la valutazione dell'attività ambulatoriale e uno per la degenza ospedaliera. Entrambi offrono la possibilità di valutare un percorso e presentano una struttura di base rappresentata dalle stesse dimensioni che costituiscono l'operationalizzazione della qualità percepita.

Le caratteristiche comuni dei questionari sono riconducibili a vari aspetti (*Tabella 4*).³ In primo luogo è presente la dimensione temporale dell'erogazione dei servizi considerati:

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

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

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

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

Ogni componente è analizzata attraverso *item* specifici (riquadri bianchi) e *item* per rilevare un giudizio complessivo (riquadri grigi), modulati in riferimento al contesto valutato. La numerosità degli *item* specifici di ciascuna area varia da uno strumento

³ Per un approfondimento si rimanda a Calderone *et al.*, 2006.

all'altro; gli *item* riferiti ai giudizi complessivi invece non variano fra i questionari, in modo da permettere una loro confrontabilità in fase di elaborazione.

È interessante rilevare che la valutazione degli aspetti relazionali con il personale e delle informazioni che questo fornisce ai pazienti è una componente presa in considerazione in tutti i questionari.

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

Sulla base delle sperimentazioni effettuate sono inoltre in corso attività di perfezionamento dello strumento e delle procedure.

3.1.3. Ricerche qualitative

Come accennato precedentemente, gli studi che hanno preferito l'utilizzo di una metodologia qualitativa sono in minoranza, anche se negli ultimi anni stanno aumentando. In particolare, come rileva Barbour (2000), la ricerca qualitativa può dare un forte contributo alla conoscenza in ambito sanitario. L'articolo mostra come anche all'interno della ricerca in ambito sanitario si sta aprendo una strada a indagini conoscitive non quantitative, ma tale posizione risulta ancora minoritaria.

Nella rassegna qui presentata solo 17 articoli internazionali e 2 ricerche nazionali (condotte dalla Regione Emilia-Romagna) hanno adottato questa metodologia.⁴

Nella Tabella sottostante si riporta una sintesi delle varie tipologie di studi (con relativa frequenza) che utilizzano un approccio qualitativo, suddivisi per tecnica di raccolta dati. Alcune ricerche hanno utilizzato più di una metodologia qualitativa.

Tabella 5. Metodologie qualitative

Tecnica di raccolta dati	Numero di ricerche
<i>Focus group</i>	5
Intervista semi-strutturata	4
Intervista etnografica	1
Intervista narrativa	2
Interviste non strutturate	2
Intervista in profondità	4
Osservazioni	1

Tra gli strumenti più utilizzati si trovano interviste semi-strutturate (es. Bradley *et al.*, 1990), interviste non strutturate (es. Abriola, 1990; Fowles, 1998), interviste in profondità (es. Cronin, McCarthy, 2003), interviste narrative (per una rassegna, Carolan, 2006) e *focus group* (es. Cronin, McCarthy, 2003; Holroyd, 2002). Tali metodologie partono dal punto di vista dell'utente e sono collocabili all'interno di un pensiero scientifico che si pone l'obiettivo di generare ipotesi piuttosto che falsificarle.

Gli studi presi in considerazione utilizzano la metodologia qualitativa principalmente come metodo valutativo rispetto a buone pratiche, attività sperimentali o protocolli utilizzati, lasciando però ampio spazio all'esperienza personale degli utenti. Questa tipologia di ricerca, pur essendo valutativa - nel senso che fornisce un *feedback* rispetto alle azioni messe in atto -, consente contemporaneamente di evidenziare elementi ritenuti significativi per gli utenti pur non essendo contemplati nelle pratiche messe in atto. Nel

⁴ Tre di essi sono articoli di rassegna sulle indagini qualitative e sui criteri di attendibilità e affidabilità, mentre sono solo 14 gli articoli di ricerca affrontati in tale prospettiva, contro i 33 che hanno utilizzato come strumento della ricerca il questionario nelle indagini nazionali e internazionali.

caso delle interviste narrative, ad esempio, partendo dalla narrazione libera delle madri rispetto al proprio percorso di gravidanza, parto e cura dopo la nascita, il ricercatore può "scoprire" nuove idee e nuove aree significative per le persone che si raccontano piuttosto che per il ricercatore stesso o il servizio proponente la cura. Rispetto a quest'ultima metodologia una rassegna condotta da Carolan (2006) evidenzia come negli ultimi anni in letteratura ci sia un *trend* sempre maggiore nell'utilizzo di storie e aneddoti relativi a gravidanza, parto e puerperio. All'interno della letteratura, infatti, l'attendibilità delle storie narrative è largamente riconosciuta e da un punto di vista sociologico le storie sembrano giocare un ruolo chiave nel modo in cui gli individui interpretano gli eventi della vita (Bruner, 1986; Davies, 1991; Gergen, 2001). La stessa autrice discute le storie come

il principale significato attraverso il quale gli individui danno senso alle loro esperienze (Carolan, 2006, p. 5, traduzione a cura della redazione).

In particolare l'autrice suddivide questo materiale in tre categorie:

- le storie delle madri che sono analizzate come dati;
- le storie di ostetriche o future ostetriche relative a momenti del parto, che possono essere utilizzate come *case studies* o come dati;
- i racconti verbali delle storie di donne in gravidanza senza interpretazione.

La prima categoria, in particolare, può essere molto utile per fare luce sull'esperienza delle donne rispetto alla gravidanza e al parto e

i caregivers possono beneficiare di questa metodologia per comprendere le critiche delle donne rispetto alla cura ricevuta e utilizzare questa conoscenza per migliorare l'esperienza delle donne del parto e la loro soddisfazione rispetto ad essa (VandeVusse, 1999, p. 43, traduzione a cura della redazione).

In letteratura si trovano diversi esempi di utilizzo di questa metodologia: VandeVusse (1999) ha usato le storie delle donne per esaminare il modo in cui donne e *caregivers* interagivano nella presa di decisioni, mentre Simkin (1991, 1992) ha esaminato i ricordi relativi al momento del parto lungo un arco di vent'anni. Altri studi hanno adottato questa metodologia per capire l'esperienza delle madri e i loro comportamenti in momenti di difficoltà (Nystrom, Axelsson, 2002; Schaefer, 2004; Thornburg, 2002) e per comprendere i processi di presa di decisione (Schmied *et al.*, 2001). Le storie sono state utilizzate come metodologia elettiva anche nell'indagine di esperienze di parto e gravidanza in soggetti di differente *background* culturale (Callister, Vega, 1998; Coffman, Ray, 2002; Lee, 2002).

A livello nazionale, sono state condotte due ricerche in Emilia-Romagna.

Cittadini stranieri immigrati e qualità percepita: focus group e storie di vita (Azienda USL di Bologna)

Gli obiettivi che l'indagine si proponeva erano:

- migliorare la rilevazione della valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri immigrati grazie all'effettiva comprensione dell'alterità del loro punto di vista, con particolare riguardo alle categorie di pensiero, agli orientamenti di valore e agli elementi normativi utilizzati;
- validare una serie di strumenti di rilevazione della qualità percepita di natura quantitativa (*focus group* e storie di malattia), tarandoli sugli specifici contesti organizzativi oggetto di indagine.

Le metodologie adottate sono state:

- *focus group* con gruppi di donne omogenei per comunità etnica di appartenenza sulla propria esperienza di gravidanza e sul rapporto con i servizi consultoriali, in collaborazione con le mediatrici culturali;
- interviste etnografiche per la rilevazione delle storie di vita di donne straniere (che frequentano il Centro donne straniere dell'Azienda USL) sulla propria esperienza di interruzione volontaria di gravidanza.

I *focus* sono stati realizzati con donne di etnia magrebina e pakistana. Le interviste, invece, con donne di etnia cinese, magrebina, slava e africana.

Riflessioni sul metodo delle interviste etnografiche: il maggior punto di forza dello strumento dovrebbe essere quello di consentire l'individuazione non semplicemente del grado di soddisfazione (concetto etnocentrico e banalizzante), quanto dei criteri culturali impiegati per valutare la qualità della propria esperienza di contatto con i servizi sanitari, cosa che potrebbe non avere nulla a che fare con la "soddisfazione".

Interviste semi-strutturate a donne straniere in un reparto di maternità (Azienda USL di Bologna)

Sono state condotte 24 interviste semi-strutturate con donne di 15 nazionalità diverse. L'intervista riguarda principalmente il momento del parto ed è stata condotta durante il periodo di degenza in ospedale.

Il livello di soddisfazione dichiarato è stato piuttosto elevato soprattutto in relazione al fatto, spesso dichiarato direttamente dalla madri intervistate, che nei paesi di origine non esistono servizi pubblici minimamente paragonabili alle strutture italiane.

Alcune interviste sono state condotte con la presenza della mediatrice culturale, altre no. In questi casi, tuttavia, la conoscenza della lingua italiana è stata così limitata per cui è stato difficile approfondire i concetti e soprattutto è risultato arduo ottenere una narrazione.

La griglia di intervista comprende le seguenti aree di indagine:

- dati di base e di contesto
- ambiente familiare di provenienza e vita quotidiana
- motivi e condizioni dell'arrivo in Italia

- percorso precedente
- percorso nelle strutture sanitarie italiane
- percorso di ricovero
- comunicazione con gli operatori
- comfort
- breve narrazione del momento cruciale del parto
- bambino
- mediazione
- accompagnatori/visitatori
- rapporto con le donne italiane
- bilancio finale

3.2. Campioni delle indagini⁵

Le ricerche prese in rassegna sono state condotte prevalentemente in Italia, Inghilterra, Svezia, USA e Australia. Altre indagini sono state condotte in Scozia, Canada, Sri Lanka, Nuova Zelanda e Sud Africa.

La numerosità del campione varia notevolmente in funzione del tipo di metodologia utilizzata. In particolare, le ricerche condotte con questionario e su campioni facilmente reperibili hanno una numerosità campionaria molto alta. Nella maggioranza degli studi sono stati utilizzati soprattutto campioni di convenienza costituiti prevalentemente da donne di origine caucasica. Anche laddove gli studi abbiano tenuto conto dell'etnia chiedendo ai partecipanti la propria provenienza, essi hanno però raccolto dati principalmente dalla popolazione maggioritaria. Questa sovra-rappresentanza di donne caucasiche è stata in parte determinata dal fatto che molti strumenti erano scritti nella lingua del Paese in cui la ricerca era condotta e le persone che non conoscevano sufficientemente la lingua dello strumento sono state escluse dal campione.

Solo un'indagine quantitativa ha reperito un campione costituito da donne della comunità bangladese di Londra (Duff *et al.*, 2001).

Sono soprattutto le ricerche condotte con metodologie qualitative che prevedono campioni con il coinvolgimento anche di donne straniere, ma la loro numerosità è nettamente inferiore alle caucasiche: nelle *interviste* la presenza di persone straniere varia da 20 ai 63 soggetti, nei *focus group* invece, il numero delle straniere coinvolte è di circa 30 partecipanti (su un totale di 2 o 3 *focus*). Le variabili di strato considerate negli studi qui presentati sono riconducibili alle categorie in Tabella 6.

Tra le indagini qualitative è particolarmente interessante lo studio di Callister (2004) che ha raccolto - attraverso interviste narrative sulla gravidanza - le storie di donne che vivono in Asia, Isole del Pacifico, America del Nord e Centrale, Scandinavia, Est e Sud Africa.

⁵ Per i riferimenti bibliografici vedere Paragrafi precedenti.

Tabella 6. Variabili di strato considerate nelle ricerche

Variabili socio demografiche	Età
	Status socio-economico (livello di istruzione e reddito)
	Etnia
	Stato civile (<i>single</i> , non <i>single</i>)
	Religione
	Area di provenienza (urbana, rurale)
	Stato occupazionale
	Copertura assicurativa
Variabili legate alla gravidanza	Condizione primipara o multipara
	Periodo della gravidanza (antenatale, post-parto, post-ricovero)
	Modalità di parto (spontaneo, cesareo, a termine, pre-termine)
	Numero di visite nella fase ante-natale
Variabili legate allo stato di salute e comportamenti a rischio	Gravidanza a rischio oppure no
	Abitudini non salutari (ad esempio fumo)
	Psicopatologie pre e post-parto

3.3. La prospettiva teorica

Alla luce di quanto descritto finora e centrando il discorso sui contenuti teorici più che sulle metodologie utilizzate, si può identificare un cambiamento nella valutazione della qualità dei servizi del percorso nascita. Più in particolare, se nelle prime ricerche la valutazione riguardava gli effetti delle buone pratiche sulle condizioni di salute fisica della madre e del neonato, successivamente lo sguardo d'indagine si è allargato verso altre variabili più psicologiche, quali la soddisfazione percepita dagli utenti rispetto alla cura. Sembra pertanto che ci sia stato un ampliamento del costrutto in termini addizionali, tale per cui a parametri oggettivi di misurazione si è aggiunto anche il parametro della soggettività al punto che, spesso, la soddisfazione percepita diventa il criterio fondamentale per la valutazione della qualità.

Questi elementi di misurazione oggettivi e soggettivi possono essere complessivamente suddivisi in tre macroaree che vanno a costituire il costrutto di qualità:

- protocolli di intervento e buone pratiche strutturati e proposti agli utenti;
- variabili di mediazione che intervengono nella relazione di cura;
- esiti della cura.

3.3.1. Protocolli

Per quanto riguarda i protocolli e le buone pratiche, gli studi presi in considerazione nella rassegna hanno individuato come salienti per la valutazione del servizio alcuni momenti del percorso nascita che comprendono pratiche sia strutturate sia esito di iniziative locali o personali. In Tabella 7, queste pratiche sono organizzate tenendo conto dei momenti fondamentali del percorso nascita: assistenza alla gravidanza, assistenza al parto, assistenza post-parto.

Tabella 7. Pratiche oggetto dell'indagine valutativa

Assistenza alla gravidanza	Tempistica rispetto alle visite per i controlli in gravidanza Corsi di preparazione alla nascita Attività di sostegno-informazione alle partorienti per l'allattamento Cure al neonato Contracezione in puerperio
Assistenza al parto	Assistenza al parto Contesto del parto (ospedaliero/casa) <i>Setting</i>
Assistenza al post-parto	Qualità e durata del ricovero Visite domiciliari Supporto all'allattamento

3.3.2. Variabili

Per quanto riguarda le variabili di mediazione, gli studi selezionati in rassegna hanno considerato complessivamente come influenti nel percorso nascita alcuni aspetti che si possono organizzare su livelli differenti:

- variabili socio-anagrafiche: età; provenienza geografica: nord *vs* sud e città *vs* periferia; livello di istruzione; status socio-economico; appartenenza culturale;
- variabili esperienziali: esperienza della gravidanza (essere primipare *vs* avere avuto altri figli); stato di salute (avere avuto altri interventi medici, avere sviluppato patologie sia fisiche sia psicologiche/psichiatriche);
- variabili psicologiche individuali: aspettative in merito alla nascita e al nascituro, sentirsi adeguate e auto-efficaci come madri;
- variabili relazionali:
 - della rete familiare: supporto di un *partner* stabile, della propria famiglia di origine, presenza del neonato accanto alla madre dopo il parto;
 - della rete sociale;

- della rete socio-sanitaria:
 - accesso alle buone pratiche;
 - supporto del personale socio-sanitarie sia durante il parto sia nel periodo post-natale;
 - aspetti decisionali: partecipazione nei processi decisionali riguardo il parto e il percorso di cura;
 - comunicazione medico-paziente: essere parte di processi comunicativi con personale medico e infermieristico orientati al supporto emotivo; avere del tempo dedicato da parte del personale medico e infermieristico; essere informata sul processo di cura e anche sugli aspetti psicologici dell'essere madre; ricevere comunicazioni;
 - comunicazione "medico-medico": chiarezza e coerenza informativa del personale di diversi reparti incontrati durante il percorso;
 - continuità della cura.

3.3.3. Esiti

I protocolli sopra descritti sono stati misurati in due modalità alternative:

- relativamente agli esiti psico-fisici della madre e del neonato, oppure
- rispetto alla soddisfazione percepita.

Per quanto riguarda il primo punto, la letteratura nazionale e internazionale sembra piuttosto coerente, cioè identifica le stesse variabili di esito nella valutazione della qualità, in particolare:

- rischio di taglio cesareo;
- mancato allattamento al seno durante il ricovero;
- messa in atto di comportamenti a rischio durante il puerperio come l'uso di contraccettivi non adeguati;
- peso del bambino;
- insorgenza di depressione post-parto;
- durata del ricovero post-parto (Baglio *et al.*, 2000; Donati *et al.*, 2001).

Per quanto riguarda il secondo punto, è trattato in modo più sistematico nel Paragrafo successivo.

3.3.4. Legami fra le aree

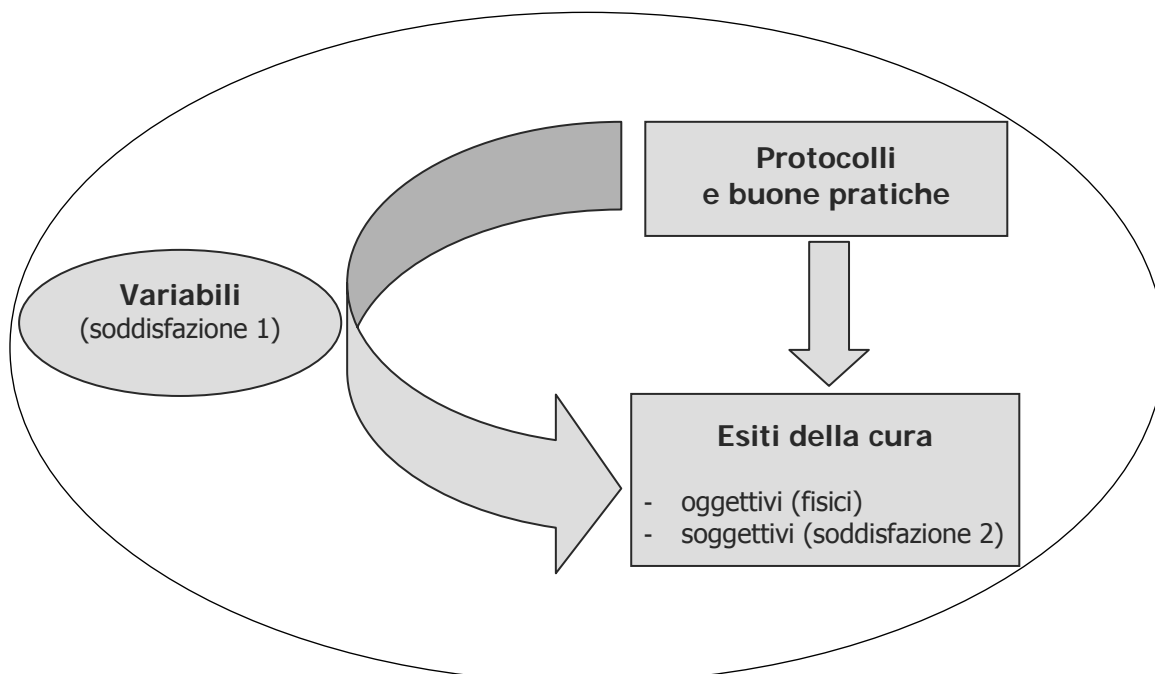
Gli aspetti che qualificano le aree descritte vengono considerati come elementi importanti di cui tenere conto per le indagini sulla qualità percepita, e la misurazione di tali aspetti - invece che di altri - definisce il concetto stesso di qualità percepita. Tuttavia, ciò che definisce la qualità percepita non sono solo le aree descritte, ma anche il modo attraverso cui esse sono pensate insieme, in relazioni e correlazioni reciproche. Buona parte delle ricerche sulla qualità percepita sono organizzate attorno ad un interrogativo che presuppone una mediazione delle variabili relazionali, quale terza variabile indipendente, nella valutazione della correlazione tra esiti e buone pratiche.

La riflessione che emerge da questa rassegna di studi è che le tre aree di valutazione della qualità si organizzano attraverso un processo di valutazione che parte dai protocolli, verifica come questi si connettono alle variabili di mediazione degli utenti campionati e determinano esiti più o meno vantaggiosi. In questo caso la valutazione riguarda la qualità dei servizi proposti in termini di effetti prodotti dalla loro applicazione (*Figura 1*).

In questo processo la soddisfazione percepita può rientrare in due modi:

- è essa stessa una variabile di mediazione tra protocolli ed esiti relativi alla salute fisica della madre e del bambino (in altre parole più alta è la soddisfazione della presa in cura più è probabile che sia alto il benessere fisico); oppure
- la soddisfazione è esito stesso del processo di cura (tanto più le buone pratiche sono state efficaci tanto più il livello di soddisfazione è elevato).

Figura 1. Approccio teorico della misurazione della qualità



4 Riflessioni conclusive: *bottom up o top down?*

4.1. Criticità metodologiche rispetto al costrutto di qualità

Nonostante sia largamente utilizzato per valutare la qualità generale dei servizi all'interno dei percorsi nascita, il concetto di qualità percepita sembra lasciare ancora molte questioni aperte. *In primis*, la teorizzazione stessa del concetto di qualità percepita.

Anche se in letteratura è presente un *corpus* di ricerche tale da permetterne una "definizione" piuttosto esaustiva, evidenziabile nel costrutto multidimensionale descritto da Johnson *et al.* (2002; vedi descrizione del contributo in *Capitolo 2*), essa porta con sé numerose perplessità. In particolare, alcuni autori sottolineano che spesso il costrutto di qualità percepita è indagato in modo semplicistico (Bramadat, Driedger, 1993) o presenta delle lacune; in altri termini, non riesce misurare la grande complessità che qualifica le dimensioni della cura e della qualità percepita rispetto ad essa (Avis, 1997; Bisset, Chesson, 2000; Carr-Hill, 1992; Cleary, 1999). Tali limiti sono riconducibili al fatto che la definizione del costrutto proposta dagli autori in rassegna, sebbene consideri diversi aspetti del concetto di qualità percepita, presenta un limite epistemologico (e quindi, anche metodologico) attinente al fatto di considerare la qualità percepita quale esito di una verifica di come le buone pratiche agite dal servizio si connettono agli esiti della cura in termini di parametri fisiologici e di soddisfazione misurata sulle buone pratiche stesse da cui l'indagine parte (vedi *Capitolo 2*). In questa impostazione, infatti, emerge un'ottica di ricerca che esplora i fenomeni da un punto di vista lineare e a un livello individuale su parametri iniziali e finali uguali che conducono a una certa tautologia nel modo di articolare le ipotesi di ricerca.

La relazione fra tipologie di pratiche proposte dal Servizio sanitario e la qualità percepita dall'utente che ne ha usufruito, invece, è molto più complessa. Per spiegare meglio tale complessità è possibile, a titolo esemplificativo, riprendere una indagine condotta lo scorso anno sulla relazione utenti-servizio. L'autrice sottolinea che

se gli operatori dei servizi sembrano essere molto attenti soprattutto al modo in cui programmare l'offerta sanitaria (come ad esempio le campagne di informazione o la tempistica), gli utenti sembrano prestare invece maggiore attenzione alla presa in cura nel suo aspetto più relazionale, di accudimento (Borghi, 2006, p. 162).

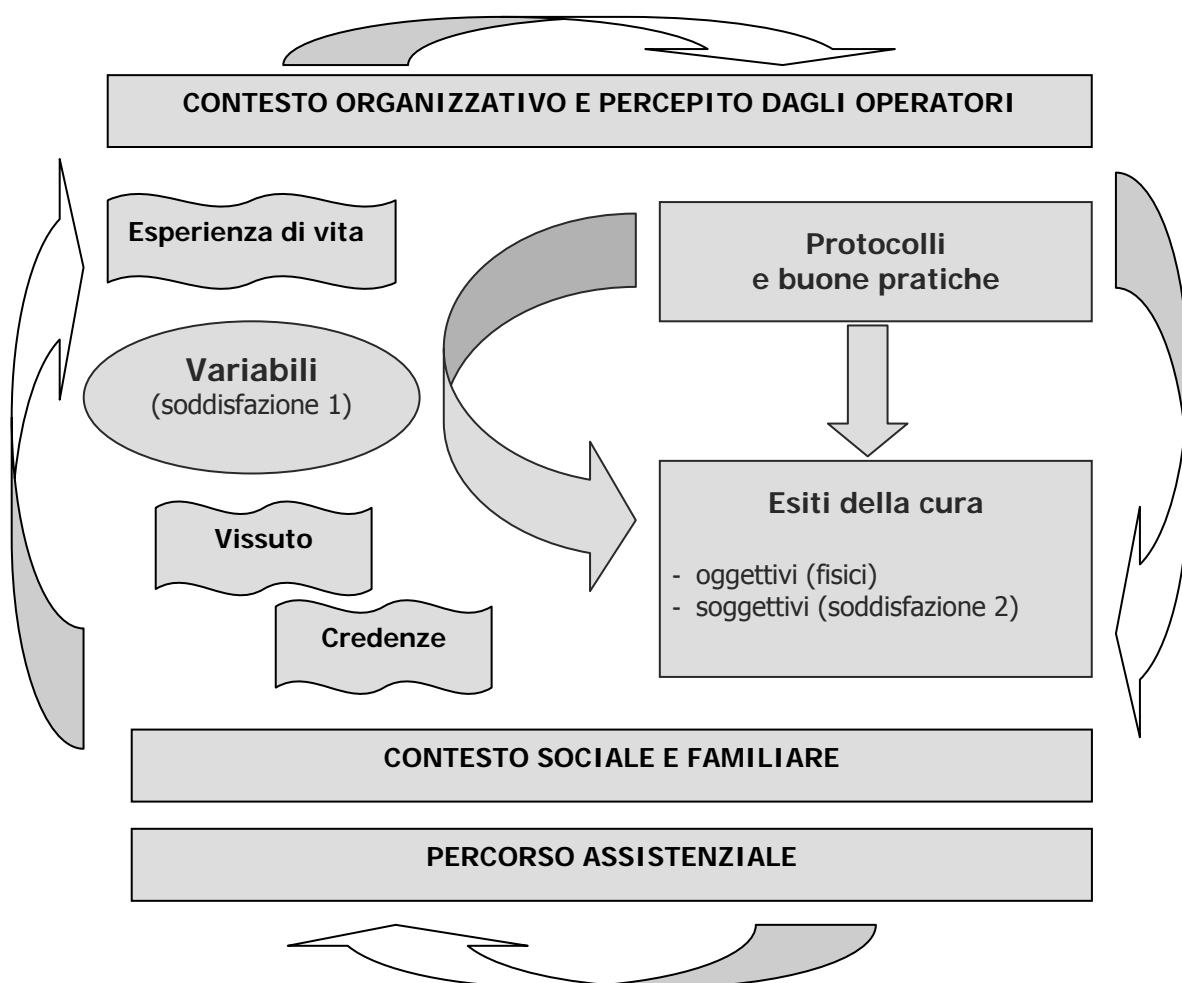
La ricerca evidenzia inoltre tipologie di soggetti differenti (soddisfatti, rassegnati e delusi dal rapporto con i servizi) in funzione del tipo di credenze costruite riguardo al percorso di cura più che di variabili socio-demografiche. Questi risultati non fanno altro che confermare che il tema oggetto d'esame è molto complesso e non riconducibile solo a caratteristiche anagrafiche, sociali, imputabili all'organizzazione del servizio e alla soddisfazione. In particolare, rispetto alla soddisfazione tale ricerca mostra come essa

sia un esito del percorso di cura che dipende anche da fattori esterni alla valutazione delle buone pratiche agite dai servizi, come appunto le credenze e le rappresentazioni della cura, dei servizi sanitari e del *welfare*.

Inoltre, rispetto all'uso della soddisfazione come parametro attraverso il quale leggere la percezione di qualità del servizio, emerge lo storico problema della definizione della soddisfazione stessa e quindi della sua misurazione, che risale agli anni '70 (Locker, Dunt, 1978). Nonostante un numero considerevole di lavori in questo settore, vi è un basso consenso riguardo alla definizione del costrutto (Avis *et al.*, 1995). Come accennato, è ormai condiviso a livello internazionale il fatto che la soddisfazione sia un costrutto multidimensionale determinato da una variabilità di fattori (Williams, 1994) che possono includere l'insieme degli eventi o della cura che le pazienti ricevono, le preferenze personali, i valori, le aspettative (LinderPelz, 1982; Sitzia, Wood, 1997). Nonostante siano stati proposti diversi modelli di misura della soddisfazione, tuttavia, il loro potere euristico sembra essere molto ridotto se applicato al percorso nascita. Infatti, molti modelli sembrano essere stati poco informativi nel fornire spiegazioni sui processi di valutazione da parte delle donne (Williams, 1994). È stato suggerito che le pazienti raramente valutano la cura in termini di soddisfazione: gli studi sull'esperienza di nascita dei bambini da parte delle donne, infatti, mostrano una loro difficoltà nel verbalizzare che cosa esse intendano per soddisfazione (Locker, Dunt, 1978). Inoltre, molti studi volti a misurare la qualità percepita delle pazienti mostrano alti livelli di soddisfazione (Fitzpatrick, 1991; Hundley *et al.*, 1997; Johnson *et al.*, 2002; Lumley, 1985; Riley, 1977), che però fanno pensare ad alcuni *bias* metodologici e psicologici. In primo luogo ci si è chiesti se l'alta soddisfazione non dipenda da una tendenza a soddisfare i *caregivers* (acquiescenza), così importanti in un momento delicato come quello della gravidanza (Jacoby, Cartwright, 1990; Lumley, 1985; Sitzia, Wood, 1997). Il punto di vista delle partorienti, infatti, in un'ottica di ricerca neo-positivista, è limitato dalla loro esperienza (Porter, Macintyre, 1984) e vi può essere una forte associazione fra aspettative, preferenze e soddisfazione, anche rispetto agli esiti del parto in termini biologici. Infatti, i processi implicati quando una donna prende delle decisioni riguardo alla cura sono complessi, e conseguentemente le indagini sulla soddisfazione possono essere inficiate da questa complessità. Altri limiti sottolineati dalla letteratura riguardano anche i tempi della misurazione (Sitzia, Wood, 1997).

Alla luce di questi aspetti di criticità e assumendo come punto di riferimento il costrutto definito dalla rassegna di Johnson *et al.* (2002), un primo aspetto importante da tenere in considerazione nella pianificazione delle ricerche è quello di non soffermarsi unicamente alla misurazione della soddisfazione, ma esplorare i sistemi di credenze rispetto ai servizi sanitari, nonché i vissuti e le esperienze di vita relativi al parto, alla gravidanza e alla nascita in quanto possono avere un ruolo fondante nella valutazione della qualità percepita dalle donne rispetto al servizio. In questa prospettiva di matrice costruttivista, quindi, l'esperienza personale diventa risorsa per contribuire alla conoscenza di questa tematica.

Figura 2. Revisione del costrutto "qualità percepita"



4.2. Criticità metodologiche rispetto al campionamento e agli strumenti

Confrontando la letteratura italiana e quella internazionale si possono evidenziare aspetti che accomunano l'approccio valutativo nel percorso nascita e aspetti che, invece, sono specifici più di un contesto nazionale che internazionale o viceversa.

In linea generale, le ricerche considerate utilizzano per la grande maggioranza indagini di tipo quantitativo che, come ogni indagine basata su tale strumento, è caratterizzata dal vantaggio di raggiungere un vasto numero di soggetti, ma dallo svantaggio di coinvolgere soggetti appartenenti alla cultura maggioritaria, di *status* socio-economico medio-alto e con un buon livello di istruzione; inoltre, ha il grande limite di essere poco esplicitiva quando i costrutti iniziali sono poco chiari. Infatti, la metodologia della ricerca suggerisce, nei casi in cui il ricercatore non abbia un concetto strutturato e ben consolidato in letteratura utile a raggiungere gli obiettivi di ricerca, di prediligere un approccio di *indagine esplorativo* che afferisce al bacino delle tecniche qualitative.

Inoltre, le indagini quantitative faticano a rendere conto di dimensioni complesse. Forse per tale motivo, precedenti rassegne sottolineano come negli studi recenti dei Paesi anglosassoni, che utilizzano anche indagini qualitative (Giacomoni, 2001), si dia molto spazio a questi aspetti che sono invece sottovalutati nel contesto italiano, in cui si privilegiano studi quantitativi.

Gli aspetti aggiuntivi della complessità della dimensione della qualità percepita, rilevati da Giacomoni sono:

- rispetto, che oltre ai temi inseriti nelle categorie "umanizzazione" e "personalizzazione", comprende l'attenzione verso le diversità etniche e culturali;
- accessibilità (economica, fisica, culturale, temporale, ...) ai servizi, su cui si chiede sempre un giudizio dell'utente;
- continuità delle cure tra ospedale e ritorno nel territorio, durante e dopo la degenza.

Nel corso di questa rassegna, tuttavia, al contrario da quanto sostenuto da Giacomoni (2001), l'analisi non ha riscontrato un numero elevato di studi internazionali dedicati a questi aspetti, e in particolare all'utenza immigrata. Tale sensibilità invece emerge soprattutto nell'analisi della letteratura nazionale e in particolare nella Regione Emilia-Romagna dove sono state sperimentate diverse tecniche qualitative per la rilevazione del sistema culturale e soggettivo dell'esperienza parto o degenza. Considerato il numero di donne straniere presenti sul territorio e che accedono ai servizi di maternità è forse necessario riflettere sull'opportunità di rilevare anche il punto di vista delle pazienti straniere nella programmazione e valutazione dei servizi a livello nazionale, o sul modo in cui integrare questo punto di vista all'interno delle metodologie più strutturate solitamente utilizzate nella valutazione della qualità percepita.

Un'altra critica rivolta alla letteratura nazionale e internazionale sul campionamento, riguarda il fatto che, pur indagando la rete di supporto sociale, viene sempre valutata la qualità percepita dal punto di vista della donna e mai della famiglia in generale, del *partner* o delle persone significative. Questa scelta metodologica sembra rientrare all'interno di un paradigma diadico, in cui risulta centrale per i servizi il rapporto donna - personale sanitario, che rischia però di non prendere in considerazione né nelle azioni né nelle valutazioni il ruolo di altre persone significative.

Inoltre, anche il punto di vista degli operatori non sembra essere ritenuto saliente e utile per la rilevazione della qualità percepita.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, sembra esserci una situazione sovrapponibile tra il contesto italiano e quello internazionale: emerge una variabilità di strumenti diversi adottati sia dai diversi Stati sia dalle singole Regioni, seppure indagano lo stesso oggetto (es. ricovero o prestazioni ambulatoriali). Inoltre in entrambi i contesti si nota l'utilizzo prevalente di tecniche quantitative per la rilevazione della qualità percepita. Laddove vengono usate metodologie più esplorative, si tratta di fasi di elaborazione degli strumenti o di un'utenza particolarmente sensibile come nel caso delle donne straniere.

4.3. Prospettive attuali e sviluppi di ricerca

Alla luce delle criticità metodologiche emerse nel corso della rassegna bibliografica, vengono ora argomentati possibili sviluppi di ricerca per valutare la qualità percepita lungo il percorso nascita rispetto a:

- approccio epistemologico di riferimento,
- disegno di ricerca,
- metodologie di campionamento e di raccolta dati.

Rispetto alla definizione del concetto, sembra possibile individuare due "epistemologie" a cui i progetti di valutazione si possono rifare: da una parte una prospettiva di indagine dall'"alto verso il basso" che richiede il contributo degli utenti nella valutazione delle azioni messe in atto corrispondenti a protocolli pre-ordinati; dall'altro un punto di vista che inverte questa tendenza, ovvero che rende i cittadini protagonisti della valutazione distaccandosi dalle azioni protocollari solitamente messe in atto. In questa accezione la qualità percepita riguarda gli aspetti non strettamente tecnici, che appunto necessitano - per essere rilevati - del contributo diretto delle persone nella definizione dei progetti (Maturò, 2002 b). In questa prospettiva, si può immaginare un *continuum* concettuale assumendo il grado di personalizzazione e di partecipazione da parte di coloro che sono i destinatari dell'intervento come *fundamentum divisionis* su cui collocare i progetti, rispetto cui appare opportuno considerare il distinguo tra progetti per la valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini e progetti per la valutazione della qualità dal lato dei cittadini (Nicoli, Capizzi, 2003).

I primi sostengono che - per essere rilevata - la qualità percepita necessita già nella fase di elaborazione ed implementazione del contributo diretto dei pazienti e dei *caregivers* (familiari, volontari) come soggetti protagonisti. Obiettivo di questo modello è l'individuazione delle dimensioni di significato rilevanti per i pazienti/utenti nella valutazione (Borghi, 2006) e la comprensione dell'alterità del loro punto di vista al fine di definire gli elementi di criticità da affrontare. Concetti al centro di questo modello sono quelli di aspettativa, rappresentazioni/credenze, fiducia, vissuto personale e analisi dell'esperienza. I progetti per la valutazione della qualità "dal lato del cittadino" vedono invece il coinvolgimento dei cittadini/utenti come *feedback* attraverso cui verificare la validità delle scelte compiute e avviare un aggiustamento delle stesse.

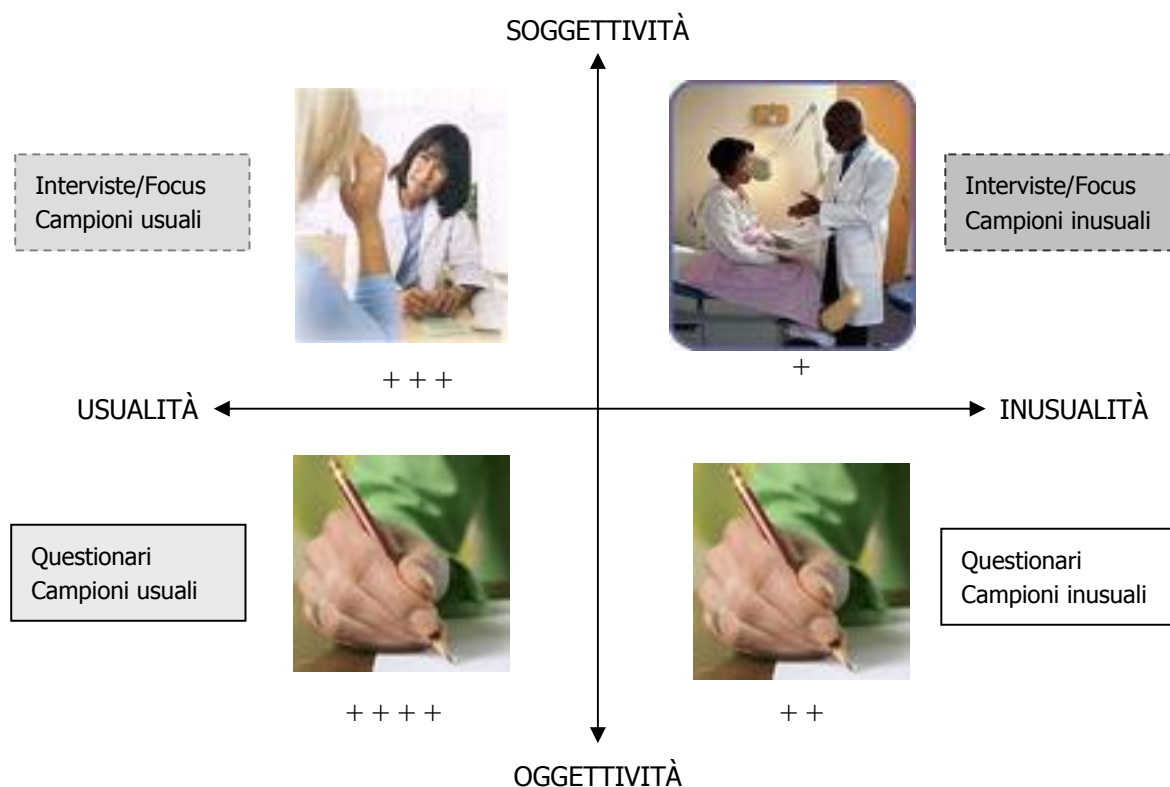
Adottare la prima prospettiva significa dotarsi di disegni di ricerca valutativi (Dallago *et al.*, 2004) che diventino parte di protocolli standardizzati così come lo sono già i questionari. Fondamento e presupposto di tale prospettiva risulta però l'adozione di metodologie integrate e differenziate che utilizzino sia metodi classici di rilevazione della *customer satisfaction*, sia metodi più esplorativi che diano ragione di indicatori soggettivi ed esperienziali quali *focus group*, osservazione partecipante, interviste strutturate, interviste semi-strutturate o narrative. Inoltre, rispetto ai contenuti della qualità percepita si nota un'attenzione condivisa per la complessità e multicomponenzialità del costruito, e per la rilevazione della soddisfazione sull'intero percorso di cura più che su fasi specifiche prese isolatamente. Condividendo tale principio, si ritiene opportuno e utile pianificare un disegno di ricerca che possa fornire una visione globale del percorso

nascita in un'ottica di cura continua e di presa in carico del paziente lungo il corso della relazione medico-paziente.

Rispetto alla scelta del campione, alla luce di queste riflessioni e criticità metodologiche insite nelle metodologie quantitative, si propone un percorso che cerca di raggiungere le specificità delle esperienze degli attori coinvolti nel percorso nascita più che mettere a fuoco universi esplorabili attraverso strumenti strutturati che raggiungono maggiormente, per la natura entro cui sono costruiti e somministrati, donne italiane di istruzione medio-alta. L'idea è quella di evitare di proporre una prospettiva che stabilisca a priori gli aspetti di positività e problematicità incontrati dagli utenti durante il percorso nascita, e utilizzare invece una prospettiva che, partendo dalle minoranze e dall'utente, vada ad enfatizzare e portare alla luce i bisogni, gli aspetti di soddisfazione e quelli di ombra incontrati durante la relazione con i servizi. Inoltre, essendo gli operatori parte del processo di cura e di co-costruzione di qualità, è necessario includere anche il loro punto di vista.

In conclusione, costruendo un quadro di sintesi in cui collocare i vari studi della rassegna condotti mediante l'utilizzo di metodologie quantitative con campioni di soggetti in cui non viene considerata la diversa nazionalità, la maggior parte di essi si colloca nel quadrante dato dall'incrocio tra oggettività e usualità (*Figura 3*).

Figura 3. Panorama degli approcci epistemologici/metodologici



L'intento dei curatori del presente volume è invece quello di posizionarsi maggiormente verso il polo della soggettività, ovvero laddove ci sono meno evidenze e dove la valutazione dei servizi passa prima di tutto attraverso l'analisi dei bisogni dell'utenza e di coloro preposti ad averli in cura.

Alla luce di queste considerazioni un disegno di ricerca che voglia partire dalla rilevazione dei bisogni dell'utenza e degli operatori - e in particolare all'interno di quei contesti in cui si rilevano inusualità che possono mettere in difficoltà la relazione medico-paziente - può prevedere diverse metodologie, tra le quali:

- interviste narrative retrospettive su tutto il percorso a donne caucasiche o inusuali (ad esempio madri con caratteristiche particolari come essere all'interno di una gravidanza avvenuta attraverso fecondazione assistita, essere madri portatrici di una disabilità fisica o di una malattia cronica o particolarmente segnante come l'HIV);
- diari, centrati sull'esperienza presente affidati a donne e distribuiti lungo tutto il percorso nascita con affondi particolari circa la rilevazione delle criticità, dei cambiamenti, dei bisogni e delle risorse formali (servizi) e informali (reti amicali e familiari) nei tre momenti del percorso nascita (pre-parto, al momento del parto, puerperio);
- interviste circolari alle coppie di genitori per cogliere il punto di vista familiare rispetto al percorso nascita nei tre momenti del percorso nascita (pre-parto, al momento del parto, puerperio).

Tra i tre percorsi evidenziati, una ricerca che accompagni la donna, la famiglia e gli operatori lungo i mesi della gravidanza fin dopo la nascita sembra essere quello ottimale, in quanto consente di seguire da vicino e lungo un arco di tempo significativo gruppi di donne usuali e inusuali per le quali il servizio sente di avere bisogno di strumenti in più per potersi porre meglio in relazione con loro. Inoltre, la ricerca potrebbe avere degli esiti di intervento immediati sull'*équipe* che segue le pazienti e sulla sperimentazione di nuove modalità di presa in cura e misurazione della stessa.

Bibliografia

- Abriola D. Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Maternal Child Nurs J*, 15: 113-134, 1990.
- Alfano A. Qualità percepita e management sanitario. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 26-34.
- Altieri L. Un percorso qualitativo/quantitativo per la valutazione della qualità percepita. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 77-90.
- Ardigò A. Il quality assessment dei servizi e delle prestazioni sanitarie come misura della soddisfazione dei consumatori. Un approccio concettuale generale. Dispense per la Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria. Bologna, 1994.
- Avis M. Incorporating patients' voices in the audit process. *Qual Health Care*, 6: 86-91, 1997.
- Avis M., Bond M., Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal Adv Nurs*, 22: 316-322, 1995.
- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Annali Istituto Superiore Sanità*, 36 (4): 465-478, 2000.
- Barbour R. The role of qualitative research in broadening the "evidence base" for clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6 (2): 155-163, 2000.
- Bateson G. *Mind and Nature: a Necessary Unity*, New York, Dutton, 1979. (Trad. it. *Mente e Natura. Un'unità necessaria*. Adelphi, Milano, 1984.
- Beaton J., Gupton A. Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*, 6: 133-139, 1990.
- Bisset A., Chesson R. Is this satisfaction survey satisfactory? Some points to consider in their planning and assessment. *Health Bull*, 58: 45-51, 2000.
- Bluff R., Holloway I. "They know best": women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*, 10: 157-164, 1994.
- Borghi L. l'accesso ai servizi socio-sanitari. I processi psico-sociali connessi alla generazione di disuguaglianze nella fruizione della salute. Tesi di dottorato non pubblicata. Università degli studi di Bologna, 2006.
- Bradley B.S., Tashevskaja M., Selby J.M. Women's first experiences of childbirth: two hospital settings compared. *British Journal of Medical Psychology*, 63: 227-237, 1990.
- Bramadat I.J., Driedger M. Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth*, 20: 22-29, 1993.

- Brown S., Lumley J. The 1993 Survey of Recent Mothers: Issues in survey design, analysis and influencing policy. *Int J Qual Health Care*, 9: 265-275, 1997.
- Browns I.R. Levels of satisfaction of low risk mothers with their current health visiting service. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4): 815-811, 2000.
- Bruner J. *Actual minds, possible words*. London, Harvard University Press, 1986.
- Calderone B., Capizzi S., Nicoli M.A., Sturlese V. *La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi*. Dossier n. 127. Bologna, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2006.
- Callister L.C. Making Meaning: Women's Birth Narratives. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33 (4): 508-518, 2004.
- Callister L.C., Vega R. Giving birth: Guatemalan women's voices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27 (3): 289-295, 1998.
- Carolan M. Women's stories of birth: a suitable form of research evidence? *Women and Birth*, 19: 65-71, 2006.
- Carr-Hill R.A. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*, 14: 236-249, 1992.
- Chambers H.M., Chan F.Y. Support for women/families after perinatal death (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD000452, 2000.
- Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Cleary P.D. The increasing importance of patient surveys. *BMJ*, 319: 720-721, 1999.
- Coffman S., Ray M.A. African American women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31 (5): 536-544, 2002.
- Cronin C., McCarthy G. First-time mothers - Identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (2): 260-267, 2003.
- Currie V., Harvey G., West E., McKenna H., Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (1): 73-82, 2005.
- Dallago L., Santinello M., Vieno A. *Valutare gli interventi psicosociali*. Roma, Carocci, 2004.
- Davies B. The concept of agency: a feminist poststructuralist analysis. *Soc Anal*, 30: 42-53, 1991.
- Department of Health. *Changing Childbirth, Part 1. Report of the Expert Maternity Group*. London, Her Majesty's Stationary Office, Department of Health, 1993.
- Derogatis L.R. *Brief Symptom Inventory*. Riderwood, MD, Clinical Psychometric Research Inc., 1988.
- Derogatis L.R., Spencer P.M. *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and Procedures, Manual 1*. Baltimore, Clinical Psychosomatic Research, Johns Hopkins University School of Medicine, 1982.

- Donati S., Andreozzi S., Grandolfo M.E. Valutazione delle attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. *Rapporti ISTISAN 01/5*. Istituto superiore di sanità, 2001.
<http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=384&lang=1&tipo=5&anno=2001>
- Duff L.A., Lamping D.L., Ahmed L.B. Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: development and validation of a Sylhety questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (3): 215-230, 2001.
- Dye T.D., Wojtowycz M.A. Organizational variations, satisfaction, and women's time investment in prenatal care. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 13: 158-169, 1999.
- Emden C., Sandelowski M. The good, the bad and the relative, part one: conceptions of goodness in qualitative research. *International Journal of Nursing Practice*, 4: 206-212, 1998.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: 1 - Important general considerations. *BMJ*, 302 (6781): 887-889, 1991.
- Flessing A. Are women given enough information by staff during labour and delivery? *Midwifery*, 9: 70-75, 1990.
- Fowles E.R. Labor concerns of women two months after delivery. *Birth*, 25: 235-240, 1998.
- Garcia J. *Getting Consumers' Views of Maternity Care*. London, Her Majesty's Stationary Office, 1989.
- Gergen K. Self narration in social life. In Wetherell M., Taylor S., Yates S.J. (editors). *Discourse theory and practice*. Thousand Oaks, Sage, 2001, pp. 247-260.
- Giacomoni R. Customer satisfaction e processi di qualità in sanità. Alcune esperienze nazionali ed internazionali. Tesi di laurea in Scienze politiche. Forlì, 2001.
- Green J.M., Coupland V.A., Kitzinger J.V. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17 (1): 15-24, 1990.
- Hearman M., Gupton A. Perceptions of Bed Rest by Women with High-Risk pregnancies: A Comparison Between Home and Hospital. *Birth*, 25 (4): 252-258, 1998.
- Hicks C., Spurgeon P., Barwell F. Changing Childbirth: a pilot project. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (6): 617-628, 2003.
- Hickson G.B., Clayton E.W., Entman S.S., Miller C.S., Githens P.B., Whetten-Goldstein K., Sloan F.A. Obstetricians' Prior malpractice Experience and Patients' Satisfaction With Care. *JAMA*, 272: 1583-1587, 1994.
- Hildingsson I., Radestad I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (3): 239-249, 2005.
- Hodnet E.D. Caregiver Support for Women during Childbirth. *Birth*, 27 (3): 217, 1998.
- Holroyd H. Continuity of Caregivers for Care During Pregnancy and Childbirth. *Birth*, 27 (3), 2002.
- Horowitz J.A., Callaghan J. Mothers' information tool. Unpublished manuscript. 1990.

- Horowitz J.A., Damato E. Mothers Perceptions of post-partum stress and satisfaction. *JOGNN*, 28: 595-605, 1999.
- House of Commons Health Committee. *Second Report of the House of Commons Health Committee on maternity services for the session 1991-1992*. (HCP29). London, Her Majesty's Stationary Office, 1992.
- Hundley V., Milne J., Glazener C., Mollison J. (1997) Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control: Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *Br J Obstet Gynaecol*, 104: 1273-1280, 1997.
- Lumping D.L., Rowe P. Users manual of purchasers and providers: Survey of Women's Experience of Maternity Service (Short Form). London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1996. <http://www.lshtm.ac.uk/php/hsru/hsrupubs.htm>
- Jacoby A., Cartwright A. Finding out about the views and experiences of maternity service. In Garcia J., Kilpatrick R., Richards M. (eds.). *The Politics of Maternity Care*. Oxford, Clarendon, 1990, pp. 238-255.
- Jewell D., Young G. *Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy*. *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD000145, 2000.
- Janssen P.A., Klein M.C., Harris S.J., Soolsma J., Seymour L.C. Single Room maternity Care and Client Satisfaction. *Birth*, 27 (4): 235-243, 2000.
- Johnson M., Langdon R., Yong L., Stewart H., Kelly P. Comprehensive measurement of maternal satisfaction: The modified Mason Survey. *Int J Nurs Practice*, 8: 127-136, 2002.
- Jones D. Home early after delivery. *American Journal of Nursing*, 78, 1378-1380 (1978)
- Kaufman K.J. Effective control or effective care? *Birth*, 20 (3): 156-158, 1993.
- Kenny P., King M.T., Cameron S., Shiell A. Satisfaction with postnatal care: the choice of home or hospital. *Midwifery*, 9: 146-153, 1993.
- Kitzinger S. *The experience of childbirth*. New York, Penguin Books, 1978.
- Lee J.T. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. *J Midwifery Women's Health*, 47 (4): 278-286, 2002.
- LinderPelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 16: 577-582, 1982.
- Locker D., Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med*, 12: 283-292, 1978.
- Lumley J. Assessing satisfaction with childbirth. *Birth*, 12: 141-145, 1985.
- Manghi S. *Il medico, il paziente e l'altro*. Milano, FrancoAngeli, 2005.
- Martell L.K. Postpartum Women's Perceptions of the Hospital Environment. *JOGNN*, 32 (4): 478-485, 2003.
- Mason V. *Women's Experience of Maternity Care- A Survey Manual*. Office of Population Censuses and Surveys, HMSO, London, 1989.
- Maturo A. Dalla qualità percepita al vissuto ospedaliero. In Cipolla C., Girelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2002a.

- Maturo A. Il Picker a Edinburgo: alcune annotazioni metodologiche. In Altieri L. (a cura di). *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*. Milano, FrancoAngeli, 2002b.
- McDuffie R.S. Jr, Beck A., Bischoff K., Cross J., Orleans M. Effect of Frequency of Prenatal Care Visits on Perinatal Outcome Among Low-Risk Women. *JAMA*, 275: 847-851, 1996.
- Mngadi P.T., Tembi I.T. Quality of Maternity care for adolescent mothers in Mbabane, Swaziland. *International Nursing Review*, 49: 38-46, 2002.
- National Health and Medical Research Council. Expert Panel on Options for Effective Care in Childbirth. In National Health & Medical Research Council (eds.). *Options for Effective Care in Childbirth*. Canberra, Australia, AusInfo, 1996.
- Nicoli A., Capizzi S. Gli aspetti cruciali del cambiamento nei percorsi della qualità dell'assistenza sanitaria nella prospettiva del cittadino: il caso dell'Emilia Romagna. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 46-73.
- Nielsen S.D., Wambach K.A. Patient Satisfaction With an Early Discharge Home Visit Program. *JOGNN*, 32: 190-198, 2003.
- Nystrom K., Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31 (3): 275-282, 2002.
- O'Keefe M., Sawyer M., Robertson D. Medical student interviewing skills and mother-reported satisfaction and recall. *Medical Education*, 35: 637-644, 2001.
- Oakley A. Social consequences of obstetric technology. The importance of measuring soft outcomes. *Birth*, 10: 99-108, 1983.
- Oakley A. Commentary: the best research is that which breeds more. *Birth*, 19 (1): 8-9, 1992.
- Olsen O., Jewell M.D. Home versus hospital birth (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2007. <http://www.thecochranelibrary.com>.
- Ortenstrand A., Waldenstrom U. Mothers' experiences of child health clinic services in Sweden. *Acta Paediatrica*, 94: 1285-1294, 2005.
- Peterson W.E., Charles C., DiCenso A., Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6): 672-681, 2005.
- Porter M., Macintyre S. What is, must be best: A research note on conservative or deferential responses to antenatal care provision. *Soc Sci Med*, 19: 1197-1200, 1984.
- Pridham K.F., Chang A.S. What being the parent of a new baby is like: revision of an instrument. *Research in Nursing and Health*, 12: 323-329, 1989.
- Riley E.M.D. What do women want? The question of choice in the conduct of labour. In Chard T., Richards M. (eds.). *Benefits and Hazards of the New Obstetrics*. London, Spastics International Medical, 1977, pp. 62-71.
- Sadler L.C., Davidson T., McCowan L.M.E. Maternal satisfaction with active labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 28: 225-235, 2001.

- Schaefer K.M. Breastfeeding in chronic illness: the voices of women with fibromyalgia. *MCN Am J Matern/Child Nurs*, 29 (4): 248-253, 2004.
- Schmied V., Sheehan A., Barclay L. Contemporary breast-feeding policy and practice: implications for midwives. *Midwifery*, 17 (1): 44-54, 2001.
- Scottish Office Home & Health Department. *Provision of Maternity Services in Scotland: A Policy Review*. Edinburgh, Her Majesty's Stationary Office, 1993..
- Senarath U., Fernando D.N., Rodrigo I. Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine and International Health*, 11: 1442-1451, 2006.
- Shaw E., Levitt C., Wong S., Kaczorowski J. (2006) Systematic Review of the Literature on Postpartum Care. Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth*, 33 (3): 210-220, 2006.
- Sikorski J., Renfrew M., Pindoria S., Wade A. (2003). Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, pg. 407-417.
- Simkin P. Just another day in a woman's life? Part I: Women's long term perceptions of their first birth experience. *Birth*, 18 (4): 203-211, 1991.
- Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19 (2): 64-81, 1992.
- Sitzia J., Wood N. Patient satisfaction: A review of issues & concepts. *Soc Sci Med*, 45: 1829-1843, 1997.
- Smith L.F.P. Views of pregnant women on the involvement of general practitioners in maternity care. *British Journal of General Practice*, 46: 101-104, 1996.
- Smith L.F.P. The WOMB (WOMen's views of Birth) antenatal satisfaction questionnaire: development, dimensions, internal reliability and validity. *British Journal of General Practice*, 49: 971-975, 1999.
- Smith L.F.P. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*, 10: 17-22, 2001.
- Spurgeon P., Hicks C., Barwell F. Antenatal, delivery and postnatal comparison of maternal satisfaction with two Changing Childbirth schemes compared with traditional model of care. *Midwifery* 17, 123-132 (2001)
- Taylor A. Familiarity breeds contentment: woman centred care, midwifery teams. *Nursing Times*, 90: 18, 1994.
- The National Health Committee. *Review of Maternity Services in New Zealand*. Wellington, New Zealand, 1999.
- Thornburg P. "Waiting" as experienced by women hospitalized during the antepartum period. *MCN Am J Matern/Child Nurs*, 27 (4): 245-248, 2002.
- Tinkler A., Quinney D. Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1): 30-35, 1998.

- Tyler S. Comparing the campaigning profile of maternity user groups in Europe - can we learn anything useful? *Health Expectations*, 5: 136-147, 2002.
- Van Teijlingen E.R., Rennie A.M., Hundley V., Graham W. The importance of conducting and reporting pilot studies: the example of the Scottish Births Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3): 289-295, 2003.
- VandeVusse L. Decision making in analyses of women's birth stories. Including commentary by Green J.M. *Birth*, 26 (1): 43-52, 1999.
- Vignati E., Bruno P. *Balanced Scorecard in Sanità*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Waldenstrom U. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk factors in a national Sample. *Birth*, 31 (1): 17-27, 2004.
- Waldenstrom U., Nilson C-A. Woman satisfaction with birth centre care: a randomised, controlled study. *Birth*, 20 (1): 3-13, 1993.
- Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R. *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services. Volume 1, Part A: review of literature, overview of methods, and results from construction of scales*. Springfield, VA, National Technical Information Service, 1976.
- Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med*, 38: 509-516, 1994.
- Zadoroznyj M. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social Care in the Community*, 15 (1): 35-44, 2006.

Allegati

Allegato 1. Riferimenti legislativi

Il quadro legislativo

Il panorama della Regione Emilia-Romagna in merito alla valutazione della qualità percepita delle Unità sanitarie dislocate sul territorio è stato raccolto nel volume *La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi* (Dossier 127/2006; Calderone *et al.*, 2006).

In tale elaborato vengono messi in connessione l'aspetto legislativo e quello degli agiti in termini di ricerca e di buone pratiche del servizio per garantirne un'elevata qualità. In particolare, la legislazione prevede il ruolo centrale del cittadino nella programmazione e nel riordinamento dei servizi sanitari e l'esigenza di misurare la qualità percepita dei servizi. Tale prospettiva di analisi è inoltre specchio delle direttive europee che prevedono diversi obiettivi tra i quali il miglioramento dei sistemi sanitari, della soddisfazione e della partecipazione attiva degli utenti in una prospettiva di *welfare* societario plurale. A questi si aggiungono i Piani sanitari regionali di diverse Regioni, che riconoscono l'importanza strategica dell'attenzione rivolta al cittadino e delle metodologie legate alla rilevazione della qualità della vita e del grado di soddisfazione da parte dei cittadini (*Tabella A.1*).

Nel quadro legislativo italiano, una particolare riflessione riguarda l'art. 14 del DLgs 502/1992 poiché fornisce alcune indicazioni generali sui terreni da sottoporre a valutazione dal lato degli utenti, tra i quali:

- "personalizzazione", ovvero il diritto alla *privacy*, la qualità delle relazioni interpersonali tra operatori e degenti, il livello di contatti col mondo vitale del degente, i criteri di esclusione e di accesso al trattamento;
- "umanizzazione": ovvero la componente relazionale che accompagna l'erogazione del servizio e che contribuisce a dare in qualche modo vivibilità al contesto in cui avviene il trattamento. Essa si compone di senso di fiducia, accoglienza, credibilità, ecc.;
- "diritto all'informazione" che si pone a due livelli: il primo riguarda le informazioni sul servizio, il secondo le informazioni personali per l'utente al fine di formare un consenso informato da parte sua al trattamento che lo aspetta (Ardigò, 1994);
- "qualità delle prestazioni alberghiere" che può riguardare la struttura ospedaliera, ma anche altri servizi. Si possono ricondurre a questo campo la questione degli orari di accesso e della disponibilità di spazi adeguati, la sicurezza, l'igienicità di specifici interventi e luoghi, la qualità e l'orario dei pasti, i tempi del riposo, della sveglia, delle visite, ecc.;
- "prevenzione": riguarda lo studio dei mutamenti ottenuti nelle condotte individuali o in quelle istituzionali, le attività di educazione sanitaria anche nel momento delle dimissioni, per prevenire la ricaduta in stato di mortalità.

Tabella A.1. Quadro legislativo europeo, nazionale sulla valutazione dei progetti sanitari

QUADRO NORMATIVO EUROPEO

- *Migliorare la performance dei sistemi sanitari* (rapporto OMS per l'anno 2000: tra i tanti obiettivi prevede di controllare il livello di soddisfazione del paziente e di misurare la qualità dei servizi.
- Direttiva 97/17 del Consiglio d'Europa *Il sistema Qualità nell'Assistenza Sanitaria Europea*: gli indirizzi di politica sanitaria dell'Unione europea rivolgono una particolare attenzione alla rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini-utenti.
- *Programmazione d'azione comunitario della sanità pubblica 2001-2006*: approvato dal Parlamento europeo e dal Consiglio, pone l'accento sulla centralità del cittadino-utente, dell'informazione e soddisfazione.

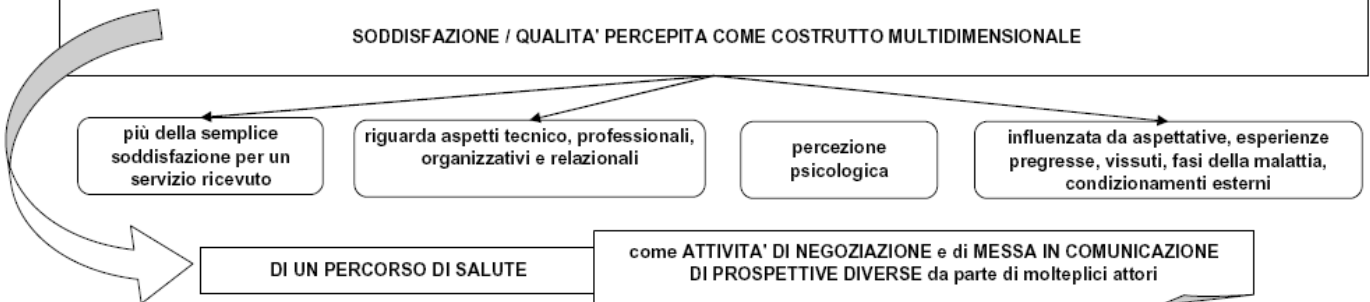
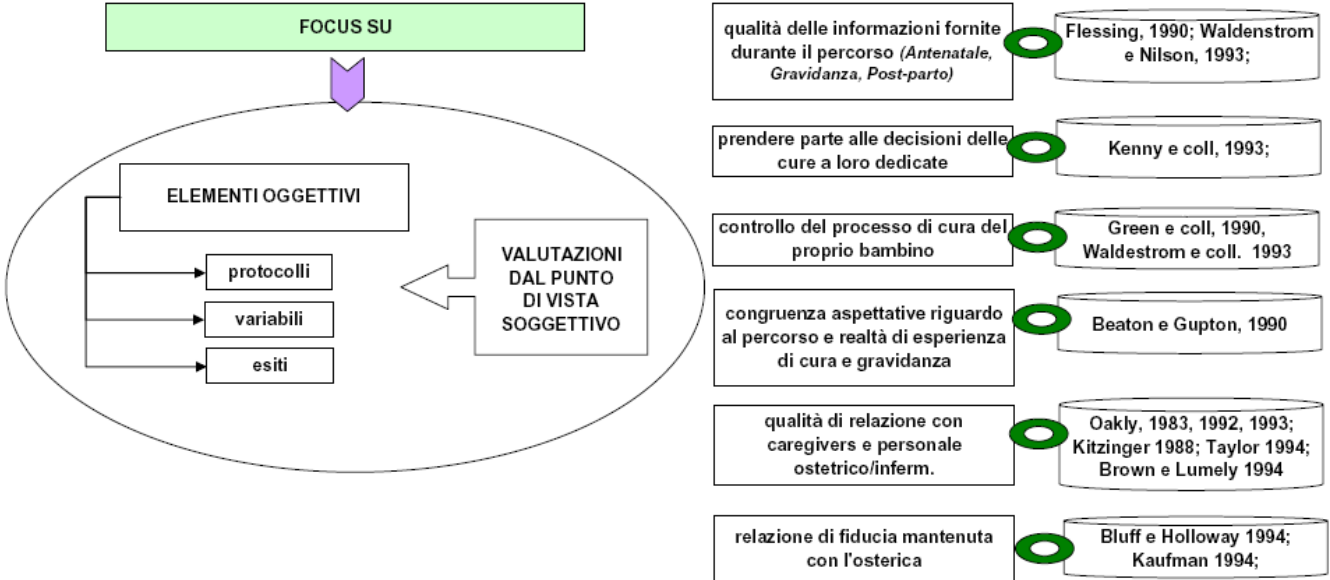
QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

I riferimenti normativi di carattere nazionale e locale sono rilevanti anche se complessivamente disarticolati.

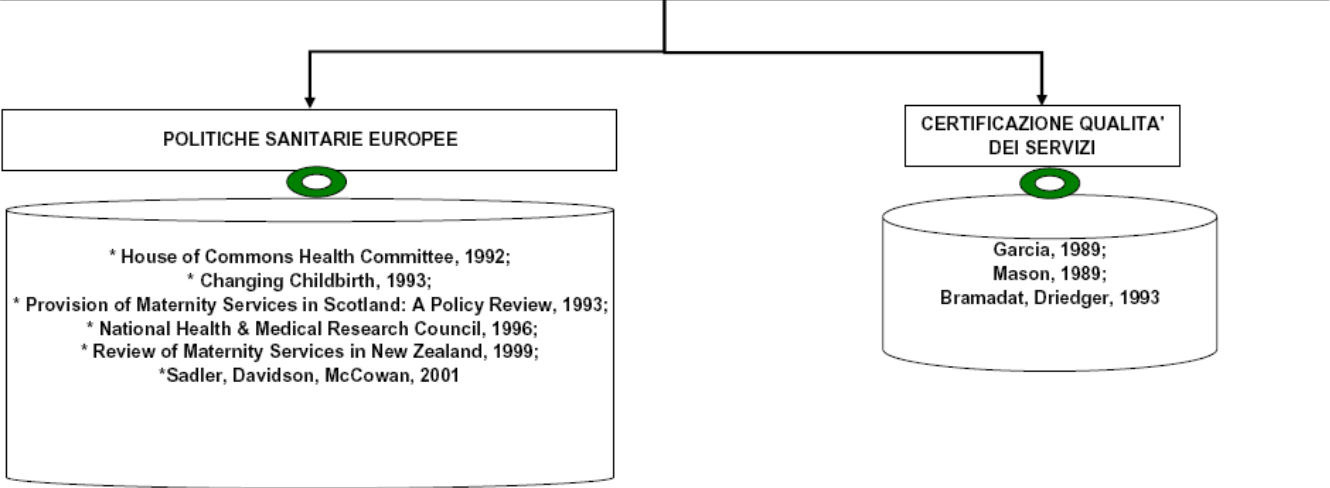
- Decreto legislativo 502/1992 e Decreto ministeriale 15 ottobre 1996, con lo scopo di introdurre e validare - attraverso il concreto utilizzo da parte delle Aziende sanitarie - indicatori di qualità dal lato dell'utente.
 - Decreto ministeriale 12 dicembre 2001 sul "Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" nel contesto nazionale, richiede anche la rilevazione di indicatori di qualità dal lato degli utenti.
 - Decreto legislativo 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419", all'art. 8 *quater* comma h, riconosce la necessità di prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta.
 - Piano sanitario nazionale 2006-2008, "favorire forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori del SSN, diffondendo metodiche partecipate di raccolta di informazioni, che dovranno costituire, una volta effettuata la valutazione partecipata, la base per realizzare percorsi e interventi di miglioramento".
-

Allegato 2. Schemi di sintesi

COSTRUTTO QUALITA' PERCEPITA



RILEVAZIONE SODDISFAZIONE PERCEPITA RISPETTO AI SERVIZI DEDICATI



SODDISFAZIONE / QUALITA' PERCEPITA COME COSTRUTTO MULTIDIMENSIONALE

DIMENSIONI QUALITA' PERCEPITA

LETTERATURA INTERNAZIONALE



Johnson, RN M e coll, 2002

CORE ASPECTS

1. Socio-demographic information
2. Mother's history

Information provided relating to:

3. Provider of care/services
4. Participation in decision making
5. Antenatal classes and visits
6. Pain relief
7. Feeding the baby

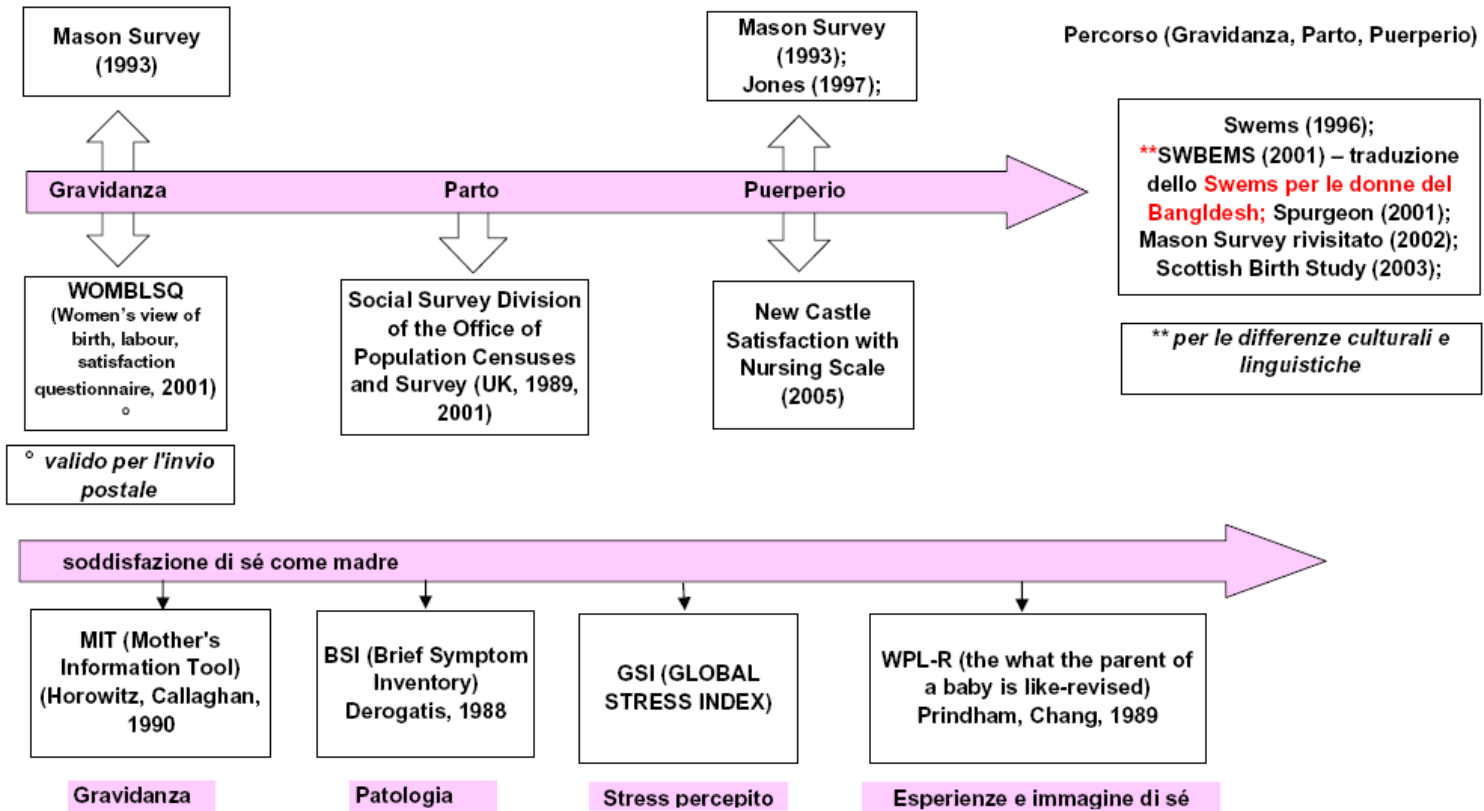
Satisfaction with:

8. Medical supervision and treatment
9. People present at birth
10. Contact with baby after birth
11. Information about the progress of the baby
12. Hospital/clinic arrangements/stay
13. Waiting time/getting to clinic
14. Continuity of care
15. Overall information provision
16. Quality of care (general satisfaction)

ADDITIONAL ASPECTS

17. Privacy in antenatal procedures
18. Finding out about the clinic
19. Contact with other expectant mothers
20. Emotional well-being
21. Need for specific staff
22. Advice on labour and birth, control/management/interventions during birth
23. Labour arrangements (Birth plan followed)
24. Information provided about postnatal services
25. Early discharge

STRUMENTI QUANTITATIVI VALIDATI



STRUMENTI QUANTITATIVI NON VALIDATI

esperienze ad hoc

indagini sperimentali

valutazione di momenti
specifici
del percorso

Zadoroznyj M., 2006, Dye T.D.,
Wojtowycz M.A., 1999, Smith
L.F.P., 1995, Hildingsson I.,
Radestad I., 2005, Ortenstrand
A., Waldenstrom U., 2005, Van
Teijlingen e coll, 2003, Browns
I.R., 2000, Hickson G.B., 1994,
Hodnet E.D., 1998, Hicks C. e
coll., 2003, Salder L.C. e coll,
2001, Waldenstrom U., 2004,
Senarath U. e coll, 2006,
Nielsen S.D. e Wambach K.A.,
2002)

Hearman e Gupton (1998)
e Jonssen P.A. e coll,
(2000)

Jewell et. al (2001)

comparazione
medodologia alternativa
/ cure tradizionali

comparazione
approccio flessibile
nelle cure prenatali /
approccio standard

McDuffie e coll (1996)

ruolo positivo delle visite
esito del parto / soddisfazione

integrazione percezione / misurazione della soddisfazione e outcome delle cure

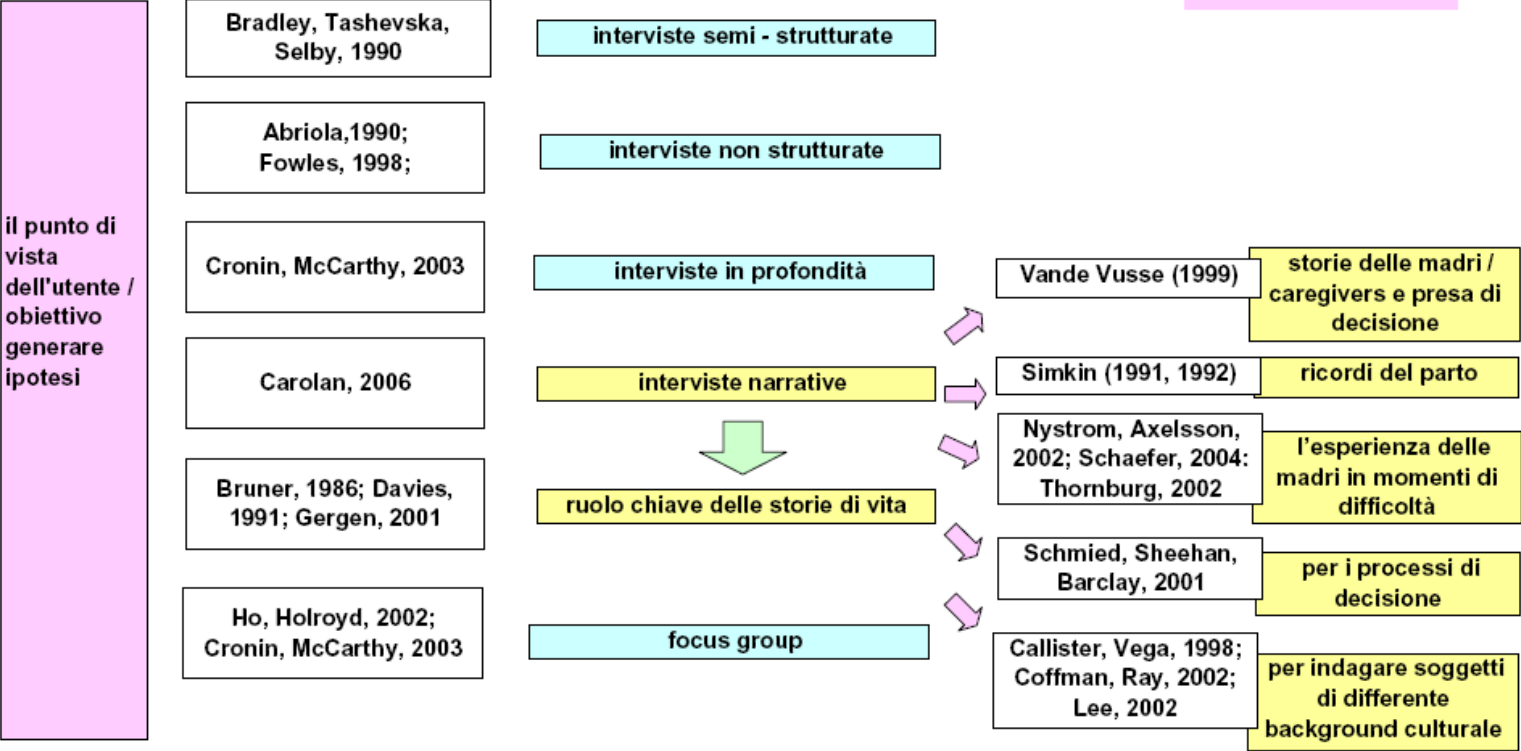
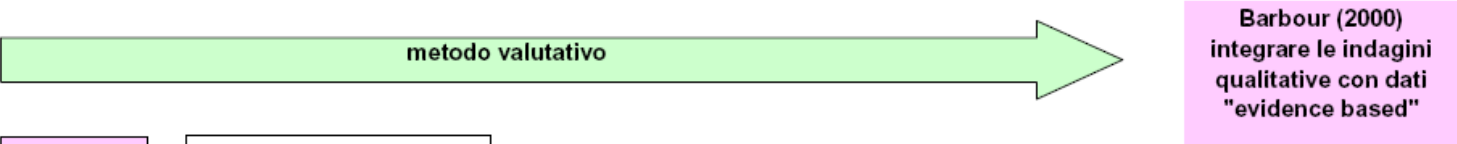
valutazione del
percorso (dimensione
temporale)/
operazionalizzazione
qualita' percepita

in diverse aziende di differenti Regioni: l'Emilia Romagna (Agenzia Sanitaria Regionale), Toscana,
Marche, Umbria e Lombardia, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Università di Bologna.

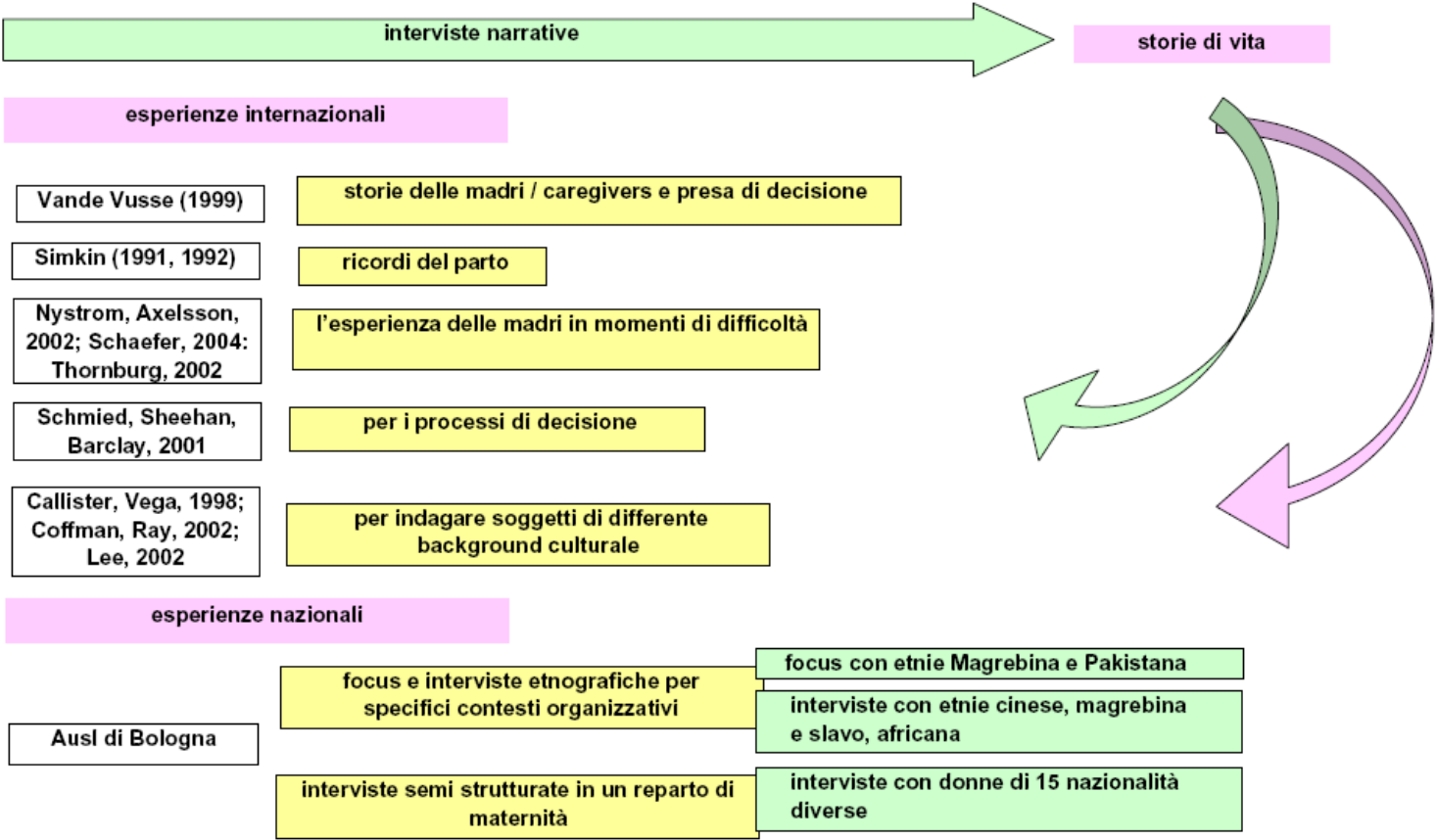
strumenti quali / quantitativi
ricovero ospedaliero / prestazioni di
specialistica ambulatoriale

strumenti quali / quantitativi
categorie di pazienti:
anziani e paz. cronici

STRUMENTI QUALITATIVI



STRUMENTI QUALITATIVI



COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale 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. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)
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. 5^a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)

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

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

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

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

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006.
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna, 2008. (*)

168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2008. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna, 2008. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna, 2008. (*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna, 2008. (*)
172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna, 2009. (*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2009. (*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna, 2009. (*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna, 2009. (*)

