

“Fidatevi dei pazienti”

**La qualità percepita
nei CSM e nei Servizi per
le dipendenze patologiche**



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER
215-2011

“Fidatevi dei pazienti”

**La qualità percepita
nei CSM e nei Servizi per
le dipendenze patologiche**

Accreditamento e qualità

La redazione del volume è stata curata da

Vittoria Sturlese Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Antonietta Di Giovannantonio Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, settembre 2011

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute
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/doss215.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.

Hanno contribuito alla stesura dei capitoli

Anna Maria Baratta	Azienda USL di Parma
Sara Baruzzo	Azienda USL di Reggio Emilia
Laura Biagetti	Azienda USL di Bologna
Rossella Bignami	Regione Emilia-Romagna
Nicola Carluccio	Azienda USL di Rimini
Daniela Casalboni	Azienda USL di Rimini
Rossella Cocconi	Azienda USL di Parma
Alda Colleoni	Azienda USL di Forlì
Dorella Costi	Azienda USL di Reggio-Emilia
Viola Damen	Azienda USL di Modena
Cristiana Damini	Azienda USL di Parma
Ilaria De Santis	Regione Emilia-Romagna
Antonietta Di Giovannantonio	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Marcella Fanelli	Azienda USL di Ravenna
Liana Farolfi	Azienda USL di Cesena
Mila Ferri	Regione Emilia-Romagna
Angelo Fioritti	Regione Emilia-Romagna
Chiara Gabrielli	Azienda USL di Modena
Luisa Iannotti	Azienda USL di Modena
Chiara Ionio	Azienda USL di Ravenna
Alessandro Mariani D'Altri	Azienda USL di Cesena
Maurizio Mazza	Azienda USL di Piacenza
Giampiero Montanari	Azienda USL di Reggio Emilia
Loretta Muraro	Azienda USL di Bologna
Antonella Padovani	Azienda USL di Imola
Fabiana Ramella	Azienda USL di Parma
Claudio Ravani	Azienda USL di Forlì
Francesco Rizzo	Azienda USL di Ferrara
Riccardo Sabatelli	Azienda USL di Rimini
Alessio Saponaro	Regione Emilia-Romagna
Catia Sintoni	Azienda USL di Ravenna
Cristina Sorio	Azienda USL di Ferrara
Paolo Ugolini	Azienda USL di Cesena
Lorenza Zeriola	Azienda USL di Ferrara

Si ringraziano inoltre tutti gli operatori, i professionisti e i responsabili delle strutture che hanno contribuito alla realizzazione delle sperimentazioni, alla somministrazione dei questionari, al coinvolgimento di pazienti e utenti.

*A Rossella,
nostra Collega*

Indice

Sommario	11
<i>Abstract</i>	13
1. Il sistema dei servizi nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche in Emilia-Romagna	15
1.1. La politica di salute mentale in Emilia-Romagna e il contesto organizzativo del sistema dei servizi	15
1.2. L'accreditamento istituzionale delle strutture per la salute mentale e le dipendenze patologiche: il percorso attivato	17
1.3. L'articolazione dei servizi nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche	23
1.4. Le tipologie di utenti dei Centri di salute mentale e dei Servizi per le dipendenze patologiche	29
1.5. La rilevazione del punto di vista dell'utente: esperienze pregresse regionali e aziendali	36
2. Verso un sistema regionale di rilevazione della qualità percepita: metodi, strumenti, proposte	51
2.1. L'approccio regionale all'ascolto: il Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti	51
2.2. Il percorso condotto nel DSM-DP	55
2.3. Gli strumenti: dimensioni indagate, aree tematiche, scale di valutazione	56
2.4. La validazione dei questionari	59
2.4.1. <i>Il questionario "La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche"</i>	59
2.4.2. <i>Il questionario "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale"</i>	68
2.5. Le potenzialità insite nell'analisi dei dati: proposte per un piano di elaborazione	70

3. Anteprima della banca dati regionale: i risultati	93
3.1. La qualità del servizio nei CSM	93
3.2. La qualità del servizio nei SerT	105
4. Le fasi dell'indagine e le peculiarità delle esperienze	117
4.1. L'avvio dell'indagine	117
4.1.1. ... nel DSM-DP di Imola: un'organizzazione in movimento	117
4.1.2. ... nel DSM-DP di Bologna: un altro metodo di valutazione	118
4.2. La somministrazione dei questionari	123
4.2.1. ... con il coinvolgimento dei pazienti nei CSM di Ravenna	123
4.2.2. ... come costruzione di alleanze nella comunicazione nei SerT a Reggio Emilia	126
4.3. L'elaborazione e l'utilizzo dei dati	130
4.3.1. ... nei CSM di Ferrara	130
4.3.2. ... nei CSM di Piacenza	139
4.3.3. ... nei CSM di Rimini: uno sguardo ai suggerimenti	148
4.4. La diffusione dei risultati	152
4.4.1. ... come processo interno all'organizzazione nell'Azienda USL di Modena: dalla relazione annuale alla progettazione del miglioramento	152
4.5. Le difficoltà organizzative: riprogrammarsi in corso d'opera	156
4.5.1. Le soluzioni dei SerT di Ravenna	156
4.6. Uno sguardo d'insieme	157
4.6.1. Il percorso nel DSM-DP di Forlì	157
4.6.2. Il Sistema qualità e accreditamento e la rilevazione della qualità percepita nel DSM-DP di Modena	161
4.7. Esportare soluzioni	163
4.7.1. Utilizzare/adattare il questionario "degenza" per il SPDC di Forlì	163

5. Conclusioni: le prospettive per il sistema regionale di rilevazione della qualità dei servizi nel DSM-DP	167
5.1. Alcune riflessioni sui risultati	167
5.2. Come proseguire	169
5.3. "Fidatevi dei pazienti"	170
Riferimenti bibliografici	171
Riferimenti normativi	173
Allegati	175
Allegato 1. La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale	177
Allegato 2. La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche	185
Allegato 3. La qualità della cura nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	193

Sommario

Nel corso del 2007, fra le attività del progetto "Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti" è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale,¹ e composto da professionisti dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche e referenti della qualità di diverse Aziende USL della regione, con l'obiettivo di "esplorare" le specificità dei servizi all'interno DSM-DP, in particolare la possibilità di rilevare la soddisfazione degli utenti per i servizi ricevuti. L'intento specifico era sviluppare modalità condivise e strumenti comuni di rilevazione della qualità percepita da parte degli utenti e dei loro familiari.

Il Dossier presenta quindi sia l'attività analitica svolta fino al 2007 sul tema della qualità percepita a livello aziendale e regionale, sia lo sviluppo di tale attività che consiste nell'elaborazione e nella sperimentazione di metodologie e strumenti di rilevazione condivisi a livello regionale, tenendo conto che il DSM-DP ha vissuto negli ultimi anni cambiamenti organizzativi rilevanti e rappresenta di per sé una realtà complessa e particolarmente articolata.

Ci si è posti l'obiettivo di rendere fruibili percorsi e strumenti metodologici per coloro che intendono compiere indagini e rilevazioni sul modo con cui i cittadini che accedono ai servizi del DSM-DP e i professionisti che vi lavorano percepiscono i fatti che li riguardano, intesi come percorsi di cura e assistenza e come relazioni che si instaurano tra i diversi attori sociali, elementi che consentono di avere un riscontro sul funzionamento e sulla qualità dell'organizzazione.

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

In tale prospettiva il Dossier presenta il percorso per la messa a punto di due questionari regionali, uno per la valutazione della soddisfazione degli utenti del Centro di salute mentale (CSM), l'altro per gli utenti che accedono ai Servizi per le dipendenze patologiche (SerT). Si sono volute innanzitutto proporre delle indicazioni per l'utilizzo degli strumenti, ma anche dare conto del lavoro che ha preceduto la realizzazione dei questionari, e al tempo stesso delineare i contesti organizzativi in cui tale attività si colloca (Servizi del DSM-DP, Uffici qualità, Uffici per le relazioni col pubblico, Comitati consultivi misti aziendali), per ribadire l'importanza sia delle strategie di miglioramento conseguenti alla rilevazione sia delle condizioni organizzative per poterla effettuare.

¹ Area Accreditamento e qualità, Funzione Cittadini, comunità e servizi.

Nel primo Capitolo vengono descritti gli elementi di contesto che disegnano il quadro di fondo nel quale hanno trovato spazio le attività di ascolto dei cittadini: in particolare le politiche di salute mentale, l'articolazione dei servizi del DSM-DP, le tipologie di utente, le esperienze pregresse di ascolto.

Il Capitolo 2 descrive come a partire da un approccio regionale (o di sistema) alla rilevazione dell'ascolto degli utenti (*Figure 8 e 9*) sia stato possibile elaborare, validare e sperimentare strumenti di rilevazione della qualità percepita condivisi da tutte le Aziende in due servizi del DSM-DP (il CSM e il SerT), in particolare:

- questionario "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale" (*Allegato 1*);
- questionario "La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche" (*Allegato 2*).

Nell'ultima parte del Capitolo viene inoltre proposto un piano di elaborazione dei dati che valorizza l'utilizzo strategico delle informazioni ai fini del miglioramento della qualità.

Il Capitolo 3 presenta gli esiti delle elaborazioni condotte sul *database* regionale permettendo il confronto e la sintesi dei dati raccolti a partire da strumenti comuni per la rilevazione.

Nel quarto Capitolo si è dato risalto alle fasi del percorso metodologico di indagini di qualità percepita attraverso i racconti degli stessi protagonisti:

- avvio (*Paragrafo 4.1*);
- somministrazione dei questionari (*Paragrafo 4.2*);
- elaborazione e utilizzo dei dati (*Paragrafo 4.3*);
- diffusione dei risultati (*Paragrafo 4.4*);
- difficoltà e punti di forza organizzativi (*Paragrafi 4.5 e 4.6*);
- valorizzazione di altri strumenti in contesti analoghi ma differenti (*Paragrafo 4.7 e Allegato 3*).

Abstract

"Trust your patients"

Perceived quality in Mental health and in Drug addiction centers

In 2007 within the project "Regional laboratory for listening and involvement of citizens, community and professionals", a multidisciplinary work group was created; coordinated by the Regional Agency for Health and Healthcare, it is composed of professionals from the Departments for mental health and drug addiction (DSM-DP) and of quality coordinators of some regional Local Health Trusts. The aim was to explore the peculiarities of DSM-DP services, to see if customers' satisfaction for the received care can be quantified, to develop shared methods and common tools to measure perceived quality by patients and their families. It should be remembered that in the last years the DSM-DP organization has significantly changed and it now represents a complex and very articulated reality.

The volume presents the analysis on perceived quality developed at local and regional level till 2007, and the activities of identifying and experimenting survey methods and tools shared at regional level. These methods and tools can be used to analyse how citizens accessing DSM-DP services and professionals working there perceive care paths and relationships among the different social actors. In such a way it is possible to understand the organization and its quality.

Some fundamental theoretical assumptions were considered: perceived quality is not simply satisfaction for a specific experience; it should be studied within the wider context of quality evaluation in a system of different listening strategies.

In this perspective, the Dossier illustrates the elaboration path of two regional questionnaires to evaluate customer satisfaction in Mental health and in Drug addiction centers, to reinforce the importance of surveys to improve organization conditions.

In the first chapter the context elements are described where listening of citizens was developed: mental health policies, organization of DSM-DP services, customer typologies, previous experiences of customer listening.

The second chapter presents the path to elaborate, validate and test the survey tools for perceived quality in two DSM-DP services, that are shared by all regional Local Health Trusts. A data elaboration plan is also proposed, to valorise the strategic use of information to improve quality.

Chapter 3 describes the outcomes of elaborations performed on the regional database, thus allowing a comparison of data collected with shared tools.

In the fourth chapter customers themselves talk about the different phases of the methodological path of perceived quality surveys: start, questionnaire distribution, data elaboration and use, outcomes diffusion, organizational strengths and weaknesses, utilization of similar tools developed in similar contexts.

1. Il sistema dei servizi nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche in Emilia-Romagna

1.1. La politica di salute mentale in Emilia-Romagna e il contesto organizzativo del sistema dei servizi²

Con delibera di Giunta n. 313/2009 è stato approvato il Piano attuativo salute mentale 2009-2011, elaborato a partire dalle indicazioni del Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010 che definisce un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per lo sviluppo di un *welfare* di comunità ("universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione") in grado di rispondere a bisogni complessi di una società in trasformazione. Il Piano è stato redatto con il contributo di professionisti, utenti e familiari, rappresentanti ed esperti dei Servizi pubblici, del privato profit e non profit, del volontariato, dell'Università e degli Enti locali. Il Piano si sviluppa attraverso un confronto articolato che ha avuto una tappa centrale nella Conferenza regionale della salute mentale del 2007.³ Cuore del Piano attuativo è rappresentato dalla pluralità dei soggetti coinvolti, dall'approccio di salute pubblica, dall'ulteriore qualificazione degli interventi di assistenza.

Il sistema che viene a delinearci vede una visione partecipata della politica regionale e locale di salute mentale, i cui cardini sono costituiti dal sistema di comunità e dal sistema di cura, integrati tra di loro per concorrere a realizzare politiche di assistenza e di promozione della salute, nella più ampia accezione di benessere della persona. Il Piano attuativo contiene le indicazioni per la definizione del sistema di comunità e per la riorganizzazione dei servizi agli adulti, all'infanzia e all'adolescenza, dei servizi per le dipendenze patologiche e l'assistenza psichiatrica nelle carceri.

Il sistema di comunità delineato dal Piano attuativo salute mentale, con il coordinamento degli Enti locali punta a superare un modello organizzativo di presa in carico della persona limitato ai soli Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende sanitarie. I due sistemi sono chiamati a concorrere e a integrarsi nelle politiche di assistenza su diversi ambiti: sostegno al reddito, politiche abitative, inserimenti lavorativi,

² A cura di Mila Ferri e Angelo Fioritti
Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna.

³ La II Conferenza regionale Salute mentale "La politica di salute mentale nel nuovo welfare di comunità" si è svolta a Bologna nei giorni 29 e 30 ottobre 2007.

assistenza domiciliare, promozione della salute mentale, sussidiarietà orizzontale (nel significato di incentivare le iniziative di volontari e associazioni impegnati nel sostegno alla persona), prevenzione. Il sistema di cura definito nel Piano persegue una maggiore integrazione tra i servizi, per fornire risposte appropriate e personalizzate a un numero crescente di cittadini con bisogni sempre più diversificati: non solo rispetto ai gravi disturbi psichici, ma anche rispetto a forme minori di disagio, quali disturbo depressivo, stati d'ansia, tabagismo, ecc.

Coordinato dal Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche presente in ogni Azienda USL, che aggrega i servizi rivolti agli adulti, all'infanzia, all'adolescenza e l'assistenza alle persone con dipendenze patologiche, il sistema di cura integrato agisce secondo una concezione allargata di salute pubblica, nella più ampia accezione di benessere della persona.

Il Piano individua alcune priorità.

L'accesso ai servizi da parte dei cittadini richiede che le Aziende sanitarie definiscano un proprio piano di garanzia dell'accesso, declinato concretamente nella pianificazione annuale degli obiettivi. Tale politica deve coinvolgere tutti i soggetti della rete di assistenza, deve prevedere forme di accesso "diretto, mediato, facilitato e urgente", deve essere attrezzata per raggiungere le persone che più hanno difficoltà a rivolgersi spontaneamente ai servizi (anziani, immigrati), anche con il contributo delle funzioni di prossimità (per esempio, le Unità di strada) e di altre funzioni sanitarie impegnate nel territorio. Richiede inoltre che siano sviluppati i collegamenti tra Centri di salute mentale e Servizi di neuropsichiatria per l'età evolutiva (primi punti di accesso della rete) e i medici di famiglia, i servizi per l'handicap, i Consulenti familiari, i Servizi di emergenza-urgenza, gli sportelli sociali.

Le risposte del sistema di emergenza-urgenza, così come determinate nel Piano attuativo salute mentale, "devono essere omogenee sul territorio regionale". Spetta ai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche formulare un piano che preveda il sostegno ulteriore alla prevenzione (per esempio tramite personalizzazioni del piano di cura), la minore istituzionalizzazione possibile, la revisione periodica delle procedure per l'assistenza ai minori e alle persone con dipendenze patologiche.

Per le strutture residenziali pubbliche e private che fanno riferimento ai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende USL, la retta è interamente a carico del Servizio sanitario regionale. Obiettivo del Piano è qualificare l'assistenza nelle strutture (valorizzare le abilità della persona, favorire il principio dell'"abitare" in alternativa al "risiedere") e adeguare il numero dei posti letto al fabbisogno del territorio. L'area delle residenze psichiatriche socio-sanitarie (comunità alloggio, gruppi appartamento) verrà programmata, finanziata e gestita congiuntamente - nell'ambito dei meccanismi di integrazione socio-sanitaria - tra Enti locali e Aziende USL (programmazione attraverso i Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale; gestione mediante pubblico e privato dotato di accreditamento socio-sanitario; modalità di remunerazione per tipologia di servizio).

Da questa sintetica visione del sistema che verrà a formarsi a seguito dell'applicazione delle prescrizioni introdotte dal Piano attuativo, è evidente il ruolo che assumeranno i percorsi di accreditamento dei servizi e dei soggetti che hanno responsabilità in queste politiche.

Il sistema accreditato ha permesso ai professionisti e ai Servizi di dotarsi di una cultura basata sul possesso dei requisiti e sulla dimostrabilità dei risultati. Si tratta ora di compiere un ulteriore, qualificante, passaggio a pratiche di accreditamento che permettano una valutazione di quanto fatto e di quanto si dovrà fare nei prossimi anni di lavoro, primo fra tutti il tema dell'accreditamento del sistema socio-sanitario, ad ulteriore garanzia della qualità delle strutture residenziali che operano nel territorio, assolvendo una funzione rilevante nell'alternativa alla domiciliarità delle fasce più fragili. Inoltre, il sistema di accreditamento deve divenire sempre più strumento legato alla dimostrabilità e a alla valutazione di quanto quotidianamente erogato dai Servizi territoriali, residenziali, ospedalieri della salute mentale. Questa ulteriore sfida costituirà l'oggetto di specifiche attenzioni nelle prossime visite di verifica che mirano al rinnovo dell'accreditamento, e che già vedono il Servizio regionale impegnato da quest'anno.

1.2. L'accreditamento istituzionale delle strutture per la salute mentale e le dipendenze patologiche: il percorso attivato⁴

Nella descrizione del contesto in cui la sperimentazione "Qualità percepita nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)" si inserisce, in questo Dossier sembra utile richiamare il percorso intrapreso per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie per l'area della salute mentale, composta dalle Unità operative di psichiatria adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze patologiche. Tale percorso ha interessato l'intera rete dei Servizi pubblici territoriali e ospedalieri e le strutture residenziali gestite dal Terzo settore e dal privato imprenditoriale, e si è sviluppato in tappe sequenziali, anche in relazione al mandato normativo e alle priorità regionali.

I soggetti coinvolti: i Dipartimenti e il sistema di rete

L'avvio del percorso è stato disposto attraverso la delibera di Giunta n. 327/2004 che formalizza i requisiti generali per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna e i requisiti specifici per alcune tipologie di strutture afferenti. In questo atto vengono anche dettagliati i servizi che debbono necessariamente intraprendere il percorso dell'accreditamento: le strutture ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e

⁴ A cura di Rossella Bignami e Ilaria De Santis
Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna.

di ricovero afferenti al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, le strutture ospedaliere pubbliche e private, le strutture residenziali e semiresidenziali gestite dal privato sociale e imprenditoriale.

Il percorso di accreditamento per tutte le strutture citate è iniziato nel 2005 e ha visto impegnate le aree di:

- psichiatria adulti, nelle Unità operative del Centro di salute mentale, Centri diurni, *day hospital*, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, residenze a trattamento intensivo, protratto e socio-riabilitativo;
- neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, ambulatoriale e residenziale;
- dipendenze patologiche, nelle Unità operative SerT, residenze e semiresidenze.

Le strutture del DSM-DP sono state le prime realtà ad essere sottoposte al percorso, che solo dal 2007 ha coinvolto attivamente anche il privato profit e non profit nelle diverse forme residenziali e ospedaliere, anche al fine di dare attuazione alla Legge 27 dicembre 2006 n. 296, che stabiliva la data dell'1 gennaio 2008 quale termine per gli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate.

Nel corso di questi anni sono state emanate e dettagliate altre disposizioni relative ai requisiti specifici delle Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (delibera di Giunta regionale n. 911/2007) e delle strutture residenziali e ospedaliere gestite dal privato imprenditoriale (delibera di Giunta regionale n. 2000/2009). Ulteriori dettagli sui requisiti specifici dei SerT e delle strutture residenziali, semiresidenziali, ambulatori di accoglienza e diagnosi per le dipendenze patologiche sono stati precisati con la delibera di Giunta regionale n. 26/2005.

Alla data del 31 dicembre 2009 sono stati accreditati:

- 11 Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche, costituiti dalle Unità operative di psichiatria adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica;
- 42 strutture residenziali di tipologia intensiva, protratta e socio-riabilitativa gestite dal servizio pubblico;
- 6 strutture del privato imprenditoriale (con accreditamento provvisorio), che eroga attività residenziale, semiresidenziale e ospedaliera;
- 17 strutture residenziali del privato sociale nell'area della psichiatria adulti;
- 1 ambulatorio di accoglienza e diagnosi;
- 67 strutture residenziali/semiresidenziali gestite dal privato sociale nel settore delle dipendenze patologiche.

Per ragioni di sintesi non vengono descritte in questo intervento le singole fasi e i percorsi attivati che hanno coinvolto i tanti soggetti in questi anni di lavoro. A titolo esemplificativo si riportano alcune esperienze ritenute tra le più significative, per descrivere l'applicazione del modello in ambiti specifici e le azioni di miglioramento supportate dai progetti regionali per il "sistema qualità" e l'appropriatezza dei percorsi.

Box 1. Alcune esperienze

Focus 1. Strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento ospedaliero: per nuovi Servizi, nuove modalità di elaborazione di requisiti specifici di accreditamento

La Giunta della Regione Emilia-Romagna e l'Associazione della Ospedalità privata (AIOP), nel novembre 2007 hanno siglato l'Accordo generale per il triennio 2007-2009 in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata. Tale accordo, formalizzato con delibera di Giunta regionale n. 1654 del 5 novembre 2007, regola, tra gli altri, il tema dell'offerta di posti letto, delle tipologie di degenza e i budget di riferimento dei singoli ambiti specialistici e territoriali. Nella parte III dell'Accordo viene normata la parte specifica relativa all'area della salute mentale, dai principi generali che regolano l'attività ai percorsi relativi all'accreditamento, giungendo a una riorganizzazione dei posti letto delle strutture che erogano assistenza psichiatrica.

In questo modo l'Accordo generale permette alle strutture dell'ambito ospedaliero privato di entrare a pieno titolo nella rete di servizi integrati che si occupano della cura e del trattamento degli utenti con patologie psichiatriche, consentendo al sistema di acquisire servizi innovativi rispetto ai posti letto generici che esistevano prima dell'Accordo. Presso le case di cura di ambito psichiatrico sono quindi costituiti reparti ospedalieri di degenza per le situazioni di crisi e post-acuzie e strutture residenziali intensive e protratte, organizzate anche per il trattamento di singole patologie o *target* di età (minori, doppia diagnosi, psicogeriatrica) che permettono al territorio di riferimento di arricchirsi di prestazioni innovative e necessarie.

Il percorso di accreditamento per questi Servizi si è inizialmente articolato con il passaggio da "accreditamento transitorio" ad "accreditamento provvisorio". Tale attività, svolta in parte su base documentale, si è sviluppata attraverso momenti specifici organizzati nei singoli presidi e nei servizi attivati dagli stessi, momenti ai quali hanno partecipato, oltre al Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri della Regione Emilia-Romagna e all'Agenzia sanitaria e sociale regionale, le Aziende USL (coinvolte a livello sia di DSM-DP che di committenza), le associazioni dei familiari e degli utenti, in una serie di momenti che hanno portato a elaborare sul campo i livelli qualitativi e i requisiti specifici richiesti dal sistema e assunti con delibera di Giunta regionale n. 2000/2009. Il percorso di accreditamento, che trasformerà il regime di provvisorio in definitivo, si concluderà entro il 2011.

Focus 2. Strutture di trattamento delle dipendenze patologiche gestite dal privato sociale

Nelle strutture residenziali per le dipendenze patologiche il percorso di accreditamento avviato nel 2007 si è sviluppato in un terreno favorevole grazie all'applicazione del primo Accordo RER-CEA⁵ 2002. Tale Accordo, sottoscritto da tutti gli Enti ausiliari convenzionati con il Servizio sanitario regionale, ha introdotto strumenti di regolazione e di monitoraggio dell'offerta dei servizi in un'ottica di rete, con la corresponsabilità di entrambi gli attori - pubblico e privato - nella programmazione e nella valutazione dei servizi.

Un altro elemento facilitante è stato quello di estendere la formazione dei valutatori qualificati - promossa dall'Agenzia regionale - ai professionisti di SerT e strutture residenziali gestite dagli enti del privato sociale, con l'obiettivo di poter impegnare nelle visite di verifica valutatori competenti

⁵ Coordinamento enti ausiliari.

per il settore dipendenze patologiche. Il privato sociale è stato coinvolto nel processo a più livelli: nella valutazione del fabbisogno, attraverso le Commissioni paritetiche locali composte da Azienda USL, o Area sovra-aziendale, e gli Enti gestori coinvolti; nella definizione dei requisiti specifici delle strutture; nella formazione all'uso del modello di accreditamento regionale, utilizzato come strumento concreto per migliorare la qualità dei processi assistenziali, anche nell'interfaccia con il Servizio pubblico.

Per quanto concerne l'impatto dell'accreditamento sul sistema dei servizi, il primo aspetto da considerare riguarda il ridimensionamento dei posti offerti. Nel confronto con i dati dell'ex Albo regionale (2005), i dati del 2009 evidenziano una riduzione sia nel numero di strutture residenziali/semiresidenziali (67 vs 78), sia nel numero di posti offerti (1.534 vs 1.728). Considerando che l'offerta del 2005 era superiore all'attuale fabbisogno regionale, la riduzione dei posti va considerata positivamente, nell'ottica di una razionalizzazione del sistema dei servizi. È inoltre significativo che l'assestamento dei posti non sia stato caratterizzato da un aumento eccessivo dell'offerta in trattamento specialistico (19% vs 10% nel 2005).⁶ Un altro aspetto significativo riguarda l'accreditamento di una struttura ambulatoriale gestita dal privato sociale per l'accoglienza e la diagnosi, in attuazione degli Accordi regionali che in caso di accesso diretto dell'utente alla struttura, convalidato dell'Azienda USL competente, prevedono che la valutazione complessiva del paziente dal punto di vista sanitario, psicologico e socio-relazionale possa essere effettuata dalla stessa struttura privata se in possesso dei requisiti per l'accoglienza e la diagnosi (DGR n. 26/2005).

Altri elementi di valutazione possono essere tratti dall'analisi qualitativa delle "relazioni motivate" trasmesse dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale all'Assessorato politiche per la salute dopo le verifiche. Da questo materiale sono emersi importanti punti di forza del sistema, in particolare nel raccordo tra *mission*, politica, pianificazione delle strutture e indirizzi del Programma aziendale dipendenze/SerT. La maggior parte delle strutture ha dimostrato di disporre di un sistema informativo adeguato e funzionale, soprattutto per quanto concerne la gestione dei dati relativi all'utenza. Aspetti di debolezza sono stati riscontrati sui seguenti punti: formalizzazione e gestione delle interfacce esterne; procedure per la gestione del rischio clinico; pianificazione e valutazione della formazione; verifica dei risultati e adozione sistematica della pratica di audit clinico; valutazione dell'appropriatezza degli invii.

Focus 3. Dopo l'accreditamento. Consolidamento del "sistema qualità", strumenti per la gestione del rischio clinico e l'appropriatezza dei percorsi

La flessibilità di un modello regionale orientato a valorizzare la qualità dei sistemi di gestione, più che il mero adempimento burocratico con la partecipazione attiva delle strutture nel processo, ha consentito all'accreditamento di svolgere una funzione strategica per la programmazione del nuovo sistema di offerta.

Proposto come opportunità di crescita per l'intero sistema dei servizi, l'applicazione dell'accreditamento ha offerto alle strutture un'occasione concreta per acquisire maggiore consapevolezza sui processi e pianificare azioni realistiche di miglioramento. In questo contesto hanno preso avvio i progetti regionali di supporto al consolidamento dei "sistemi qualità".

⁶ I dati definitivi sull'offerta delle strutture accreditate per i trattamenti delle dipendenze patologiche sono presentati nel Report 2009 dell'Osservatorio regionale sulle dipendenze (Ferri, Saponaro, 2010).

Percorsi formativi sugli strumenti del "sistema qualità"

In collaborazione con le Unità operative Qualità e Formazione dell'Azienda USL di Bologna,⁷ nel 2008 è stato realizzato un percorso formativo rivolto ai SerT e agli Enti gestori delle strutture accreditate. A seguito dell'alto numero di richieste pervenute, è stata promossa una seconda edizione del corso nella primavera del 2009, estendendo la partecipazione alle strutture residenziali accreditate della psichiatria adulti.

L'obiettivo di queste proposte formative è stato quello di affinare la conoscenza degli strumenti operativi del sistema di gestione per la qualità, focalizzando l'attenzione sulle aree che, dalle risultanze emerse dalle visite di verifica, evidenziavano aspetti di debolezza o comunque migliorabili. Con queste iniziative si è inteso consolidare un percorso sulla qualità che non si esaurisce nella preparazione alla visita di verifica ma diventa parte integrante della operatività dei servizi e dei singoli professionisti. In questa prospettiva si è collocata la proposta di percorso formativo congiunto, per professionisti di SerT ed Enti privati, quale reciproca opportunità di confronto e contaminazione di esperienze professionali. La partecipazione dei professionisti dei Servizi di psichiatria adulti ha offerto ulteriori spazi di confronto tra modelli operativi e professionali integrati nei nuovi Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (Direttiva regionale 20 dicembre 2007 n. 2010).⁸

Strumenti per la gestione del rischio clinico

Per l'anno 2010 sono state programmate due edizioni di un percorso formativo sulla gestione del rischio clinico nelle strutture pubbliche e private di psichiatria adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile. La proposta di un approfondimento sul tema del rischio clinico quale componente essenziale della funzione di governo clinico e obiettivo strategico ribadito dal Piano sociale e sanitario 2008-2010, si sviluppa nell'ambito dei percorsi formativi regionali realizzati negli anni 2008 e 2009 a supporto del miglioramento dei "sistemi qualità". Dalla valutazione positiva di queste esperienze, che hanno stimolato un confronto tra professionisti dei servizi pubblici e privati accreditati, è emersa l'esigenza di approfondire la formazione sulla gestione di rischi specifici nei percorsi di cura dei pazienti psichiatrici e dipendenti patologici. Si tratta di rischi che possono attenerci alla gestione delle terapie farmacologiche, alle emergenze sanitarie-psichiatriche, ai comportamenti aggressivi dei pazienti auto o eterodiretti. La finalità di questo percorso formativo è trasmettere conoscenze e strumenti operativi che possano integrarsi nei "sistemi qualità" implementati dalle strutture DSM-DP con l'applicazione del

⁷ Alla progettazione del corso ha partecipato l'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

⁸ I risultati della valutazione delle esperienze formative sono riportati nel capitolo "Il percorso di formazione" (Bertolini, Biagetti, 2008).

Le *slide* delle relazioni presentate nei percorsi formativi sono disponibili sul sito web del Programma regionale dipendenze

<http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti.htm>

modello regionale di accreditamento. Le precedenti esperienze formative sul tema della qualità dei servizi sono state valutate positivamente dai partecipanti, anche per l'offerta di occasioni di confronto e integrazione fra diversi modelli operativi, professionali, gestionali. L'attuale proposta formativa intende pertanto mantenere questo modello quale valore aggiunto della formazione, estendendo la partecipazione ai professionisti del settore di neuropsichiatria infantile.

I progetti di miglioramento per l'appropriatezza degli invii nelle strutture residenziali

Con l'accreditamento e i percorsi avviati per stipulare accordi contrattuali, il sistema dei servizi può oggi disporre di tutti gli strumenti necessari per la regolazione dell'offerta e il governo complessivo dei processi. Tale sistema appare maturo per affrontare il passo successivo riguardante la valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti in un'ottica condivisa fra pubblico-privato. Le iniziative programmate a livello regionale si orientano in questa direzione con l'obiettivo di consolidare i percorsi per la qualità in una fase di maggiore maturità del sistema integrato dei servizi. Tra le esperienze recentemente avviate, si cita il "Progetto REX. Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze". Il progetto, promosso dalla Regione Emilia-Romagna e affidato all'Azienda USL di Rimini - UOC Dipendenze patologiche, si realizza con il supporto tecnico dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale - Area di programma Accreditamento. Obiettivo del progetto è validare strumenti e raccomandazioni partendo dalle buone pratiche avviate nei sistemi locali, per quanto concerne: appropriatezza degli inserimenti in strutture residenziali; valutazione diagnostica; definizione del progetto terapeutico (obiettivi, tempi, metodologie); valutazione degli esiti. Il progetto prevede il coinvolgimento delle Commissioni paritetiche di monitoraggio degli Accordi locali, con interviste ai coordinatori delle Commissioni e ai loro referenti tecnici, e la partecipazione di professionisti di SerT e strutture accreditate in una formazione sul campo finalizzata alla definizione di raccomandazioni cogenti, anche in vista di una revisione dei requisiti specifici di accreditamento delle strutture per le dipendenze.⁹

⁹ Maggiori informazioni sul progetto REX possono essere richieste ad Alessio Saponaro, responsabile dell'Osservatorio regionale per le dipendenze
asaponaro@regione.emilia-romagna.it

1.3. L'articolazione dei servizi nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche¹⁰

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche è definito come la struttura che all'interno delle Aziende USL si occupa di favorire la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio, e la tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita. La politica di salute mentale comprende organicamente tutti gli interventi di prevenzione, promozione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale, educazione sanitaria relativi alle persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche, nonché le attività di formazione e ricerca necessarie a un efficiente sistema curante e di comunità.

Essa riconosce a proprio fondamento i valori della destigmatizzazione, partecipazione, continuità assistenziale, innovazione, verificabilità.

In concreto il DSM-DP declina la propria missione nei seguenti punti:

- *concorre a promuovere la salute mentale e il contrasto alle dipendenze patologiche come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;*
- *concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale, disabilità psicofisica e dipendenze patologiche che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale;*
- *garantisce l'accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di discriminazione;*
- *produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento, e assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;*
- *garantisce all'utenza di riferimento una presa in carico effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente all'erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento e organizzando, se necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UO o enti;*
- *garantisce la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche per la popolazione afferente agli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale;*

¹⁰ A cura di Vittoria Sturlese e Antonietta Di Giovannantonio - Area di programma Accreditamento e qualità, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.
Per la descrizione dei CSM si è fatto riferimento al "Piano attuativo salute mentale 2009-2001";
per la descrizione dei SerT alla pagina web
<http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/cura/servizi.htm>

- *concorre, di concerto con gli altri dipartimenti, con le altre agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria, alla presa in carico di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di bisogni multipli;*
- *valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.*

La missione del DSM-DP non si esaurisce con la responsabilità del coordinamento del sistema di cura ma comprende il contributo al sistema di comunità, all'interno del quale il Dipartimento collabora alle politiche di integrazione sociale e sanitaria ed alla promozione della salute mentale della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale.

(Piano attuativo salute mentale 2009-2011. DGR n. 313 del 23 marzo 2009, BUR n. 24 aprile 2009, p. 27).

Il DSM-DP aggrega i servizi di:

- psichiatria adulti (CSM),
- neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA),
- SerT.

La pratica quotidiana rende però sempre più evidente come i bisogni di salute mentale della popolazione siano più ampi e variegati di quelli tradizionalmente coperti dalle UUOO di psichiatria adulti, NPIA e SerT. Si tratta sia di bisogni primariamente di salute mentale (disagio, disturbi psichiatrici minori, ecc.) sia di bisogni associati ad altre problematiche di salute (ad esempio nella popolazione con malattie cronico-degenerative, nella popolazione con gravi disabilità psico-fisiche, nella popolazione geriatrica).

I servizi afferenti al Dipartimento collaborano e si collegano con altri servizi e strutture presenti sul territorio (sia di tipo pubblico a carattere sanitario e sociale, che del privato sociale accreditato e del volontariato) attraverso l'utilizzo di modalità condivise.

Nel presente contributo si rivolgerà l'attenzione ai Centri di salute mentale (CSM) e ai Servizi per le dipendenze patologiche (SerT).

Centri di salute mentale

I Centri di salute mentale mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria adulti. Essi costituiscono la sede di accesso ordinario dell'utenza, ove si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione; assumono la missione di garantire continuità di assistenza per quei progetti che richiedono la collaborazione di più articolazioni o soggetti. Costituiscono il baricentro dell'intera rete dei servizi e mantengono la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura svolti anche nei settori ospedaliero, residenziale o penitenziario. Sono integrati con una rete di servizi e strutture dislocate nel territorio: Dipartimento cure primarie, servizi ospedalieri, servizi sociali dell'Azienda USL, Comuni, volontariato, associazioni dei familiari, centri diurni, residenze ad alta intensità terapeutica e socio-riabilitative.

I principali processi di produzione dei CSM sono:

- accesso

Il CSM mantiene la propria struttura di accesso come I e II livello, incrementando i collegamenti con i medici di famiglia e le altre agenzie di base e specialistiche, differenziando e qualificando le proprie attività di valutazione e di personalizzazione delle risposte, rendendosi disponibile per effettuare tali attività anche in contesti diversi dalla propria sede e garantendo una elevata qualità nella formalizzazione delle valutazioni (ad es. garantendo sempre refertazioni chiare e qualitative);

- presa in cura

La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rimane il *core* della missione dei CSM. I CSM si impegnano a migliorarne ulteriormente i processi sviluppando una maggiore aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale mediante alcune linee di innovazione:

- garantire il governo dei percorsi ospedalieri e residenziali esterni al CSM: il CSM deve responsabilizzarsi per contenere all'indispensabile gli accessi nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) e favorire la territorializzazione degli inserimenti residenziali;
- favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del *case management*;
- garantire per ogni paziente in carico multidisciplinare un progetto di vita e un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente;
- ricomprendere all'interno di questi progetti le attività di assistenza e riabilitazione sulle abilità della vita che non possono essere considerate attività esclusivamente sociali, ma parte integrante della relazione di cura e del progetto personalizzato;
- spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psicosociale verso i luoghi di vita del paziente, secondo il principio della riabilitazione *in vivo*, interpretando in questo modo il concetto di domiciliarità e ricomprendendo in questi anche interventi volti alla riacquisizione delle abilità necessarie al raggiungimento di posizioni lavorative e di altre mete significative della vita personale;
- adottare un approccio che massimizzi le abilità residue, la responsabilizzazione dell'utente e del suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all'*empowerment* e alla condizione di massima libertà di azione e di scelta possibile;
- favorire modalità riabilitative, concordate con l'intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l'auto-mutuo aiuto, l'abitare supportato e l'avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione professionale;
- adottare un approccio ben formalizzato e rispettoso dei diritti di informazione e di scelta della persona in tutti i casi in cui si renda necessario ricorrere a provvedimenti direttivi/coercitivi, limitandoli al necessario;

- incentivare la funzione di consulenza, collegamento, formazione e supervisione di altri operatori (invece che orientarsi verso la presa in carico diretta di tutte le forme di disagio psichico) in particolare nei confronti di medici di famiglia, Centri demenze e servizi per disabili adulti (con una funzione prevalente di consulenza), servizi oncologici, *hospice* e altri servizi ad alto impatto emotivo (con prevalente funzione di supporto, formazione e supervisione).

Servizio tossicodipendenze (SerT)

Il Servizio tossicodipendenze (SerT) svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso, dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali. All'interno del SerT opera una *équipe* multidisciplinare composta da professionisti di differenti competenze (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sanitari) per garantire una presa in carico globale e unitaria che valorizza la centralità della persona.

Il percorso di osservazione e diagnosi, attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre trattamenti terapeutico-riabilitativi individualizzati, integrati e flessibili. Il SerT si occupa di tutte le problematiche correlate al trattamento delle dipendenze patologiche, attraverso strategie multidisciplinari di recupero e assistenza, sia dal punto di vista sanitario, sia da quello educativo, sociale e psicologico, mettendo in atto interventi di tutela della salute e di reinserimento nel tessuto sociale. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona. Inoltre l'attività dei SerT sul territorio prevede interventi di prossimità, realizzati anche con il supporto di operatori di strada e unità mobili in collaborazione con gli Enti locali, il privato sociale, le associazioni. Le funzioni di prossimità possono comprendere interventi di prevenzione e promozione della salute dei giovani nelle scuole e nei luoghi di ritrovo (concerti, *rave*, ecc.), e servizi di riduzione del danno per i soggetti dipendenti da sostanze a rischio di marginalità sociale che non si rivolgono direttamente al Servizio. In questo caso le prestazioni possono prevedere somministrazione di farmaci, distribuzione di materiale sanitario e informativo, pasti caldi e servizi per l'igiene personale (nei centri a bassa soglia).

Al SerT possono accedere tutti i cittadini italiani e gli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio italiano, anche minorenni. L'accesso al SerT è gratuito e diretto.

Sulla base delle nuove linee di indirizzo regionali (DGR n. 1533/2006) i SerT si sono attrezzati per facilitare il contatto e la presa in carico di nuove tipologie di utenti, attivando modalità differenziate per l'accesso e i percorsi di giovani consumatori, utilizzatori di cocaina o psicostimolanti, alcolisti, tabagisti, dipendenti dal gioco d'azzardo.

Le prestazioni offerte dai SerT consistono in:

- interventi medico-farmacologici,
- interventi psicologico-psichiatrici,
- interventi socio-educativi,
- interventi socio-riabilitativi,

- invio a programmi terapeutici semiresidenziali e residenziali in strutture accreditate (pianificazione e valutazione del progetto terapeutico con le strutture),
- interventi sul territorio per la riduzione del danno (unità di strada e/o centri a bassa soglia),
- interventi su pazienti in carcere,
- interventi per abuso e dipendenza da alcool,
- interventi per smettere di fumare,
- interventi per la dipendenza da gioco d'azzardo,
- interventi di prevenzione e promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di ritrovo dei giovani.

I SerT operano in rete con gli Enti locali e il privato sociale.

In entrambi i Servizi - CSM e SerT - le attività di sostegno alle famiglie rivestono una particolare rilevanza, per lo sviluppo di pratiche supportive alle reti dei *caregiver*. La famiglia può porsi di volta in volta come risorsa o come portatrice di bisogni, e può incidere positivamente o meno sul decorso del disturbo mentale o dell'handicap psicofisico. Il sistema di sostegno alle famiglie deve essere in grado di differenziare i bisogni dei nuclei parentali e di concordare con loro le soluzioni più idonee per ogni specifico caso, includendo azioni sul reddito, sulla casa, sul sostegno temporaneo, sulla socialità, sull'informazione, sulla specifica formazione alla corretta gestione della relazione con il loro congiunto nelle varie fasi della vita, sulla salvaguardia della salute emotiva delle persone coinvolte.

Altrettanto rilevante risulta essere l'evoluzione della cultura professionale di tutti gli operatori del sistema dei servizi del DSM-DP.

Lavorare in una prospettiva di salute mentale implica molti cambiamenti nella cultura professionale: significa stabilire con il cittadino/utente un rapporto sempre più basato sul rispetto della soggettività, sul diritto all'informazione, sulla libertà di scelta e l'autodeterminazione. Un rapporto che tenda a liberarsi di quote di paternalismo e che ponga la dialettica tra libertà e direttività entro cornici normative e culturali ben definite.

Significa tradurre i concetti di empowerment ed advocacy in pratiche concrete che risiedono prima di tutto nell'atteggiamento mentale degli operatori, ed in armonia con il mandato sociale che al DSM-DP è conferito. Significa costruire pratiche non solo votate alla stabilizzazione ed alla gestione del disturbo, ma più decisamente rivolte alla guarigione, secondo accezioni che di volta in volta rendano più raggiungibile l'obiettivo di una vita significativa e compiuta nella collettività.

L'elemento centrale della professionalità dell'operatore di salute mentale resta la sua capacità di relazione intersoggettiva, la competenza basilare sulla quale può costruire le proprie pratiche di accoglienza, valutazione, di formulazione dei piani di trattamento, di negoziazione e condivisione con l'utente (e quando possibile o necessario con il suo contesto). Questo elemento centrale è proprio di ogni

professionalità presente nel sistema di cura ed attorno ad essa vengono organizzate le competenze tecniche specifiche del medico, dello psicologo, dell'infermiere ecc. La risorsa "tempo" è cruciale per poter estrinsecare questa competenza basilare. Oltre ad essere disponibile in misura sufficiente deve essere organizzata in modo efficiente, ridistribuendo tra le professioni ruoli e funzioni, ivi incluse le responsabilità della titolarità della relazione di cura, non esclusivo appannaggio delle figure mediche o dirigenziali.

Le competenze tecniche individuali comprendono oggi una serie di conoscenze e di abilità molto ben formalizzate e riconducibili ad un corpus teorico e pratico con tutte le caratteristiche della scientificità. Efficacia, appropriatezza, efficienza, ricerca delle evidenze, standardizzazione, verificabilità, trasparenza e disponibilità ad essere valutati sono tutti elementi indispensabili nelle competenze del professionista di oggi e di domani.

L'elemento centrale delle metodologie dei gruppi professionali è il lavoro d'équipe. Esso mantiene oggi lo stesso valore insostituibile intuito nelle prime fasi della de-istituzionalizzazione e richiede semmai sempre maggiori capacità umane e tecniche nella sua implementazione tenuto conto della diversificazione di bisogni e della complessità del lavoro di rete che le équipes oggi svolgono. È però l'unica metodologia che consente di conciliare universalità e personalizzazione, di rispondere in modo flessibile e creativo a situazioni quanto mai varie e spesso imprevedibili. La qualità del lavoro offerto in équipe va presidiata tramite formazione specifica ed adeguata supervisione.

(Piano attuativo salute mentale 2009-2011. DGR n. 313 del 23 marzo 2009, BUR n. 24 aprile 2009, p. 44).

1.4. Le tipologie di utenti dei Centri di salute mentale e dei Servizi per le dipendenze patologiche¹¹

Nel presente contributo si riportano i risultati più significativi di analisi¹² condotte sulle caratteristiche degli utenti in trattamento¹³ presso alcuni servizi del DSM-DP: la Tabella 1 fornisce un quadro generale del numero di utenti in trattamento nel 2008 e 2009 presso i Servizi di dipendenze patologiche, psichiatria adulti e neuropsichiatria infantile. Da questa prima fotografia si desume che l'utenza che presenta problematiche di tipo psichiatrico è numericamente più consistente rispetto a quella con dipendenza da alcool e droga.

Tabella 1. Utenza in trattamento per anno e tipologia di Servizio

Servizi del DSM-DP	2008	2009
Dipendenze patologiche (alcool e droghe)	28.873	29.603
Psichiatria adulti (CSM)	65.929	72.084
Neuropsichiatria infantile (NPIA)	38.347	40.144
<i>Totale</i>	<i>133.149</i>	<i>141.831</i>

¹¹ A cura di Vittoria Sturlese - Area di programma Accreditamento e qualità, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

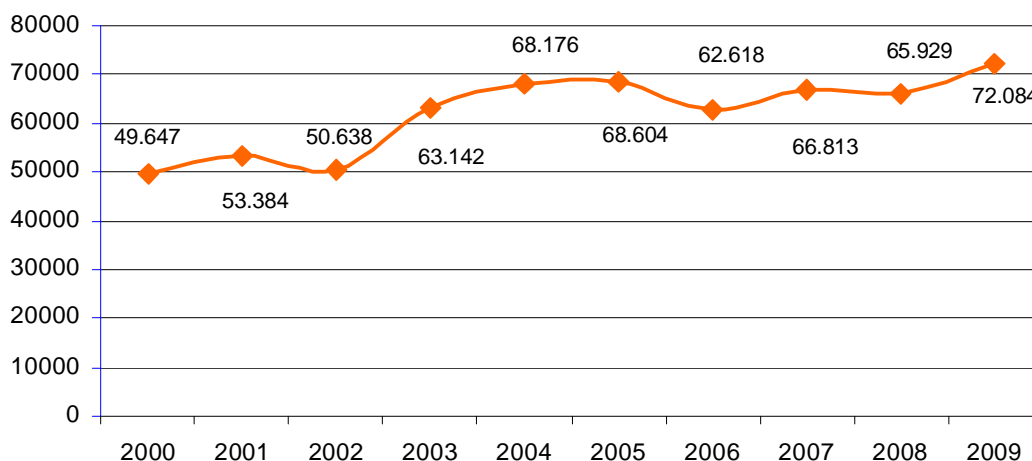
¹² Per la stesura del presente contributo si è fatto riferimento a *Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna* (Ferri, Saponaro, 2010) e al Sistema informativo mentale Politiche per la salute e politiche sociali dell'Emilia-Romagna (https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/servlet/fv/AdapterHTTP?ACTION_NAME=cmsNavigate&CODMENU=ROOT&NEW_SESSION=TRUE sezione "Salute mentale e dipendenze patologiche").

¹³ Per utenza in trattamento si intendono tutte le persone che hanno avuto almeno una visita nel corso dell'anno. Sono compresi coloro che intraprendono un trattamento strutturato/ programmato (definiti "in carico") e coloro che hanno un rapporto che non si è tradotto in un progetto terapeutico.

Utenza in carico al CSM

Il numero di pazienti in contatto con i CSM dell'Emilia-Romagna nel periodo 2000-2009 mostra un sostanziale aumento nel 2003 (+12.504 rispetto al 2002), che continua fino al 2005; dal 2006 si verificano alcune successive oscillazioni, con scostamenti annuali di lieve entità; nel 2009 si ha un nuovo consistente aumento rispetto al 2008 (da 65.929 a 72.084; +6.155) (Figura 1).¹⁴

Figura 1. Utenza in carico ai CSM. Serie storica anni 2000-2009



Fonte dati: Sistema informativo Politiche per la salute e politiche sociali dell'Emilia-Romagna - sezione "Salute mentale e dipendenze patologiche"

In Tabella 2 si può visualizzare il numero di soggetti in fase di "accoglienza"¹⁵ nel 2009 suddivisi per modalità di accesso. Il dato rilevante è che il 44,1% viene inviato al CSM dal medico di medicina generale, a dimostrazione di una alta attenzione di questi professionisti rispetto alle problematiche psichiatriche (anche non di tipo acuto); a seguire, il 19,6% proviene da ospedali pubblici e privati e il 18,9% si presenta spontaneamente.

¹⁴ Le variazioni riscontrate in Figura 1 possono in parte essere dovute alla riorganizzazione del Sistema informativo.

¹⁵ A differenza dell'Osservatorio regionale sulle dipendenze, il Sistema informativo conteggia fra i "nuovi casi" sia i nuovi ingressi sia i re-ingressi (cioè soggetti già conosciuti in precedenza, che si ripresentano a seguito di conclusione o interruzione del progetto terapeutico precedente).

Tabella 2. Modalità di accesso di soggetti in fase di "accoglienza" al CSM, anno 2009 (valore assoluto e percentuale)

Inviante	N	%
spontaneo	5.236	18,9
medici di medicina generale (MMG)	12.189	44,1
SPDC	317	1,1
ospedali pubblici e privati	5.410	19,6
strutture sanitarie e socio-sanitarie	569	2,1
altri servizi AUSL	1.424	5,1
DSM di altre AUSL	229	0,8
Servizi sociali di Enti locali	363	1,3
paziente ex OP	8	0,0
Organi giudiziari e Forze dell'ordine	218	0,8
carcere/OPG	0	0,0
altro	1.700	6,1
<i>totale</i>	<i>27.663</i>	<i>100,0</i>

Fonte dati: Sistema informativo Politiche per la salute e politiche sociali dell'Emilia-Romagna - sezione "Salute mentale e dipendenze patologiche"

Servizi per le dipendenze patologiche

Ai SerT si rivolgono per lo più (ma non solo) persone che chiedono di entrare in terapia per risolvere un problema di dipendenza, non solo legato all'uso o abuso di droghe illegali, ma anche alcool, comportamenti compulsivi legati al gioco d'azzardo o fumo da tabacco.

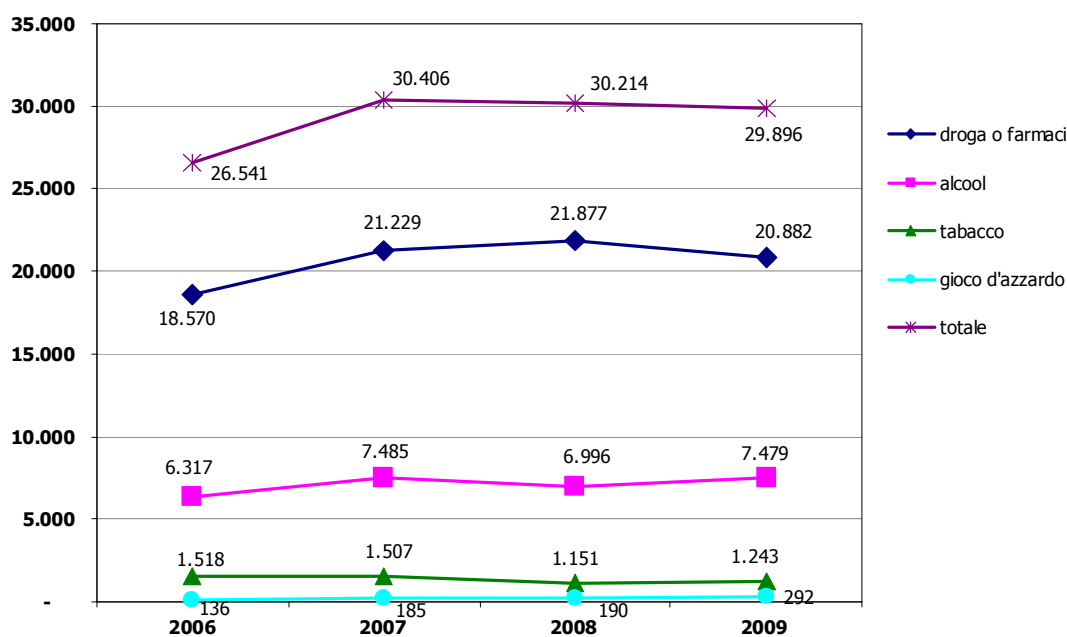
Negli ultimi anni si registra una costante modificazione del profilo degli utenti che accedono ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna; tale modificazione trova conferma, seppure con dimensioni e forme diverse, nei profili tracciati a livello europeo e italiano. I cambiamenti in atto possono essere messi in relazione a tre scenari particolari:

- nuove sostanze/nuove modalità di consumo di sostanze (un rilevante esempio è la cocaina);
- un'apertura dei Servizi per le dipendenze a nuove problematiche (gioco d'azzardo, tabagismo, ...);
- recrudescenza o emergere di nuove problematiche quali doppia diagnosi, policonsumo, invecchiamento dei tossicodipendenti in cura presso i Servizi, stranieri, ecc. (Ferri, Saponaro, 2010).

I dati disponibili trasmessi all'Osservatorio regionale sulle dipendenze mostrano un andamento altalenante delle persone che si rivolgono, per diverse motivazioni, ai servizi offerti dai SerT. Fra 2006 e 2007 si è assistito a un generale aumento dell'utenza, oltre che nelle singole tipologie. Fra 2008 e 2009 gli utenti che hanno avuto accesso ai Servizi

regionali per le dipendenze - a prescindere dal tipo di intervento¹⁶ e dalla tipologia di problematica presentata - sono passati da 30.214 a 29.096: tale diminuzione ha interessato in maniera più consistente coloro che presentavano problemi o richieste relative a droghe e/o farmaci (da 21.877 a 20.882), mentre le altre tipologie di utenza segnano un lieve aumento (da 6.996 a 7.479 per l'alcool, da 1.151 a 1.243 per il tabacco e da 190 a 292 per il gioco d'azzardo).

Figura 2. Utenza (tutte le tipologie) che si è rivolta ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna (anni 2006-2008, valori assoluti)



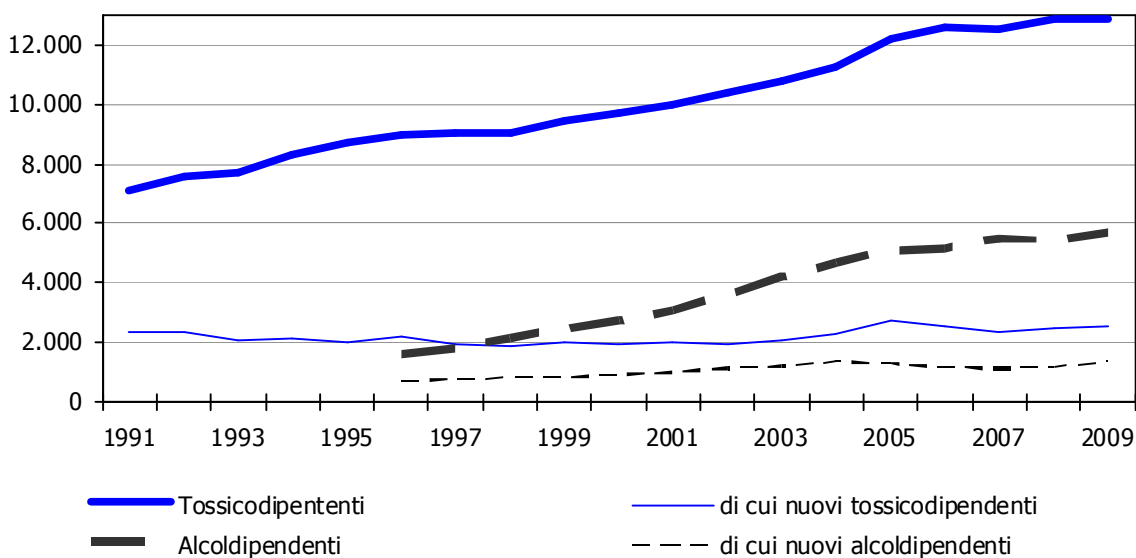
Fonte dati: Osservatorio regionale sulle dipendenze

¹⁶ Nelle statistiche inviate all'Osservatorio regionale sulle dipendenze non compaiono ancora tutti i flussi informativi sugli utenti che afferiscono al sistema dei servizi della regione. Ad esempio, non sono conteggiati gli alcolodipendenti inseriti in gruppi di auto-mutuo-aiuto (AA, Alanon, ecc.) che non accedono ai SerT, i tabagisti trattati presso i Centri antifumo delle Unità operative di pneumologia, Dipartimenti di sanità pubblica, Consultori ostetrici, Lega italiana contro i tumori, Istituto oncologico romagnolo, Istituto ortopedico Rizzoli. Allo stesso modo non vengono compresi gli utenti affetti da altre forme di dipendenza patologica, quali i disturbi alimentari. Sono invece già disponibili i dati sui giocatori d'azzardo degli utenti afferiti ai servizi offerti dai SerT. Sono disponibili i dati relativi ai flussi informativi provenienti dagli Enti accreditati (comunità terapeutiche) dell'Emilia-Romagna; grazie all'Accordo CEA - Regione Emilia-Romagna, i dati sugli utenti in trattamento nelle comunità del territorio regionale per la prima volta saranno conteggiati su record individuali anonimi.

Dall'analisi dedicata ai "nuovi utenti" (coloro che accedono per la prima volta al servizio) sul territorio regionale, i valori hanno andamenti differenti: nel 2008 i nuovi casi in carico di tossicodipendenti sono il 19,1% del totale (2.460 casi, +6,4% rispetto all'anno precedente), mentre tra gli alcoldipendenti rappresentano il 21,5% (1.169 casi, +4,6% rispetto all'anno precedente). Nel corso degli anni l'afflusso della nuova utenza si è mantenuto sostanzialmente costante senza rilevanti variazioni; per i tossicodipendenti, il *range* va da circa 1.800 ai 2.700 nuovi utenti all'anno; per quanto riguarda gli alcolisti, i nuovi utenti variano fra 1.100 e 1.300 ogni anno; per entrambe le tipologie, tuttavia, negli ultimi anni si nota una lieve diminuzione rispetto al *trend* di crescita che le ha sempre caratterizzate.

Molto differenti sono le tendenze relative all'utenza in carico complessiva; l'andamento è da diversi anni in costante crescita sia per gli alcoldipendenti, sia per i tossicodipendenti: dal 1991 al 2009 l'utenza tossicodipendente è aumentata dell'80,6% (da 7.114 a 12.846), dal 1996 l'utenza alcoldipendente è cresciuta del 246,3% (da 1.567 a 5.427) (Figura 3).

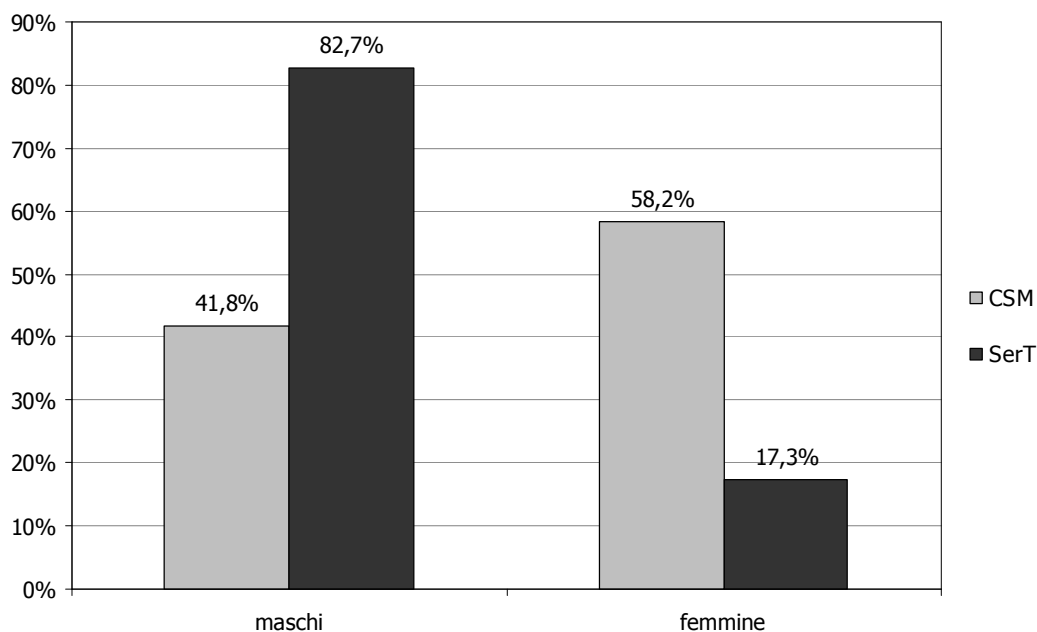
Figura 3. Utenza alcoldipendente e tossicodipendente in carico nei SerT per nuovi o già in carico dall'anno/anni precedenti (anni 1991-2008, valori assoluti)



Fonte dati: Osservatorio regionale sulle dipendenze

Per quanto riguarda la suddivisione per genere dell'utenza in carico ai CSM e SerT, nel 2009 si evidenzia una prevalenza della popolazione maschile nei SerT (82,7% vs 17,3% di femmine) e della popolazione femminile nei CSM (58,2% di femmine vs 41,8% di maschi) (Figura 4).

Figura 4. Suddivisione per genere dell'utenza in carico nel CSM e nel SerT. Anno 2009



Fonte dati: Osservatorio regionale sulle dipendenze

Per quanto riguarda l'età, nel corso degli anni gli utenti in carico ai SerT sono mediamente invecchiati. Confrontando due diversi periodi (1991 e 2009) è chiaramente visibile la variazione significativa avvenuta nella distribuzione per età degli utenti tossicodipendenti e alcolicodipendenti (*Figura 5*).

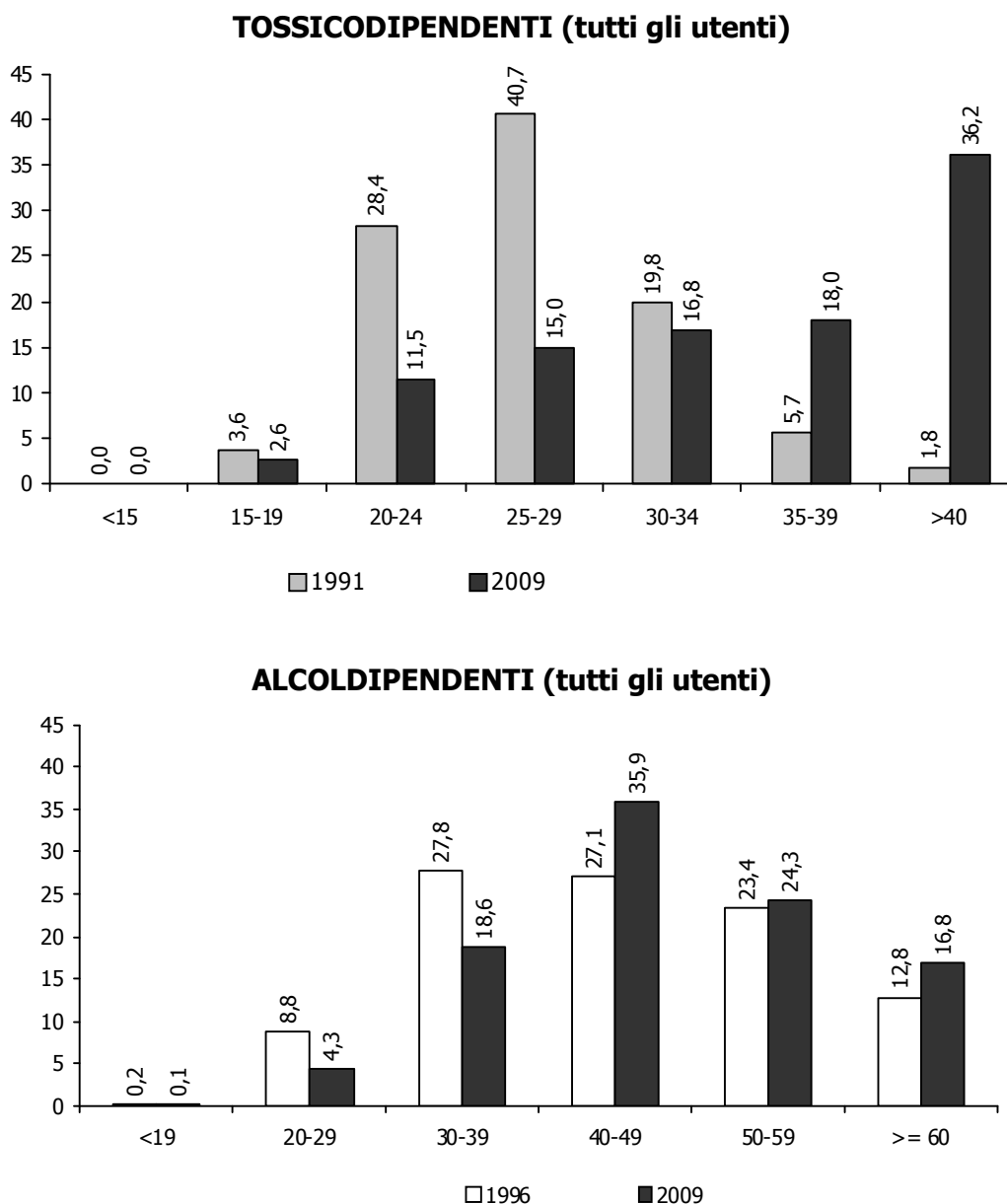
I dati regionali mostrano una bassa quota di utenti in carico con età inferiore ai 15 anni (5 casi nel 2009), in linea con quanto accade negli altri servizi per le dipendenze europee e nazionali. I numeri crescono nella fascia di età immediatamente superiore, dai 15 ai 19 anni: rappresentano il 2,6% dei tossicodipendenti e il 4,3% degli alcolisti.

Gli utenti tossicodipendenti ultra 40enni passano dall'1,8% del 1991 al 36,2% del 2009. Anche per gli alcolisti si può parlare un fenomeno di invecchiamento progressivo delle classi di età più alte.

È chiaro che crescendo complessivamente l'utenza dei servizi, cresce di conseguenza anche il numero di persone con oltre 40 anni di età. Ma la crescita non è distribuita egualmente in tutte le classi di età: gli ultra 40enni sono aumentati in maniera più consistente, nello stesso periodo le persone in carico con età uguale o inferiore ai 29 anni sono diminuiti.

Per la corretta interpretazione dei dati sono necessarie comunque alcune precisazioni. La proporzione di persone in età adulta è legata a più fattori: l'organizzazione del servizio, più o meno facilitante nell'accogliere alcune tipologie di utenza rispetto ad altre, come pure il numero complessivo di utenti alcolicodipendenti, con età media notevolmente più alta rispetto agli utenti tossicodipendenti.

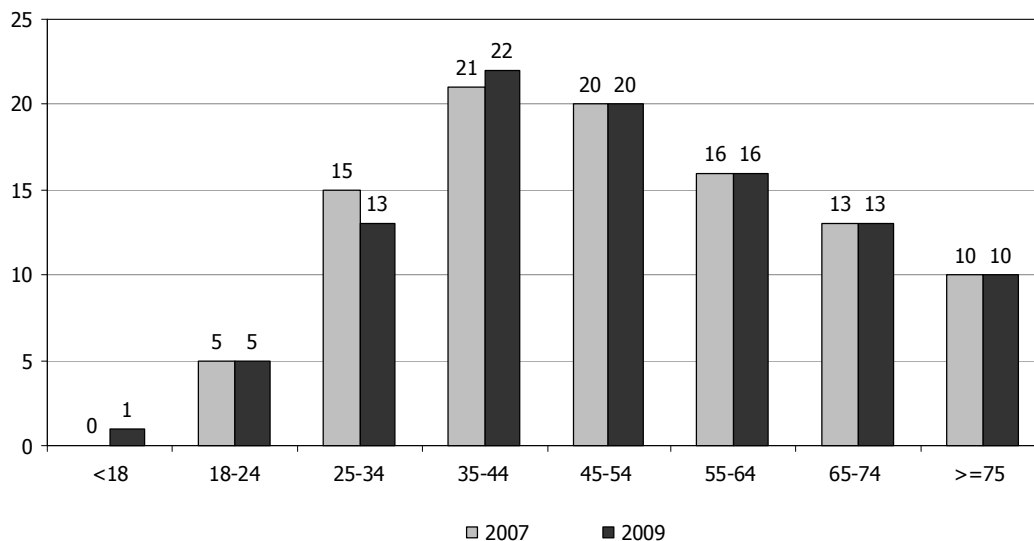
Figura 5. Distribuzione dell'utenza tossicodipendenti e alcolodipendenti per classi di età. Confronto tra 1991 e 2009 (%)



Fonte dati: Osservatorio regionale sulle dipendenze

Per quanto riguarda l'età dell'utenza dei CSM, si fa riferimento a una differente suddivisione in classi d'età (*Figura 6*). L'analisi rispetto al 2009 rileva la presenza di casi in tutte le classi di età, tuttavia la fascia più interessata va dai 35 ai 64 anni; si riscontra anche una tipologia di utenza più anziana rispetto a quella che afferisce al SerT, infatti gli utenti oltre i 65 anni sono numericamente più consistenti. Non si rilevano grosse differenze fra i due anni rispetto ai quali sono stati rilevati i dati (2007 e 2009).

Figura 6. Distribuzione dell'utenza dei CSM per classi di età. Confronto tra 2007 e 2009 (%)



Fonte dati: Sistema informativo Politiche per la salute e politiche sociali dell'Emilia-Romagna - sezione "Salute mentale e dipendenze patologiche"

1.5. La rilevazione del punto di vista dell'utente: esperienze pregresse regionali e aziendali¹⁷

Parlando di politiche di salute mentale "partecipazione" assume significati antichi e moderni: la sensibilizzazione della collettività ai problemi di chi è affetto da condizioni disabilitanti e alle soluzioni adottate per farvi fronte, la restituzione di un potere negoziale a chi tradizionalmente ne è stato spogliato, l'impegno a fare di questa negoziazione una pratica capillare e costante qualificante su più fronti, dalla partecipazione del cittadino ammalato e/o dei suoi familiari alla formulazione del proprio piano di cura e alla condivisione dei programmi locali e regionali di salute mentale.

(Piano attuativo salute mentale 2009-2011. DGR n. 313 del 23/3/2009, BUR n. 24 aprile 2009, p. 8).

Un servizio di qualità produce benessere, riconosce i diritti del cittadino utente e, oltre a "curarlo" nel senso clinico del termine, lo conforta e lo sostiene, riconosce il suo valore, gli crea libertà, promuove relazioni, confermando il suo senso di identità.

La necessità della condivisione delle scelte rispetto al proprio progetto di cura non può prescindere dalla valutazione delle aspettative dei cittadini/pazienti interessati ai processi di cura e dalla soddisfazione esplicitamente espressa riguardo i servizi a cui accedono (e co-costruiscono).

¹⁷ A cura di Antonietta Di Giovannantonio - Area di programma Accreditamento e qualità, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

Un paziente coinvolto assume più facilmente un ruolo di protagonista attivo rispetto alla propria salute e al proprio benessere. Pertanto è indispensabile che i servizi sanitari tengano conto delle aspettative e delle priorità dei cittadini/utenti e, seguendo l'approccio della decisione condivisa e del coinvolgimento nei piani di cura, richiedano esplicitamente un *feedback* sulle cure e sull'organizzazione dei Servizi che le propongono ai fini del miglioramento della qualità e dei risultati delle cure stesse.

Questo vale in modo particolare per quei servizi nei quali il consenso e/o la collaborazione alle cure sono oggetto e parte integrante del lavoro terapeutico, più ancora che il presupposto iniziale dell'accesso alla rete dei servizi: l'esperienza dal punto di vista della "persona" che si è sentita realmente "presa in cura".

L'*empowerment* del cittadino/utente garantisce anche equità di accesso, rivalutazione dei bisogni e attenzione alle specificità, alle potenzialità e alle caratteristiche proprie di ciascuna persona.

La traduzione di questi principi in azioni concrete per stimolare la partecipazione dei cittadini/utenti è testimoniata dalla numerose indagini finalizzate a rilevare la valutazione degli stessi rispetto ai Servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna. Nei tre sottoparagrafi che seguono viene presentato il patrimonio di esperienze sviluppate sia a livello aziendale sia a livello regionale; tale patrimonio è stato messo a frutto nel percorso di costruzione degli strumenti di rilevazione ora disponibili a livello regionale (vedi *Capitolo 2*).

1.5.1. Le rilevazioni di qualità percepita nei DSM-DP dell'Emilia-Romagna

Il processo per la costruzione dei due questionari per la rilevazione della qualità dalla parte dell'utente nei servizi CSM e SerT¹⁸ del DSM-DP ha previsto in fase di avvio una ricognizione degli strumenti già utilizzati nelle diverse Aziende della regione per rilevare la soddisfazione degli utenti. Ne è emerso un quadro molto ricco, ancorché non esaustivo, sia per quanto riguarda i materiali, non sempre sistematici, sia per i metodi di raccolta, diffusione e utilizzo dei risultati.

I questionari utilizzati, molto diversificati ed eterogenei per forma e contenuto, sono stati analizzati in relazione ai destinatari, alle componenti di qualità (dimensioni indagate) e alle fasi di erogazione dei servizi considerati (prima, durante, dopo) (Calderone *et al.*, 2006, pp. 18-19), per renderne confrontabili i contenuti e definire il campo di indagine già attivato in relazione agli obiettivi conoscitivi individuati. Questo materiale ha costituito la base di riferimento per la discussione e la definizione dei nuovi strumenti finalizzati a introdurre in modo coerente, univoco e condiviso la costruzione del sistema regionale della qualità percepita. In Tabella 3 sono riportati i questionari che sono stati oggetto dell'analisi e i servizi per i quali sono stati predisposti.

¹⁸ Per un'analisi dettagliata del percorso di costruzione e validazione dei due questionari regionali, vedi *Capitolo 2*.

Tabella 3. Rassegna degli strumenti di rilevazione della qualità percepita nei DSM-DP delle Aziende USL. Settembre 2007

Azienda USL	tipologia di servizio	strumento di rilevazione
Piacenza	Centri diurni SerT	Questionario specifico Questionario regionale *
Parma	SPDC(pazienti) SPDC (familiari) SerT	Questionario Questionario regionale *
Reggio Emilia	SPDC NPIA CSM Psicologia clinica Centri diurni Residenze SerT	Questionario specifico (per ciascuna tipologia di servizio) Questionario regionale *
Modena	DSM (tutti i servizi) SerT	Questionario specifico Questionario regionale *
Bologna	SerT	Questionario regionale *
Ferrara	SPDC <i>Day hospital</i> Centri diurni Residenze SerT	Questionario specifico (per ciascuna tipologia di servizio) Specifico (Questionario regionale * - rielaborazione)
Ravenna	SPDC (pazienti e familiari) NPIA + RISEA** Centri diurni Residenze SerT	Questionario specifico (per ciascuna tipologia di servizio) Questionario regionale *
Imola	DSM SerT	VSSS-54 Questionario regionale *
Forlì	UO psichiatria NPIA SerT	Questionario unico
Cesena	NPIA SerT	Questionario specifico Specifico (Questionario regionale * - rielaborazione)
Rimini	CSM SerT	VSSS-32 Specifico (Questionario regionale * - rielaborazione)

Legenda

* SerT - Questionario regionale di valutazione della soddisfazione del SerT (DGR n. 1905/1997).

** RISEA - Servizio di ricerca e consultazione per gli adolescenti.

Dall'analisi condotta emerge come primo elemento di attenzione che il questionario relativo al SerT ricorre in tutte le Aziende, visto che il sistema dei Servizi per le dipendenze patologiche aveva già predisposto uno strumento di rilevazione unico finalizzato alla costruzione del sistema informativo e di valutazione dei servizi a livello regionale (vedi *Paragrafo 1.5.2* e delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1905 del 28 ottobre 1997 "Assunzione degli strumenti di valutazione dell'esito dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze"). Questo elemento ha caratterizzato favorevolmente il percorso metodologico di costruzione del nuovo strumento regionale soprattutto in termini di scelta delle dimensioni da indagare e della scala da utilizzare come modalità di risposta.

Analizzando gli strumenti utilizzati nei Servizi di salute mentale, emerge l'estrema eterogeneità di indagini. Un criterio - forse l'unico - per descrivere questo universo variegato può essere dato dalla maggiore/minore copertura delle tipologie di servizio presenti nel DSM: si passa da Aziende che focalizzano l'attenzione solo su determinati servizi, o specificamente ospedalieri o territoriali (ad es. SPDC o NPJA), ad Aziende che cercano di mappare tutti i servizi, dalla degenza in ospedale alla residenza in strutture territoriali (ad es. Centri diurni e residenze). Solo in una delle Aziende non risultano strumenti strutturati che interessano i Servizi di salute mentale.

Un elemento che accomuna tutte le indagini aziendali pervenute è l'utilizzo prevalente del questionario come strumento di rilevazione della valutazione degli utenti rispetto ai servizi del DSM-DP.

Come si diceva, l'analisi condotta sugli strumenti aziendali ha permesso di individuare le caratteristiche comuni dei questionari rispetto a due aspetti:

- la dimensione temporale
 - prima (prenotazione, accesso);
 - durante (prestazione);
 - dopo (dimissione, refertazione, ticket).
- le componenti di qualità valutate, compresenti nei diversi strumenti aziendali
 - personale
 - aspetti organizzativi
 - tempi
 - accessibilità
 - ambienti e comfort
 - servizi di contorno
 - privacy
 - esito/qualità delle cure
 - percezione di miglioramento
 - stato di salute (autopercezione)

Tramite tabelle sinottiche, l'analisi ha consentito di costruire strumenti regionali condivisi mettendo a frutto le dimensioni già presenti nei questionari aziendali. Una esemplificazione del lavoro condotto è fornita nelle Tabelle 4 e 5, che descrivono i due strumenti regionali ai quali si è pervenuti in base alle due dimensioni di analisi.

Ogni componente è analizzata attraverso *item* specifici (riquadri bianchi in tabella) modulati in riferimento al contesto valutato. Alcuni degli *item* (riquadri grigi) si riferiscono a valutazioni generali e di sintesi. La numerosità degli *item* di ciascuna area varia da uno strumento all'altro.

Tabella 4. Le componenti di qualità e le fasi di erogazione del servizio (i numeri si riferiscono alle domande dei questionari) indagate nel Questionario regionale di gradimento "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale"

Tempi della prestazione	PRIMA (prenotazione, accesso)				DURANTE (prestazione)							DOPO (dimissione, refertazione, ticket)				
	Personale	Aspetti organizzativi	Tempi	Accessibilità	Personale	Aspetti organizzativi	Ambienti e comfort	Servizi di contorno	Privacy	Tempi	Coinvolgimento pazienti/familiari	Terapia del dolore	Esito/qualità cure	Percezione miglioramento	Tempi	Stato di salute (auto percezione)
	1	3	4	6	9	8	7		14	5	12		16	17	21	
	2				10								18			
					11								19			
					13								20			
					15								22			
													23			

Tabella 5. Le componenti di qualità e le fasi di erogazione del servizio (i numeri si riferiscono alle domande dei questionari) indagate nel Questionario regionale di gradimento "La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche"

Tempi della prestazione	PRIMA (prenotazione, accesso)				DURANTE (prestazione)							DOPO (dimissione, refertazione, ticket)				
	Personale	Aspetti organizzativi	Tempi	Accessibilità	Personale	Aspetti organizzativi	Ambienti e comfort	Servizi di contorno	Privacy	Tempi	Coinvolgimento pazienti/familiari	Terapia del dolore	Esito/qualità cure	Percezione miglioramento	Tempi	Stato di salute (auto percezione)
Componenti valutate	1	2	4	6	9		7		8	5	12		16	17		
		3			10				14				18			
					11								19			
					13								20			
					15											

1.5.2. La valutazione dei risultati e della soddisfazione nei SerT dell'Emilia-Romagna nel periodo 1997-2008¹⁹

I Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna si sono sempre caratterizzati per la propensione alla sperimentazione di attività innovative, probabilmente per le spinte regionali a ricercare soluzioni e modelli organizzativi che al contempo risultassero efficaci, efficienti e ne garantissero la qualità.

Su questa linea, nel 1997 la Regione, in collaborazione con la società Emme&Erre di Padova, ha avviato un rilevante progetto finalizzato alla implementazione di un sistema sperimentale di valutazione dei risultati ottenuti dai Servizi con l'attività clinico-terapeutica, integrato con la valutazione della soddisfazione dell'utenza in trattamento.²⁰ L'impatto per i SerT non è stato indifferente; l'intento era di fare uscire i servizi da quell'alone di autoreferenzialità che per diversi anni li aveva caratterizzati, anche perché si occupano di una "materia scomoda" che poco si integrava con le diverse dimensioni e organizzazioni dell'Azienda USL complessivamente.

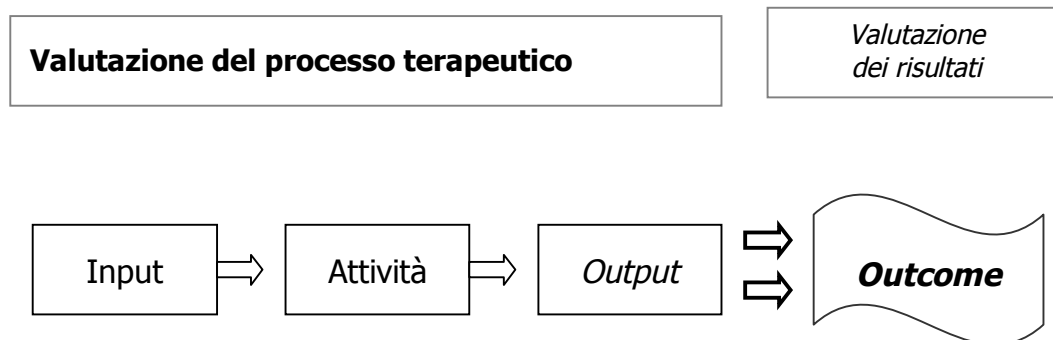
Come spesso accade nelle attività innovative, il progetto regionale ha trovato da un lato fervidi sostenitori, dall'altro operatori - e spesso responsabili di servizio - che sono stati ad osservare perplessi quali risultati il sistema potesse portare nell'ambito dei Servizi per le tossicodipendenze. Se si escludono rare eccezioni, il progetto sperimentale di valutazione si inseriva in un ambito dove la soddisfazione del servizio da parte degli utenti tossicodipendenti non era stata mai approfondita - nonostante il DLgs 502/1992 e successivi decreti, soprattutto perché si è sempre ritenuto che la complessità insita in questo tipo di utenza rendesse impossibile costruire un sistema valido e attendibile di valutazione; inoltre, vi era un "pregiudizio" da parte degli stessi operatori che ritenevano la valutazione della soddisfazione dell'utente tossicodipendente non praticabile in quanto influenzata dalle condizioni e dalle istanze della dipendenza.

Questi elementi hanno sicuramente influito sui risultati ottenuti con l'avvio dell'attività di valutazione, in associazione con altri più tipicamente attinenti alla sfera organizzativa dei servizi per le dipendenze. Il testo *Qualità e outcome nelle dipendenze* (Ugolini, 2005) ha egregiamente sintetizzato gli sforzi e i risultati ottenuti. Emerge chiaramente come la cultura della valutazione dei singoli SerT si sia fortemente collegata con il modello organizzativo adottato dai Direttori di Unità operativa: laddove il modello organizzativo è stato supportato dalla Direzione, in parallelo sono cresciute le attività di valutazione, di verifica dei programmi, della valutazione di efficacia e di soddisfazione del servizio. (Figura 7).

¹⁹ A cura di Alessio Saponaro - Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Cristina Sorio - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, Azienda USL di Ferrara
Paolo Ugolini - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, Azienda USL di Cesena.

²⁰ Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 1905/1997.

Figura 7. Processo terapeutico, con fasi di valutazione del processo e valutazione dei risultati



L'approccio alla valutazione regionale è stato multidimensionale (Bertin, 1995) e ha utilizzato alcuni modelli in grado di definire un profilo di qualità per i SerT basati su cinque aree:

- la valutazione dell'*outcome* nella prospettiva della valutazione dei risultati dei trattamenti terapeutici;
- la rilevazione della percezione soggettiva degli utenti sui livelli di qualità raggiunti dai servizi;
- l'implementazione di sistemi qualità incentrati sui requisiti previsti dalla normativa sull'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie;
- gli impegni assunti con la Carta dei servizi;
- la riorganizzazione interna ai Servizi.

Vi è un approccio culturale che caratterizza fortemente i Servizi dell'Emilia-Romagna: la valutazione e la qualità sono strumenti volti anche a garantire adeguati livelli di prestazioni e di interventi, di maggiore tutela delle persone con particolare riferimento ai loro bisogni e ai loro diritti fondamentali. In questo contesto anche la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti che accedono ai servizi diviene un mezzo per chi vuole conseguire un buon livello di qualità non solo dell'assistenza, ma anche nel funzionamento complessivo del sistema. Anzi, la soddisfazione è assunta come un indicatore di qualità strategico basato sul giudizio di chi usufruisce dei servizi, le sue aspettative e le possibili soluzioni dei problemi. E i risultati sono stati sempre utilizzati in questo senso: rappresentano un indicatore indiretto di allarme rispetto a una situazione di possibile disagio vissuta dai cittadini/utenti e che difficilmente riesce ad essere recepita, naturalmente nella sua sfera globale, dai singoli operatori.

L'analisi dei risultati scaturiti dalle rilevazioni della soddisfazione dell'utenza prodotte dai SerT emiliano-romagnoli in questi anni ha delineato un profilo di qualità percepita dell'offerta molto positiva; la motivazione potrebbe essere attribuita a più elementi, non ultimo la consapevolezza dei diritti di cittadinanza degli utenti che ha portato a strutturare un dialogo più rispettoso delle diverse istanze tra operatori e pazienti e a tendere verso un maggiore impegno nei confronti dei compiti da svolgere e nella ricerca di ulteriori spazi di miglioramento per il conseguimento degli obiettivi individuati.

Il questionario regionale

Il questionario di soddisfazione usato in tutti i SerT della regione fino al 2008 era costituito da 21 *item*, più un indicatore complessivo sulla soddisfazione generale nei confronti del servizio. Per ciascuna affermazione ogni utente forniva il proprio accordo o disaccordo su una scala di Likert da 1 (completamente non d'accordo) a 6 (completamente d'accordo). Tutte le affermazioni concorrevano a descrivere quattro diverse aree sintetiche di valutazione della qualità dei Servizi rispetto a:

- strutture (orari di apertura del servizio, garanzia dell'anonimato, facilità nel fissare o cambiare appuntamento, chiarezza delle informazioni disponibili, comfort dei locali);
- organizzazione (difficoltà a mettersi in contatto con gli operatori, qualità di tempo dedicata dagli operatori, adeguatezza dei tempi di attesa fra prenotazione e prestazione, rispetto dell'orario di appuntamento);
- rapporto con gli operatori (capacità di dare informazioni chiare e complete sullo stato di salute e sulle terapie, disponibilità all'ascolto, coinvolgimento nel progetto di cura, capire e risolvere i problemi, rispetto e fiducia);
- capacità di risolvere il problema della tossicodipendenza (valutazione sulle capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza da sostanze psicoattive attraverso un percorso terapeutico efficace e personalizzato).

Inoltre, per valutare la soddisfazione complessiva rispetto al servizio è stata utilizzata una scala con un *range* compreso tra 1 e 10 e una domanda aperta per poter indicare suggerimenti e/o critiche per migliorare il servizio.

Ogni affermazione concorreva a descrivere un profilo della qualità percepita dagli utenti dei SerT basata sui seguenti indicatori:

- la qualità delle strutture, dal punto di vista dell'accessibilità al Servizio non solo fisica, ma anche culturale e conoscitiva (presenza di supporti informativi), della tutela della privacy, dell'adeguatezza degli spazi per l'attesa e la cura, del comfort e dell'igiene degli ambienti;
- l'organizzazione del servizio, nella prospettiva della semplicità di accesso, della disponibilità degli operatori e dell'adeguatezza dei tempi di attesa e del tempo dedicato per la terapia;
- il rapporto con gli operatori, come misura della componente relazionale che accompagna l'erogazione del servizio, rileva la qualità sotto il profilo della correttezza deontologica dei professionisti, dell'integrazione del trattamento e del grado di umanizzazione;
- l'efficacia del servizio, intesa come la capacità del Servizio di fornire un valido aiuto per i cittadini/utenti per risolvere il problema della tossicodipendenza attraverso un percorso terapeutico personalizzato.

Aspetti metodologici

L'aspetto metodologico della costruzione degli strumenti valutativi e delle modalità di somministrazione riveste una importanza fondamentale nel campo della valutazione del servizio. Non poche critiche sono state mosse ai risultati ottenuti con questi tipi di strumenti, soprattutto nel campo sanitario e ospedaliero (Altieri, Luison, 1997). In particolare, molte critiche sono state anche mosse al protocollo di somministrazione del questionario di soddisfazione del SerT (delibera di Giunta regionale n. 1905/1997) da parte di alcuni Osservatori socio-epidemiologici sulle dipendenze dell'Emilia-Romagna. Di fatto, a un'attenta valutazione scientifica, si è ritenuto che il protocollo di somministrazione regionale contenesse elementi che rendevano i risultati ottenuti poco attendibili o non coincidenti con la reale soddisfazione del servizio da parte degli utenti.

Per questo motivo sono state apportate le seguenti variazioni rispetto a quanto previsto dal protocollo regionale allora in uso:

- adozione di procedure per evitare il collegamento tra questionario e dati anagrafici di base dell'utente (che era prevista nella procedura di rilevazione regionale), al fine di garantire il diritto alla *privacy*, fondamentale nel processo di rilevazione della percezione soggettiva dei livelli di soddisfazione;
- riformulazione in "positivo" dei 21 *item* che componevano il questionario sulla soddisfazione per evitare problemi di comprensibilità,²¹ introducendo meccanismi di variazione della struttura delle domande al fine di prevenire la risposta stereotipata o in serie (*response set*);
- somministrazione dei questionari nel corso di periodi di tempo prestabiliti.

Relativamente al campionamento, ogni Osservatorio ha adottato una propria modalità di selezione dell'utenza: campione casuale, campione per quote, campioni ragionati. Tali scelte hanno ridotto la confrontabilità geografica dei dati tra le diverse Aziende USL e impedito la costruzione di *trend* temporali regionali.

Le stesse modalità di somministrazione hanno seguito percorsi diversi a seconda delle Aziende USL, anche se dal confronto tra alcune realtà (in particolare Ferrara, Cesena e Rimini) le metodologie si sono progressivamente affinate e strutturate su un modello condiviso. In particolare il questionario è stato somministrato solo agli utenti che frequentavano il Servizio da almeno due mesi, e quindi soggetti in grado di esprimere una valutazione.

Per garantire la tutela dell'anonimato e una maggiore attendibilità delle risposte, la somministrazione del questionario è stata effettuata da personale che non aveva contatti terapeutici con gli utenti (tirocinante, operatore in servizio civile, laureando) ed è avvenuta in specifici periodi temporali definiti (es. 3 settimane standard all'anno). A compilazione avvenuta, il questionario veniva inserito dagli stessi utenti all'interno di una

²¹ Nel corso degli anni alcuni Osservatori sulle dipendenze hanno effettuato dei test sul livello di comprensibilità degli *item* del questionario di valutazione. I risultati ottenuti hanno reso necessaria una sostanziale modifica dello strumento di rilevazione dei dati.

cassetta postale predisposta *ad hoc* e sigillata. Questa metodologia ha consentito di raccogliere un campione intenzionale seppure non rappresentativo di tutti gli utenti che hanno avuto un contatto con il Servizio nel periodo della rilevazione.

Analisi dei dati

Come per gli aspetti metodologici, anche per l'analisi dei risultati le esperienze delle realtà territoriali regionali non hanno seguito un protocollo di elaborazione dei dati standardizzato, ma a seconda delle esigenze informative e delle competenze presenti negli Osservatori aziendali sono stati prodotti report descrittivi o analisi multivariate e in alcuni casi inferenziali.

Sostanzialmente però le direzioni di elaborazioni sono state due:

- elaborazione dei singoli punteggi medi di ogni item (in scala da 1 a 6), così da individuare con maggiore puntualità le aree di criticità su singoli aspetti;
- aggregazione dei singoli item in indicatori globali (strutture, organizzazione, rapporto con gli operatori, efficacia).

I valori delle aree sono stati elaborati in modo da permettere la costruzione di un indicatore di soddisfazione composto dalla media dei valori pesati di ogni singola risposta, in una scala con valori variabili da 0 "per nulla soddisfatto" a 1 "molto soddisfatto", classificato secondo le seguenti modalità: 0,00-0,25 "soddisfazione bassa", 0,26-0,50 "soddisfazione medio bassa", 0,51-0,75 "soddisfazione medio-alta", 0,76-1,00 "soddisfazione alta".

Nella maggior parte dei casi i risultati ottenuti sono stati confrontati con quelli degli anni precedenti: è importante, infatti, effettuare sia un'analisi sincronica che fotografa la situazione in un dato momento, sia un'analisi diacronica che permette di evidenziare variazioni di opinione riguardo al grado di soddisfazione negli anni.

Alcuni SerT hanno ritenuto opportuno effettuare delle analisi differenziate tra diverse tipologie di aree problematiche di utenti, come ad esempio tabagisti, tossicodipendenti, alcol dipendenti, o in merito al contesto organizzativo nel quale era erogato il trattamento (ambulatorio metadone, ecc.).

Conclusioni

La valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino è uno degli elementi che dal 1997 è entrato fortemente a far parte dell'organizzazione dei SerT. Coinvolgere gli utenti, in particolare con dipendenze patologiche, ha significato accrescere quel senso di fiducia verso gli operatori e il Servizio indispensabile per ottenere un'effettiva *compliance* non solo terapeutica.

Nei diversi anni di attività i SerT hanno utilizzato un rilevante strumento che ha permesso di leggere gli indicatori nel loro articolarsi nel tempo, al fine di individuare possibili problematicità e le relative azioni di miglioramento. Allo stesso tempo, la metodologia della ricerca sociologica ha messo a disposizione altri strumenti più qualitativi di valutazione della soddisfazione (*focus group*, interviste in profondità, ...) non

necessariamente volti a soddisfare la necessità di "quantificare" tutto. La sfida presente anche nella realtà dei SerT è la triangolazione delle tecniche indicate da alcuni studiosi; è una soluzione non solo praticabile, ma auspicabile per conoscere aspetti nuovi e diversi dello stesso oggetto di studio.

In conclusione, questa esperienza più che decennale ha progressivamente orientato la cultura dei SerT (e in generale, dei Servizi) verso un modello di miglioramento continuo in direzione di una qualità totale, multidimensionale, che cerca di coniugare la soddisfazione del cittadino/utente, con l'efficacia del professionista e l'efficienza dell'organizzazione.

1.5.3. L'ascolto e la partecipazione degli utenti al miglioramento dei Servizi di salute mentale: l'esperienza di Reggio Emilia²²

In linea con gli orientamenti regionali, l'Azienda USL di Reggio Emilia riconosce al cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, un ruolo attivo di partecipazione alla definizione dell'organizzazione dei servizi sanitari e della loro valutazione.

Migliorare la qualità dei servizi attraverso la lettura e la comprensione dei bisogni degli utenti rappresenta una tensione costante di questa Azienda. A tal fine essa ha consolidato negli anni un sistema di monitoraggio sistematico del grado di soddisfazione degli utenti, sia del ricovero ospedaliero che dei servizi territoriali, per il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, oltre a sperimentare nuove metodologie e introdurre ulteriori strumenti per una valutazione che riesca meglio a cogliere i tantissimi elementi che caratterizzano la qualità percepita dei servizi sanitari.

In particolare, per quanto riguarda i Servizi di salute mentale sono stati elaborati questionari specifici per ciascuna tipologia di servizio, in collaborazione con gli operatori, orientati a cogliere il grado di soddisfazione e le aree di miglioramento. Si è così avviato un processo di ascolto sistematico degli utenti che frequentano questi servizi.

Dal 2001 al 2008 la rilevazione annuale sistematica ha permesso un confronto anno dopo anno per tipologia di servizio e ambito territoriale di riferimento (Distretto), e al tempo stesso un confronto trasversale (Dipartimento) su alcuni aspetti indagati in tutte le tipologie di servizio. Dal 2008 viene inoltre utilizzato nei SerT il questionario elaborato dal gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale (vedi *Capitolo 2*).

A completamento del quadro d'insieme riferito alla qualità percepita e agli strumenti utilizzati, si ricorda la realizzazione dell'audit civico effettuata nel 2005 dall'Azienda USL di Reggio Emilia. La scelta è stata quella di utilizzare tale metodologia per ottenere una fotografia di un intero distretto - il Distretto di Scandiano - utilizzando gli strumenti specifici dell'audit civico (griglie di osservazione e questionari per le interviste con i Direttori delle articolazioni organizzative). In particolare per quanto riguarda l'ambito

²² A cura di Sara Baruzzo - Area Impatto sociale
Dorella Costi - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Azienda USL di Reggio Emilia.

della salute mentale e dipendenze patologiche sono stati indagati il Centro di salute mentale e il SerT, uniche tipologie di servizio in quest'area per le quali erano stati elaborati strumenti specifici.

Strumenti e modalità di rilevazione

Per la valutazione della qualità percepita dei servizi nell'ambito della salute mentale da parte degli utenti, dal 2000 al 2008 sono stati utilizzati questionari specifici per singola tipologia di servizio, offerti con modalità definite (procedura aziendale per la rilevazione della qualità percepita nei servizi territoriali e istruzioni operative - es. periodo di rilevazione) agli utenti dei servizi in tutti i Distretti in cui tali servizi sono presenti.

Questo ha consentito un'analisi del grado di soddisfazione per singolo servizio in ciascun ambito territoriale, in confronto con tutti gli altri ambiti territoriali e con l'intera provincia, e una valutazione complessiva del grado di soddisfazione dei servizi per la salute mentale.

I servizi per la salute mentale dell'Azienda USL di Reggio Emilia sono così articolati:

- Centro di salute mentale,
- residenze per la salute mentale,
- Centri diurni o semiresidenze per la salute mentale,
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura,
- Neuropsichiatria infantile,
- Psicologia clinica.

I questionari specifici sono stati definiti con gli operatori dei servizi e il Responsabile infermieristico dipartimentale e sono stati condivisi dal Direttore di Dipartimento. Le aree indagate dai questionari hanno parti comuni, quali ad esempio l'accessibilità, la pulizia dei locali, i tempi di attesa, aspetti riguardanti la relazione con il personale, la riservatezza, la valutazione complessiva e lo spazio per osservazioni e suggerimenti; e parti specifiche per ciascuna tipologia di servizio.

La rilevazione è avvenuta annualmente per un mese in tutti i servizi, con l'eccezione del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e delle residenze, in cui la rilevazione è continuativa, cioè il questionario viene offerto a tutti gli ospiti, in analogia con quanto viene realizzato per le strutture ospedaliere aziendali.

Analisi dei risultati e integrazione con altri strumenti di ascolto e valutazione dei servizi

Per ogni anno i risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione sono stati inviati alla Direzione del Dipartimento, alla Direzione sanitaria aziendale, ai Direttori di Distretto, ai responsabili URP distrettuali e ai Comitati consultivi misti.

I dati hanno costituito oggetto di analisi negli incontri di Dipartimento e dei singoli Servizi e vengono valutati dai Comitati consultivi misti di ciascun Distretto, oltre che dal coordinamento aziendale dei CCM, costituito dai presidenti dei CCM distrettuali e dai

responsabili URP, dal responsabile della Comunicazione e dal responsabile dell'Area Impatto sociale (area di staff della Direzione sanitaria che si occupa dell'ascolto e partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi sanitari, con particolare attenzione al processo di rilevazione e analisi della qualità percepita).

In particolare, all'interno del Dipartimento di salute mentale - dipendenze patologiche i risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione sono stati inviati alle associazioni di utenti e familiari e sono stati messi a disposizione dei Comitati misti consultivi distrettuali e del Comitato utenti e familiari (CUF) del DSM-DP. Un gruppo di lavoro del CUF è dedicato espressamente a individuare modalità di partecipazione degli utenti nell'elaborazione dei questionari di soddisfazione.

I risultati hanno costituito parte integrante del Documento dipartimentale di riesame della Direzione e le iniziative di miglioramento che scaturiscono dall'analisi delle criticità sono state descritte nei documenti annuali di consuntivo e di programmazione delle attività.

L'analisi dei risultati, sia da parte degli operatori che da parte dei CCM, ha tenuto conto anche di eventuali segnalazioni effettuate dai cittadini nel corso dell'anno relativamente ai singoli servizi oggetto di valutazione, al fine di individuare aree di criticità e proporre eventuali soluzioni che vengono sottoposte alla Direzione del Dipartimento e ai Direttori di Distretto.

Da queste analisi, sia dal punto di vista dell'organizzazione, sia da quello degli operatori, sia da quello dei cittadini, sono derivate quindi azioni e/o progetti di miglioramento che sono stati inseriti nel processo continuo di attenzione alla qualità dei servizi offerti.

L'analisi integrata di risultati derivanti da diversi strumenti di indagine della qualità percepita è una prerogativa dell'Azienda USL di Reggio Emilia da diversi anni.

Nel 2005 è stata realizzata un'esperienza di audit civico nel Distretto di Scandiano in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale e con Cittadinanzattiva; *équipe* miste, costituite da operatori e cittadini, hanno valutato i servizi ospedalieri, i servizi inerenti le cure primarie e quelli relativi alla salute mentale e dipendenze patologiche. L'audit civico ha previsto interviste di approfondimento sul governo aziendale e locale (Direzione generale e sanitaria, direzione sanitaria di stabilimento ospedaliero, direttore di Distretto, direttore del Dipartimento cure primarie del Distretto, direttore dell'Area salute mentale modulo sud) e ha raccolto anche la valutazione da parte di organizzazioni civiche (CCM, Comitato etico, Comitato per il buon uso del sangue) in merito al rapporto con l'organizzazione sanitaria.

In quell'occasione - che si è rivelata particolarmente stimolante per gli operatori, l'organizzazione e i cittadini - gli esiti dell'indagine nei Centri di salute mentale e nei SerT, unici servizi dell'ambito salute mentale e dipendenze patologiche per i quali erano disponibili strumenti di rilevazione secondo il modello di Cittadinanzattiva, sono stati "letti" assieme ai risultati derivanti dalle indagini effettuate con i questionari e con le eventuali segnalazioni dei cittadini. L'insieme delle informazioni derivanti da diverse fonti ha consentito una visione globale di come i cittadini percepiscono la qualità dei servizi sanitari; le organizzazioni ai diversi livelli hanno valorizzato gli aspetti positivi riscontrati e sono intervenuti con azioni di miglioramento sulle criticità.

2. Verso un sistema regionale di rilevazione della qualità percepita: metodi, strumenti, proposte

2.1. L'approccio regionale all'ascolto: il Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti²³

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

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

Per entrambe le parti può costituire la prova empirica che si può dialogare e quindi mettere a disposizione il proprio tempo per valutare quanto si sta facendo.

Come detto da Cinotti e Nicoli (2008, pp. 41-54) l'ascolto del paziente/cittadino può diventare un'opportunità per l'organizzazione di pensare al proprio funzionamento, alle proprie *routine*: interrogarsi sul punto di vista dell'altro comporta inevitabilmente ragionare sul proprio punto di vista.

Gli indirizzi di politica sanitaria e gli atti normativi e di programmazione regionali (in particolare il Piano sanitario e sociale regionale 2008-2010) sottolineano, in continuità col passato, la necessità di riservare una sempre maggiore attenzione al ruolo centrale dei cittadini nei sistemi sanitari, sviluppando nuovi livelli di partecipazione degli stessi, anche in un'ottica di rilevazione del loro grado di soddisfazione ai fini di un miglioramento della qualità dei servizi.

²³ A cura di Vittoria Sturlese - Area di programma Accreditamento e qualità, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

La rilevazione della soddisfazione dei pazienti e dei cittadini/utenti è stata perseguita con grande intensità dalle Aziende USL e dalle Aziende ospedaliere emiliano-romagnole da almeno un ventennio: sono state infatti realizzate molte ricerche legate al tema della qualità percepita (dal punto di vista del cittadino/dal lato del cittadino).

Su questi temi la realizzazione del Programma ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (luglio 2000 - aprile 2003) ha rappresentato l'opportunità più rilevante per lo sviluppo nelle Aziende sanitarie regionali di un sistema di rilevazione della qualità da parte degli utenti, che valorizzasse gli elementi di informazione già posseduti ai vari livelli regionali e aziendali e li integrasse in riferimento a un contesto più vasto, incoraggiando lo sviluppo di una logica di "rete".

Si possono quindi rintracciare alcuni elementi che stavano alla base delle esperienze concrete condotte a livello aziendale:

- la multisettorialità, realizzata attraverso lo studio di livelli diversi dell'organizzazione;
- la multiprofessionalità, che indica il coinvolgimento di differenti attori nel lavoro (medici, infermieri, operatori, volontari, ricercatori, pazienti e familiari) attraverso la partecipazione alla progettazione, alla ricerca di sfondo, alla definizione del percorso, fino alla rilevazione sul campo;
- l'integrazione metodologica, ovvero l'utilizzo congiunto di metodologie qualitative e quantitative.

In termini sintetici, ci si è orientati verso una concezione della qualità percepita condivisa da tutti gli attori del Servizio sanitario regionale, potendo contare su un bagaglio di risorse (umane e strumentali) ormai consolidato a livello aziendale. Come si vede in Figura 8, il sistema di ascolto nelle Aziende dell'Emilia-Romagna ha infatti a disposizione diversi strumenti (*Figura 8*, riquadro "Strumenti") che vengono utilizzati da strutture aziendali dedicate (*Figura 8*, riquadro "Strutture aziendali") per finalità precise (*Figura 8*, riquadro "Finalità dell'ascolto").

Le condizioni dell'ascolto fanno quindi riferimento agli elementi organizzativi che presidiano la gestione delle diverse fasi delle indagini: progettazione, rilevazione, analisi dei dati, stesura del/i report, trasferimento dei risultati ai decisori, diffusione dei risultati. Tali indagini sono pertanto assimilabili alle altre forme di azione che comportano l'acquisizione di informazioni per consentire decisioni, ad esempio per il miglioramento/innovazione dei servizi.

Figura 8. Il sistema di ascolto nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna



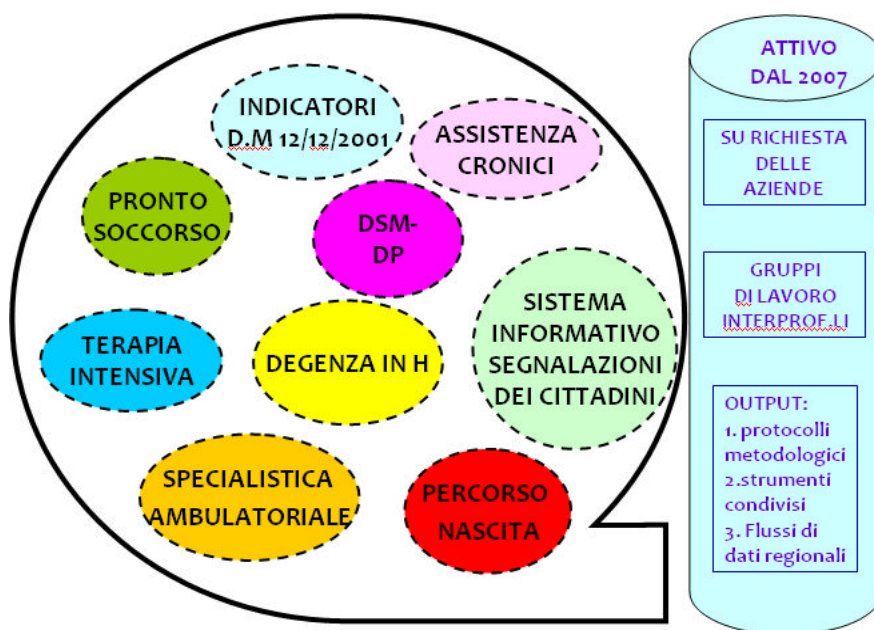
Come sottolinea Olivetti Manoukian (1999, pp. 5-11) ci si dovrebbe dirigere sempre più verso forme di ascolto multiplo in grado di fare connessioni. Non si può procedere nella convinzione che gli strumenti dell'ascolto siano alternativi: o i dati quantitativi o quelli di tipo qualitativo, o le famiglie o gli operatori, o gli operatori sociali o gli operatori sanitari.

È tuttavia opportuno rimarcare che ancora fino a qualche anno fa occorre una maggiore sistematizzazione delle indagini attraverso l'integrazione e la messa in rete degli strumenti operativi e l'integrazione della qualità percepita con altri aspetti del "sistema qualità" aziendale (ad esempio sistema delle segnalazioni dei cittadini, processo di accreditamento, valutazione integrata dei risultati) risultava carente.

Nel 2007 l'Area Accreditamento e qualità dell'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna (Funzione Cittadini, comunità e servizi) è partita proprio da queste esigenze per connotare la propria attività progettuale²⁴ verso un maggiore sviluppo delle competenze e degli strumenti necessari a sostenere e facilitare i processi di gestione della qualità e dell'ascolto dei cittadini (come anche richiesto dal processo di accreditamento). Da queste premesse è nata quindi l'idea di creare un Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti (*Figura 9*).

²⁴ Piano programma ASSR 2007-2009, approvato con delibera di Giunta regionale n. 124 del 12 febbraio 2007, ed esteso al 2010 con delibera di Giunta regionale n. 1701 del 9 novembre 2009.

Figura 9. Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti



Sviluppato a partire dal 2007, il Laboratorio risulta quindi un "contenitore" di indagini riguardanti diversi servizi, che si differenziano per caratteristiche precipue (sia del servizio in sé sia del *target* di utenti cui si riferisce), ma che possono fare riferimento a un modello teorico comune di analisi della qualità percepita,²⁵ oltre che a metodi e strumenti costruiti in modo da avere una coerenza metodologica.

Per arrivare a questo, nel biennio 2007-2009 sono state condotte azioni sul fronte sia organizzativo che formativo, che hanno coinvolto diversi referenti aziendali (Uffici per le relazioni con il pubblico, Uffici qualità, singoli professionisti) nella programmazione di linee di indirizzo condivise e nell'elaborazione di strumenti di monitoraggio (questionari) tarati sulle caratteristiche dei singoli servizi e metodologicamente validati. A partire dal lavoro condotto da gruppi multiprofessionali, sono stati elaborati e sperimentati in indagini pilota alcuni pacchetti metodologici per l'utilizzo degli strumenti in base a regole condivise. I servizi interessati sono stati: degenze ospedaliere, servizi ambulatoriali, terapia intensiva, Pronto soccorso, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche.

Il percorso condotto nel DSM-DP si situa quindi in una strategia complessiva di armonizzazione di metodi e strumenti di rilevazione, finalizzata a creare un sistema di ascolto regionale sensibile alla specificità dei singoli servizi e dei loro utenti.

²⁵ Teoria dei *gap* - discrepanza (Zeithaml *et al.*, 1991).

2.2. Il percorso condotto nel DSM-DP²⁶

Nel 2007 è stato attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare - costituito da referenti per la qualità e professionisti dei DSM-DP provenienti dalle diverse Aziende USL dell'Emilia-Romagna e coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale - con l'obiettivo generale di approfondire le specificità dei Servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche in relazione alla qualità percepita dagli utenti di quei servizi. In particolare l'obiettivo era elaborare strumenti per la rilevazione della qualità percepita che consentissero una confrontabilità delle informazioni raccolte fra le Aziende sanitarie della regione.

In un primo momento il gruppo ha condotto un'analisi delle diverse tipologie di servizi afferenti ai DSM-DP (CSM, SPDC, NPI, SerT) e delle loro attività, ed è emersa la necessità di utilizzare strumenti e tecniche di indagine differenziati, proprio in ragione delle caratteristiche del tutto peculiari degli utenti di quei servizi.

In seguito, il gruppo ha condotto una lettura e un'analisi integrata degli strumenti di rilevazione della qualità percepita già in uso nei singoli servizi delle Aziende USL regionali, verificando le aree indagate ed elaborando poi strumenti di rilevazione condivisi. Sono stati pertanto costruiti due questionari, uno per la valutazione della qualità percepita dagli utenti del Centro di salute mentale, uno per gli utenti che accedono ai Servizi per le dipendenze patologiche. Da settembre 2008 i questionari prodotti sono stati oggetto di ricerche pilota condotte in alcune Aziende della regione mirate alla sperimentazione degli strumenti e alla definizione del piano regionale di fattibilità (*Tabella 6*).

Tabella 6. Andamento della sperimentazione degli strumenti nelle Aziende aderenti. Aprile 2010

Azienda USL	Sperimentazione CSM			Sperimentazione SerT		
	adesione	rilevazione	report	adesione	rilevazione	report
Piacenza	X	X	X	X	X	X
Parma	X	X	X	X	X	X
Reggio Emilia	X			X	X	X
Modena	X	X	X	X	X	X
Bologna	X			X		
Ferrara	X	X	X	X	X	X
Ravenna	X	X	X	X	X	X
Imola	X	X		X	X	
Forlì	X	X	X	X	X	X
Cesena	X		X	X	X	X
Rimini	X		X	X	X	X

²⁶ A cura di Liana Farolfi - Qualità e accreditamento
Alessandro Mariani D'Altri - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Azienda USL di Cesena.

Proprio grazie alle ricerche pilota condotte nei SerT dell’Azienda USL di Rimini e dell’Azienda USL di Piacenza²⁷ è stato possibile pervenire a una prima validazione dello strumento di rilevazione, attraverso l’applicazione delle tecniche statistiche per la verifica della validità (attendibilità) e della coerenza interna degli *item*.²⁸

In un secondo momento i referenti della qualità del DSM-DP dell’Azienda USL di Cesena hanno applicato gli stessi test alle banche dati dei questionari somministrati nei CSM delle diverse Aziende. Considerati i risultati più che soddisfacenti emersi da questi test,²⁹ è stata avanzata e condivisa la proposta di raccogliere i dati desunti dalla somministrazione dei questionari regionali sia nei CSM sia nei SerT per creare una banca dati regionale, e di produrre un report complessivo che consenta di valutare il livello medio regionale di soddisfazione per i servizi offerti ed eventualmente effettuare anche alcuni raffronti tra le Aziende. È stato inoltre predisposto un piano di elaborazione dei dati a livello aziendale e sono stati individuati alcuni indicatori di raffronto di particolare interesse.

Per garantire un adeguato livello di omogeneità nell’intero processo di raccolta dei dati, lo strumento è stato accompagnato da un piano operativo e da indicazioni metodologiche inerenti la modalità di somministrazione dello stesso, il campionamento della popolazione, l’elaborazione statistica dei dati e alcuni utili consigli ed eventuali criticità che si sarebbero potute incontrare nel corso delle varie fasi della ricerca.

2.3. Gli strumenti: dimensioni indagate, aree tematiche, scale di valutazione³⁰

Il gruppo ha elaborato due questionari (*Allegati 1 e 2*) per rilevare le caratteristiche di qualità dei servizi offerti dal Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, in particolare:

- questionario “La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale”;
- questionario “La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche”.

La costruzione dei questionari è nata dall’idea che la soddisfazione degli utenti che accedono ai servizi del DSM-DP fosse misurabile a partire da alcune dimensioni indicate dagli operatori che lavorano in questi servizi (struttura e organizzazione, operatori,

²⁷ A Piacenza e Rimini sono stati complessivamente somministrati 380 questionari, a cui si sono aggiunti successivamente i 217 questionari relativi ai SerT dell’Azienda USL di Reggio Emilia.

²⁸ È stato condotto il test alfa di Cronbach, che fornisce un indice utile per calcolare la coerenza interna delle aree del questionario e degli *item* che lo compongono.

²⁹ I valori di alfa di Cronbach sulle tre aree tematiche del questionario SerT sono molto elevati:
giudizio su struttura e organizzazione: 0,83
giudizio su personale: 0,92
giudizio su risultati: 0,88

³⁰ A cura di Liana Farolfi - Qualità e accreditamento
Alessandro Mariani D’Altri - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Azienda USL di Cesena.

risultati) e che gli *item* di ogni area effettivamente misurassero in modo rilevante la stessa dimensione.

La parte iniziale degli strumenti contiene una breve nota introduttiva rivolta all'utente, per motivarlo e coinvolgerlo nella partecipazione all'iniziativa, spiegando gli obiettivi della ricerca, le modalità di compilazione del questionario, il luogo ove riporre lo strumento una volta compilato, nella garanzia dell'anonimato.

I questionari sono costituiti da:

- affermazioni su cui si chiede di rispondere esprimendo il proprio grado di accordo o disaccordo su una scala ad etichette numeriche a 6 punti (*Tabella 7*);
- una domanda di valutazione complessiva misurata con una scala a 10 punti;
- una domanda aperta, il cui scopo è rilevare eventuali suggerimenti/miglioramenti da parte degli utenti.

Tabella 7. Scala di valutazione

non d'accordo							d'accordo
	1	2	3	4	5	6	

Le domande dei questionari sono organizzate in sezioni, una per ciascuna area tematica; in particolare sono indagate (*Tabella 8*):

- struttura e organizzazione dei servizi;
- relazioni con gli operatori e valutazione delle informazioni che questi forniscono ai pazienti;
- esiti del progetto di cura rispetto al proprio bisogno (efficacia terapeutica);
- comunicazione instaurata col servizio;
- valutazione complessiva dei servizi.

Vengono inoltre rilevate le modalità e la frequenza di accesso del Servizio.

I questionari terminano con una sezione dedicata alle variabili socio-anagrafiche dell'intervistato (sesso, età, nazionalità, titolo di studio conseguito, condizione lavorativa, stato civile).

Come si diceva precedentemente i questionari hanno superato con risultati positivi tutti i test di attendibilità condotti sui dati rilevati nelle indagini pilota; in altre parole, essi misurano ciò per i quali sono stati costruiti.

Tabella 8. Aree di indagine e dimensioni di qualità analizzate nei due questionari

Area di indagine	Dimensione della qualità	
	analizzata dal questionario SerT	analizzata dal questionario CSM
Aspetti strutturali e organizzativi	Informazioni su funzionamento del servizio	Informazioni su funzionamento del servizio
	Orari di apertura	Disponibilità operatori nel dare informazioni
	Flessibilità nel fissare appuntamenti	Flessibilità nel fissare appuntamenti
	Tempi d'attesa tra prenotazione e prestazione	Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione
	Rispetto degli orari	Rispetto degli orari
	Accessibilità del servizio	Accessibilità del servizio
	Comfort dei locali	Comfort dei locali
	Privacy	Semplicità della pratiche amministrative
Relazioni con il personale	Disponibilità all'ascolto	Disponibilità all'ascolto
	Chiarezza e completezza delle Informazioni sulle terapie	Chiarezza e completezza delle Informazioni sulle terapie
	Coinvolgimento nella definizione del progetto di cura	Coinvolgimento nella definizione del progetto di cura
	Sostegno nei momenti di difficoltà	Sostegno nei momenti di difficoltà
	Rispetto	Rispetto
	Fiducia	Fiducia
Esiti del progetto di cura rispetto ai propri bisogni (efficacia terapeutica)	Aiuto fornito in base al bisogno	Aiuto fornito in base al bisogno
	Miglioramento della propria salute a seguito del progetto di cura	Miglioramento della propria salute a seguito del progetto di cura
	Aiuto del progetto di cura per uscire dalla dipendenza	
	Consiglierei questo servizio a un amico/conoscente	Consiglierei questo servizio a un amico/conoscente
Comunicazione con il servizio		Ho avuto bisogno di ricontattare il servizio
		Ho trovato disponibilità ad ascolto e risoluzione dei miei problemi
		Ho avuto bisogno di ricontattare il servizio per un'urgenza
		Ho ottenuto l'aiuto di cui avevo bisogno
Valutazione complessiva	Valutazione complessiva	Valutazione complessiva
	Suggerimenti	Suggerimenti

2.4. La validazione dei questionari

2.4.1. Il questionario "La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche"³¹

La qualità percepita dei pazienti/utenti è un concetto che si caratterizza come estremamente soggettivo e complesso, in quanto elementi personali, sociali, culturali, modalità di assunzione delle sostanze (Chitwood *et al.*, 2002), nonché la condizione psico-fisica della persona possono influenzare il giudizio sulla struttura e sull'operato del personale (Caljouw *et al.*, 2008). La qualità percepita dovrebbe essere intesa come un mix tra aspettative di cura che il paziente aveva prima di entrare in contatto con la struttura (elemento di difficile rilevazione), situazione-caratteristiche personali dell'utente, ed effettiva qualità delle cure ricevute. In altri ambiti, infatti, è stato dimostrato come la qualità percepita sia un fattore fortemente influenzato dalla qualità delle cure ricevute, in quanto vi è una forte correlazione tra qualità del trattamento, soddisfazione degli utenti e continuità delle cure (Beattie *et al.*, 2005).

Resta inteso che interrogarsi sul grado di soddisfazione è un concetto culturale dei Servizi per le dipendenze che presuppone un riconoscimento del paziente come "persona" che, pur con tutte le limitazioni derivanti dalla propria dipendenza, non viene privato del diritto primario di cittadinanza. Il concetto acquista ancora più rilevanza in un periodo in cui la trasparenza è divenuta un assioma caratterizzante l'attività dei servizi in generale.

È necessario partire da alcuni presupposti concettuali:

- sondare l'opinione degli utenti circa la qualità percepita con un questionario strutturato o semistrutturato non è sicuramente l'unico metodo di valutazione di cui possono avvalersi i Servizi per le dipendenze, ma ha tuttavia caratteristiche di oggettività ed è il più praticabile nell'ambito dell'attività dei servizi;
- il paziente è colui al quale è rivolto il servizio e che possiede il metro per i giudizi;
- le dimensioni di valutazione sono molteplici in quanto la qualità percepita si caratterizza come correlata con molte dimensioni; è quindi necessario gestire questa complessità con una riduzione delle informazioni da rilevare affinché la rilevazione e la valutazione siano effettivamente sostenibili;
- la rilevazione della qualità percepita non è fine a se stessa, ma deve essere uno strumento per poter raggiungere livelli di qualità sempre maggiori.

In questo contesto l'obiettivo dell'Emilia-Romagna è quello di individuare sia strumenti sia modalità per misurare la qualità percepita dagli utenti per approntare, in base ai risultati ottenuti, degli effettivi processi di miglioramento. Per poter fare questo è necessario garantire alcuni requisiti di affidabilità degli strumenti di valutazione della qualità percepita altrimenti, come è caratteristica di questo settore, vi è sempre il "dubbio" che i risultati raggiunti non rappresentino effettivamente l'opinione degli intervistati, ma

³¹ A cura di Alessio Saponaro - Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna.

possano risentire di eventuali *bias* (errori) degli strumenti di rilevazione. I risultati qui presentati rappresentano una prima proposta che verrà ridiscussa e rivalutata attraverso molteplici studi che ne miglioreranno l’affidabilità.

Aspetti metodologici legati alla validazione dello strumento

L’aspetto metodologico inerente la costruzione degli strumenti di valutazione della qualità dal lato degli utenti riveste un’importanza fondamentale nel campo della valutazione del servizio. In letteratura sono riportate molte critiche ai risultati ottenuti con questi tipi di strumenti soprattutto nel campo sanitario e ospedaliero (Altieri, Luison, 1997).

Nelle fasi di selezione, raccolta, inserimento, elaborazione e analisi dei dati sulla qualità percepita, alcuni elementi possono fare incorrere in errori o aspetti che influiscono nettamente sulla validità, attendibilità e di conseguenza anche sulla confrontabilità delle informazioni rilevate. È chiaro che eventuali errori o inesattezze provocano delle distorsioni nei dati elaborati che possono minare i risultati finali ottenuti e indirizzare in maniera non corretta le azioni di miglioramento.

Gli errori o distorsioni possono essere di diverso tipo e presentarsi in ogni fase del processo di ricerca. Vi sono degli elementi di cui risulta quasi impossibile valutare gli effetti, come ad esempio la tendenza a rispondere ai questionari non in base alle proprie opinioni, ma in base alla desiderabilità sociale o a quello che l’intervistato pensa che sia bene rispondere.

Durante il processo che ha portato alla costruzione del questionario di rilevazione della qualità percepita nei SerT si è cercato di “minimizzare” quanto più possibile la portata di possibili errori attraverso una proposta metodologica condivisa tra le diverse Aziende USL.

In questo contesto non verranno esaminati tutti i possibili errori o distorsioni insiti nel progetto di valutazione della soddisfazione (compresi quelli possibili dovuti a aspetti casuali), quanto piuttosto verrà realizzato un esame solo su quelli di cui è stato possibile effettuare una verifica attraverso degli strumenti messi a disposizione dalla metodologia.

Aspetti derivanti dalla struttura del questionario

Come già ampiamente specificato nel Capitolo 1, il questionario di soddisfazione del SerT parte da un’esperienza pregressa fortemente consolidata e sulla quale sono stati realizzati una serie di studi a livello di singola Azienda USL o a livello regionale.³²

Sulla scorta di questa esperienza è stata posta particolare attenzione all’analisi lessicale delle domande (*phrasing*), rendendone i contenuti il più possibile semplici e comprensibili, proprio perché il questionario è stato progettato per essere somministrato a utenti alcol-tossicodipendenti durante le visite ambulatoriali. Mentre per alcuni *item* mutuati dal precedente questionario è stato effettuato il test di comprensibilità delle domande, per i

³² Una sintesi degli studi è riportata in Ugolini, 2005.

nuovi *item* l'analisi della comprensibilità è stata effettuata da una sola Azienda USL (nella fase di test dello strumento) su 11 pazienti, un numero non sufficiente per poter affermare con certezza che tutte gli *item* sono comprensibili dagli utenti intervistati.

Il campionamento

Il campionamento effettuato nei SerT ha selezionato una parte di utenti tra tutti quelli che sono in trattamento, con criteri che consentono/presuppongono di poter generalizzare i dati ottenuti (rappresentatività).

È chiaro che le possibilità di selezioni particolari o errori in questo campo sono abbastanza elevate per molteplici cause. La letteratura in materia indica nel meccanismo di autoselezione degli intervistati (Iacch, 2003) un elemento che implica la non rappresentatività (rispetto alla popolazione di riferimento) dei risultati emersi dalla somministrazione dei questionari. Infatti, essendo libera la scelta degli utenti di compilare i questionari, è facile che si selezionino gli utenti più motivati a rispondere poiché più soddisfatti del servizio ricevuto, contrariamente a quelli meno soddisfatti, che probabilmente sono più restii alla compilazione.

Per omogeneizzare le modalità di raccolta dei dati e di selezione del campione, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha fornito una serie di indicazioni metodologiche e tecniche, in particolare suggerisce di selezionare un campione di utenti che accede al servizio in un periodo di tempo definito e di stratificare il campione in base alle eventuali diverse sedi di ogni servizio.

Di fatto, però, non tutte le Aziende hanno seguito fedelmente le indicazioni, in quanto hanno cercato di adattare le modalità di raccolta in base a specificità e organizzazione locale, requisito tra l'altro richiesto in questa fase di sperimentazione. Questo rende necessariamente i dati regionali meno confrontabili tra Aziende USL (vedi *Paragrafo 3.2*).

Dalla documentazione redatta dalle Aziende USL in merito alla metodologia e alle tecniche utilizzate per la realizzazione dell'indagine, emergono chiaramente alcuni aspetti da considerare.

In nessuna Azienda è stato adottato un campionamento probabilistico, quindi in nessun caso può essere confermata una generalizzazione dei risultati ottenuti rispetto al totale dell'utenza. Allo stesso modo non si può parlare di proporzione tra utente in carico e utenti intervistati, in quanto vi è stata anche una differenziazione tra le Aziende USL in merito alla tipologia di utenti intervistati: alcune hanno intervistato solo utenti in carico, altre tutti gli utenti a prescindere dal tipo di rapporto con il servizio.

Dalle schede metodologiche inviate all'Agenzia sanitaria e sociale regionale è possibile evidenziare alcune diversità nella selezione del campione da parte di alcune Aziende USL, anche se non tutte hanno descritto con precisione la metodologia di scelta degli utenti intervistati. Le modalità di estrazione del campione da intervistare è stata effettuata in base a diversi criteri:

- tipologia di problematica (solo tossicodipendenti, alcolisti e tossicodipendenti, alcolisti, tossicodipendenti e fumatori, alcolisti, tossicodipendenti, fumatori, giocatori d'azzardo);
- tipologia di rapporto con il SerT (utenti con progetto terapeutico (in carico), tutti gli utenti che sono in trattamento, tutti gli utenti e anche i soggetti in "appoggio").

Alcune Aziende USL hanno invece scelto di intervistare gli utenti selezionando da una lista precompilata e ricavata dal sistema informativo, mentre altre hanno intervistato solo gli utenti che hanno avuto accesso al servizio durante un periodo di tempo prestabilito: in questi casi, la quota di utenti intervistati rispetto agli utenti in trattamento acquista una dimensione diversa se si considera la totalità di utenti o una parte specifica di essi (es. alcolisti e tossicodipendenti oppure in carico o anche i provvisori) o le modalità di selezione del campione a priori.

Tabella 9. Utenza totale afferita ai Servizi per problematiche inerenti alcool o droghe e campione di utenti intervistati (anno 2008)*

Azienda USL	Utenza afferita 2008	Utenti intervistati
Piacenza	1.996	100
Parma	3.032	498
Reggio Emilia	2.699	217
Ferrara	2.343	456
Ravenna	3.237	208
Cesena	1.258	92
Rimini	2.666	280
<i>totale</i>	<i>28.873</i>	<i>1.851</i>

* Nella tabella sono stati inclusi gli utenti a prescindere dal rapporto con il Servizio (in carico, provvisori, in appoggio, ...).

Aspetti legati alla modalità di risposta

Il questionario è strutturato in affermazioni suddivise per aree; per ognuna è necessario esprimere un giudizio in una scala da 1 a 6 (non d'accordo/d'accordo) (*Allegato 2*).

Il rischio insito in questa modalità di formulare le domande è legato al *response set*, cioè alla tendenza dell'intervistato a rispondere nello stesso modo, scegliendo ad esempio tutti valori positivi o tutti negativi a prescindere dalla propria opinione specifica sull'*item*.

Dal punto di vista metodologico, per evitare tale errore nelle risposte le domande possono essere formulate alternando affermazioni positive e negative (es. quanto ritiene importante la relazione ... vs quanto è difficoltosa la relazione ...) o variando verbi/sostantivi. Tuttavia, viste le esperienze valutate in precedenza presso alcuni SerT dell'Emilia-Romagna (Casalboni, Saponaro, 2005), nella costruzione del questionario non si è ritenuto di applicare questo espediente tecnico.

A questo si aggiunge anche il rischio all'*acquiescent response set*, cioè la propensione a rispondere con il massimo punteggio alle domande proposte, una dovuta alla tendenza di alcune persone a non valutare in maniera negativa il proprio terapeuta.

Per analizzare la “tenuta” del questionario regionale in merito agli aspetti indicati, è stata realizzata una prima valutazione descrittiva su due particolari aspetti: le mancate risposte (*missing*) e l'*acquiescent response set* (Tabella 10).

Mancate risposte

La presenza di mancate risposte produce delle distorsioni nei dati, in quanto da un lato vi sono meno informazioni disponibili, dall'altro le informazioni mancanti potrebbero essere un indicatore di particolare rilevanza ai fini dell'interpretazione della soddisfazione. Su 1.851 questionari somministrati, in 19 casi (pari all'1%) si è riscontrato almeno un *item* non compilato tra i 20 proposti, una percentuale molto bassa, soprattutto se paragonata ad altre rilevazioni regionali in passato (Ugolini, 2005). Si può affermare che tale problema è poco rilevante ai fini della rilevazione dei SerT.

Acquiescent response set

Anche a proposito del dare la stessa valutazione a tutti gli *item* in maniera sequenziale, l'analisi non fornisce dati rilevanti. Coloro che hanno dato una valutazione negativa su tutti gli *item* (tutte risposte 1 per i 19 *item*, escludendo l'*item* sulla valutazione complessiva basato su una scala 1-10) rappresentano lo 0,2%. Sul versante opposto, coloro che hanno risposto a tutti gli *item* con valore massimo 6 ammontano a 138 casi, pari al 7,5% del totale degli intervistati. La percentuale potrebbe essere di per sé rilevante, ma è difficile discriminare tra quanti utenti hanno effettivamente espresso un giudizio positivo su tutti gli *item* presentanti e quanti hanno risposto in maniera sequenziale.

Il 91,6% degli utenti ha invece dato le risposte differenziando il valore del punteggio. Per questa alta quota è possibile stimare una attenta lettura del questionario con un livello di risposta conseguente.

Tabella 10. Livello di sequenzialità nelle risposte al questionario (valori assoluti e percentuali, *item* da 1 a 19, esclusa valutazione complessiva)

Aspetti riscontrati nella risposta ai questionari	Frequenza	%
Non risposto ad alcuni <i>item</i>	19	1,0
Risposte a tutti gli <i>item</i> con valore minimo 1	4	0,2
Risponde a tutti gli <i>item</i> con valore massimo 6	138	7,5
Risposte con valutazioni differenziate	1.690	91,3
<i>Totale</i>	<i>1.851</i>	<i>100,0</i>

Validità

L'analisi della validità del questionario (Cinotti *et al.*, 2003) è sicuramente la parte che comporta maggiore difficoltà, in quanto esprime il livello di precisione con il quale un concetto viene misurato, cioè la capacità del questionario di misurare correttamente la qualità percepita così come espressa dagli utenti del SerT. Rispetto al questionario regionale costruito è stato possibile effettuare due tipi di test di validità: validità di contenuto e validità statistica.

La validità di contenuto riguarda il costrutto teorico che sta alla base del questionario, in particolare la definizione di determinate macro-aree (organizzazione, operatori, risultati, ...), l'aggregazione dei singoli *item* al loro interno e la coerenza con il linguaggio utilizzato. La verifica condotta tramite l'analisi di correlazione delle quattro macro-aree ha mostrato buoni livelli di validità del contenuto (*Tabella 11*).

La validità statistica è stata verificata dall'alto numero di interviste effettuate nei SerT (1.851 casi), per cui le analisi effettuate possono essere corroborate da un elevato numero di rispondenti.

Tabella 11. Coefficienti di correlazione tra le aree del questionario

Aree	Organizzazione	Operatori	Risultati	Soddisf. totale
Organizzazione	1,00	0,75	0,68	0,68
Operatori		1,00	0,79	0,72
Risultati			1,00	0,72
Soddisfazione totale				1,00

Attendibilità e analisi dei fattori

La valutazione della qualità percepita si traduce nella richiesta di un parere riguardo a particolari aspetti del servizio erogato, intesi come manifestazioni concettuali di dimensioni "latenti" della soddisfazione, le quali sono rilevabili attraverso variabili "manifeste".

Di fatto la costruzione del questionario è partita da un modello teorico strutturato da operatori che hanno definito la qualità percepita dagli utenti che accedono ai Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna: il presupposto teorico su cui si è basata tale costruzione è che la soddisfazione degli utenti fosse misurabile a partire da quattro aree (struttura e organizzazione, operatori, risultati e soddisfazione complessiva) e che gli *item* relativi a ogni area misurassero effettivamente la stessa dimensione concettuale. Ma questo costrutto teorico deve essere necessariamente sottoposto a verifica empirica attraverso un modello esplicativo delle relazioni di dipendenza o causalità tra variabili.

In primo luogo è stata condotta un'analisi dell'attendibilità (in inglese *reliability*) dello strumento di rilevazione, intesa come riproducibilità del risultato ottenuto (stesso risultato in prove ripetute). Essa

segnala il grado con il quale una certa procedura di traduzione di un concetto in variabile produce gli stessi risultati in prove ripetute con lo stesso strumento di rilevazione (stabilità) (Corbetta, 2002, p. 125).

Sostanzialmente si tratta di valutare se tutti gli *item* misurino coerentemente il rispettivo costrutto a essi sottostante. Ad esempio, gli *item* contenuti nell'area "risultati ottenuti" sono tutti coerenti con la dimensione sottesa alla scala di misurazione? Attraverso l'analisi di affidabilità è stato possibile rilevare il grado di correlazione tra gli elementi del questionario, un indice complessivo della ripetibilità e la concordanza interna della scala.

Questo processo non è solo utile per identificare l'attendibilità delle diverse aree del questionario, ma consente anche di identificare gli *item* che devono essere esclusi in quanto non descrivono la dimensione in cui sono state raggruppati. A tal proposito è stata calcolata l'alfa di Cronbach che descrive il grado di correlazione (rho di Spearman) tra i punteggi elemento di una certa dimensione con le altre dimensioni. Seguendo altre esperienze presenti in letteratura (Caljouw *et al.*, 2008) sono stati definiti i limiti dell'accettabilità dell'alfa di Cronbach:

- inferiore a 0,30 concordanza non accettabile
- da 0,40 a 0,60 buona correlazione
- da 0,61 a 0,80 sostanziale correlazione
- da 0,81 a 1,00 ottima correlazione

In Tabella 12 è presentata l'affidabilità complessiva e per ogni area di *item* del questionario. L'affidabilità interna misurata su tutti gli *item* del questionario rileva un'ottima correlazione ($\alpha = 0,9505$), con valori α dei singoli *item* inferiori al valore complessivo dell'alfa dell'area. In breve, si può affermare che la coerenza interna relativamente alla soddisfazione del servizio è stata alta e tutti gli *item* concorrono a descrivere la soddisfazione del servizio da parte degli utenti.

Anche per le altre aree esaminate si registra un valore dell'alfa di Cronbach molto elevato, a dimostrazione di una elevata affidabilità del questionario di soddisfazione utilizzato nei SerT. Inoltre tutti i valori alfa - ottenuti escludendo di volta in volta ogni singolo *item* per provare se eventualmente vi fosse qualche *item* con scarsa coerenza con l'area (in Tabella 12 si veda la vedi colonna "Valore α sulla scala eliminando l'*item*") - risultano più bassi rispetto al valore complessivo per area (in Tabella 12, colonna "Valore α su area"), ragione per cui nessun *item* andrebbe escluso dall'area di afferenza.

Tabella 12. Calcolo attendibilità attraverso l'alfa di Cronbach per aree del questionario (per la codifica degli *item*, vedi *Allegato 2*)

Aree <i>item</i> questionario	<i>Item</i> questionario	Correlazioni <i>item</i> - scala totale corretta	Valore α sulla scala eliminando l'<i>item</i>	Valore α su area
<i>Item</i> su "Valutazione struttura e organizzazione"	V1 Informazioni chiare	0,6042	0,8285	0,8476
	V2 Orari adeguati	0,5343	0,8368	
	V3 Appuntamento	0,6414	0,8226	
	V4 Tempi attesa	0,6008	0,8273	
	V5 Orario appuntamento	0,5903	0,8287	
	V6 Sede Servizio	0,5303	0,8357	
	V7 Locali confortevoli	0,6260	0,8245	
	V8 Locali privacy	0,5752	0,8317	
<i>Item</i> su "Valutazione operatori"	V9 Operatori ascolto	0,7630	0,9195	0,9291
	V10 Operatori informaz. salute	0,7894	0,9169	
	V11 Operatori informaz. terapie	0,7746	0,9182	
	V12 Operatori progetto cura	0,7862	0,9172	
	V13 Sostenuto operatori	0,7583	0,9210	
	V14 Rispettato operatori	0,7716	0,9185	
	V15 Fiducia operatori	0,7922	0,9166	
<i>Item</i> su "Valutazione risultati raggiunti"	V16 Servizio aiuto	0,7446	0,8696	0,8974
	V17 Progetto salute	0,8269	0,8388	
	V18 Progetto uscire dipend.	0,7568	0,8660	
	V19 Consiglierei parente amico	0,7315	0,8743	

Un ulteriore livello di validazione è stato effettuato allo scopo di individuare se i diversi *item* del questionario fossero coerenti con le aree in cui erano inclusi (organizzazione, operatori e risultati), oppure vi fossero degli *item* che misuravano altre dimensioni e quindi impropriamente inclusi nell'area, cioè quelli che in precedenza sono stati chiamati manifestazioni concettuali di dimensioni "latenti" della soddisfazione per aree. Attraverso un'analisi fattoriale esplorativa (Caljouw *et al.*, 2008, p. 638) sono stati individuati due fattori "latenti" che includono tutti i 20 *item* e che spiegano il 59,6% della variabilità totale: il primo contiene tutti gli *item* delle area "Valutazione operatori" e "Valutazione risultati raggiunti", il secondo tutti gli *item* relativi alla "Valutazione struttura e organizzazione" (*Tabella 13*; in particolare celle evidenziate). Si può affermare che gli *item* posti in determinate aree misurano le dimensioni per le quali sono stati formulati.

I risultati ottenuti con la validazione dello strumento in parte indicano come sia possibile un ulteriore percorso di perfezionamento, ma evidenziano anche come il cammino intrapreso abbia già dato ottimi risultati.

Tabella 13. Matrice delle componenti principali ruotata (analisi fattoriale) sui 20 *item* che compongono il questionario di soddisfazione del SerT *

Aree <i>item</i> questionario	<i>Item</i> questionario	Operatori e risultati raggiunti **	Struttura e organizzazione **
<i>Item</i> su "Valutazione struttura e organizzazione"	V1 Informazioni chiare	0,45	0,55
	V2 Orari adeguati	0,28	0,57
	V3 Appuntamento	0,39	0,62
	V4 Tempi attesa	0,34	0,60
	V5 Orario appuntamento	0,27	0,65
	V6 Sede Servizio	0,18	0,67
	V7 Locali confortevoli	0,30	0,69
	V8 Locali privacy	0,27	0,65
<i>Item</i> su "Valutazione operatori"	V9 Operatori ascolto	0,66	0,44
	V10 Operatori informaz. salute	0,71	0,38
	V11 Operatori informaz. terapie	0,70	0,39
	V12 Operatori prog. cura	0,74	0,34
	V13 Sostenuto operatori	0,75	0,28
	V14 Rispettato operatori	0,74	0,34
	V15 Fiducia operatori	0,78	0,31
<i>Item</i> su "Valutazione risultati raggiunti"	V16 Servizio aiuto	0,78	0,30
	V17 Progetto salute	0,79	0,29
	V18 Progetto uscire dipend.	0,69	0,28
	V19 Consiglierei parente amico	0,70	0,30
	V20 Valutazione complessiva	0,67	0,44

* Metodo estrazione: analisi componenti principali.

Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.

** Sono stati evidenziati i valori >0,49.

2.4.2. Il questionario "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale"³³

Una prima bozza del questionario è stata messa a punto grazie all'analisi delle precedenti esperienze di ricerca nei Centri di salute mentale dell'Emilia-Romagna, visionando la letteratura sull'argomento e raccogliendo il contributo di alcuni operatori esperti rappresentativi dell'intero territorio regionale. Successivamente è stata effettuata una sperimentazione che ha previsto la somministrazione dello stesso questionario a un gruppo di utenti ai quale è stato richiesto di evidenziare senza remore tutte le possibili difficoltà e criticità riscontrate. Sono emerse alcune osservazioni che hanno portato alla riformulazione/semplificazione di alcune domande per garantirne la leggibilità. L'esito di questa prima fase è risultato nel complesso positivo e ha assicurato la validità del contenuto e la comprensibilità del questionario.

L'articolazione del questionario finale in quattro aree concettuali (struttura e organizzazione del servizio; operatori; esiti cure ricevute; comunicazione) ha consentito di costruire indicatori per area, oltre che analizzare i punteggi delle singole domande (*Allegato 1*).

Gli utenti sono stati chiamati a esprimere una valutazione su una scala di tipo Likert che per alcune elaborazioni è stata utilizzata come scala cardinale.

Oltre ai giudizi sulla soddisfazione sono state inserite 9 domande inerenti le informazioni di contesto: tempo di cura e frequenza di accesso presso il Centro di salute mentale, canale di accesso, sesso, età, titolo di studio, condizione lavorativa, stato civile. Per garantire la massima libertà di espressione degli utenti il questionario è stato somministrato in forma anonima.

Successivamente è stata avviata una sperimentazione sul campo nei diversi CSM. In questa fase sono stati raccolti 1.209 questionari appartenenti a quattro Aziende USL della regione. Va rimarcato come il numero assoluto di questionari raccolti sia risultato alto e la percentuale di rifiuti molto bassa quando i questionari sono stati somministrati da operatori del Centro di salute mentale anziché da personale esterno appositamente formato.

L'utilizzo di una griglia di analisi ha consentito di raccogliere informazioni durante la fase di somministrazione dei questionari: è stato registrato il numero dei questionari rifiutati, la motivazione che ha condotto al rifiuto, il numero di questionari consegnati e non compilati immediatamente all'interno del servizio; un'attenzione particolare è stata dedicata al giudizio degli utenti sulla leggibilità del questionario.

³³ A cura di Liana Farolfi - Ufficio Qualità e accreditamento
Alessandro Mariani D'Altri e Paolo Ugolini - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Patrizia Vitali e Diego Sangiorgi - Epidemiologia e comunicazione
Azienda USL di Cesena.

Attendibilità e analisi dei fattori

L'affidabilità e la coerenza interna dello strumento è stata valutata attraverso l'alfa di Cronbach sull'intero questionario e la correlazione tra le singole domande e la loro area. Per definizione, un'α da 0.61 a 0.80 rappresenta una buona correlazione, mentre da 0,81 a 1,00 una correlazione perfetta. L'alfa di Cronbach valutata sull'intero questionario è risultata pari a 0,95: risulta quindi una più che buona correlazione. Anche la correlazione tra le singole domande e la loro area evidenzia valori molto buoni: da 0,58 a 0,91.

Per la validazione del questionario e per valutare la struttura sottostante, è stata inoltre condotta un'analisi fattoriale esplorativa utilizzando un'estrazione delle componenti principali con rotazione Varimax; l'analisi ha individuato due fattori esplicativi dell'80% della variabilità totale.

Il primo fattore include le domande 1-8 (ad eccezione della domanda 2) relative alla "Aspetti strutturali e organizzativi" del Centro di salute mentale, mentre il secondo fattore include le domande 9-18 relative a "Relazioni con il personale" e "Esiti del progetto di cura rispetto ai propri bisogni", con l'aggiunta della domanda 2 "Gli operatori che mi danno le informazioni sono disponibili" (*Allegato 1*).

Aspetti derivanti dalla struttura del questionario

Durante la fase di sperimentazione del questionario è stata condotta un'analisi delle risposte fornite dagli utenti, che ha portato a formulare eventuali suggerimenti per una migliore formulazione di alcuni *item*, in particolare i seguenti.

Domanda 6. "La sede del Servizio è facilmente accessibile (raggiungibilità, segnaletica, barriere)": rispetto ad alcuni servizi del DSM-DP collocati nella stessa area geografica, si è riscontrata una incongruenza fra il giudizio positivo attribuitovi dagli utenti e le numerose segnalazioni critiche evidenziate nella domanda aperta inerenti la disponibilità di parcheggi. Questo potrebbe suggerire la necessità di meglio precisare la domanda.

Domande 19-22. Sono emerse alcune difficoltà nella comprensione e nell'utilizzo delle "domande filtro":

- n. 19 "Ha avuto bisogno di ricontattare il Centro di salute mentale per ulteriori chiarimenti"
- n. 20 "Ho trovato disponibilità all'ascolto e alla soluzione dei miei problemi"
- n. 21 "Ha avuto bisogno di rivolgersi a questo Centro di salute mentale per un'urgenza"
- n. 22 "Ho ottenuto l'aiuto di cui avevo bisogno".

Domanda 25. "Da quando tempo si rivolge a questo Centro di salute mentale": quasi l'80% dei soggetti appartiene a una categoria di risposta (da più di 1 anno) mentre le altre tre categorie nell'insieme superano di poco il 20%. Questo potrebbe suggerire la necessità di una diversa definizione delle categorie di risposta.

Domanda n. 27. "Come è venuta/o a conoscenza del Centro di salute mentale?": due modalità di risposta ("Cartelloni/bacheche" e "TV, radio, giornali") non raggiungono l'1% di frequenza; altre due ("Depliant informativi" e "Ufficio relazioni con il pubblico - URP") non raggiungono il 2% di frequenza. Questo potrebbe suggerire la necessità di escludere tali categorie di risposta. Inoltre la richiesta di selezionare due categorie di risposta è risultata di difficile gestione. Questo potrebbe suggerire l'opportunità di indicare solamente la fonte principale di conoscenza del Centro.

Domanda 32. "Condizione lavorativa": alcuni utenti hanno chiesto chiarimenti su dove collocarsi essendo inseriti in un percorso di borsa-lavoro.

Infine va segnalata l'esigenza di approfondire anche dal punto di vista metodologico l'analisi della domanda aperta 24 "Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo servizio", valorizzandone il rilevante potenziale informativo.

In conclusione si può affermare che il percorso di validazione del questionario ha avuto un esito positivo. Emergono elementi suscettibili di ulteriore affinamento quali l'utilizzo delle domande filtro e la ridefinizione delle categorie di risposta di alcune domande.

2.5. Le potenzialità insite nell'analisi dei dati: proposte per un piano di elaborazione³⁴

In queste pagine verrà presa in considerazione una vasta gamma di tipologie di analisi dei dati, il cui obiettivo esplicativo è proprio quello di fare chiarezza sul modo in cui è concretamente possibile - dato un certo obiettivo di indagine - contribuire a rispondere a domande-problema poste dai professionisti che operano a diversi livelli aziendali, offrendo indicazioni operative in grado di sostenere e confortare le loro scelte e decisioni.

Analizzare i dati significa agire all'interno di un sistema costituito da diverse fasi, tutte importanti e strettamente concatenate le une alle altre: si parte dai dati grezzi e si arriva a un report di sintesi finale che consente di interpretare il fenomeno.

L'analisi statistica dei dati provenienti da questionari somministrati agli utenti/pazienti è uno strumento fondamentale per identificare i *trend* di risposta nonché l'atteggiamento e i fattori più significativi che orientano l'interazione del cittadino con il servizio. Un aspetto nodale riguarda l'approccio da adottare nell'elaborazione dei dati: dovrebbe essere di tipo esplorativo, sia per conoscere la rotta aziendale sia per accertare specifici aspetti del servizio, come atto propedeutico alla definizione di una strategia e di un piano di fattibilità, eventualmente da approfondire con ulteriori ricerche più direttamente finalizzate a decisioni operative; infatti ciò permette di ottenere informazioni rilevanti sui processi sottostanti l'atteggiamento e il comportamento degli utenti, e con queste conoscenze l'Azienda si può indirizzare verso processi di miglioramento funzionali e utili alla stessa.

³⁴ A cura di Cristiana Damini - Ufficio qualità, Azienda USL di Parma.

Possono quindi essere raccolte molte informazioni grazie a particolari metodi statistici e, in base alla tecnica statistica opzionata, sarà possibile "far parlare" i dati in un modo o in un altro: a seconda dell'ipotesi iniziale, o al livello di analisi cui si desidera arrivare, si potrà raggiungere un determinato *output* di sintesi.

L'analisi dei dati deve quindi rispettare/rispecchiare alcuni assunti di fondo:

- il livello di misurazione delle variabili (ordinale, nominale o cardinale);
- il tipo di distribuzione (normale/non normale) e la necessità di inferenza;
- il tipo di variabili utilizzate (indipendenti, dipendenti o sperimentali);
- le possibili relazioni tra esse (cioè relazione di associazione o causale).

La scelta di una tipologia di analisi dipende dai livelli di precisione e di approfondimento richiesti, ma soprattutto dagli obiettivi della ricerca. La serie di strumenti regionali prodotti ha la peculiarità di fornire all'Azienda la risposta ad alcune domande, ad esempio:

- identificazione e finalizzazione di tutti gli elementi di contesto affinché siano adeguati al servizio oggetto di indagine, coerenti con gli obiettivi dell'Azienda e in linea con quanto dichiarato negli impegni aziendali;
- argomentazione e sostegno di scelte aziendali strategiche: la raccolta delle risposte ottenute in seguito alla somministrazione di un questionario può contribuire a sostenere e orientare molte decisioni strategiche aziendali;
- strumenti concreti e pratici: le risposte fornite dai soggetti mettono a disposizione dell'Azienda molteplici idee per lo sviluppo di strumenti di indagine specifici, necessari per affrontare situazioni concrete e peculiari.

L'analisi dei dati può essere affrontata in molti modi, ma prima di tutto occorre puntualizzare che essa non è da considerare come una fase a se stante della ricerca empirica. Ogni elaborazione di dati è infatti finalizzata a rispondere agli interrogativi da cui la ricerca prende avvio, per cui diventa importante analizzare le domande da cui si vuole ottenere una risposta, e una volta stabilite le variabili da approfondire nell'indagine, l'analisi statistica opzionerà determinate tecniche caratterizzate da test statistici appropriati.

Prima di decidere quali tipologie di elaborazione condurre, è necessario porsi la domanda "la letteratura, le ricerche precedenti, i dati di archivio mi consentono di fare previsioni sui dati?" (*Box 2*):

- se la risposta è NO, ci si dovrebbe orientare verso analisi descrittivo-esplorative;
- se la risposta è NO, ci si dovrebbe orientare verso analisi correlazionali;
- se la risposta è SÌ, ci si dovrebbe orientare verso analisi inferenziali.

Box 2. Tipologie di analisi

Analisi descrittivo-esplorative

Forniscono una descrizione precisa di un fenomeno - ad es. tipologia e frequenza di atteggiamenti, comportamenti - tramite rappresentazioni grafiche e indici statistici, al fine di acquisire conoscenza scientifica (verificabile) di una o più caratteristiche della popolazione e/o prendere decisioni conseguenti. I risultati ottenuti riguardano l'insieme dei dati analizzati.

Analisi correlazionali

Consentono di descrivere in che misura le variazioni in un certo fenomeno sono sistematicamente collegate alle variazioni di altri fattori. Non valutano i rapporti di causa/effetto, ma individuano il grado di associazione esistente tra due o più variabili (diretta/inversa, intensa/debole).

Analisi inferenziali

Forniscono le informazioni causali di un fenomeno. Al variare di certe variabili controllate si studiano le conseguenze sulle variabili dipendenti. Individuano un rapporto causale (presuppongono che temporalmente la causa venga prima dell'effetto).

Da un campione casuale estratto da una popolazione o universo di riferimento, e con l'utilizzo di procedure basate su principi probabilistici, si cerca di avere informazioni riguardanti la popolazione da cui il campione è stato estratto.

2.5.1. Principali tipologie di analisi descrittive

Se si decide di condurre analisi descrittive, a quali obiettivi di ricerca si può rispondere e con quali tipologie di elaborazione?. In Tabella 14 sono indicate alcune fra le più utili analisi statistiche che possono essere usate per dare una risposta alle domande di ricerca.

La distribuzione di frequenza è il primo tipo di elaborazione che di solito si esegue in quanto presenta numerose potenzialità:

- evidenziare il numero di utenti che risponde seguendo un certo *trend* di risposta (quanti sono soddisfatti e quanti insoddisfatti di una determinata caratteristica);
- individuare le domande che hanno ottenuto il più alto numero di risposte mancanti o di "non so";
- analizzare la distribuzione dei dati (normale o no);
- decidere se e come trattare le risposte (dati cardinali o nominali).

La distribuzione di frequenza offre una lettura rapida delle caratteristiche più importanti della serie di dati e solitamente viene rappresentata tramite tabelle e grafici, che si completano a vicenda e concorrono a descrivere il fenomeno oggetto di indagine.

La Tabella 15 ritrae la prima sintesi sistematica e costituisce il punto di partenza per la rappresentazione, la lettura, l'interpretazione e l'elaborazione successiva.

Tabella 14. Elaborazioni statistiche descrittive in base agli obiettivi dell'indagine

Se l'obiettivo è ...	Le elaborazioni statistiche possibili sono ...	Presentazione dei risultati in ...
conoscere le caratteristiche socio-anagrafiche dei pazienti rispondenti	<ul style="list-style-type: none"> - distribuzioni di frequenza sulle variabili socio-anagrafiche in riferimento agli intervistati - eventuali ricodifiche delle variabili nazionalità, età (in classi di età), titolo di studio (in medio-basso e medio-alto) 	<ul style="list-style-type: none"> - tabelle di frequenza - grafici
analizzare i giudizi forniti dagli intervistati	<ul style="list-style-type: none"> - distribuzioni di frequenza sulle variabili in cui si chiede una valutazione del servizio e di singoli aspetti di esso (personale, organizzazione, ecc.) - calcolo di misure di centralità e dispersione (media, mediana e deviazione standard) sulle variabili in cui si chiede una valutazione del servizio e di singoli aspetti di esso (personale, organizzazione, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - tabelle di frequenza - tabelle con misure di centralità e di dispersione - grafici
analizzare i giudizi forniti dagli intervistati in relazione ad altre variabili (socio-anagrafiche, tipologie di servizio)	<ul style="list-style-type: none"> - tabelle di contingenza 	<ul style="list-style-type: none"> - tabelle di contingenza - grafici

Tabella 15. Esempio di tabella di frequenza

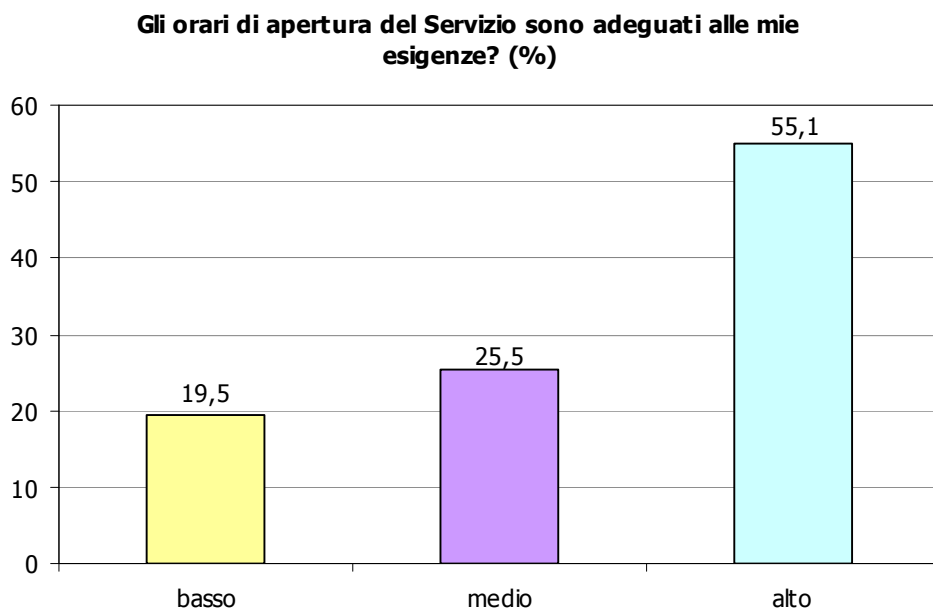
V2 Classi. Gli orari di apertura del Servizio sono adeguati alle mie esigenze

		Frequenza	% relativa	% valida	% cumulata
Valid	Basso	94	18,9	19,5	19,5
	Medio	123	24,7	25,5	44,9
	Alto	266	53,4	55,1	100,0
	Total	483	97,0	100,0	
Mancanti	Sistema	15	3,0		
Totale		498	100,0		

Nella distribuzione di frequenza presentata in Tabella 15 è possibile evidenziare tre differenti colonne con valori percentuali: per commentare i dati, solitamente si prende in considerazione la frequenza valida.

Di fronte a alla necessità di trasmettere informazioni particolari o incisive, l'uso dei grafici può essere una valida alternativa, soprattutto quando ci si trova di fronte a tante informazioni numeriche.

Figura 10. Esempio di grafico delle frequenze in valori percentuali *



Legenda

- * I valori "basso", "medio" e "alto" si riferiscono a una ricodifica della scala (da 1 a 6) in tre tipi di giudizio:
- da 1 a 3 = basso
 - 4 = medio
 - da 5 a 6 = alto

Le misure di posizione sono necessarie per riassumere l'informazione ottenuta. Gli indici più usati sono media aritmetica, quartile, mediana e moda (*Box 3*).

Le misure di dispersione evidenziano la variabilità di un certo fenomeno oggetto di studio cioè l'attitudine delle risposte ottenute da un campione di oggetti ad assumere diverse modalità del carattere che stiamo valutando.

La variabilità può essere misurata con diversi tipi di indicatori: campo di variazione, differenza interquartilica, deviazione standard e coefficiente di variazione (*Box 4*).

Box 3. Misure di posizione

Media aritmetica

Consiste nel valore medio di tutte le osservazioni raccolte di una certa variabile, si ottiene dalla somma delle misure osservate diviso il numero delle osservazioni fatte. Gli obiettivi che ci si prefigge nel calcolo di una media sono sostanzialmente due: sostituire a più dati rilevati un solo numero che dia un'efficace rappresentazione del fenomeno dato, ed esprimere l'ordine di grandezza o tendenza centrale dell'insieme di dati relativi a un fenomeno. Tale ordine di grandezza può a volte sfuggire perché i dati sono spesso differenti fra loro.

Da utilizzarsi per variabili cardinali (scala a intervalli).

Quartile

Permette di suddividere i dati ottenuti in parti uguali, una volta distribuiti in modo ordinato. Questa operazione consente di individuare la percentuale contenuta in una determinata porzione della distribuzione.

Da utilizzarsi per variabili ordinali.

Mediana

Valore che divide in due parti uguali una distribuzione.

Da utilizzarsi per variabili ordinali.

Moda

Valore che si presenta con maggiore frequenza. Può essere calcolata su qualsiasi tipo di variabile.

La moda è indicata come l'unico modo di sintetizzare dati qualitativi.

NB Moda, mediana e media coincidono quando la distribuzione dei dati è normale (o simmetrica).

Box 4. Misure di dispersione

Campo di variazione

Si ottiene sottraendo il valore più basso del carattere da quello massimo, risultato nella raccolta dei dati. Non fornisce altra informazione se non la variabilità tra il valore più alto ottenuto e quello più basso.

Differenza interquartilica

Ottenuta dalla differenza tra il terzo quartile e il primo, se tale differenza è piccola significa che la variabilità è contenuta.

Deviazione standard

È la misura della variazione attorno a un valore centrale di un campione (la media) e indica l'entità della dispersione dei dati o la disuguaglianza tra i dati. Il quadrato della deviazione standard è la varianza.

Coefficiente di variazione

Definito dal rapporto fra deviazione standard e media, estremamente utile quando si vuole effettuare confronti di variabilità tra distribuzioni aventi differenti unità di misura o aventi range di variazione diversi.

Le tabelle di contingenza (o a doppia frequenza) si usano per analizzare più nel dettaglio la relazione fra due variabili: in questo caso le unità statistiche (i soggetti rispondenti) sono classificati rispetto a due variabili.

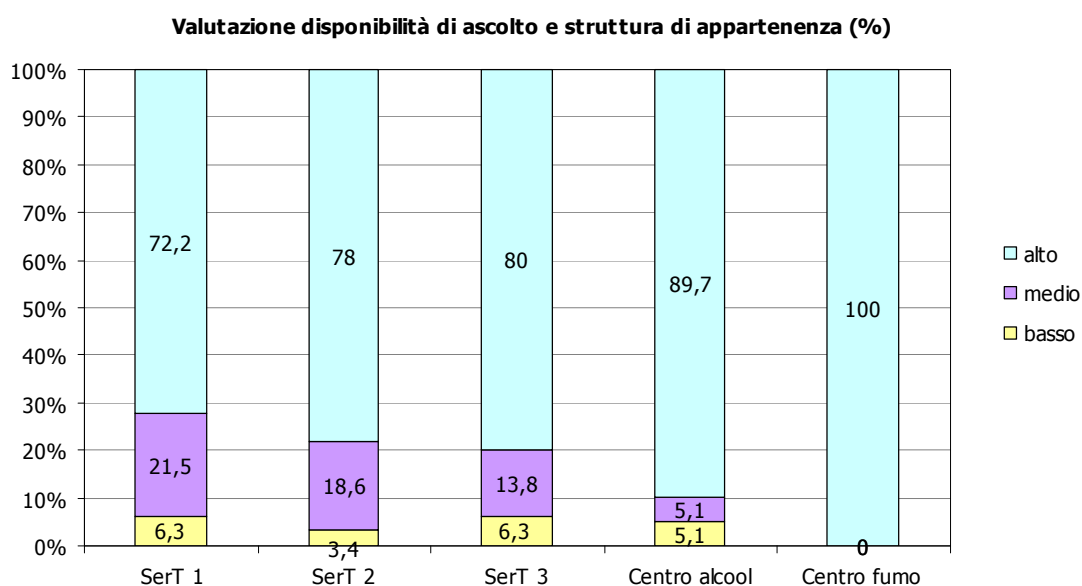
In Tabella 16 è possibile individuare l'andamento tipico delle risposte - ad esempio alla domanda "Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi" - sia in valore assoluto sia in percentuale a seconda della variabile di incrocio scelta (qui, i differenti servizi per le dipendenze presenti sul territorio di una stessa Azienda): in questo caso la scala a sei valori (dove 1 corrisponde a "non d'accordo" e 6 a "d'accordo") è stata ricodificata in tre categorie di giudizio ("basso", "medio" e "alto").

Tabella 16. Esempio di tabella di contingenza

V9 Classi. Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi

		Struttura di appartenenza					
		SerT 1	SerT 2	Centro alcool	Centro fumo	SerT 3	Totale
basso	v.a.	5	2	2	0	5	14
	%	6,3%	3,4%	5,1%	0%	6,3%	5,1%
medio	v.a.	17	11	2	0	11	41
	%	21,5%	18,6%	5,1%	0%	13,8%	14,9%
alto	v.a.	57	46	35	18	64	220
	%	72,2%	78%	89,7%	100%	80%	80%
Totale	v.a.	79	59	39	18	80	275

Figura 11. Esempio di grafico: incrocio fra valutazione della disponibilità all'ascolto e tipo di struttura



Per sapere se le distribuzioni di frequenza per livelli di una variabile sono diverse tra loro si può utilizzare il Test del chi-quadrato (χ^2): esso misura la differenza fra frequenze osservate (effettivo numero di soggetti in ogni cella) e frequenze attese (frequenza che ci si aspetterebbe se esistessero solo differenze casuali fra le condizioni di ogni cella) e indica se la differenza fra i diversi gruppi nelle celle è statisticamente significativa ($p > 0.05$ o $p > 0.01$).

2.5.2. Principali tipologie di analisi correlazionali

La correlazione indica la tendenza che hanno due variabili (X e Y) a variare insieme, ovvero a covariare.

Tali analisi sono utili per verificare il tipo e l'intensità di associazione fra due o più variabili; sono necessariamente propedeutiche alle analisi inferenziali, soprattutto in assenza di ipotesi forti (o testate in precedenti ricerche) a priori riguardanti legami di causa ed effetto fra due o più variabili (*Box 5*).

Box 5. Analisi correlazionali

Correlazione

Rapporto di associazione bidirezionale tra due variabili. Il coefficiente di correlazione descrive il legame tra due variabili e, attraverso un indice, esprime l'intensità di questo legame. La relazione può essere positiva (es. se aumenta X1, aumenta X2), negativa (es. se aumenta X1, diminuisce X2) o pari a zero. Il coefficiente di correlazione varia da -1 (relazione negativa perfetta) a +1 (relazione positiva perfetta). Se il valore è 0, non esiste una relazione lineare.

NB Una correlazione significativa non consente di trarre conclusioni di tipo causa-effetto.

Tipologie di coefficienti di correlazione

Esistono vari tipi di coefficienti di correlazione a seconda del tipo di scala della variabile:
per le scale a intervalli o rapporti equivalenti si usa il coefficiente r di Pearson;
per le scale ordinali si usano il coefficiente r_s di Spearman o il coefficiente Tau di Kendall;
per le scale categoriali (dicotomiche) si usano il coefficiente r_{phi} o il coefficiente r_{pbis} .

2.5.3. Principali tipologie di analisi inferenziali

Se si decide di condurre analisi inferenziali, a quali obiettivi di ricerca si può rispondere e con quali tipologie di elaborazione?

Come detto, l'utilizzo di queste tipologie di analisi presuppone la possibilità di ipotizzare relazioni di causa-effetto che siano statisticamente significative e di fare inferenze rispetto all'universo e/o rispetto a una norma (*Box 6*).

L'inferenza statistica è un tipo di analisi dinamica, consiste nell'operare stime statistiche collegate al concetto di rischio assunto (o se si preferisce, al grado di affidabilità scelto). Permette di analizzare e capire i fenomeni attraverso la formulazione di ipotesi semplici e chiare. Più le domande da cui si parte sono semplici e ben definite, più è facile capire e interpretare i risultati ottenuti.

In questo caso la scelta delle possibili elaborazioni statistiche risponde a criteri precisi legati alla valutazione del rispetto o meno degli assiomi alla base della statistica parametrica: ovvero è possibile condurre alcune elaborazioni statistiche (dette di statistica parametrica) solo in presenza di una distribuzione normale dei dati (*Box 7*).

In Tabella 17 sono sinteticamente presentate alcune fra le più utili analisi statistiche bivariate che possono essere utilizzate a seconda che la distribuzione dei dati sia normale o non normale, per dare una risposta alle domande di ricerca.

Box 6. Analisi inferenziali

Statistica inferenziale

Fornisce le informazioni causali di un fenomeno: al variare di certe variabili controllate (o indipendenti) si studiano le conseguenze sulle variabili dipendenti. Individua un rapporto causale (presuppone che temporalmente la causa venga prima dell'effetto).

Il concetto sotteso all'inferenza statistica è: le differenze osservate fra i campioni raccolti nelle diverse popolazioni sono frutto del caso o sono statisticamente significative?

Livello di significatività (alfa)

Corrisponde all'errore che il ricercatore accetta di fare nel trarre le sue conclusioni. Se una percentuale di probabilità rimane sotto un certo livello, che normalmente è quello dell'1% ($p < 0,01$) o del 5% ($p < 0,05$), lo sperimentatore può rifiutare l'ipotesi nulla (cioè l'assenza di differenze statisticamente significative) e accettare dunque una conferma dell'ipotesi alternativa (cioè la presenza di differenze significative).

In pratica, si desidera valutare se i gruppi (2 o più) sono statisticamente differenti fra loro o meno.

Box 7. Statistica parametrica e non parametrica

Statistica parametrica e non parametrica

La statistica parametrica ha per oggetto ipotesi parametriche, cioè ipotesi riguardanti il valore di un parametro di una o più popolazioni, per esempio la media e la varianza.

Nella statistica non parametrica i modelli matematici non necessitano di ipotesi a priori sulle caratteristiche della popolazione; in particolare non si assume l'ipotesi che i dati provengano da una popolazione normale.

La scelta o meno della statistica parametrica e/o non parametrica richiede siano soddisfatti taluni assunti di base che riguardano la popolazione di origine e non solo.

Primo assunto: indipendenza dei gruppi campionari

I campioni sottoposti a differenti trattamenti dovrebbero essere formati per estrazione casuale da una popolazione, in cui ogni soggetto abbia la stessa probabilità di essere incluso in un gruppo qualsiasi. In questo modo i fattori aleatori o non controllati sarebbero distribuiti casualmente.

Secondo assunto: normalità delle distribuzioni

Se le variabili hanno una distribuzione normale, è possibile fare inferenze dal campione alla popolazione.

Terzo assunto: omoschedasticità o omogeneità della varianza

I gruppi confrontati devono avere varianza pressoché simile.

Quarto assunto: tipologia della scala

I fenomeni oggetto di indagine dovrebbero essere riferiti a scale di livello superiore (intervalli o rapporti).

In letteratura si sostiene inoltre l'utilità di applicare la statistica non parametrica tutte le volte che ci si trova di fronte a campioni di dimensioni ridotte. È importante sottolineare che oltre a tutti questi casi, è sempre possibile applicare la statistica non parametrica, anche assieme ai test parametrici, per esempio ogni volta che si voglia saggiare un'ipotesi prescindendo dalla distribuzione dei dati.

Tabella 17. Principali tipologie di elaborazioni statistiche bivariate e multivariate

Se l'obiettivo è ...	Le elaborazioni statistiche in caso di distribuzione normale (statistica parametrica)	Le elaborazioni statistiche in caso di distribuzione non normale (statistica non parametrica³⁵)
ANALISI BIVARIATE		
verificare differenze statisticamente significative nei giudizi forniti tra:	- Chi-quadrato	- Chi-quadrato
- uomini e donne	- analisi di correlazione (Pearson)	- analisi di correlazione (Spearman)
- giovani e vecchi	- confronto medie attraverso t Student	- analisi di correlazione (Tau-b di Kendall)
- occupati e non occupati	- confronto medie attraverso analisi della varianza (ANOVA)	- test di Wilcoxon
		- test U Mann-Whitney
		- test Kruskal-Wallis
verificare un legame di causa-effetto fra una variabile indipendente (es. giudizi forniti su personale) e soddisfazione complessiva	- regressione lineare semplice	
	- regressione logistica	
ANALISI MULTIVARIATE		
verificare un legame di causa-effetto fra più variabili indipendenti (es. giudizi forniti su personale, organizzazione, esiti, ecc.) e soddisfazione complessiva	- regressione lineare multipla	
	- regressione logistica	

³⁵ Nella statistica non parametrica i modelli matematici non necessitano di ipotesi a priori sulle caratteristiche della popolazione. In particolare non si assume l'ipotesi che i dati provengano da una popolazione normale o gaussiana. La non normalità dei dati può derivare da più elementi: dimensione ridotta del campione; caratteristiche dei rispondenti; scarsa sensibilità dello strumento.

Analisi di livello

Le analisi di livello (confronto fra medie) sono utili per verificare se la differenza riscontrata tra due popolazioni è dovuta al caso o se invece esiste una reale diversità tra le medie delle due popolazioni da cui i campioni stessi derivano. Fra i test statistici disponibili è possibile utilizzare:

- t Student - quando si vogliono confrontare solo due medie. Il test è impiegato per il confronto tra:
 - campioni indipendenti - stessa variabile in due o più gruppi differenti (es. maschi e femmine o UO 1 e UO 2);
 - campioni appaiati/dipendenti - due o più misure della stessa variabile sullo stesso campione in tempi e occasioni differenti (es. risposte dei pazienti e dei familiari sulla stessa variabile);
- analisi della varianza (ANOVA) - per verificare la significatività delle differenze tra le medie aritmetiche di vari gruppi;
- test U Mann-Whitney - è l'analogo non parametrico del test t di Student per campioni indipendenti. L'ipotesi nulla (H_0) è quella che i due campioni siano tratti da una popolazione singola, e che quindi le loro distribuzioni di probabilità siano uguali;
- test di Wilcoxon - è l'analogo non parametrico dell'analisi della varianza e verifica l'uguaglianza delle mediane di diversi gruppi. L'ipotesi nulla (H_0) è quella che i gruppi provengono da una stessa popolazione (o da popolazioni con uguale mediana).

Analisi di profilo

Le analisi di profilo (regressione lineare e logistica) si utilizzano assumendo che le variabili abbiano un ruolo simmetrico del tipo causa-effetto (ad esempio, il tempo dedicato dal medico predice la valutazione complessiva del ricovero). Le variabili devono essere cardinali/numeriche. La regressione lineare è appropriata su indicatori (combinazione di più variabili misurate su scale a intervalli), non su singoli *item* di scale misurate su scale a intervalli. La regressione logistica risulta utile quando si desidera prevedere la presenza o l'assenza di una caratteristica o di un risultato in base ai valori di un insieme di variabili "stimatore". È simile al modello di regressione lineare ma si adatta ai modelli in cui la variabile dipendente è dicotomica.

Per stabilire qual è la variabile causa e quale la variabile effetto è necessario che:

- la variabile causa venga temporalmente prima della variabile effetto;
- il ruolo di una variabile come variabile causa trovi fondamento in teorie o modelli teorici consolidati.

Box 8. Alcuni esempi pratici di utilizzo dei test statistici inferenziali

CASO 1

In seguito alla somministrazione del questionario di qualità percepita presso un ospedale si desidera valutare se esistono differenze statisticamente significative tra uomini e donne nella percezione delle 5 dimensioni indagate: personale medico; personale infermieristico; organizzazione; ambienti; servizi alberghieri.

Una possibile formulazione del problema

- Valutazione del rispetto o meno degli assiomi alla base della statistica parametrica.
- Confronto fra due gruppi (per esempio, nel caso riportato sopra uomini vs donne).
- Scelta dell'appropriato test statistico.

Data la natura dei dati il test statistico scelto è quello di Mann-Whitney.

Uomini e donne si differenziano in base a: valutazione complessiva sugli ambienti [U = 8763,500; $p < 0.05$]; qualità e cura degli ambienti [U = 8846; $p < 0.05$]; pulizia degli ambienti e dei bagni [rispettivamente U = 8993,500 e U = 878,500; $p < 0.05$]; numero dei bagni e delle docce a disposizione dei pazienti [U = 10823,00; $p < 0.05$]; disponibilità di spazio per ogni paziente nella camera [U = 8436,00; $p < 0.05$].

Dall'esempio sopra riportato cosa si può affermare?

Le donne sono risultate più critiche ed esigenti nella valutazione dell'ambiente, probabilmente per loro natura sono più sensibili alla cura, alla pulizia e alla disponibilità di spazio.

CASO 2

In seguito alla somministrazione del questionario di qualità percepita presso un ospedale si desidera valutare se esistono differenze statisticamente significative tra utenti di età diversa per quanto riguarda le 5 dimensioni indagate: personale medico; personale infermieristico; organizzazione; ambienti; servizi alberghieri.

Una possibile formulazione del problema

- Valutazione del rispetto o meno degli assiomi alla base della statistica parametrica.
- Confronto fra 5 classi di età (nell'esempio sopra riportato: 18-34; 35-44; 45-54; 55-75; >75)
- Scelta dell'appropriato test statistico

Data la natura dei dati, il test statistico scelto è quello di Kruskal-Wallis.

I livelli di qualità percepita tra soggetti di età diversa pongono in rilievo atteggiamenti differenti rispetto a gestione delle liste di attesa (in caso di ricovero programmato) [H = 5061,00; $p < 0.05$]; tranquillità nel reparto [H = 15906; $p < 0.05$]; orari [H = 15977; $p < 0.05$]. A questo punto l'analisi si è spinta nella valutazione della differenza evidenziata tra i gruppi; per osservare la tendenza tra le 5 condizioni (fasce di età), si è provveduto ad applicare il Jonckheere Test.

Dall'esempio sopra riportato cosa si può affermare?

Il punto centrale emerso mette in risalto che sono i soggetti più giovani (18-44 anni) che percepiscono in maniera critica gli aspetti sopra elencati, presumibilmente sono anche coloro che manifestano a tal riguardo aspettative più elevate. Al crescere dell'età diminuisce la percentuale di utenti insoddisfatti, per gli orari, la tranquillità del reparto e la gestione delle liste d'attesa: sono infatti gli adulti maturi (55-75 e over 75) che manifestano i livelli di gradimento più elevati.

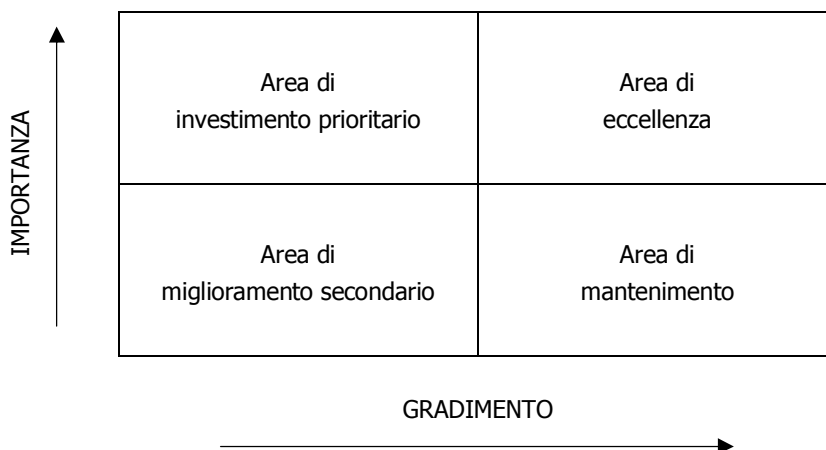
2.5.4. Le mappe delle priorità percepite

Un'altra importante esigenza che le Aziende spesso manifestano è conoscere lo stato di vitalità e “dinamismo” dei fattori che determinano la soddisfazione nei confronti dei servizi. Possedere un profilo sui fattori di soddisfazione e quelli critici, a loro volte suddivisi in alta o bassa importanza per il cittadino, comporta per il sistema organizzativo la scelta di appropriate azioni di miglioramento.

Lo studio delle mappe di priorità rappresenta un utile strumento per tracciare uno scenario d'azione.

Le griglie di posizionamento contribuiscono a visualizzare in modo chiaro le valutazioni sugli aspetti che caratterizzano il servizio sanitario; infatti, i vari elementi che compongono il servizio vengono collocati in aree strategiche in funzione del contributo alla qualità complessiva del servizio e del livello di gradimento che l'utente esprime. L'obiettivo delle griglie di posizionamento è costruire indicatori per i due assi di riferimento: l'asse orizzontale dovrà rappresentare il contributo alla qualità complessiva, mentre l'asse verticale l'indice di gradimento sui vari aspetti.

Figura 12. Esempio di mappa della priorità percepite



La costruzione di una simile mappa delle “priorità percepite” pone una serie di questioni metodologiche legate a:

- come misurare i livelli di gradimento e importanza;
- come attribuire i diversi livelli individuati alle aree indicate come miglioramento/ investimento vs mantenimento/eccellenza;
- come costruire mappe comprensive dei singoli *item* indagati e non solo di indici sintetici riferiti a diverse aree tematiche.

In primo luogo, il calcolo del livello di gradimento può essere effettuato con l'analisi delle medie (trattando le scale di valutazione come variabili cardinali) e il valore viene riportato sull'asse orizzontale. Il punteggio così ottenuto va tuttavia collocato in un'area

di interpretazione della mappa che consenta di distinguere gli insoddisfatti dagli estremamente soddisfatti; in altri termini, si tratta di decidere in quale punto dell'asse X termina l'area di miglioramento/investimento e inizia quella di mantenimento/eccellenza.

La misurazione del livello di importanza attribuito ai diversi aspetti indagati può avvenire mediante procedure statistiche: infatti si ipotizza che quanto più gli *item* valutati “pesano” sulla valutazione complessiva della qualità percepita, tanto più possono essere considerati “importanti”. In altri termini, si tratta di applicare un modello di regressione lineare inserendo gli *item* relativi alla qualità percepita dei singoli aspetti indagati come variabili indipendenti e la valutazione complessiva della qualità percepita come variabile dipendente, e successivamente utilizzare i coefficienti *beta* risultanti come coordinata da inserire sull'asse Y. La soglia tra area prioritaria e secondaria può essere stabilita in modo aprioristico o basandosi sulla distribuzione dei coefficienti così ottenuti.

L'ultima questione relativa alla costruzione della mappa delle priorità percepite riguarda il livello di approfondimento e di dettaglio che si vuole raggiungere. È più utile una mappatura delle priorità che raggruppi in modo sintetico tutte le aree tematiche relative alla qualità percepita o invece una serie di mappe ciascuna delle quali presenta una sola area tematica e offre un dettaglio maggiore sui singoli aspetti valutati? Se si è scelta la strada della stima dell'importanza attribuita mediante un modello di regressione, è possibile mappare le priorità percepite in entrambi i modi sopra descritti.

Resta ora da affrontare il problema di come costruire gli eventuali indici sintetici relativi alle aree tematiche del questionario; le alternative possibili sono due: attraverso l'analisi fattoriale, oppure utilizzando le aree tematiche pre-esistenti (*Box 9*).

Box 9. Costruzione di indici sintetici

Analisi fattoriale

Tutti gli *item* relativi alla qualità percepita dell'assistenza vengono sottoposti a un'analisi fattoriale che consente di individuare una serie di raggruppamenti tematici tra gli aspetti dell'assistenza indagati; successivamente si utilizza come indice sintetico la media dei punteggi per ciascun raggruppamento.

Pro le aree tematiche ottenute sono derivate da dati empirici e i raggruppamenti sono solidi dal punto di vista statistico (l'appartenenza di due o più *item* alla stessa area tematica non è attribuita in via teorica, ma emerge dalla rilevazioni effettuate su tutto il campione).

Contro non è detto che le aree tematiche così rilevate siano sovrapponibili con la suddivisione proposta nel questionario, problema particolarmente pressante quando l'attribuzione di importanza non è stimata ma rilevata direttamente: potrebbe non esserci un *matching* tra le aree di gradimento e le aree di importanza.

Utilizzo delle aree tematiche pre-esistenti

Gli indici sintetici sono costruiti calcolando la media dei punteggi delle diverse aree tematiche proposte nello strumento.

Pro metodo più veloce, che garantisce una corrispondenza precisa tra gradimento e importanza al momento della costruzione della mappa.

Contro i raggruppamenti effettuati a livello teorico non sono necessariamente *evidence based*, ed è possibile che analizzando i dati con procedure statistiche emerga una struttura di qualità percepita dell'assistenza differente da quella immaginata (ad es. incentrata su differenti momenti dell'assistenza, su figure professionali o su aspetti strutturali/organizzativi).

2.5.5. Ricerca qualitativa: analisi del contenuto

L'analisi del contenuto tematico delle risposte aperte si iscrive pienamente nell'ampia varietà di approcci all'indagine scientifica chiamati ricerca qualitativa, poiché innegabilmente qualitativo è il suo oggetto di studio. Prima di effettuare qualsiasi analisi dei dati provenienti da risposte fornite dai clienti esterni, è possibile assemblare logicamente il materiale raccolto e organizzarlo in modo da offrire suggestioni e riflessioni preliminari sul particolare oggetto di analisi. Da questo lavoro di preparazione, a prescindere dalla tecnica di raccolta dei dati applicata, si ottiene del materiale testuale, verbale, che può essere sottoposto a uno o più tipi di analisi.

Il nucleo dell'analisi del contenuto è rappresentato, infatti, dal modo in cui i dati vengono categorizzati e si stabiliscono delle connessioni tra loro (Dey, 1993).

L'analisi qualitativa si articola in tre azioni.

La prima di enumerazione/descrizione è finalizzata a individuare gli elementi principali del testo. Questa fase si contraddistingue, infatti, per la descrizione del fenomeno, che includerà informazioni relative al contesto delle azioni, alle intenzioni del cliente esterno e al processo in cui l'azione di svolge.

La seconda azione riguarda l'identificazione di categorie. Rappresenta la fase più complessa e creativa, nella quale la soggettività di chi elabora i dati è centrale. È infatti, fondamentale identificare i temi salienti, le idee ricorrenti, per creare delle categorie all'interno delle quali classificare il materiale testuale.

La terza e ultima azione è finalizzata alla creazione di connessioni. Compito di chi elabora i dati è valutare come i concetti possano interagire tra loro. È fondamentale che a ogni concetto espresso corrispondano delle affermazioni fornite e proposte dai clienti esterni.

2.5.6. L'elaborazione in pratica: l'indagine condotta nei CSM dell'Azienda USL di Parma

In questo paragrafo viene descritta una indagine di qualità percepita realmente condotta nei Centri di salute mentale dell'Azienda USL di Parma.

La ricerca è stata effettuata nel primo trimestre del 2009 e sono stati coinvolti i sette CSM aziendali. Gli obiettivi dell'indagine sono sintetizzabili in tre macro-aree:

- analisi puntuale della percezione dei servizi erogati dai CSM dell'Azienda USL di Parma, individuandone i punti di forza;
- ricognizione delle abitudini di fruizione del servizio;
- test pilota per verificare la validità dello strumento sia nei contenuti che nel format che lo caratterizza. Tale operazione servirà per eventualmente migliorare il questionario.

Lo strumento utilizzato è quello sviluppato dal gruppo regionale (*Paragrafo 2.3*). Per sua strutturazione, la scala permette di raccogliere informazioni su alcuni degli aspetti organizzativi che caratterizzano i servizi, in particolare:

- aspetti strutturali e organizzativi del Centro di salute mentale;
- relazioni con il personale del CSM;
- valutazione delle informazioni ricevute;
- valutazione della comunicazione instaurata dall'utente con il Centro.

Il questionario regionale (*Allegato 1*) è stato somministrato a 497 utenti presso i CSM dell'Azienda. Per utenti con gravi deficit cognitivi si è deciso di far compilare il questionario da un familiare o chi per esso, oppure mediante l'aiuto del personale che opera presso la struttura.

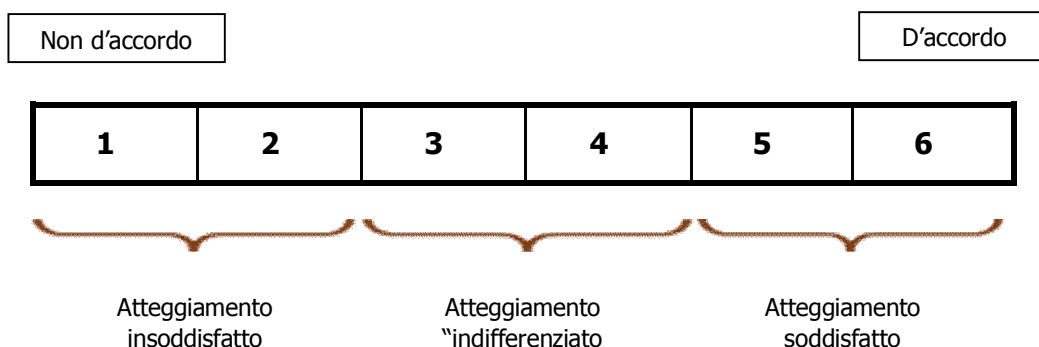
Per la distribuzione dei questionari sono state adottate due modalità; la variabile discriminante è stata la prescrizione o meno del trattamento farmacologico: per gli utenti trattati farmacologicamente, i questionari sono stati inseriti nelle buste e infilati nel diario infermieristico personalizzato di ciascun paziente; per coloro senza terapia farmacologica, il questionario è stato consegnato dalla/o psicologo in seguito al colloquio effettuato con il paziente stesso. Per le prime visite lo strumento è stato consegnato dopo il primo colloquio.

Il questionario compilato è stato restituito in busta chiusa, personalmente al personale oppure imbucato in un raccoglitore predisposto dal Servizio.

Elaborazione dei dati

L'elaborazione dei dati è stata effettuata con il programma statistico SPSS.

Per facilitare la lettura dei dati e per indagare nel modo più esaustivo possibile come si è posizionato il campione si è provveduto a creare degli indicatori di sintesi inerenti i fattori indagati dal questionario. Questo ha consentito di definire la percentuale dei pazienti insoddisfatti, neutrali ed estremamente soddisfatti. Per fissare i valori soglia utili a categorizzare queste tre differenti tipologie di soggetti, si è partiti dalla scala a 6 punti utilizzata per ogni *item* del questionario e la si è ripartita nel seguente modo:



Inizialmente sono state analizzate le risposte dei pazienti, segmentate in base al valore percentuale; questo ha consentito di differenziare, in base all'atteggiamento espresso nei confronti delle tre principali dimensioni indagate, gli aspetti valutati in modo critico, quelli che presentano un atteggiamento né di soddisfazione né di insoddisfazione, e quelli che presentano un atteggiamento positivo e soddisfatto (*Tabella 18*).

Tabella 18. Valutazione delle dimensioni: struttura e organizzazione, operatori e cure (valori percentuali)

Dimensioni	Atteggiamento negativo	Atteggiamento indifferenziato	Atteggiamento positivo
Struttura e organizzazione	0,6	8,2	91,1 ☺
Operatori	2,0	2,0	96,0 ☺
Cure	5,2 ☹	14,1 ☹	80,7

È risultato molto positivo l'atteggiamento espresso dai soggetti del campione nei confronti della struttura e organizzazione (91,1%) e verso gli operatori che operano presso i Servizi coinvolti dall'indagine (96%).

L'aspetto più critico è risultata la valutazione nelle cure ricevute, dove tuttora esiste una certa difficoltà per gli utenti a rispondere oggettivamente al vissuto del proprio stato interiore. Ciononostante, alla domanda "Consigliaresti in caso di bisogno a un parente

o amico di rivolgerti presso il Centro di salute mentale che frequenti", l'84,3% dei rispondenti risponde con un atteggiamento estremamente positivo: in particolare, il 22,2% opta per il punteggio 5, il 62,1% sceglie il punto 6 della scala di misura.

Ognuna delle tre principali dimensioni è stata poi analizzata ed esplorata singolarmente.

Le informazioni fornite sul funzionamento dei servizi, la disponibilità da parte degli operatori nel dispensare informazioni, la semplicità delle pratiche amministrative, il comfort dei locali e la facilità di accesso alla struttura sono risultati gli ambiti in cui si evidenzia il raggiungimento di un alto livello gradimento da parte degli utenti. Emergono invece criticità sui tempi di attesa fra prenotazione e prestazione, sul rispetto degli orari, e - per alcuni - sull'accessibilità alla sede (Tabella 19).

Tabella 19. Valutazione struttura e organizzazione del centro di salute mentale (%)

	Informazioni	Disponibilità degli operatori	Fissare/spostare appuntamento	Tempi d'attesa	Rispetto orario	Accessibilità sede	Locali	Semplicità pratiche amministrative
1	2,4	2,0	3,8	5,6 ☹️	5,0 ☹️	5,0 ☹️	1,6	2,4
2	0,2	2,0	3,2	2,6	2,6	2,4	1,4	1,8
3	4,6	5,4	7,0	7,6	7,0	3,2	4,0	3,2
4	8,9	7,2	11,9	14,3	13,5	11,5	10,9	10,1
5	22,9	21,5	20,5	26,4	24,7	19,3	23,1	22,9
6	57,9 😊	59,8 😊	49,3	39,4	43,5	54,5 😊	55,1 😊	54,5 😊
N.R	3,1	2,1	2,9	4,1	3,7	4,1	3,9	5,1

Più della metà dei rispondenti valuta più che positivamente le cure ricevute dal Servizio (Tabella 20), anche se - come visto in Tabella 18 - la dimensione riguardante la valutazione delle cure ricevute è risultata quella più soggetta a critiche e anche a difficoltà di risposta. Fra le ipotesi possibili per spiegare questo risultato, si è pensato che forse il *trend* di risposta è condizionato dalla relazione di disequilibrio tra utente e operatore, oppure a una non completa informazione/formazione del paziente stesso.

Comunque, il 60% degli utenti in caso di bisogno consiglierebbe a un amico/genitore di rivolgersi al Servizio di salute mentale da lui/lei frequentato.

Tabella 20. Valutazione cure ricevute nel Centro di salute mentale (%)

	Fornire aiuto	Migliora la salute	Consiglierei il servizio
1	2,8	2,0	4,0 ☺
2	1,4	1,2	1,0
3	3,6	3,8	3,4
4	10,1	7,8	5,6
5	26,4	27,2	21,3
6	50,9	52,3 ☺	59,6 ☺
N.R	4,8	5,7	5,1

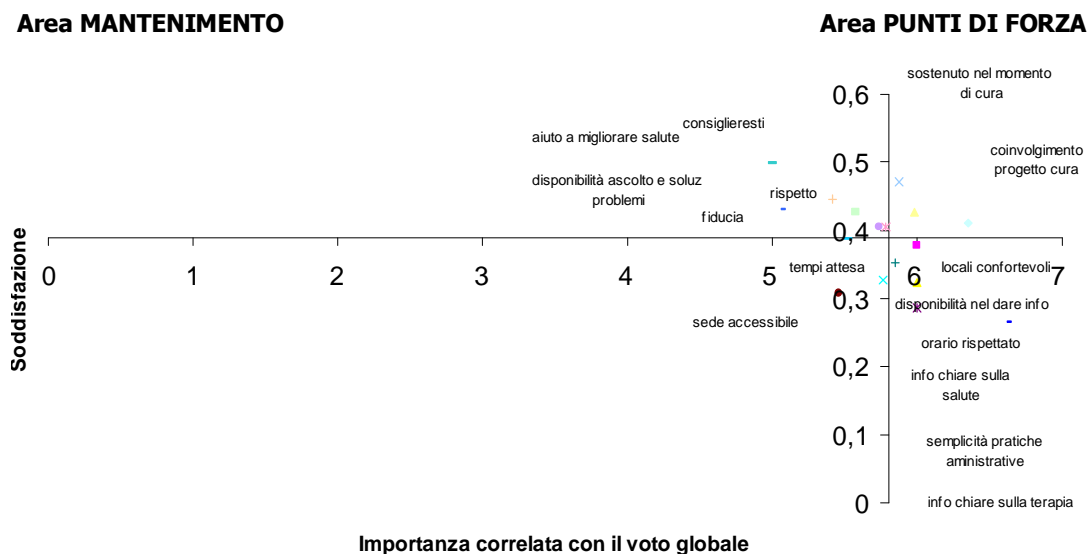
Per quanto riguarda la comunicazione, il 43,7% degli utenti dichiara di avere avuto bisogno di ricontattare il Centro di salute mentale per ulteriori chiarimenti e informazioni. Al contrario il 35% risponde negativamente all'*item* in questione. Il restante 21,3% non ha risposto.

È importante evidenziare che la domanda filtro n. 20 del questionario: "Se sì, ha trovato disponibilità all'ascolto e alla soluzione dei problemi" trova un maggior numero di rispondenti (+18%) rispetto a coloro che nella domanda n. 19 "Ha avuto bisogno di ricontattare il Centro di salute mentale per ulteriori chiarimenti e informazioni" avevano risposto affermativamente. Il dato risulta essere spurio, a causa forse della difficoltà di comprensione della sequenza logica delle domande. Anche il format grafico del questionario potrebbe avere influito nell'errata compilazione.

Lo stesso fenomeno si registra, seppure in direzione opposta, nelle risposte agli *item* n. 21 e 22: il 44% dei rispondenti riporta la necessità di rivolgersi presso il Centro durante un momento di urgenza; al contrario il 34% risponde negativamente alla successiva domanda "Ha ottenuto l'aiuto di cui avevo bisogno?".

Al termine di questa prima fase prettamente esplorativa, è stata effettuata l'analisi delle priorità, che ha permesso di stimare quanto ogni singolo aspetto dei servizi erogati e dell'organizzazione delle funzioni - così come viene percepito dagli utenti - pesa sulla valutazione complessiva del servizio. Ciò ha consentito di evidenziare per ogni elemento indagato sia il livello di gradimento (il percepito) sia il livello di importanza. I dati sono stati riportati su un piano cartesiano che distingue le priorità: azioni di presidio, prioritarie, di miglioramento e di valorizzazione (*Figura 13*).

Figura 13. Mappa delle priorità percepite



Area di mantenimento

Per quanto riguarda la disponibilità all’ascolto e la soluzione di problemi, il rispetto e la fiducia negli operatori, la percezione di aiuto a migliorare il proprio stato di salute, sono risultati fattori meno importanti per gli utenti, ma che segnalano un livello di soddisfazione comunque superiore alla media rispetto alle altre variabili in gioco. Tali indicatori hanno infatti registrato una qualità elevata ma il loro contributo non è determinante alla qualità complessiva; per questi sarà quindi sufficiente mantenere i livelli raggiunti.

Area punti di forza

Il sostegno nei momenti di cura e il coinvolgimento nel progetto della stessa rappresentano i punti di forza delle funzioni: si tratta di fattori importanti nei confronti dei quali gli utenti risultano essere soddisfatti. Per questi aspetti del servizio è stato raggiunto un buon livello di standard; tali indicatori forniscono infatti un elevato contributo alla qualità generale del servizio.

Area di miglioramento

Si dovrà agire prioritariamente su: miglioramento della struttura e dei locali, disponibilità degli operatori nel dare informazioni, rispetto degli orari, informazioni chiare sullo stato di salute e sulla terapia, semplicità delle pratiche amministrative.

Dall’indagine è infatti emersa l’importanza che questi stessi fattori hanno per gli utenti. Tali aspetti del servizio contribuiscono fortemente all’immagine complessiva ed essendo caratterizzati da giudizi di qualità bassi, necessitano di uno sforzo per migliorarli.

Area di indifferenza

Azioni di miglioramento dovranno affrontare l’accessibilità alla sede e i tempi di attesa. Si tratta di fattori mediamente importanti, ma per i quali si rileva una soddisfazione del cliente esterno nettamente inferiore alla media rispetto a tutte le altre variabili considerate. Tali indicatori sono caratterizzati da una qualità scarsa e non contribuiscono significativamente alla qualità globale della prestazione sanitaria erogata.

La domanda aperta sui suggerimenti da parte degli utenti per un servizio migliore è stata trattata da un punto di vista di analisi dei contenuti. Per analizzare questi dati è stata fatta un'aggregazione delle risposte sui concetti menzionati più frequentemente, attraverso il raggruppamento di parole affini in classi o aree tematiche. Ad ogni area è stata assegnata un'immagine per facilitarne la lettura (*Figura 14*).

Figura 14. Analisi della domanda aperta



Proposte di miglioramento

In seguito all'analisi condotta è possibile affermare che alcuni aspetti del questionario dovrebbero essere migliorati sia nel *format* che nella definizione degli *item*.

L'esperienza effettuata ha spinto alcuni professionisti a proporre di migliorare e sviluppare la metodologia di somministrazione dello strumento attraverso una omogeneizzazione del piano di ricerca. Sicuramente risulta fondamentale agire nell'aspetto formativo del personale addetto alla somministrazione dei questionari.

È emersa l'utilità di differenziare il *target* fra utenti alla prima esperienza con il servizio e utenti abituali. A tal proposito si potrebbe pensare a strutturare uno strumento - soprattutto per i neofiti - più basato sull'accoglienza ricevuta e con numero di domande inferiore.

3. Anteprima della banca dati regionale: i risultati

3.1. La qualità del servizio nei CSM³⁶

L'obiettivo di questo lavoro è mostrare concretamente le potenzialità informative che lo strumento per la rilevazione della qualità percepita degli utenti condiviso a livello regionale (*Allegato 1*) è in grado di offrire; gli obiettivi specifici consistono inoltre nella proposta di un percorso metodologico per l'elaborazione dei dati, nel contributo all'evoluzione dei modelli organizzativi dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna e nello sviluppo di un Osservatorio permanente per il dialogo con i cittadini e la promozione di azioni di miglioramento.

Questa prima indagine ha visto coinvolte quattro Aziende USL dell'Emilia Romagna:

i questionari raccolti sono risultati 1.209 (*Tabella 21*). Considerato che si è trattato di una sperimentazione che ha previsto un'adesione su base volontaria (condizionata di fatto dallo stato di avanzamento del percorso nelle varie Aziende USL regionali), si è ritenuto opportuno analizzare i dati esclusivamente in forma aggregata.

In riferimento alla qualità dei dati disponibili, va sottolineato che la percentuale di risposta ai singoli *item* è risultata superiore al 95% per gli *item* dall'1 al 23 inerenti i giudizi sul Centro di salute mentale (ad eccezione dei numeri 20 e 22 che erano preceduti da due domande filtro e che hanno avuto una percentuale di risposta comunque superiore al 60%); per gli *item* dal 25 al 33 inerenti le informazioni di contesto si sono registrate percentuali di risposta più basse, ma comunque superiori all'85%.

Questa prima indagine non ha consentito di approfondire l'analisi della domanda aperta finale in modo sistematico. In alcuni casi si è comunque ritenuto opportuno riportare a titolo esemplificativo le segnalazioni critiche fornite dagli utenti, citandole per esteso fra virgolette.

³⁶ A cura di Liana Farolfi - Ufficio Qualità e accreditamento
Alessandro Mariani D'Altri e Paolo Ugolini - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Patrizia Vitali e Diego Sangiorgi - Epidemiologia e comunicazione
Azienda USL di Cesena.

Tabella 21. Questionari compilati per Azienda USL

	VA	%
Azienda USL di Cesena	335	27,7
Azienda USL di Parma	497	41,1
Azienda USL di Piacenza	219	18,1
Azienda USL di Rimini	158	13,1
<i>Totale</i>	<i>1.209</i>	<i>100,0</i>

3.1.1. Caratteristiche del campione e utilizzo del servizio

Il 54,5% del campione è composto da donne, il 45,5% da uomini. Il 47,2% si colloca nella fascia 18-44 anni, il 42% nella fascia 45-64 anni, il 10,7% nella fascia *over* 65. La nazionalità è prevalentemente italiana (97,3%).

Il titolo di studio conseguito è per il 38,7% la licenza media inferiore, per il 35,4% il diploma o qualifica di scuola media superiore, per il 14,2% la licenza elementare, per il 9,1 la laurea o post laurea; infine il 2,7% non ha nessun titolo.

La condizione lavorativa è: occupato nel 39,6% dei casi, pensionato nel 27,1%, non occupato nel 22,2%, altro nel 8,5% e studente nel 2,6%

Lo stato civile è: celibe-nubile nel 45,5%, coniugato-convivente nel 34,9%, separato-divorziato nel 14,9% e vedovo nel 4,7%.

Per quanto riguarda il rapporto con il Centro di salute mentale, il 78% dichiara di frequentare il Centro da più di un anno, il 10,3% da sei mesi a un anno, il 7,7% da meno di sei mesi e il 4% ha riferito che si trattava del primo accesso. Fra quelli che hanno dichiarato una frequenza pluriennale, un terzo circa frequenta da meno di 4 anni, un altro terzo circa da 5 a 9 anni, mentre il terzo rimanente frequenta da 10 anni o più.

Nell'ultimo anno il 51% dichiara una frequenza al servizio mensile, il 23,4% dichiara di accedere meno di una volta al mese, il 16,4 dichiara un accesso settimanale e il 9,2% dichiara di accedere più volte a settimana.

La principale fonte di conoscenza del CSM è costituita dal medico di famiglia (39,1%), seguita da altri servizi dell'Azienda USL e del Comune (19,9%), da amici e parenti (17,8%), da altre fonti di conoscenza (15%), da associazioni di volontariato (3,7%).

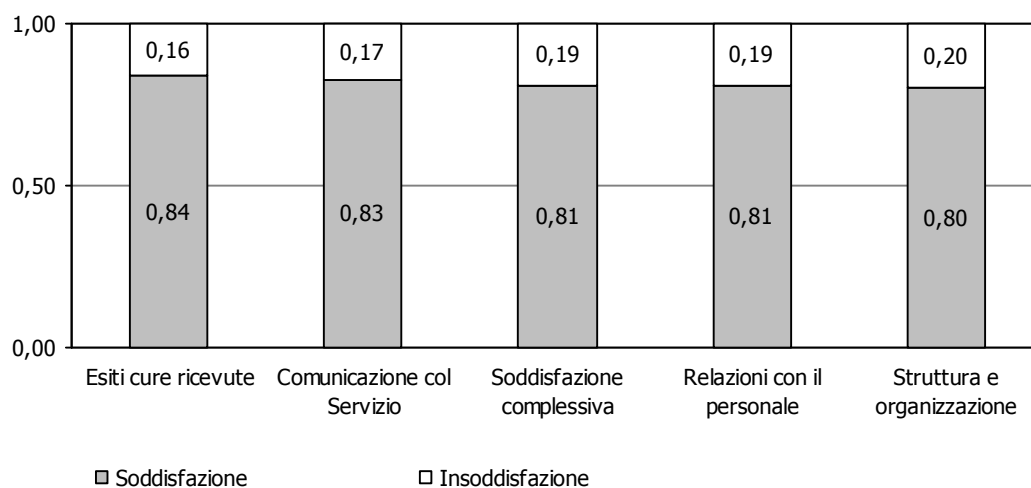
3.1.2. La valutazione della qualità dei servizi erogati nei Centri di salute mentale

La rappresentazione grafica evidenzia come sia elevato il livello medio di soddisfazione rispetto ai diversi indicatori (Figura 15).³⁷

Se si considera - oltre al livello medio di ogni indicatore - la percentuale di soggetti che hanno espresso un giudizio negativo si evidenzia che l'area più critica è quella legata alla comunicazione col servizio, che registra il 15,7% di commenti sfavorevoli (Figura 16).

La logica sottesa di tipo sommativo consente di costruire una misura sintetica (indicatore di area) che tenga conto della complessità dei concetti; tale logica permette inoltre una compensazione in quanto la debolezza di un *item* può essere bilanciata da un punto di forza di un altro (Bertin, 2007).

Figura 15. Soddisfazione per singolo indicatore globale

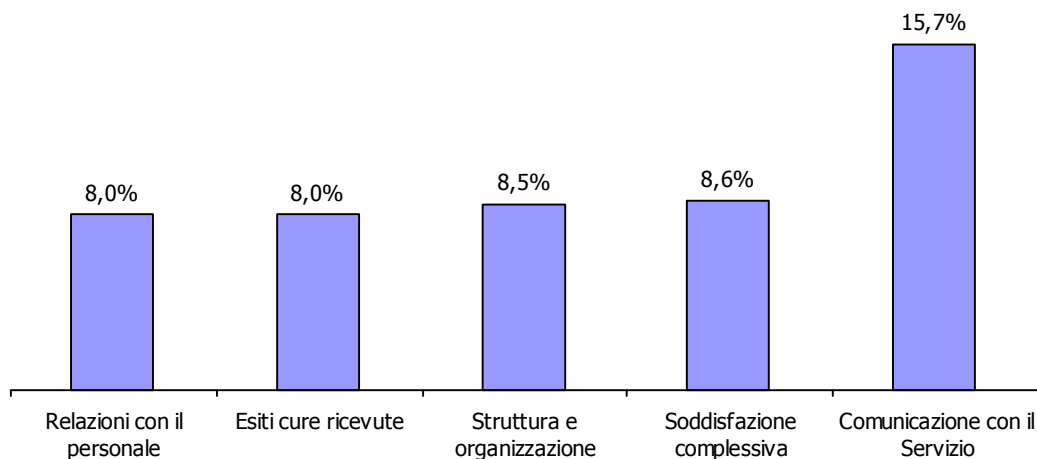


³⁷ Gli indicatori sono calcolati elaborando e standardizzando i punteggi medi delle singole domande dell'area su una scala che va da 0 (= massima insoddisfazione) a 1 (= massima soddisfazione).

$$I = ((D1 + D2 + \dots + Dn) - n) / (\text{range } D * n)$$

Nella distinzione fra giudizi positivi e negativi, i valori pari a 0,50 sono conteggiati fra quelli negativi.

Figura 16. Percentuali giudizi negativi per singolo indicatore globale



L'analisi dei risultati per singola area necessita di una premessa utile per la lettura: il punteggio degli indicatori complessivi varia in un *range* da 0 a 1, mentre il punteggio dei singoli *item* varia in un *range* da 1 a 6 (ad eccezione dell'*item* n. 20).

La soddisfazione complessiva

L'indicatore soddisfazione complessiva ha registrato un valore di 0,80.³⁸ La domanda del questionario che genera tale indicatore ("Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Centro di salute mentale") ha registrato un valore medio pari a 8,2. La percentuale di soggetti che hanno assegnato un punteggio negativo a tale domanda risultano pari all'8,6% (*Tabelle 22 e 23*).

Tabella 22. Indicatore soddisfazione complessiva

Indicatore globale	2009	Giudizi negativi
Soddisfazione complessiva	0,80	8,6%

Tabella 23. Media dell'*item* soddisfazione complessiva

Soddisfazione complessiva	Media 2009	Giudizi negativi
20. Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Centro di salute mentale	8,2	8,6%

³⁸ Va rimarcato come l'indicatore relativo alla soddisfazione complessiva del Servizio non è collegato da algoritmi di calcolo agli altri indicatori, ma viene ricavato esclusivamente elaborando il punteggio dell'*item* n. 23.

La qualità percepita della struttura e organizzazione

Come evidenziato dai dati riportati di seguito, sia l'indicatore che i singoli *item* sono caratterizzati da valori elevati (*Tabella 24 e 25*). All'interno di questo quadro positivo, va segnalato che i punteggi degli *item* "I tempi di attesa tra la prenotazione e la prestazione sono brevi" e "L'orario dell'appuntamento è rispettato" risultano i più bassi rispetto sia all'area in questione, sia al questionario nel suo complesso. In entrambi i casi i soggetti che danno un giudizio negativo superano il 20% (*Figura 17*).

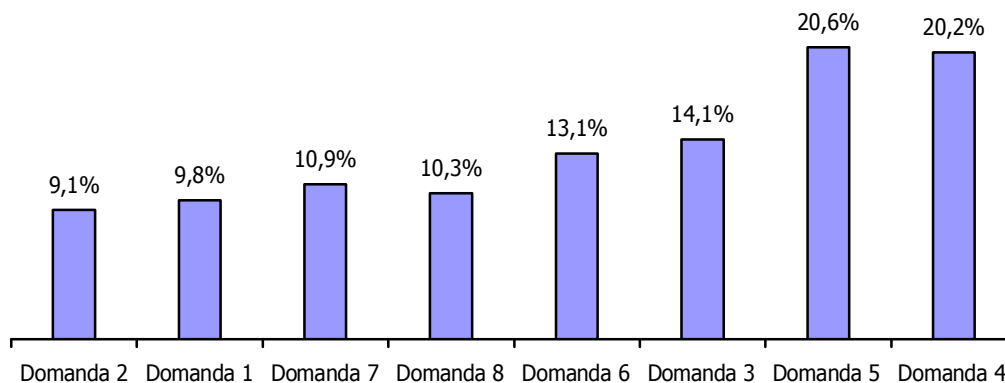
Tabella 24. Indicatore generale di qualità percepita rispetto alla struttura e all'organizzazione

Indicatore area	2009	Giudizi negativi
Struttura e organizzazione	0,81	8,5%

Tabella 25. Media degli *item* che compongono l'indicatore

Qualità delle strutture per singoli item	Media 2009
2. Gli operatori che mi danno le informazioni sono disponibili	5,3
1. Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento del Centro di salute mentale sono chiare	5,2
7. I locali sono confortevoli	5,1
8. Le pratiche amministrative sono semplici	5,1
6. La sede del Centro di salute mentale è facilmente accessibile	5,0
3. È semplice fissare o spostare un appuntamento	5,0
5. L'orario dell'appuntamento è rispettato	4,7
4. I tempi di attesa tra la prenotazione e la prestazione sono brevi	4,6

Figura 17. Percentuali giudizi negativi per singola domanda



La qualità percepita delle relazioni con il personale

Si tratta dell'indicatore che ha registrato il punteggio più alto in assoluto (*Tabella 26 e 27*). Riguardo ai singoli *item*, gli utenti apprezzano in particolare il rispetto con il quale gli operatori si relazionano, la disponibilità all'ascolto e la fiducia che sanno trasmettere. Emerge qualche insoddisfazione per quanto concerne il coinvolgimento nel progetto di cura (14,2% giudizi negativi) e il sostegno nei momenti di difficoltà (13,6% giudizi negativi) (*Figura 18*).

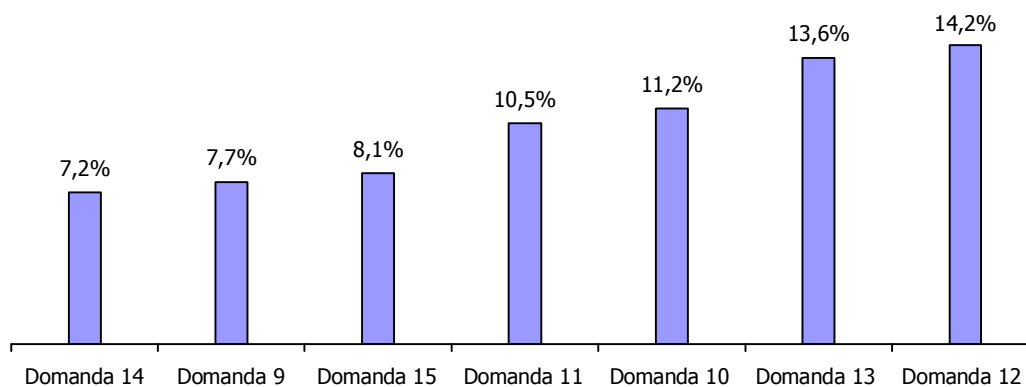
Tabella 26. Indicatore generale di qualità percepita rispetto alle relazioni con il personale

Indicatore area	2009	Giudizi negativi
Valutazione degli operatori	0,84	8,0%

Tabella 27. Media degli *item* che compongono l'indicatore

Relazione con il personale per singoli <i>item</i>	Media 2009
14. Mi sento rispettato dagli operatori	5,4
9. Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi	5,4
15. Ho fiducia negli operatori che mi seguono	5,3
11. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie terapie	5,2
10. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie condizioni di salute	5,1
13. Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori del Centro di salute mentale	5,0
12. Gli operatori mi coinvolgono nella definizione del mio progetto di cura	5,0

Figura 18. Percentuali giudizi negativi per singola domanda



La qualità percepita rispetto agli esiti delle cure ricevute

I valori dell'indicatore e dei singoli item che lo compongono raggiungono valori elevati. Non si registrano criticità particolari (*Tabella 28 e 29*).

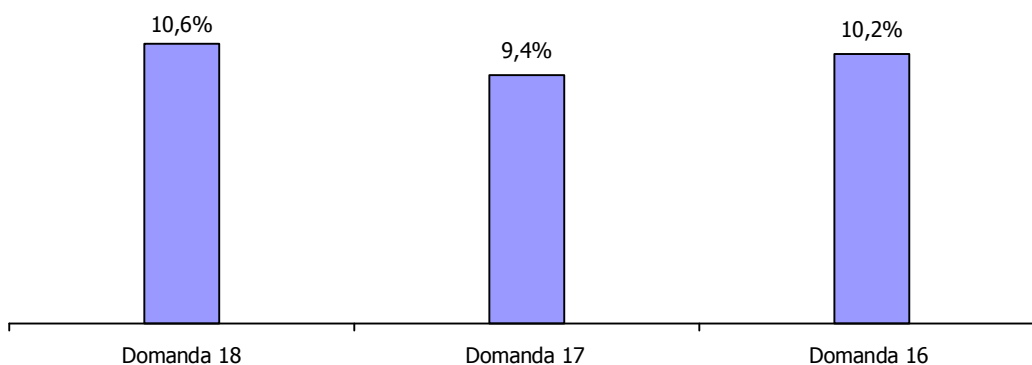
Tabella 28. Indicatore generale di qualità percepita rispetto agli esiti delle cure ricevute

Indicatore area	2009	Giudizi negativi
Cure ricevute	0,83	8,0%

Tabella 29. Media degli *item* che compongono l'indicatore

Esiti delle cure ricevute per singoli <i>item</i>	Media 2009
18. Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questo Centro di salute mentale in caso di bisogno	5,2
17. Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a migliorare la mia salute	5,1
16. Il Centro di salute mentale mi fornisce l'aiuto di cui ho bisogno	5,1

Figura 19. Percentuali giudizi negativi per singola domanda



La qualità percepita rispetto alla comunicazione

I valori degli *item* che compongono l'indicatore "Comunicazione con il CSM" sono elevati³⁹ (Tabelle 30 e 31). Si evidenzia che l'*item* n. 22 - pur registrando un punteggio medio superiore all'*item* n. 20 - registra un maggiore numero di giudizi negativi (Figura 20).

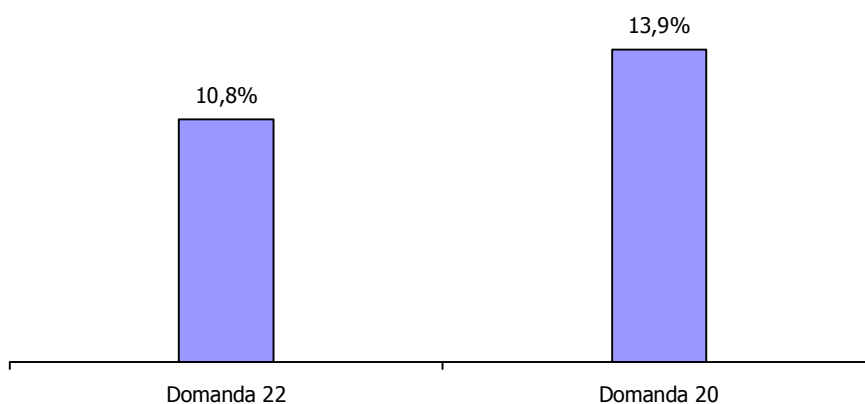
Tabella 30. Indicatore generale di qualità percepita rispetto alla comunicazione con il Centro di salute mentale

Indicatore area	2009	Giudizi negativi
Comunicazione	0,81	15,7%

Tabella 31. Media degli *item* che compongono l'indicatore

Comunicazione con il Centro di salute mentale	Media 2009
22. Ho ottenuto l'aiuto di cui avevo bisogno	5,1
20. Ho trovato disponibilità all'ascolto e alla soluzione dei miei problemi	5,0

Figura 20. Percentuali giudizi negativi per singola domanda



³⁹ Alla domanda n. 22 hanno risposto 775 soggetti. La domanda era preceduta da una domanda filtro "Ha avuto bisogno di ricontattare il Centro di salute mentale per ulteriori informazioni e chiarimenti?".

Alla domanda n. 20 hanno risposto 735 soggetti. La domanda era preceduta da una domanda filtro "Ha avuto bisogno di rivolgersi al CSM per un'urgenza?".

I determinanti della soddisfazione

Grazie all'utilizzo della regressione logistica è stato possibile un approfondimento dell'analisi, per considerare le relazioni fra tutte le variabili nel loro insieme, comprese quelle che nel questionario sono definite "informazioni di contesto".

Presupposto di questa analisi è la riclassificazione dei punteggi dell'*item* n. 23 "Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Centro di salute mentale" in due categorie: giudizi negativi se il punteggio risulta ≤ 5 e giudizi positivi se il punteggio risulta ≥ 6 .

Le variabili sono state inserite in un modello di regressione logistica multivariata⁴⁰ per valutare quelle associate a un giudizio negativo depurandole dall'effetto delle altre variabili considerate. Il modello finale contiene tre variabili: *item* n. 13 "Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori", n. 16 "Il Centro di salute mentale mi fornisce l'aiuto di cui ho bisogno" e n. 18 "Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questo Centro di salute mentale in caso di bisogno"; in generale, è possibile affermare che all'aumentare di 1 punto di questi tre *item* (quindi ad esempio passando da 5 a 6), si dimezza la probabilità di avere un giudizio complessivo negativo (*Tabella 31*).

Tabella 31. Modello multivariato di regressione logistica

Modello	Odds Ratio	Significatività	95% IC	
<i>Item</i> n. 13	0,56	0,000	0,46	0,68
<i>Item</i> n. 16	0,55	0,000	0,43	0,70
<i>Item</i> n. 18	0,59	0,000	0,49	0,72

In conclusione si può affermare che il modello univariato conferma come tutti gli *item* dal n. 1 al n. 18 registrino una correlazione significativa con la soddisfazione complessiva; inoltre la correlazione risulta significativa per due informazioni di contesto: *item* n. 26 "Nell'ultimo anno lei mediamente si è rivolto a questo Centro di salute mentale" e *item* n. 29 "Età in anni compiuti".

L'analisi del modello multivariato evidenzia il peso degli *item* n. 16, 13 e 18 nel determinare un giudizio positivo. Tutti gli *item* considerati appartengono all'area operatori e cure ricevute (che l'analisi fattoriale evidenzia come in realtà vengano percepiti in modo unitario dagli utenti); non è invece risultato come significativo nessun *item* dell'area struttura.

Pare emergere una particolare attenzione alle risposte concrete e ai risultati che il Centro salute mentale fornisce agli utenti specie nei momenti di particolare difficoltà; infine risulta evidente che non si consiglierebbe un servizio del quale non si ha un giudizio positivo.

⁴⁰ Il modello è stato validato esaminando il bilanciamento Hosmer-Lemeshow $p = 0,442$ (il test non risulta significativo) e il potere *discriminate area under ROC curve* = 94,7% (si avvicina a 100% e quindi riesce a discriminare fra giudizio positivo e negativo).

Indicazioni operative per la lettura dei dati nella mappa delle priorità

È stato possibile determinare gli elementi di maggiore impatto sulla soddisfazione complessiva calcolando la correlazione di ogni *item* specifico con il giudizio globale espresso sull'intero servizio offerto. Si ritiene opportuno calcolare l'indice di correlazione per ranghi Tau-b di Kendall,⁴¹ che fornisce una misura non parametrica (compresa tra -1 e 1) dell'associazione del singolo *item* con il giudizio complessivo. Questo permette di associare il concetto di correlazione al grado di importanza del singolo *item* nel determinare la soddisfazione complessiva. Quindi, azioni di miglioramento sugli *item* più importanti produrranno un maggiore incremento della soddisfazione complessiva.

Quando si rappresentano graficamente i diversi fattori su un sistema di assi cartesiani (*Figura 21*), riportando su un asse l'importanza (correlazione di ogni *item* con il giudizio globale) e sull'altro la soddisfazione (punteggio di ogni *item*), si possono trarre le seguenti indicazioni operative:

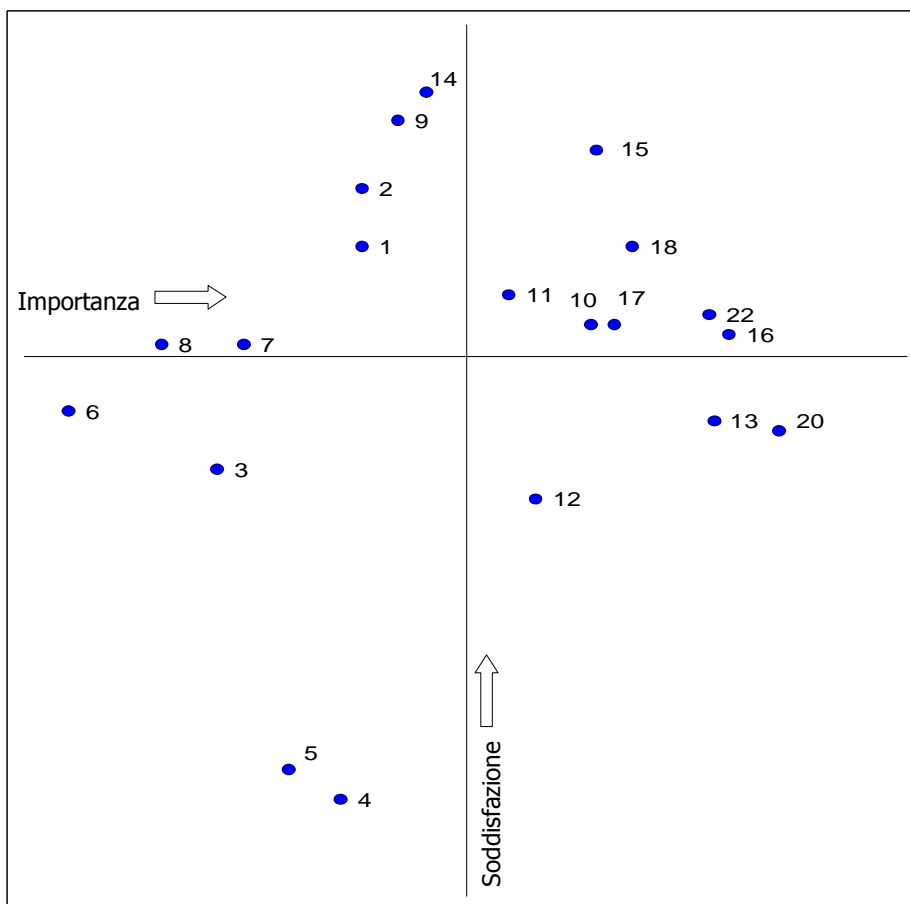
- quadrante 1: *item* da valorizzare (l'utente è soddisfatto, ma considera questi *item* meno importanti);
- quadrante 2: *item* di eccellenza (l'utente è soddisfatto e considera questi *item* importanti);
- quadrante 3: *item* non prioritari (l'utente manifesta insoddisfazione ma considera questi *item* meno importanti).
- quadrante 4: *item* prioritari (l'utente manifesta insoddisfazione e considera questi *item* importanti).

⁴¹ Si misura l'associazione fra coppie di variabili ma non si tiene conto delle interazioni fra le variabili nel loro insieme; la rappresentazione grafica dilata alcune differenze, che apparirebbero meno marcate se si considerassero i valori assoluti.

Figura 21. Mappa delle priorità

Quadrante 1 - Azioni valorizzazione (- +)

Quadrante 2 - Azioni eccellenza (+ +)



Quadrante 3 - Azioni non prioritarie (- -)

Quadrante 4 - Azioni prioritarie (+ -)

NB I punti rappresentano dove si colloca il valore medio del singolo *item* rispetto ai due fattori: importanza e soddisfazione. Gli stessi *item* risultano identificati dalla numerazione riportata nel questionario allegato.

Va evidenziato come tutti gli *item* registrino valori medi di soddisfazione elevati (il *range* di variazione va da 4,6 della domanda n. 4 a 5,4 della domanda n. 14) e una correlazione di segno positivo statisticamente significativa con la soddisfazione complessiva (il *range* di variazione del Tau-b di Kendall utilizzato per valutare l'associazione dei singoli *item* con la soddisfazione complessiva è compreso tra 0,31 della domanda n. 6 e 0,56 della domanda n. 20).

Con le cautele del caso, dovute in specifico all'utilizzo del test statistico Tau-b di Kendall, si evidenzia che le aree prioritarie sulle quali intervenire per migliorare il servizio, in quanto caratterizzate da un grado di soddisfazione inferiore alla media generale e da un'importanza (Tau-b di Kendall) superiore alla media generale, risultano essere gli *item* n. 20, n. 13 e n. 12.

Riguardo all'item n. 20 "Ho trovato disponibilità all'ascolto e alla soluzione dei miei problemi", precisato che era preceduto dalla domanda filtro n. 19 "Ha avuto bisogno di ricontattare il Centro di salute mentale per ulteriori chiarimenti e informazioni" (che ha avuto una percentuale di risposta solo del 60% del campione), si può desumerne una difficoltà del Servizio a garantire dei riferimenti stabili, che siano in grado di dare risposte anche in momenti non preventivamente programmabili.

Nella stessa prospettiva potrebbero essere lette anche affermazioni desunte dalle domande aperte, quali:

Poter essere seguita sempre dalla stessa persona.

Essere conosciuto da un solo medico che ti segue fino alla fine (al centralino nessuno ti chiede di raccontare telefonicamente la tua storia e il disagio è perso).

Sembra che disturbi chiamando, è molto frustrante per chi non può permettersi un altro aiuto e ne ha purtroppo molto bisogno.

Instaurare un rapporto di fiducia tale da poter contattare sempre lo stesso medico, o, dove non possibile un medesimo operatore (conoscerlo per nome, chiamarlo sul cellulare di servizio, ecc.).

L'item n. 13 "Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori del Centro di salute mentale" pare evidenziare da parte degli utenti una richiesta ai professionisti (dei quali riconoscono la disponibilità all'ascolto e nei quali hanno fiducia, item che hanno ottenuto i punteggi più alti dell'intero questionario) di un maggiore sostegno nei momenti critici. Viene in particolare formulata una richiesta di vicinanza emotiva, che impone una riflessione sui limiti entro i quali deve risolversi il rapporto fra operatore e utente e sul significato che questi ultimi vi attribuiscono.

Migliorare la vita nei semplici momenti negativi degli ultimi anni, come nelle famiglie nei periodi di crisi.

Sentire il medico più vicino al mio stato di salute e spiegarmi che ce la farò a uscire da questo stato di depressione.

Più umanità.

Trasmettere serenità agli assistiti.

Avrei piacere che mi venissero a trovare a casa ogni tanto.

L'item n. 12 "Gli operatori mi coinvolgono nella definizione del mio progetto di cura" evidenzia come gli utenti dei CSM, pur riconoscendo che i professionisti sono disponibili all'ascolto, dando con chiarezza e completezza informazioni sullo stato di salute e sulle terapie, esprimono il bisogno di sentirsi maggiormente soggetti attivi e protagonisti del proprio percorso di cura.

In questo caso le domande aperte segnalano:

Fidatevi dei pazienti.

Sostenere nella salute del paziente una posizione operativa, concludente, e in continua collaborazione coi familiari.

Più domande dell'operatore verso il paziente.

Dare la possibilità agli utenti di socializzare fra loro.

Dare a chi vuole andare ad abitare da sola l'aiuto di una assistenza domiciliare. Anche l'aiuto, di un assistente sociale per il paziente che ora non c'è.

Infine, è da segnalare come certi aspetti dell'organizzazione del Centro di salute mentale, quali ad esempio "La durata dei tempi di attesa tra prenotazione e prestazione" e "Il rispetto dell'orario dell'appuntamento" (item n. 4 e n. 5), pur non risultando di primaria importanza nel determinare la soddisfazione complessiva, vengano percepiti come i più insoddisfacenti, ripercuotendosi negativamente sull'immagine complessiva del servizio.

Occorre più personale medico per le terapie. I tempi sono lunghi perché c'è troppa richiesta e quindi la cura non è del tutto ottimale, essendo situazioni che andrebbero seguite con tempi più frequenti.

Vorrei che ci fossero meno tempi di attesa per la psicoterapia e più psicologi a disposizione.

Appuntamenti più frequenti.

Purtroppo gli orari degli appuntamenti non vengono sempre rispettati, ma mi rendo conto che non sempre dipende dai medici. Il paziente, se possibile, dovrebbe essere avvertito in tempo di eventuali ritardi o di spostamenti d'orario. Grazie.

A me piace la puntualità.

Ho notato che la puntualità del dottore non è conforme! È grave.

Dovreste solo migliorare nel rispetto degli orari.

3.2. La qualità del servizio nei SerT⁴²

Nei precedenti capitoli si è dato ampio risalto a quanto i Servizi per le dipendenze della Regione si siano contraddistinti per una tendenza all'innovazione, al miglioramento qualitativo dei servizi offerti, alla verifica e valutazione. In tutti gli ambiti di competenza dei SerT emiliano-romagnoli è possibile rintracciare un'ampia documentazione inerente la valutazione di attività, processi, progetti o azioni di miglioramento.

La sperimentazione del questionario regionale (vedi *Capitolo 2*) è stata finalizzata alla definizione o all'affinamento delle metodologie e tecniche utilizzate per la raccolta dei dati, proprio perché l'aspetto metodologico della costruzione degli strumenti valutativi e delle modalità di somministrazione riveste un'importanza fondamentale nel campo della valutazione del servizio.

In questa fase di test dello strumento, i risultati dell'analisi non rappresentano le opinioni di tutti gli utenti che frequentano il SerT, bensì di una parte di utenti più facilmente contattabili (vedi *Paragrafo 2.4*) che, ad esempio, sono transitati nel Servizio durante un

⁴² A cura di Daniela Casalbani - Azienda USL di Rimini

Alessio Saponaro - Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna.

periodo campione scelto per la somministrazione del questionario. Tale tipologia probabilmente rappresenta maggiormente i soggetti in trattamento farmacologico giornaliero rispetto a chi riceve prestazioni meno intensive.

Non meno importante è il meccanismo di autoselezione degli intervistati, elemento di cui si deve tenere conto al momento dell'analisi dei risultati ottenuti: essendo libera la scelta dei pazienti di partecipare alla compilazione dei questionari di valutazione sulla soddisfazione, non si può escludere a priori l'ipotesi che vi sia un meccanismo che sollecita la risposta tra gli utenti più motivati o con un migliore rapporto con il Servizio e dunque forse più soddisfatti.

In un primo momento hanno aderito alla sperimentazione 7 Aziende USL: Piacenza, Reggio Emilia, Parma, Ferrara, Ravenna, Cesena e Rimini. In totale sono stati raccolti 1.851 questionari, numero ampiamente adeguato per testare l'attendibilità dello strumento di rilevazione dei dati. Il numero di questionari somministrati per Azienda USL è correlato al tipo di campionamento adottato ma anche alle modalità con cui è stato presentato lo strumento dagli operatori e alla consapevolezza maturata negli anni nei pazienti sulla possibilità di incidere attraverso l'espressione del proprio giudizio a effettive modificazioni nell'organizzazione dei servizi (orari di apertura, attenzione alla *privacy*, ecc.) (Tabella 32).

Come già evidenziato, il questionario è composto da domande in scala di Likert basato su 6 valori, da 1 (completamente non d'accordo) a 6 (completamente d'accordo). Tutte le singole affermazioni concorrono a descrivere tre diverse aree sintetiche di valutazione: area *item* "Struttura e organizzazione", area *item* "Valutazione operatori", area *item* "Risultati raggiunti" e "Valutazione complessiva".

Tabella 32. Numero di questionari raccolti sperimentalmente per Azienda USL (valori assoluti e percentuali)

Azienda USL	n. questionari	%
Piacenza	100	5,4
Parma	498	26,9
Reggio Emilia	217	11,7
Ferrara	456	24,6
Ravenna	208	11,2
Cesena	92	5,0
Rimini	280	15,1
<i>totale</i>	<i>1.851</i>	<i>100,0</i>

3.2.1. La valutazione della qualità dei servizi erogati nei SerT

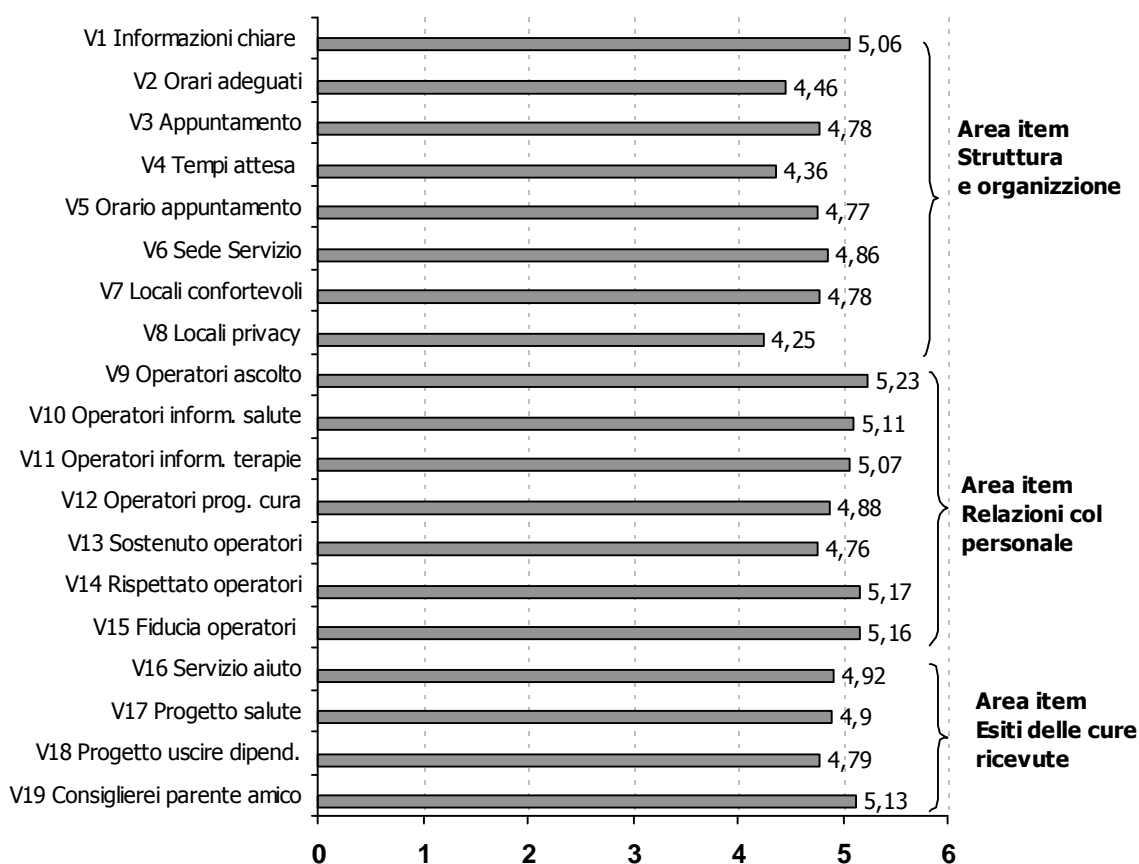
Numerose variabili possono incidere sul livello di qualità percepita di utenti tossicodipendenti nei confronti del Servizio di cura. In altri contesti è stato valutato che vi erano numerose variabili associate con la qualità percepita del servizio: età, etnia, stato di salute, cure sanitarie negli ultimi 12 mesi, assistenza ricevuta in situazioni di emergenza, cure preventive, modalità di assunzione delle sostanze (ad esempio i consumatori di droga per via iniettiva sono più soddisfatti dei servizi ricevuti rispetto a chi assume sostanze con altre modalità (Chitwood *et al.*, 2002).

In questo contesto, più prettamente di tipo esplorativo, ci si è proposti di individuare modelli di analisi dei risultati ottenuti attraverso l'utilizzo del questionario regionale. In complesso i risultati ottenuti dall'analisi dei questionari riconfermano il raggiungimento dell'obiettivo, ampiamente verificato e consolidato, a garantire una sostanziale soddisfazione dei pazienti nei Servizi per le dipendenze dell'Emilia-Romagna (Ugolini, 2005).

Tra le tre aree che compongono il questionario (organizzazione, operatori e risultati, a cui se ne aggiunge una di soddisfazione complessiva), le medie riscontrate tra i diversi *item* rilevano un grado elevato di soddisfazione. In particolare su cinque dei sette *item* sulla valutazione degli operatori del servizio, il punteggio medio va oltre 5 (in una scala da 1 a 6), aspetto che non si ripete per nessuna delle altre aree esaminate. Più bassi, ma mai al di sotto di 4, sono i valori su aspetti relativi alla struttura e all'organizzazione del SerT e sulla capacità del Servizio di raggiungere i risultati.

L'*item* V8 "I locali (uffici, corridoi, ambulatori) garantiscono la *privacy*" presenta valori più bassi (media 4,25) ed è legato ad aspetti strutturali dei servizi.

Figura 22. Valori medi per singoli *item* (valori medi, scala valori da 1 a 6)



Per facilitare la lettura, le diverse aree di analisi sono state sintetizzate in singoli indicatori: calcolo del valore medio tra tutti gli *item* dell'area; standardizzazione dei valori di ogni singola area su un indicatore complessivo variabile da 0 (insoddisfazione) a 1 (soddisfazione);⁴³ categorizzazione dei dati delle aree in 4 scale di giudizio.⁴⁴ In questo modo è stato possibile calcolare l'intensità della relazione esistente tra le singole aree (correlazione⁴⁵): emerge che tutte le aree hanno una forte (e significativa) relazione tra di loro. In particolare si conferma quanto già evidenziato in altre analisi regionali sulla valutazione (Casalboni, Saponaro, 2005): il giudizio sulle relazioni con gli operatori appare centrale ed è collegato al giudizio che gli utenti danno rispetto ad altri aspetti,

⁴³ Somma di tutti i valori della variabili e standardizzazione con valori da 0 a 1. Sono stati esclusi dal calcolo degli indicatori i record delle aree che presentavano almeno un *item* non compilato per area.

⁴⁴ Le categorie per aree sono state così composte:
 0,00-0,25 = basso livello di soddisfazione
 0,26-0,50 = livello di soddisfazione medio-basso
 0,51-0,75 = livello di soddisfazione medio-alto
 0,76-1,00 = alto livello di soddisfazione.

⁴⁵ Vedi Box 5 in Capitolo 2.

come ad esempio la struttura e organizzazione del servizio ($r = 0,79$) o la capacità di raggiungere risultati concreti ($r = 0,79$). Da questo aspetto traspare chiaramente la specificità dei Servizi per le dipendenze, che basano il loro intervento non tanto su aspetti tecnologici, bensì sulla relazione di cura che si instaura tra paziente e operatore.

Figura 23. Livello di soddisfazione per aree di valutazione (valori percentuali)

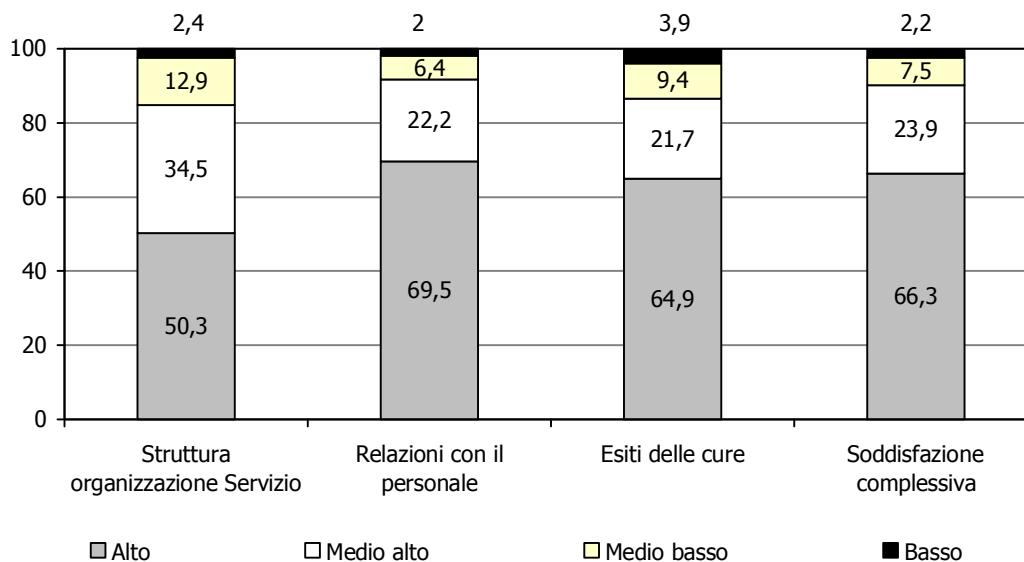


Figura 24. Andamento indicatori di valutazione per Azienda USL (valori medi su scala da 0 a 1)

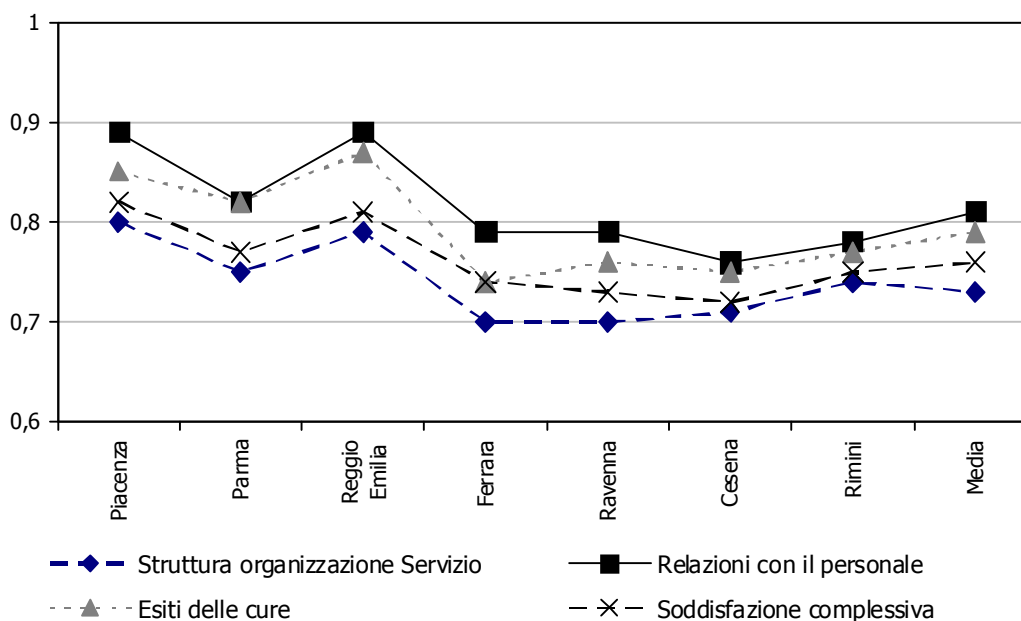
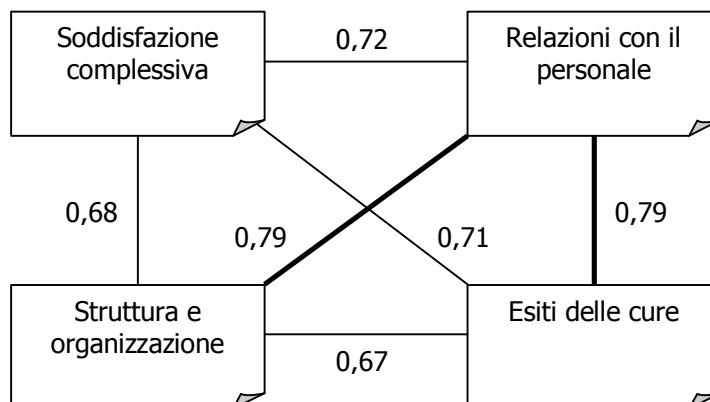


Figura 25. Intensità della relazione esistente tra le aree di valutazione degli utenti (coefficienti di correlazione)



Tutti i coefficienti hanno significatività $P < 0,000$

La qualità percepita rispetto alla struttura e all'organizzazione

Le condizioni dei locali e il modello organizzativo dei SerT rappresentano un rilevante indicatore di valutazione della qualità di un servizio reso, percepito come importante sia dagli utenti sia dagli stessi operatori. Nel Progetto nazionale "Valutazione della qualità dei SerT" coordinato dalla Regione Emilia-Romagna e che ha visto coinvolti operatori di 16 Regioni italiane nella individuazione dei requisiti minimi condivisi per la definizione della qualità dei Servizi per le tossicodipendenze, l'"adeguatezza degli spazi e delle strutture" è stato individuato come indicatore fondamentale.

Le informazioni fornite, gli orari di apertura, l'accessibilità e confortevolezza dei locali e al contempo la capacità degli stessi di garantire la *privacy* sono gli elementi che delineano il giudizio complessivo degli utenti in merito alla struttura e all'organizzazione del SerT.

Seppure tutti gli *item* registrano valori fortemente positivi, è importante sottolineare come l'*item* n. 8 "I locali (uffici, corridoi, ambulatori) garantiscono la *privacy*" è quello che ha presentato il valore più basso medio dell'area. In questo caso è possibile rintracciare alcuni elementi interpretativi: a parte alcune eccezioni, la maggioranza delle Aziende USL che hanno somministrato il questionario presentano valori bassi su questo *item*, elemento che indica come necessaria una maggiore attenzione su questo aspetto in quanto molto sentito come rilevante dagli utenti; la deviazione standard risulta essere alta (1,72) a dimostrazione di come vi sia una eterogeneità di giudizio tra gli utenti; la stessa eterogeneità si riscontra tra tutte le Aziende USL.

Va sottolineato che la collocazione dei Servizi per le tossicodipendenze solleva spesso polemiche tra la cittadinanza per i timori connessi anche a motivi di ordine pubblico (furti, spaccio, ecc.) e le ubicazioni dei SerT sono spesso in locali piuttosto vetusti e privi di comfort.

Al lato opposto l'*item* "Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento del Servizio sono chiare (orari, regole di accesso, ecc.)" presenta un alto punteggio medio (5,06), il più alto dell'area, e una deviazione standard più bassa rispetto all'*item* precedente (1,25), a significare una maggiore omogeneità nei giudizi espressi, con valori elevati in tutte le Aziende USL. Da un lato il processo di accreditamento dei SerT emiliano-romagnoli ha inserito tra i requisiti da soddisfare anche quello sulla chiarezza delle informazioni, dall'altro la sempre maggiore centratura sull'utente/cittadino ha individuato il diritto all'informazione come uno degli elementi essenziali per la percezione della qualità del servizio.

Complessivamente, l'area struttura e organizzazione del servizio presenta valori molto positivi. La massima soddisfazione è espressa da oltre la metà dell'utenza (50,3%) e un altro 34,5% presenta una soddisfazione medio-alta. Il restante 16,3% esprime giudizi bassi (2,4%) o medio-bassi (12,9%).

Tabella 33. Alcuni indicatori sintetici: livello di qualità percepita rispetto a struttura e organizzazione

Indicatori	Valore
valore medio area (da 0 a 1)	0,73
% giudizi positivi (medio alto e alto)	83,7%
% giudizi negativi (basso e medio basso)	16,3%
Azienda USL con media giudizi area più alta (da 0 a 1)	0,80
Azienda USL con media giudizi area più bassa (da 0 a 1)	0,69
deviazione standard area (da 0 a 1)	0,20
<i>item</i> con valore medio più alto (da 1 a 6):	5,05 (dev. std. = 1,25)
V1 Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento del Servizio sono chiare (orari, regole di accesso, ecc.)	
<i>item</i> con valore medio più basso (da 1 a 6):	4,25 (dev. std. = 1,71)
V8 I locali (uffici, corridoi, ambulatori) garantiscono la <i>privacy</i>	

La qualità percepita rispetto alle relazioni con il personale

La valutazione sugli operatori e in particolare sul rapporto con gli operatori rappresenta sicuramente, come emerge dai dati, il più importante degli indicatori esaminati. Il SerT è un servizio a basso contenuto tecnologico ma ad alto contenuto relazionale, per cui il rapporto fra operatore/terapeuta e paziente diventa necessariamente il punto focale sul quale basare la valutazione del grado di soddisfazione. Altrettanto importante è la constatazione che in altri contesti è emerso che il rapporto con gli operatori è il fattore che maggiormente influisce sul giudizio complessivo nei confronti del servizio: a una buona valutazione della relazione con gli operatori è legato un buon giudizio nei confronti

di altri elementi caratterizzanti il SerT. Altrove è stato chiaramente dimostrato come le informazioni che il medico fornisce sono la componente più positivamente valutata da parte degli utenti/pazienti (Harnett *et al.*, 2010).

Con un valore di 0,81 (scala da 0 a 1) la qualità percepita nei confronti degli operatori si caratterizza come l'area con il più alto punteggio medio. Il 91,6% del totale degli intervistati ha espresso una soddisfazione medio-alta o alta. La situazione si replica, con valori leggermente diversi, in tutte le Aziende USL partecipanti al progetto sperimentale.

Fra gli elementi che incidono nella valutazione positiva degli utenti nei confronti degli operatori emergono in particolare: la “disponibilità all'ascolto” è l'indicatore che maggiormente contribuisce a una valutazione positiva dell'intera area (media 5,23 su scala 1-6, dev. std. = 1,17); seguita dal “rispetto dell'operatore” (media 5,17, dev. std. = 1,20) e “fiducia” nei confronti degli operatori (media 5,16, dev. std. = 1,22). Quindi, l'ascolto, il rispetto e la fiducia sono in assoluto i tre indicatori che non solo determinano la valutazione degli utenti sugli operatori, ma hanno un impatto sulla valutazione complessiva del Servizio.

I dati devono essere necessariamente collegati agli specifici bisogni espressi dagli utenti tossicodipendenti, quali la necessità di contattare gli operatori del Servizio soprattutto nei momenti di necessità, nelle situazioni di difficoltà (*item* con il valore più basso nell'area).⁴⁶ Si rimanda ai contributi di analisi delle problematiche relative alla motivazione al trattamento e alla *compliance* alla cura da parte di soggetti alcolodipendenti e tossicodipendenti (Guelfi, 1994).

Tabella 34. Alcuni indicatori sintetici: valutazione delle relazioni con il personale

Indicatori	Valore
valore medio area (da 0 a 1)	0,81
% giudizi positivi (medio alto e alto)	91,6%
% giudizi negativi (basso e medio basso)	8,4%
Azienda USL con media giudizi area più alta (da 0 a 1)	0,89
Azienda USL con media giudizi area più bassa (da 0 a 1)	0,76
deviazione standard area (da 0 a 1)	0,21
<i>item</i> con valore medio più alto (da 1 a 6): V9 Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi	5,2
<i>item</i> con valore medio più basso (da 1 a 6): V13 Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori del Servizio	4,8

⁴⁶ Si rimanda alla letteratura che ha analizzato le problematiche relative alla motivazione al trattamento e alla *compliance* alla cura da parte di soggetti alcolodipendenti e tossicodipendenti (Guelfi, 1994).

La qualità percepita rispetto agli esiti delle cure

Valutare la soddisfazione in merito agli "esiti delle cure" ottenuti in un SerT tossicodipendenze significa necessariamente rapportarsi con la specifica problematica della dipendenza; il livello di soddisfazione in merito al trattamento ricevuto sarà necessariamente mediato anche dalle proprie aspettative e condizioni psicofisiche particolari. Il tema della capacità dei Servizi per le dipendenze di raggiungere i risultati per i quali sono stati istituiti è da molti anni all'attenzione di più attori e agenzie. Negli ultimi anni gli Osservatori aziendali e l'Osservatorio regionale sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna hanno prodotto numerose ricerche valutative in questo senso.⁴⁷ Non meno importante è il dibattito politico e della società civile, che costantemente si interroga su un fenomeno - l'uso di sostanze - che ha assunto dimensioni inaspettate, dal punto di vista sia quantitativo sia fenomenologico.

La valutazione della qualità percepita dell'utenza non è scollegata al tema degli esiti delle cure. Alcuni studi hanno dimostrato come essa è l'unico fattore predittivo di qualità percepita rispetto agli esiti delle cure sulla propria salute attraverso il trattamento terapeutico (Bell *et al.*, 2003): le persone sono soddisfatte della loro situazione sanitaria nella misura in cui sono soddisfatte dell'aiuto ricevuto. Ne consegue che quanto maggiore sarà l'attenzione alla soddisfazione del servizio da parte dell'utenza, tanto maggiore sarà la probabilità che il paziente migliori il proprio stato di salute.

Il valore medio dell'indicatore sugli esiti delle cure nel servizio per le dipendenze è altamente positivo (0,78 in una scala da 0 a 1), con l'86,7% di utenti che esprime un giudizio medio-alto o alto.

Vi sono due indicatori che rappresentano due facce della stessa medaglia: da un lato la percezione della "qualità" del servizio offerto, tanto che una parte consistente di utenti pensa di poter consigliare il SerT a un amico o un parente che ne avesse bisogno per il trattamento e la cura delle dipendenze (media = 5,13 su scala 1-6, dev. std. = 1,37); dall'altro si presenta sempre con valori elevati, ma più bassi del precedente, l'idea che il SerT possa aiutare "a uscire dalla dipendenza" (media = 4,79, dev. std. = 1,46).

⁴⁷ È possibile consultare la ricca bibliografia in <http://www.saluter.it/dipendenze>
Recentemente è stato pubblicato un di valutazione dei percorsi clinico-assistenziali degli utenti cocainomani dell'Emilia-Romagna nel periodo 2000-2007 (Ferri *et al.*, 2010).

Tabella 35. Alcuni indicatori sintetici: la qualità percepiti rispetto agli esiti delle cure

Indicatori	Valore
valore medio area (da 0 a 1)	0,78
% giudizi positivi (medio-alto e alto)	86,7%
% giudizi negativi (basso e medio-basso)	13,3%
Azienda USL con media giudizi area più alta (da 0 a 1)	0,87
Azienda USL con media giudizi area più bassa (da 0 a 1)	0,74
deviazione standard area (da 0 a 1)	0,24
<i>item</i> con valore medio più alto (da 1 a 6): V19 Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questo Servizio in caso di bisogno	5,1
<i>item</i> con valore medio più basso (da 1 a 6): V18 Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a uscire dalla dipendenza	4,7

La valutazione complessiva

La valutazione complessiva del servizio dei SerT che hanno partecipato a questa fase sperimentale è in generale più che positivo. Il valore medio dell'indicatore risulta 0,78 a fronte di un valore massimo di 1 e il 90,2% degli utenti ha fornito una valutazione medio-alta o alta. Una valutazione complessivamente non positiva del servizio è stata data da poco meno del 10% degli intervistati.

Tabella 36. Alcuni indicatori sintetici: soddisfazione complessiva

Indicatori	Valore
valore medio indicatore (da 0 a 1)	0,76
% giudizi positivi (medio alto e alto)	90,2%
% giudizi negativi (basso e medio basso)	9,8%
Azienda USL con media giudizi area più alta (da 0 a 1)	0,81
Azienda USL con media giudizi area più bassa (da 0 a 1)	0,71
deviazione standard area (da 0 a 1)	0,21

In conclusione

Vi è un elemento ampiamente documentato che prescinde dalle osservazioni relative agli strumenti e ai metodi utilizzati: nei Servizi per le dipendenze emiliano-romagnoli si è sviluppata una cultura della qualità percepita. Non è un aspetto scontato, soprattutto perché non è infrequente individuare l'equazione per la quale il soggetto alcol-tossicodipendente versa in una situazione di marginalità sociale che porta ad attribuirgli una "riduzione" di diritti di cittadinanza e quindi, nello specifico, viene considerato un soggetto non in grado di esprimere giudizi sul funzionamento dei servizi.

Le numerose esperienze regionali hanno dimostrato che gli utenti rilevano le criticità dei Servizi e al contempo ne valorizzano i punti di forza. A prescindere dalle differenze presenti tra le varie Aziende USL, imputabili anche alle metodiche di rilevazione utilizzate, risulta evidente che i giudizi sono positivi, con valori che confermano le tendenze già rilevate nelle altre esperienze precedenti.

A questa valutazione deve affiancarsi e svilupparsi la capacità di tradurre i risultati ottenuti - sia nei punti critici sia negli aspetti positivi - in programmazione.

In una precedente pubblicazione è stato rilevato come

seppur vi siano stati alcuni SerT che hanno reso pubblici i dati delle valutazioni sulla soddisfazione del servizio da parte dell'utenza, di fatto non vi è mai stata una attività di benchmarking, cioè un dibattito continuo sui risultati dei questionari di valutazione tra i diversi dipartimenti della Regione Emilia-Romagna.

(Casalboni, Saponaro, 2005)

Attraverso il progetto regionale "La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi territoriali per le dipendenze patologiche" i SerT e i CSM hanno voluto utilizzare il medesimo strumento di rilevazione per sviluppare un'attività di *benchmarking*, cioè un dibattito continuo sui risultati dei questionari di valutazione attraverso il confronto dei dati tra i diversi Servizi dell'Emilia-Romagna.

4. Le fasi dell'indagine e le peculiarità delle esperienze

4.1. L'avvio dell'indagine ...

4.1.1. ... nel DSM-DP di Imola: un'organizzazione in movimento⁴⁸

La storia della salute mentale a Imola è la storia della città, di una comunità che ha condiviso e accolto i manicomi e gli ospiti con rispetto, e di numerose famiglie che hanno trovato sostentamento economico nel lavoro in manicomio. Con la chiusura dei manicomi, le nuove forme di comunità hanno avuto uno sviluppo ordinato, efficiente e protetto, senza troppi riflettori, ma con grande dignità. Le nuove e vecchie forme di disagio hanno trovato accoglienza e ascolto sommessi ma concreti in servizi territoriali e "ospedalieri" di diagnosi e cura nella Villa dei Fiori, struttura simbolo e culla del Dipartimento di salute mentale. La comunità è diventata una rete unica di cittadini, operatori, familiari, volontari, ospiti e pazienti che condividono forme di auto-aiuto, di confronto e di partecipazione attiva allo sviluppo culturale economico e sociale della città e del circondario.

Nel 2010 le strutture territoriali sono state trasferite nel nuovo polo territoriale di Imola, dentro gli ambienti rivisitati e artisticamente valorizzati della palazzina dirigenziale di un manicomio, e contemporaneamente i reparti di degenza sono stati trasferiti dentro all'ospedale Santa Maria della Scaletta, insieme a tutte le altre unità di degenza. Questi cambiamenti organizzativi carichi di attese e di sfide hanno lasciato non poca malinconia, come tutti i passaggi.

Ecco perché non abbiamo ancora chiesto giudizi e pareri sulla qualità dei servizi in questa fase di preparazione, impegnativa e carica di incertezze.

Abbiamo comunque partecipato in Regione ai lavori preparatori del progetto perché crediamo nell'ascolto e abbiamo impegnato nel gruppo di lavoro anche il Direttore della UO territoriale. Ma anche in questo caso si è verificato un esodo, il Direttore è andato a dirigere il Dipartimento di un'altra azienda regionale e anche questa partenza improvvisa spiega perché ancora non abbiamo progettato l'indagine a Imola.

Da ultimo, ma non meno importante motivo per cui non abbiamo ancora costruito e avviato l'indagine, è la neocostituzione del CUF DSM-DP dell'Azienda USL di Imola: ovvero vi è stato un passaggio da una forma precedente di partecipazione alla valutazione dei servizi di salute mentale nata in seno al Comitato consultivo misto aziendale (CCM) a un Comitato specifico (il CUF) composto da associazioni, pazienti, familiari volontari e professionisti del DSM-DP.

⁴⁸ A cura di Antonella Padovani - Ufficio relazione con il pubblico, Azienda USL di Imola.

A Imola nulla si crea e nulla si distrugge, ma si trasforma un patrimonio di esperienze in forme e strutture adeguate alle nuove necessità.

Nel secondo semestre del 2010 saremo nelle nuove sedi, avremo il Direttore della UO territoriale e sarà operativo il CUF, quindi saremo tutti pronti per avviare insieme l'indagine regionale sul gradimento dei servizi per la salute mentale.⁴⁹

4.1.2. ... nel DSM-DP di Bologna: un altro metodo di valutazione⁵⁰

Contesto organizzativo di riferimento e strumenti di ascolto utilizzati

L'Azienda USL di Bologna ha vissuto negli anni passati dei profondi cambiamenti organizzativi: essa infatti è nata il 1° gennaio 2004 dalla fusione delle tre precedenti Aziende USL (Bologna Nord, Città di Bologna, Bologna Sud). Si tratta dell'Azienda più grande presente sul territorio regionale: si estende su un territorio di 2.954 Km² che comprende 50 comuni, con un bacino di utenza di 846.583 persone. È articolata in 6 Distretti, comprende 9 ospedali situati in 8 comuni diversi e vi lavorano circa 8.500 professionisti; l'assetto organizzativo è articolato in 15 Dipartimenti trasversali (di cui 8 ospedalieri, 3 territoriali e 4 per la gestione di attività di supporto). In considerazione dell'estensione geografica dell'Azienda e delle numerose Unità operative presenti all'interno di ogni Dipartimento, diverse per disciplina/attività prodotta, sono state istituite le Aree dipartimentali per area omogenea di attività, con la funzione di coordinare gli aspetti organizzativi comuni e definire le linee assistenziali in maniera condivisa.

Fin dalla nascita di un'unica Azienda il principale strumento di ascolto e di valutazione da parte dei cittadini è stata la Carta dei Servizi (CdS), che ha come scopo principale la tutela dei diritti dei cittadini. Il suo contenuto va al di là dell'offerta formale di garanzie, riconoscendo al cittadino capacità di controllo diretto sulla qualità dei servizi offerti.

La CdS è quindi il documento attraverso il quale l'Azienda, oltre a fornire chiare informazioni sull'accesso ai servizi, descrive le garanzie con cui si impegna a realizzare le prestazioni rivolte ai cittadini e

in pratica induce un miglioramento della qualità del servizio pubblico attraverso l'attivazione di meccanismi standardizzati di valutazione della qualità del medesimo.
(Ruffini, 1999).

La Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Bologna è costituita da un volume aziendale e da una serie di pieghevoli specifici per Unità operativa/assistenziale o tipologia di attività, entrambi impostati secondo quanto previsto dall'apposito DPCM del 19 maggio 1995 e successive linee guida. Nella nostra Azienda la realizzazione della CdS ha seguito un percorso complesso e articolato coinvolgendo i professionisti nella stesura del documento e nel confronto - sempre stimolante e costruttivo - con i rappresentanti dei cittadini (Comitati consultivi misti, associazioni di pazienti, di volontariato, ecc). Tale percorso

⁴⁹ L'indagine è stata poi avviata nell'ultimo trimestre del 2010 e i questionari regionali sono stati somministrati nel mese di novembre.

⁵⁰ A cura di Laura Biagetti e Loretta Muraro - Ufficio Qualità, Azienda USL di Bologna.

è avvenuto progressivamente date le grandi dimensioni dell'Azienda. Allo stesso modo, il processo di verifica di applicazione della Carta è iniziato gradualmente a partire dalle strutture aziendali che per prime avevano elaborato e diffuso le CdS.

Gli standard dichiarati all'interno della Carta dei Servizi costituiscono, nei confronti dei cittadini, un impegno che deve essere rispettato. È compito di ciascuna Unità operativa monitorare al proprio interno che l'attività sia coerente con quanto si è impegnata a garantire agli utenti, promuovendo la consapevolezza e la cooperazione di ciascun operatore.

La Direzione aziendale, attraverso l'Unità operativa Qualità e accreditamento, ha predisposto il Piano di verifica della qualità percepita, all'interno del quale la verifica del rispetto degli standard della Carta dei Servizi occupa una posizione centrale.

La Carta dei Servizi contiene garanzie riconducibili a tre aree: gli aspetti relazionali, informativi, organizzativi e strutturali. In particolare:

- l'effettiva applicazione delle garanzie dichiarate in relazione agli aspetti organizzativi e strutturali è valutata attraverso la registrazione di dati su un'apposita scheda di rilevazione, mediante visite presso le strutture effettuate con la collaborazione dei rappresentanti dei cittadini componenti il CCM, secondo un protocollo concordato con la Direzione aziendale e durante le verifiche svolte ai fini dei percorsi di accreditamento e certificazione;
- un questionario di indagine della qualità percepita è lo strumento utilizzato per la rilevazione degli standard relativi agli aspetti relazionali e informativi trasversali a tutte le Unità operative. Il questionario è declinato in due versioni, una per i reparti di degenza e una per i servizi territoriali. All'interno di ciascun ambito oggetto di verifica, viene estratto un campione da sottoporre a indagine, la cui numerosità è calcolata sulla base degli accessi al servizio.

I risultati delle valutazioni complessive sono quindi resi noti all'interno e all'esterno dell'Azienda a quanti coinvolti e interessati. A seguito dell'analisi di tali dati e affiancando ad essi i reclami e suggerimenti pervenuti all'Azienda, sono individuate le aree di criticità e vengono formulate le azioni di miglioramento da realizzare nel breve-medio periodo.

Uno degli aspetti di particolare rilevanza nell'analisi dei risultati che emergono dalle indagini svolte presso strutture che erogano prestazioni spesso profondamente diverse tra loro è la confrontabilità del dato. Abbiamo pertanto attentamente curato la predisposizione dei questionari in modo che al termine delle verifiche sia possibile effettuare il confronto trasversale delle garanzie che tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda sono impegnate ad assicurare ai cittadini nello svolgimento delle attività.

L'esperienza nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) è un dipartimento territoriale; nel periodo a cui si riferisce l'esperienza riportata (2006-2008) era suddiviso nelle tre aree:

- psichiatria adulti al cui interno erano compresi i Centri di salute mentale (CSM), le Residenze a trattamento intensivo (RTI) e protratto (RTP), i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC);
- neuropsichiatria infanzia e adolescenza (NPJA);
- Servizio prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza (SerT).

Prima di iniziare il percorso di verifica all'interno del DSM-DP abbiamo valutato insieme agli operatori quale metodologia fosse corretto utilizzare, in particolare ci siamo soffermati a considerare se le peculiarità di questo Dipartimento non richiedessero tecniche e strumenti specifici. Si è infine scelto di usare nel DSM-DP lo stesso approccio metodologico utilizzato negli altri Dipartimenti dell'Azienda ritenendo discriminatorio nei confronti non solo degli utenti, ma anche degli operatori, predisporre strumenti diversi.

La proposta dell'ASSR - giunta in un momento delicato e critico del nostro percorso - di utilizzare i questionari predisposti dal Gruppo regionale per la qualità percepita non ha potuto trovare spazio. Infatti riteniamo che all'interno del nostro contesto aziendale, lo strumento più indicato e proficuo per la verifica della CdS sia una tipologia di questionario con domande di tipo fattuale (quale quello mutuato dal Picker Institute, associazione non profit che si occupa a livello internazionale di fare emergere il punto di vista del paziente sulle cure sanitarie) (Jenkinson et al., 2002). Le domande fattuali infatti sono orientate a rilevare nell'esperienza dell'utente se un certo processo o evento è accaduto durante una particolare situazione di visita o di cura. Questa caratteristica le rende facilmente utilizzabili per rappresentare specifici concetti ed essere collegate alle garanzie contenute nella CdS.

La predisposizione del questionario e la costruzione delle domande sono stati preceduti da *focus group* a cui hanno partecipato rappresentanti di associazioni di volontariato e operatori coinvolti nei processi di cura. L'analisi qualitativa ci ha permesso di tradurre i concetti - a volte generali contenuti nelle garanzie della CdS - in elementi rilevabili, comportamenti che possono essere misurati.

A fianco di ogni quesito sono stati inoltre definiti gli indicatori da utilizzare per la valutazione del livello di applicazione delle garanzie.

In Tabella 37 è riportata a titolo esemplificativo una garanzia contenuta nella CdS affiancata dalla domanda inserita nel questionario e da un sistema di misurazione dell'indicatore. Domanda e misura dell'indicatore non possono essere disgiunte e insieme rendono chiaro il sistema di valutazione.

Tabella 37. Esempio di misurazione di garanzia inserita nella CdS

Garanzia riportata nella CdS	Dimensione di qualità	Domanda inserita nel questionario	Indicatore
Valutazione con l'interessato dello stato di avanzamento del progetto terapeutico e delle eventuali variazioni significative apportate nel tempo	Partecipazione	Pensa di avere avuto la possibilità di partecipare alle decisioni sul suo programma terapeutico? Risposta: - sì, completamente - in parte - no - non so	% di persone che scelgono: "sì, completamente" sul totale dei rispondenti

Un primo sistema di misurazione dell'indicatore è costituito dalle percentuali di risposta per ciascuna domanda, riferendosi alla scelta ideale presente nella scala di risposta. Per scelta ideale si intende il livello massimo auspicabile, ossia la situazione di totale rispetto della garanzia. Questo tipo di misura permette di aumentare la sensibilità dello strumento, a beneficio anche della chiarezza e trasparenza della rilevazione.

Per effettuare ulteriori elaborazioni statistiche che permettano il confronto tra le variabili prese in esame, abbiamo trasformato gli *item* collegati a una garanzia presente nella CdS in variabili dicotomiche⁵¹ misurate secondo la dimensione "criticità", dove 0 rappresenta l'assenza di criticità e 1 la criticità massima. Lo schema di ricodifica utilizzato, già impiegato dai ricercatori dell'Istituto Picker per la validazione della forma ridotta del questionario per i pazienti ricoverati (Jenkinson *et al.*, 2002), ha seguito il criterio descritto in Tabella 38.

Tabella 38. Esempio di schema di dicotomizzazione

- Pensa di avere avuto la possibilità di partecipare alle decisioni sul suo programma terapeutico?
- sì, completamente
- in parte
- no
- non so

Legenda

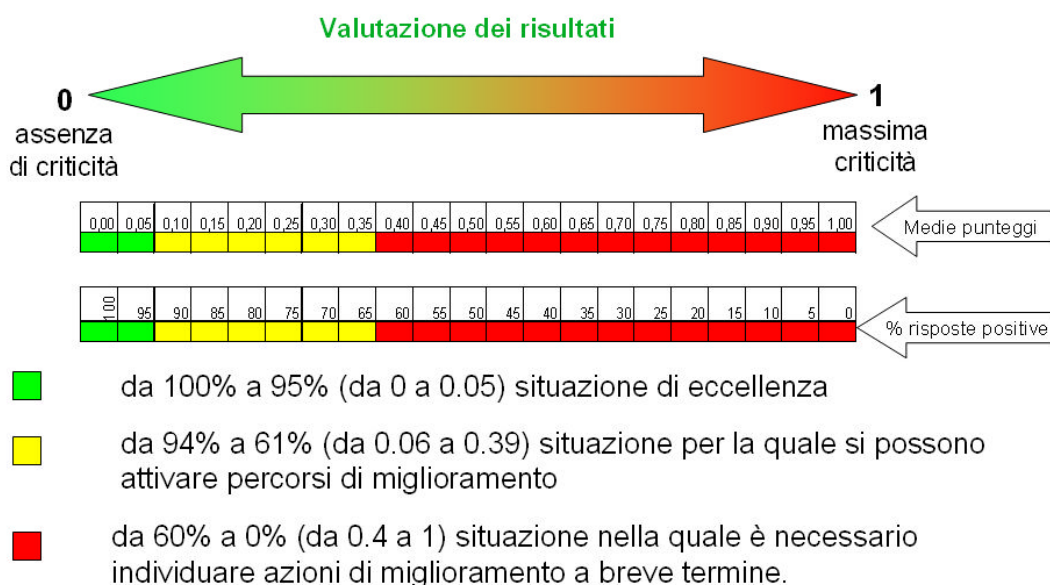
- assenza di criticità
- presenza di criticità

⁵¹ Le variabili dicotomiche presentano l'importante proprietà di potere essere trattate statisticamente con strumenti propri delle variabili cardinali (Corbetta, 2003).

Non essendo presenti standard a cui riferirsi per valutare i risultati ottenuti, abbiamo costruito un modello di riferimento, che possa rappresentare la base sulla quale confrontarsi con i professionisti e i rappresentanti dei cittadini all'interno del Comitato consultivo misto.

Questo modello è costituito da due scale di misura sostanzialmente sovrapponibili, una si basa sulla percentuale di risposte totalmente positive, l'altra è costituita dalla media dei punteggi calcolati sulle variabili dicotomizzate. Come riportato in Figura 26, a ogni livello della scala è stato assegnato un colore di riferimento, una scala di priorità, che discrimina le situazioni di eccellenza, quelle dove è possibile attivare percorsi di miglioramento, e quelle nelle quali è necessario individuare azioni di miglioramento a breve termine.

Figura 26. Modello di valutazione dei risultati



L'analisi delle risposte fornite dagli utenti sono quindi effettuate utilizzando le tabelle di frequenza per ciascuna domanda contenuta nel questionario. Un'ulteriore valutazione è svolta confrontando le medie ottenute dalla variabili dicotomizzate.

Perché non con lo strumento regionale ... Considerazioni finali

L'esperienza presentata si è sviluppata per un periodo abbastanza lungo, coinvolgendo numerosi operatori sanitari e utenti in un momento di forte cambiamento organizzativo per l'Azienda (e quindi per il Dipartimento) che ha reso ancora più significativo e apprezzabile il risultato conseguito se consideriamo

la qualità percepita come un indicatore forte per valutare la capacità dell'organizzazione di interagire positivamente con i propri clienti interni ed esterni. (Gabassi et al., 2005).

La modalità di lavoro utilizzata per la realizzazione dell'intero percorso si è fondata sul confronto continuo con i professionisti e con gli utenti fino al momento della restituzione dei risultati e, successivamente, nella strutturazione di progetti di miglioramento. Ciò ha favorito nei professionisti l'avvio di meccanismi di cambiamento, frutto della riflessione critica sul proprio modo di agire.

Poiché obiettivo fondamentale del nostro lavoro non è tanto valutare l'attività delle Unità operative, quanto fare emergere le situazioni critiche rispetto alle quali promuovere e attivare azioni di miglioramento, riteniamo, a conclusione di questo percorso, di avere soddisfatto le nostre aspettative.

La valutazione complessivamente positiva di questa esperienza conforta la nostra fiducia nel fatto che il "Progetto Carta dei Servizi" si concretizzi a livello aziendale in una prassi sistematica capace di assicurare agli utenti un servizio migliore e agli operatori un percorso di crescita professionale (De Ambrogio, 2003).

Al di là dello specifico strumento utilizzato, le analisi condotte e gli aspetti metodologici per lo svolgimento dell'indagine rispecchiano quanto è stato delineato e condiviso all'interno del gruppo di lavoro sulla qualità percepita promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale. La condivisione teorica e pratica delle metodologie di indagine ed elaborazione dei dati è stata comunque motivo di grande arricchimento professionale.

4.2. La somministrazione dei questionari

4.2.1. ... con il coinvolgimento dei pazienti nei CSM di Ravenna⁵²

Il DSM-DP di Ravenna ha accettato di aderire alla sperimentazione regionale del questionario per la rilevazione della qualità percepita nei Centri di salute mentale già nella fase di predisposizione e costruzione dello strumento. Il test, effettuato nel febbraio 2008, aveva dato risultati molto positivi rispetto alle precedenti somministrazioni di un questionario più generico dell'Organizzazione mondiale della sanità: in particolare era risultata molto efficace, soprattutto in termini di adesione numerica alla rilevazione, la presenza di un operatore dedicato nelle sale d'attesa.

Quindi la proposta di partecipare alla sperimentazione è stata immediatamente colta dalla Direzione del Dipartimento di Ravenna, in quanto concreta possibilità di migliorare la qualità della rilevazione nei CSM, data anche la non completa soddisfazione rispetto al questionario in uso.

La sperimentazione ha da subito previsto l'ipotesi di avere la collaborazione di un gruppo di utenti nell'attività di distribuzione dei questionari. È stato quindi predisposto un progetto locale che, oltre agli obiettivi definiti dal progetto regionale, si proponeva di:

⁵² A cura di Maria Caroli e Catia Sintoni - Ufficio Qualità
Chiara Ionio - DSM-DP
Azienda USL di Ravenna.

- stimolare il protagonismo degli utenti rispetto ad aree di intervento dalle quali sono stati tradizionalmente esclusi, e sperimentare nuove forme di collaborazione organica tra utenti e servizi;
- facilitare il supporto tra pari, considerato uno strumento molto efficace quale attivatore di processi di auto-aiuto finalizzati all'aumento dell'integrazione affettiva e sociale;
- rafforzare e arricchire, attraverso un'esperienza concreta, il processo di cambiamento culturale rispetto alla malattia mentale, in particolare in relazione ai pregiudizi e allo stigma;
- avviare un'esperienza organica e continuativa di partecipazione degli utenti, che potrebbe svilupparsi in futuro anche in altre forme (progetti editoriali, ricerche, gestione di strutture abitative supportate, costituzione di un'associazione di utenti, ecc.).

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Ravenna ha quindi ritenuto di assolvere a tale impegno etico e istituzionale promuovendo una modalità di rilevazione che coinvolgesse gli utenti anche come rilevatori, oltre che come popolazione da indagare. La proposta è stata accettata dalle Direzioni della UO CSM e della UO riabilitazione psichiatrica, tra le cui popolazioni di utenti si era pensato di individuare i collaboratori. La Direzione del Dipartimento ha deciso di coordinare direttamente la sperimentazione (cura del piano di somministrazione, dell'elaborazione dei dati e predisposizione della reportistica), coinvolgendo i responsabili dei CSM e delle semi-residenze⁵³ e i relativi coordinatori infermieristici.

Cosa è successo in pratica?

La scelta degli intervistatori è avvenuta in base alla valutazione, da parte dei responsabili dei CSM, delle condizioni psicopatologiche complessive e delle capacità relazionali: sono stati quindi individuati una decina di pazienti, che singolarmente interpellati hanno accettato di partecipare al progetto.

Nel corso dell'estate 2008 sono stati organizzati 3 incontri preparatori con il gruppo: durante il primo e il secondo incontro la responsabile aziendale qualità e la referente aziendale per la metodologia per la rilevazione della qualità percepita hanno presentato il progetto regionale e illustrato i motivi e le finalità dell'indagine regionale. Si è inoltre letto e discusso in gruppo il questionario, dandone a ciascuno una copia per consentire una rilettura individuale. Nel corso del terzo incontro, tenutosi la settimana precedente quella scelta per la consegna dei questionari, il gruppo dei pazienti ha autonomamente organizzato i turni giornalieri di presenza a copertura degli orari di apertura dei CSM, individuando anche i reperibili disposti a sostituire i colleghi eventualmente assenti per problemi improvvisi. Sono state fatte anche delle "simulate" di consegna dei questionari,

⁵³ Al DSM-DP di Ravenna afferiscono 5 Unità operative tra cui la UO CSM con 3 sedi di struttura semplice (Ravenna, Faenza, Lugo) e la UO riabilitazione psichiatrica con 3 semi-residenze nei medesimi ambiti territoriali.

finalizzate al consolidamento delle capacità relazionali nello specifico contesto di una sala di attesa e della capacità di dare spiegazioni adeguate ed esaurienti (momento che poteva risultare particolarmente difficoltoso e a rischio di un eccessivo coinvolgimento). A questo ultimo incontro hanno partecipato anche alcuni operatori dei servizi, incaricati di fare da supporto nel caso di difficoltà impreviste e non direttamente gestibili dai volontari. Alle coordinatrici infermieristiche dei CSM è stata assegnata la responsabilità della logistica: stampa dei questionari, predisposizione di manifesti per le sale di attesa, individuazione degli operatori di supporto, predisposizione delle urne, raccolta dei questionari compilati, invio degli stessi alla segreteria del Dipartimento per l'inserimento dei dati su supporto informatico.

Ogni collaboratore è stato dotato di cartellino identificativo, riportante il logo dell'Azienda con l'indicazione del Dipartimento, il nome di battesimo della persona e la dicitura "collaboratore volontario".

La consegna dei questionari è regolarmente avvenuta durante la prima settimana di ottobre 2008 in tutti i 6 giorni di apertura dei CSM.

La possibilità di un contatto facilitato sia con la responsabile dipartimentale della qualità sia con alcuni operatori dei CSM e delle semi-residenze ha consentito una verifica in tempo reale dell'andamento della consegna e la soluzione di alcuni imprevisti.

Nella settimana della distribuzione dei questionari si è tenuto un incontro del gruppo, dedicato alla condivisione a caldo delle impressioni sull'esperienza fatta. Un ulteriore successivo incontro a cui hanno presenziato i responsabili dei CSM e il Direttore del Dipartimento, è stato dedicato alla discussione dei risultati della rilevazione. È stato possibile rileggere e interpretare alcuni elementi di criticità: in particolare si è constatato come la richiesta di più psicologi nei CSM, più volte fatta in calce al questionario, nasca spesso dalla difficoltà a incontrare professionisti meno frettolosi e più capaci di creare efficaci relazioni di aiuto; si è inoltre suggerito un diverso coinvolgimento dei MMG, sia in termini di capacità di ascolto e di cura dei disturbi minori, sia attraverso l'esposizione nelle sale di attesa di manifesti dedicati al disagio psicologico (così come sono presenti manifesti sull'ipertensione o sul diabete).

L'esperienza dalla parte del gruppo dei pazienti

A dimostrazione dell'interesse suscitato dal progetto, la partecipazione alle riunioni è sempre stata alta, sia in termini di adesione numerica che di manifeste volontà e capacità di essere soggetti attivi e propositivi. Alcuni hanno anche richiesto che una rappresentanza di pazienti possa essere coinvolta in un'eventuale revisione del questionario.

Nei due incontri di verifica tutti hanno riportato di avere percepito in modo nuovo l'istituzione e le sue regole, identificandone anche alcune rigidità e stereotipie (in particolare la difficoltà di alcuni operatori a rapportarsi con pazienti in un ruolo diverso).

L'incontro con la sofferenza degli altri pazienti in un ruolo di "quasi operatore" ha suscitato molte emozioni nonché una nuova visione dello stare male e del come ci si aspetta di essere avvicinati in circostanze simili. In particolare, ha suscitato molti interrogativi il modo per rapportarsi con persone "che stanno male da poco", forse anche appena dimessi dal SPDC e solo all'inizio di un percorso di cura.

Alcuni membri del gruppo, di cui erano già note le potenzialità relazionali e di impegno, nonostante molti anni di malattia e trattamento, tramite il gruppo hanno avuto modo di entrare in contatto con dei pari, facendo esperienza di nuove modalità di relazione e integrazione e accettando di essere coinvolti nella costituzione dell'associazione ravennate dei pazienti psichiatrici.

Per quanto riguarda le criticità incontrate, esse si possono brevemente riassumere di seguito:

- un CSM è di fatto rimasto escluso dall'esperienza non essendo stato possibile individuare pazienti in grado di inserirsi adeguatamente nell'attuazione del progetto;
- un CSM ha incontrato difficoltà impreviste dovute all'assenza improvvisa della coordinatrice infermieristica, con conseguenti problemi nel reperimento del materiale necessario alla sperimentazione, e un difficile rapporto tra operatori in turno e "utenti collaboratori" nei primi momenti della consegna dei questionari (peraltro i problemi sono stati esplicitati e appianati in tempo reale);
- per un CSM di piccole dimensioni si è confermata la difficoltà ad avere la disponibilità di un operatore dedicato o in funzioni di supporto;
- un'esperienza come questa non è facilmente replicabile sulla base della pura volontarietà dei pazienti collaboratori. Il progetto di costituzione di un'associazione dei pazienti che possa rapportarsi con l'Azienda USL anche in termini di un concreto riconoscimento di una sistematica attività di somministrazione dei questionari, in alternativa agli operatori, è stato più volte citato come possibile soluzione.

4.2.2. ... come costruzione di alleanze nella comunicazione nei SerT a Reggio Emilia⁵⁴

La rilevazione della qualità percepita dall'utenza dei servizi per le dipendenze patologiche attraverso il questionario realizzato dal gruppo regionale, si è inserita nel quadro di un'iniziativa più complessa che l'Azienda USL di Reggio Emilia ha programmato in collaborazione con gli Enti accreditati del territorio. Questa iniziativa riguarda la definizione e implementazione di un piano per la rilevazione della qualità percepita nell'intero sistema locale pubblico-privato sociale ed è motivata dalla condivisione che Azienda USL ed Enti hanno raggiunto in merito ad alcune considerazioni:

- i percorsi degli utenti con dipendenza patologica sono sempre più frequentemente percorsi complessi, non riferibili alla frequentazione di un unico servizio;

⁵⁴ A cura di Giampiero Montanari - DSM-DP, Azienda USL di Reggio Emilia.

- lo sforzo di operare in una reale logica di rete consente il superamento della logica cliente-fornitore nella relazione tra pubblico e privato sociale, per cui i soggetti dei due sottosistemi sono consapevoli di operare in *partnership* e con responsabilità diffuse relativamente al *case management*;
- all'interno di percorsi (complessi e spesso di lunga durata) di cure integrate, l'utente tende a riferire all'intera esperienza di cura la percezione del guadagno in termini di salute e della qualità delle relazioni con i professionisti.

Queste considerazioni comportano la necessità di collocare la rilevazione della qualità percepita in una dimensione di sistema, attraverso la messa a punto di metodi e strumenti in grado di registrare le valutazioni degli utenti in diversi passaggi dei percorsi complessi. Il contributo informativo di questa rilevazione è destinato al governo del sistema (es. Commissione di monitoraggio locale Accordo RER-CEA).

L'indagine promossa dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale è stata effettuata pensando a una possibile collocazione dello strumento di rilevazione individuato all'interno del piano più complesso sopra descritto. È stata inoltre positivamente valutata da parte dei SerT la possibilità di partecipare a un'iniziativa che consentisse il confronto con altre realtà regionali.

La visione strategica connessa alla somministrazione

La programmazione della somministrazione del questionario è stata impostata tenendo conto principalmente dei seguenti aspetti:

- valore di comunicazione con l'utenza che l'iniziativa assume in sé;
- valenza da assegnare agli esiti della rilevazione.

A partire dalla considerazione che l'attività di ascolto dell'utente è intrinseca nell'erogazione stessa delle prestazioni (tutte con alto contenuto relazionale), si è reso necessario riflettere sul significato e sull'impatto che la rilevazione poteva sortire sull'utenza, in termini di richiesta di espressione di una valutazione sul servizio.

La garanzia della bidirezionalità della comunicazione è stata assunta come valore prioritario per la pianificazione della rilevazione, da cui discendono gli obiettivi specifici assegnati alla sperimentazione:

- garantire effettiva opportunità di espressione all'utenza;
- predisporre adeguati *feedback* rispetto a quanto rilevato.

A tal fine, la rilevazione è stata realizzata effettuando i seguenti passaggi:

- verifica delle caratteristiche dello strumento proposto (testo: espressioni utilizzate, informazioni richieste, modalità di risposta; grafica: leggibilità, dimensioni);
- individuazione dei segmenti di utenza con i quali attivare lo specifico canale di comunicazione reso possibile dall'iniziativa;
- scelta delle modalità di offerta del questionario;

- definizione degli *step* di valutazione degli esiti dell'elaborazione delle risposte fornite;
- progettazione degli interventi per la diffusione e discussione dei dati elaborati, con i diversi *stakeholder*.

In particolare, attraverso la consultazione preliminare di operatori e utenti sono state verificate le caratteristiche dello strumento (comprensibilità, completezza delle aree di indagine, ecc.). È stato in questo modo possibile individuare domande da cui attendersi (per la scelta della risposta) interpretazioni/riferimenti differenti, oppure modalità ulteriori rispetto alla semplice crocettatura richiesta.

La scelta dei segmenti di utenza cui proporre il questionario è stata effettuata tenendo conto *in primis* delle caratteristiche delle domande, le quali presuppongono, per il compilatore, un rapporto con il servizio caratterizzato da durata e costanza non minime. Sono stati pertanto esclusi dal *target* gli utenti con accesso immediatamente precedente il periodo di somministrazione, quelli con brevissimo periodo di presa in carico prevista (Prefettura, medicina legale) e quelli in trattamento presso comunità terapeutiche da periodo protratto. Si è inoltre scelto di non includere soggetti di origine extracomunitaria che non leggono la lingua italiana, per i quali la necessaria assistenza alla compilazione avrebbe potuto creare il rischio di interferenza nell'espressione delle opinioni. Per ciascun SerT è stato pertanto possibile estrarre dagli elenchi complessivi di utenti (tossicodipendenti e alcolisti) i nominativi delle persone la cui frequenza al Servizio risultava prevista nelle settimane di rilevazione individuate (quantificazione dell'utenza potenziale della somministrazione).

La modalità di somministrazione ha previsto:

- consegna del questionario con presentazione da parte di un operatore;
- disponibilità per l'assistenza alla compilazione da parte della segreteria del Servizio;
- raccolta anonima del questionario compilato in apposita urna.

Questa modalità è stata scelta in quanto permette una maggiore efficacia dell'iniziativa, sia in termini di trasferimento dell'importanza attribuita all'indagine (sia per gli utenti, che per gli operatori), sia per il numero di utenti coinvolti direttamente, con le caratteristiche individuate a priori, che rende possibile ricondurre a un profilo di utenza non vago le valutazioni sul Servizio.

La rilevazione è stata effettuata nel periodo 26 novembre - 13 dicembre 2008 presso tutte le sei sedi ambulatoriali SerT dell'Azienda USL. In Tabella 39 i dati relativi alla compilazione evidenziano il livello di copertura dell'utenza ottenuto (rapporto tra utenza frequentante i servizi nel periodo/questionari).

Tabella 39. Dati di ritorno dei questionari in rapporto all'utenza del Servizio. 2008

Accessi nel periodo	420
Questionari consegnati	270
Questionari compilati	220
Questionari elaborati	217
Questionari compilati per intero (20 domande)	183
Questionari con spazio per osservazioni (campo libero) compilato	83
Questionari con compilazione informazioni personali completa	75

Il numero di questionari effettivamente consegnati è risultato inferiore a quello assunto come obiettivo in fase di pianificazione, principalmente per la non completa copertura del *target* previsto da parte del SerT di maggiori dimensioni, a causa di particolari circostanze di tipo organizzativo non preventivabili.

La selezione del *target* attuata per la somministrazione 2008 lascia scoperta l'espressione delle percezioni di utenti fruitori di alcuni prodotti specifici (bassa soglia, segnalazioni), di utenti in particolare fase del rapporto con i servizi (primi accessi) e di utenti con specifiche caratteristiche socio-anagrafiche (immigrati che non leggono la lingua italiana).

Spunti per il miglioramento del processo emersi dall'esperienza riguardano l'importanza del coinvolgimento degli operatori e la comunicazione di avvio dell'iniziativa precedente le giornate di somministrazione del questionario.

Il dopo ... L'utilizzo delle informazioni

Nel complesso l'esperienza è stata positivamente valutata per quanto riguarda la verifica dell'adeguatezza dello strumento e le modalità di distribuzione adottate.

Le elaborazioni di base, caratterizzate per ciascun *item* dal calcolo delle frequenze per singolo SerT e totali aziendali, sono state successivamente incrociate con alcuni profili specifici (tipologia di utenza, rapporto con il Servizio) e alcune relazioni sono state individuate tra risposte a specifiche domande. Infine, particolare attenzione è stata posta all'analisi delle informazioni fornite dagli utenti mediante l'utilizzo del campo a testo libero, che ha reso possibile tra l'altro il confronto con gli esiti di altre esperienze di raccolta di osservazioni non con questionario strutturato.

In sintesi, possiamo dire che il livello di soddisfazione complessiva emerso risulta coerente con quanto rilevato con le altre forme di rilevazione utilizzate. Il rapporto tra livelli di gradimento espressi e quantità di questionari distribuiti per SerT evidenzia in media punteggi più elevati nei SerT di minori dimensioni. Più di un terzo dei compilatori ha utilizzato la possibilità di specificare aspetti (positivi o negativi) della propria valutazione del Servizio o di proporre suggerimenti. Lo scarso livello di completezza delle risposte fornite nella sezione dei dati socio-anagrafici rende difficoltosa una lettura più segmentata dei risultati.

Per quanto riguarda le forme di diffusione dei dati e delle relative valutazioni, sono state individuate in modo da prevedere adeguata copertura degli stakeholder dei SerT. In particolare:

- disamina dei risultati da parte dei Direttori dei SerT;
- presentazione e discussione con gli operatori dei servizi,
- gruppi di discussione con utenti; le riflessioni sono orientate sui risultati (interpretazione dei dati emersi) e sul processo (funzionamento delle modalità scelte);
- comunicazione all'utenza, attraverso poster nelle sedi distrettuali, pubblicazione sul web, inserimento nell'agenda di discussione della Commissione di monitoraggio RER-CEA, presentazione degli esiti al Comitato utenti e familiari del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche.

L'attività di restituzione dei risultati e di analisi è orientata a individuare possibili aree di miglioramento che derivano dalle opinioni espresse.

L'indagine, attraverso il questionario promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale, è stata inserita nel piano complessivo di sistema pubblico/privato per la rilevazione della qualità percepita.

4.3. L'elaborazione e l'utilizzo dei dati

4.3.1. ... nei CSM di Ferrara⁵⁵

I risultati di questa indagine si collocano in un più ampio contesto che ha visto i Dipartimenti di salute mentale della Regione Emilia-Romagna, su proposta e coordinamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, avviare una raccolta di informazioni relative alla qualità percepita dai pazienti dei CSM.

Il questionario regionale (*Allegato 1*) è stato compilato da 636 pazienti intervistati in modo casuale e successivo nel solo mese di febbraio 2010, complessivamente il 32% dei pazienti visti almeno una volta in quel mese dai sette punti operativi dipartimentali o provinciali.

La Tabella 40 riporta i servizi, il numero di pazienti visti nel febbraio 2010 e il numero di pazienti che hanno compilato il questionario. L'elenco è in ordine di punto operativo con maggior numero di casi seguiti.

⁵⁵ A cura di Francesco Rizzo - DSM-DP, Azienda USL di Ferrara.

Tabella 40. Intervistati su numero pazienti visti per punti operativi (n = 636)

	Pazienti visti	Pazienti intervistati	
		v.a.	%
SPT Portomaggiore	397	82	21
SPT Codigoro	349	120	34
SPT Ferrara	321	64	20
SPT Copparo	256	80	31
SPT Cento	251	118	47
SIPI Ferrara	215	82	38
CSA Ferrara	187	90	48
<i>Totale</i>	<i>1.976</i>	<i>636</i>	<i>32</i>

Legenda

CSA Consulenza specialistica ambulatoriale

SPT Servizio psichiatrico territoriale

SIPI Servizio interventi psichiatrici integrati

Per evitare che le risposte agli *item* fossero influenzate dalla relazione fiduciaria con l'operatore che ha maggiore assiduità con il paziente, i questionari sono stati proposti soprattutto da operatori con un ruolo più neutro e/o amministrativo, ad esempio operatori addetti all'accoglienza in quella giornata; ciò è avvenuto tutte le volte che si è potuto. I pazienti hanno depresso il questionario compilato in un'urna, per lo più senza chiedere assistenza nella compilazione o specifici chiarimenti.

Caratteristiche del campione e frequenza dei servizi

La gamma di pazienti che hanno compilato il questionario va da coloro che si rivolgono al Servizio da qualche mese a coloro che lo frequentano da diversi anni. Il questionario non è stato mai somministrato dopo una prima visita ma dopo almeno tre volte che il paziente si era rivolto di recente al Servizio.

Il 23% di pazienti intervistati è inserito in programmi di trattamento da meno di 1 anno, il 22% è inserito in programmi terapeutici da 1-5 anni, la maggior parte di pazienti (32%) è invece inserito in programmi da 6-10 anni; è invece più bassa la percentuale di pazienti inseriti in programmi da 10-20 anni (19%) (*Tabella 41*).

Tabella 41. Pazienti seguiti da quanto tempo? (n = 557)

	n. pazienti	%
fino a 3 mesi	68	12
da 4 a 6 mesi	1	0
da 7 a 9 mesi	61	11
da 10 a 11 mesi	2	0
da 1 a 5 anni	121	22
da 6 a 10 anni	176	32
da 11 a 20 anni	106	19
da 21 a 30 anni	20	4
da 31 a 40 anni	1	0
da 41 anni in poi	1	0
<i>totale</i>	<i>557</i>	<i>100</i>

Esistono differenze tra servizi quando questi si caratterizzano per il fatto di lavorare prevalentemente sull'integrazione dei pazienti nel *network* sociale oppure di lavorare prevalentemente sui primi casi. La variabile durata dei programmi non è risultata correlata alla percezione di qualità.

Il 53% di pazienti si reca al Servizio una volta al mese e il 28% meno di una volta al mese; l'11% si reca settimanalmente mentre l'8% si reca più volte a settimana.

Il SIPI di Ferrara si caratterizza per la maggiore percentuale di pazienti visti settimanalmente o più volte a settimana (35%), seguito dal SPT di Portomaggiore (30%). Analogamente si distingue il CSA di Ferrara per la maggiore percentuale di pazienti visti una volta al mese o meno di una volta al mese (98%), seguito da SPT di Cento (88%) (Tabella 42). La maggiore/minore assiduità non è risultata correlata alla percezione di qualità.

Tabella 42. Con che frequenza si recano al Servizio (n = 502)

Frequenza	SPT Porto- maggiore		SPT Codigoro		SPT Ferrara		SPT Copparo		SPT Cento		SIPI Ferrara		CSA Ferrara		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Più volte a settimana	9	13	5	6	6	12	11	15	4	4	5	8			40	8
Una volta a settimana	11	17	9	10	4	8	6	9	8	8	17	27	1	2	56	11
Una volta al mese	27	40	54	62	27	53	29	40	64	63	31	49	35	57	267	53
Meno di una volta al mese	20	30	19	22	14	27	26	36	25	25	10	16	25	41	139	28
<i>totale</i>	<i>67</i>	<i>100</i>	<i>87</i>	<i>100</i>	<i>51</i>	<i>100</i>	<i>72</i>	<i>100</i>	<i>101</i>	<i>100</i>	<i>63</i>	<i>100</i>	<i>61</i>	<i>100</i>	<i>502</i>	<i>100</i>

Per quanto riguarda l'invio ai diversi servizi presenti sul territorio, il medico di base assume un ruolo quantitativamente significativo (45%).

In un'altra serie di casi l'invio avviene da altri servizi delle Aziende sanitarie ferraresi (USL e ospedaliero-universitaria), oppure da agenzie socio-sanitarie comunali o intercomunali come i servizi sociali (25%).

Un ruolo significativo è assunto anche da familiari e amici (16%). Le associazioni del volontariato inviano ai servizi un altro 3% di persone, gli specialisti privati un 2% mentre le cliniche convenzionate uno 0,5%. Un ruolo davvero marginale è svolto dai *media* o dalle campagne informative locali tipo depliant, opuscoli, cartelloni e bacheche, mentre dall'URP aziendale passa il 2% di casi.

Si è evidenziato che l'invio è correlato significativamente al punteggio di soddisfazione globale ($p=0,04$, ANOVA, test per la disuguaglianza delle medie delle popolazioni): il punteggio di soddisfazione globale è elevato quando l'inviante è uno specialista privato, un medico di base o un'associazione del volontariato, mentre il punteggio è basso quando l'inviante è una clinica convenzionata.

Venendo all'analisi delle caratteristiche socio-anagrafiche dei rispondenti, l'età media calcolata su 577 pazienti intervistati (240 maschi e 337 femmine) è 48 anni (48 per gli uomini e 47 per le donne) con un indice medio di dispersione dei punteggi intorno alla media di 13 anni. L'età minima è 18 anni e la massima 85 anni. I pazienti intervistati con un'età inferiore ai 30 anni costituiscono l'8% del totale, mentre quelli con età superiore ai 60 anni costituiscono il 18% del totale. La maggior parte dei pazienti si colloca in un *range* di età compreso tra i 31 anni e i 60 anni (74%) (Tabella 43).

La variabile età non è risultata correlata alla percezione di qualità.

Tabella 43. Numero pazienti intervistati per fasce d'età e punti operativi (n = 535)

Età	SPT Porto- maggiore		SPT Codigoro		SPT Ferrara		SPT Copparo		SPT Cento		SIPI Ferrara		CSA Ferrara		totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	18-30 anni	7	10	4	4	3	5	6	8	10	10	6	8	6	8	42
31-40 anni	14	20	23	25	6	11	10	14	31	30	25	35	13	18	122	23
41-50 anni	17	25	25	27	14	25	16	23	31	30	22	31	19	26	144	27
51-60 anni	19	28	23	25	22	40	22	31	17	16	10	14	18	25	131	24
61-70 anni	10	14	14	15	8	15	13	18	12	12	6	8	6	8	69	13
71-80 anni	1	1	3	3	2	4	4	6	3	3	3	4	10	14	26	5
>81 anni	1	1														1
<i>totale</i>	<i>69</i>	<i>100</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>55</i>	<i>100</i>	<i>71</i>	<i>100</i>	<i>104</i>	<i>100</i>	<i>72</i>	<i>100</i>	<i>72</i>	<i>100</i>	<i>535</i>	<i>100</i>

Rispetto allo stato civile, la maggior parte degli intervistati è celibe/nubile (41%), mentre il 38% è coniugato/convivente. I separati/divorziati e i vedovi costituiscono rispettivamente il 15% e il 6% del campione. Lo stato civile è significativamente correlato al

punteggio di soddisfazione globale ($p=0,003$, ANOVA, test per la disuguaglianza delle medie delle popolazioni: coniugati/conviventi e vedovi/e sono significativamente più soddisfatti dei celibi/nubili e dei separati).

Per quanto riguarda la condizione professionale la maggior parte di pazienti intervistati non lavora (circa il 30%), mentre il 26% ha un lavoro stabile. I pensionati costituiscono il 21%, mentre coloro che percepiscono una pensione di invalidità civile costituiscono il 18% circa (quasi sempre l'invalidità è riferita alla malattia mentale). Gli studenti sono il 2%. Numericamente poco significative sono le quote di coloro che hanno borse lavoro e sono inseriti in *stage* lavorativi (2%), cassaintegrati (1%), svolgono lavori temporanei o prestano opera gratuita in contesti poco qualificanti (6%).

Per quanto concerne la scolarità la maggior parte dei pazienti intervistati ha conseguito il diploma di terza media (43%), mentre il 34% ha conseguito il diploma di studi medi superiori. Ha la licenza elementare il 15% mentre ha conseguito una laurea il 6% degli intervistati.

Le due variabili - condizione lavorativa e scolarità - non sono risultate correlate alla soddisfazione globale.

La valutazione della qualità dei servizi erogati

All'interno del questionario le 18 domande sono raggruppate in tre indicatori di qualità: qualità della struttura e dell'organizzazione, qualità relazionale, percezione dell'efficacia terapeutica (vedi *Paragrafo 2.3*).

Dall'analisi di 625 pazienti è emerso che in tutte le aree sono stati ottenuti punteggi di soddisfazione molto buoni: da 4 a 6 (punteggio max 6). I Servizi psichiatrici territoriali di Portomaggiore e Codigoro addirittura ottengono il punteggio massimo nella dimensione della qualità relazionale (*Tabella 44*).

Per quanto riguarda il punteggio di soddisfazione globale (min 1, max 10) vengono ottenuti in tutti i punti operativi punteggi che vanno da 8 a 9. In particolare sono i SPT di Portomaggiore, Codigoro e Copparo che ottengono punteggio 9 mentre i punti operativi cittadini e il SPT di Cento ottengono punteggio 8.

Tabella 44. *Item qualità percepita (n = 625)*

	SPT Porto- maggiore		SPT Codigoro		SPT Ferrara		SPT Copparo		SPT Cento		SIPI Ferrara		CSA Ferrara		totale	
	n = 82		n = 117		n = 61		n = 80		n = 117		n = 82		n = 86		n = 625	
min 1, max 6	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS
Struttura e organizzazione	5	0,8	5	0,9	5	1,1	5	1,0	5	1,2	4	1,3	5	1,2	5	1,1
Qualità relazionale	6	0,8	6	0,8	5	1,2	5	1,0	5	0,8	5	1,6	5	1,4	5	1,1
Efficacia terapeutica	5	0,8	5	1,0	5	1,1	5	1,2	5	1,0	5	1,4	5	1,5	5	1,1
Soddisfazione globale	9	1,7	9	1,5	8	1,9	9	1,6	8	1,7	8	2,1	8	1,8	8	1,8

Le caratteristiche strutturali e organizzative dei servizi rappresentano l'area in cui si registrano i valori meno alti. Alcuni Servizi psichiatrici territoriali ottengono punteggi lievemente più bassi nel tempo intercorso tra prenotazione e visita/attività e nel rispetto degli orari. Vengono inoltre evidenziate aree di possibile miglioramento per quanto riguarda la logistica e il confort degli ambienti. Globalmente i punteggi medi si collocano tra 4 e 6 (*range* 1-6). Si noti che negli SSPT di Portomaggiore e Codigoro gli operatori forniscono informazioni organizzative ai pazienti in modo che pare ottimale (*Tabella 45*).

Tabella 45. Struttura e organizzazione (n = 625)

Item/ punteggio min 1, max 6	SPT Porto- maggiore		SPT Codigoro		SPT Ferrara		SPT Copparo		SPT Cento		SIPI Ferrara		CSA Ferrara		totale	
	n = 82		n = 117		n = 61		n = 80		n = 117		n = 82		n = 86		n = 625	
	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS
ricevo informazioni chiare	5	1,0	5	1,1	5	1,3	5	1,1	5	1,1	5	1,6	5	1,3	5	1,2
operatori danno informazioni	6	0,9	6	0,9	5	1,2	5	1,1	5	0,9	5	1,5	5	1,0	5	1,1
facile spostare appuntamento	5	1,0	5	1,2	5	1,6	5	1,4	5	1,6	4	1,8	5	1,0	5	1,4
tempi tra prenotazione e prestazione	5	1,3	5	1,3	4	1,6	5	1,3	4	1,7	4	1,8	5	1,4	5	1,5
orario appuntamento rispettato	5	1,3	5	1,2	4	2,0	5	1,3	4	1,8	4	1,8	5	1,4	5	1,6
sede ben raggiungibile e senza barriere	5	1,2	5	1,4	5	1,7	5	1,2	4	1,9	4	1,9	4	1,7	5	1,7
ambulatori e sala d'attesa confortevoli	5	0,9	5	1,3	5	1,4	5	1,2	4	2,0	4	1,7	5	1,5	5	1,6
pagamento ticket semplice	5	1,2	5	1,3	5	1,6	5	1,3	5	1,7	5	1,6	5	1,2	5	1,5
<i>totale</i>	<i>5</i>	<i>0,8</i>	<i>5</i>	<i>0,9</i>	<i>5</i>	<i>1,1</i>	<i>5</i>	<i>1,0</i>	<i>5</i>	<i>1,2</i>	<i>4</i>	<i>1,3</i>	<i>5</i>	<i>1,2</i>	<i>5</i>	<i>1,1</i>

L'area della qualità relazionale è ottiene i valori medi più elevati più o meno in tutti i punti operativi (*Tabella 46*). I SPT valutati più positivamente dai pazienti in questa area sono quello di Portomaggiore, Codigoro e Cento. Ad esempio, per il SPT di Cento si evidenziano nella percezione dei pazienti una più bassa qualità della logistica ma una elevata qualità della relazione. In tutte e tre le sedi i pazienti danno i punteggi più elevati nella percezione dell'ascolto da parte degli operatori, nella percezione del rispetto che gli operatori hanno dei pazienti e nella fiducia che i pazienti ripongono negli operatori. Nel SPT di Portomaggiore i pazienti sembrano poter contare in un maggiore sostegno nei momenti di difficoltà.

Tabella 46. Qualità relazionale (n = 625)

Item/ punteggio min 1, max 6	SPT Porto- maggiore		SPT Codigoro		SPT Ferrara		SPT Copparo		SPT Cento		SIPI Ferrara		CSA Ferrara		totale	
	n = 82		n = 117		n = 61		n = 80		n = 117		n = 82		n = 86		n = 625	
	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS
operatori mi ascoltano	6	0,6	6	0,8	5	1,0	5	1,1	6	0,9	5	1,4	6	1,0	6	1,0
ricevo chiare informazioni sulla mia salute	5	1,0	5	0,9	5	0,9	5	1,3	5	1,2	5	1,6	5	1,2	5	1,2
ricevo chiare informazioni sui trattamenti	5	0,9	5	1,0	5	1,0	5	1,2	5	1,0	5	1,6	5	1,2	5	1,1
vengo coinvolto nel mio progetto di cura	5	1,2	5	1,1	5	1,4	5	1,0	5	1,3	5	1,6	5	1,2	5	1,3
ricevo sostegno dagli operatori nei momenti di difficoltà	6	0,9	5	1,0	5	1,4	5	1,1	5	1,2	5	1,6	5	1,3	5	1,2
mi sento rispettato dagli operatori	6	0,6	6	1,0	5	1,2	6	1,1	6	0,7	5	1,6	5	1,2	5	1,1
ho fiducia negli operatori	6	0,7	6	0,9	5	1,2	5	1,1	6	0,8	5	1,6	5	1,2	5	1,1
pagamento ticket semplice	6	0,8	6	0,8	5	1,2	5	1,0	5	0,8	5	1,6	5	1,4	5	1,1
<i>totale</i>	<i>5</i>	<i>0,8</i>	<i>5</i>	<i>0,9</i>	<i>5</i>	<i>1,1</i>	<i>5</i>	<i>1,0</i>	<i>5</i>	<i>1,2</i>	<i>4</i>	<i>1,3</i>	<i>5</i>	<i>1,2</i>	<i>5</i>	<i>1,1</i>

Buoni risultati si registrano nell'efficacia terapeutica soggettivamente percepita dai pazienti (*Tabella 47*). I pazienti appaiono per lo più soddisfatti sia per il tipo di trattamento ricevuto sia per la sua efficacia. Sono inoltre soddisfatti del servizio per quello che potrebbe offrire a un amico/parente/conoscente che presenti disagio/sofferenza psichica.

Tabella 47. Efficacia terapeutica (n = 625)

Item/ punteggio min 1, max 6	SPT Porto- maggiore		SPT Codigoro		SPT Ferrara		SPT Copparo		SPT Cento		SIPI Ferrara		CSA Ferrara		totale	
	n = 82		n = 117		n = 61		n = 80		n = 117		n = 82		n = 86		n = 625	
	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS	med	DS
ricevo giusto aiuto dal servizio	5	0,9	5	1,1	5	1,2	5	1,3	5	1,1	5	1,5	5	1,3	5	1,2
il mio progetto di cura è efficace	5	0,9	5	1,1	5	1,3	5	1,2	5	1,0	5	1,4	5	1,4	5	1,2
consiglierei ad altri questo servizio	6	0,7	5	1,1	5	1,2	5	1,2	5	1,0	5	1,7	5	1,3	5	1,2
<i>totale</i>	5	0,8	5	1,0	5	1,1	5	1,2	5	1,0	5	1,4	5	1,5	5	1,1

Suggerimenti, commenti e reclami da parte dei pazienti (analisi della domanda aperta)

La maggior parte di pazienti intervistati (32%) ha risposto alla domanda aperta "quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo Servizio?". Globalmente hanno dato suggerimenti 204 pazienti su 636; alcuni pazienti hanno dato più suggerimenti, per un totale di 227. Una quota significativa di pazienti ha voluto commentare positivamente l'aiuto specialistico ricevuto (16%). Analogamente una quota di pazienti ha dichiarato di non avere nulla da commentare (17%). I suggerimenti riguardano prevalentemente la logistica e l'organizzazione: tra i suggerimenti di tipo logistico vengono segnalati locali più belli e confortevoli (8%), e parcheggio insufficiente (5%); tra i suggerimenti di tipo organizzativo i pazienti suggeriscono maggiore puntualità e rispetto degli orari (8%) e un maggiore numero di ore e giorni di assistenza (7%).

Dall'area della qualità relazionale globalmente giunge un minore numero di segnalazioni rispetto all'area della logistica e dell'organizzazione. Una quota significativa di pazienti comunque chiede un maggiore aiuto psicologico e ascolto (10%), mentre un minor numero di pazienti chiede una maggiore stabilità dei terapeuti (4%). Alcuni pazienti chiedono di ricevere maggiori informazioni su malattie e terapie (3%), e più informalità da parte degli operatori (3%).

Dall'area della efficacia terapeutica giungono numerosi suggerimenti ma in modo sparso e variegato. I pazienti suggeriscono di volta in volta la psicoterapia, il coinvolgimento del *caregiver*, i gruppi di auto-aiuto, il calibrare più opportunamente la terapia farmacologica. Altri pazienti suggeriscono attività riabilitative di vario tipo: utilizzando maggiormente la rete sociale, a contatto con la natura, attraverso attività ed espressioni artistiche.

Tabella 48. Suggerimenti e reclami, periodo febbraio 2010
(n = 227, 32% del campione)

Item aperto	Totale	
	N	%
Pienamente soddisfatto	37	16
Più aiuto psicologico e ascolto (QR)	22	10
Locali più belli e confortevoli (SO)	19	8
Puntualità, rispetto orari (SO)	17	8
Più ore e/o giorni di assistenza (SO)	15	7
Parcheggio insufficiente (SO)	11	5
Stabilità dei terapeuti (QR)	9	4
Più informazioni su malattie e terapie (QR)	7	3
Più informalità da parte degli operatori (QR)	7	3
Privacy e tramezze sottili (SO)	6	3
Maggior numero di psicologi (SO)	4	2
Struttura inadatta ai disabili (SO)	4	2
Privacy e sala d'attesa (SO)	3	1
Riabilitazione con la rete sociale (ET)	3	1
Psicoterapia (ET)	2	1
Difficoltà a raggiungere il servizio (SO)	2	1
Coinvolgimento familiari, <i>caregiver</i> (ET)	2	1
Facilitare variazioni appuntamenti (SO)	2	1
Adattamento terapia farmacologica (ET)	2	1
Maggior aiuto lavorativo e finanziario (SO)	2	1
Privacy e colloqui (SO)	1	
Telefono del servizio impraticabile (SO)	1	
Maggior numero di operatori (SO)	1	
Gruppi di auto aiuto (ET)	1	
MdB invia alla ALPIM (SO)	1	
Più formalità da parte degli operatori (QR)	1	
Assistenza domiciliare (SO)	1	
Facilitare consegna farmaci (SO)	1	
Pagare ticket nel luogo della visita (SO)	1	
Fastidioso l'angolo fumatori (SO)	1	
Riabilitazione a contatto con la natura (ET)	1	
Riabilitazione con l'arte (ET)	1	
Nessun commento da fare	39	17
<i>totale</i>	<i>227</i>	<i>100</i>

Legenda

SO Struttura e organizzazione

QR Qualità relazionale

ET Efficacia terapeutica

4.3.2. ... nei CSM di Piacenza⁵⁶

L'Azienda USL di Piacenza è impegnata da diversi anni nello svolgimento di indagini di *customer/human satisfaction* secondo un'accezione più ampia di *marketing* sociale: non si tratta solo di rilevare la soddisfazione degli utenti tramite questionari, ma di stimolare tutte quelle azioni che danno la possibilità all'Azienda di avere la percezione di come i cittadini singoli o associati percepiscono la fruizione dei servizi dell'Azienda o il Servizio sanitario regionale.

Tutti gli anni vengono definiti tramite incontri di *staff* i macro-obiettivi da tenere sotto controllo nell'ambito del Piano strategico, del Piano delle azioni e poi del budget: vengono individuate le aree sulle quali l'Azienda si impegna a raggiungere degli obiettivi. Di solito le macro-aree sono stabili, cioè rimangono tali per più anni.

Tutte le indagini che hanno a che vedere con la qualità percepita hanno una parte comune che viene estrapolata, verificata e confrontata con i macro-obiettivi: nella fattispecie, da ogni indagine si riescono ad estrapolare degli indicatori di qualità che vanno ad alimentare un flusso informativo volto a verificare le aree individuate.

La *customer satisfaction* rappresenta da una parte una veicolazione interna di dialogo con i capi Dipartimento e i Responsabili delle Unità operative (in particolare i referenti della qualità e dell'accreditamento), con cui teniamo sotto controllo alcune criticità significative; dall'altra serve per costruire una prassi consolidata di utilizzo delle criticità segnalate come opportunità per mettere in atto azioni di miglioramento continue con gli stessi attori. Tale attività viene definita come un'attività complessiva di supporto ai Dipartimenti.

Tutte le criticità che emergono si interfacciano con le altre eventuali criticità che arrivano dalle associazioni dei comitati degli utenti, e vengono affrontate insieme anche nei piani di lavoro dei Comitati laddove si intravede una certa coerenza (ad esempio su temi quali la qualità relazionale o il consenso informato).

Ogni anno a partire dalle criticità evidenziate viene programmato un Piano di lavoro delle indagini con i singoli Dipartimenti eventualmente coinvolti. I dati raccolti vengono confrontati con quelli del controllo di gestione per verificare se una determinata azione ha innescato un processo di miglioramento.

La *customer satisfaction* in questo modo ha assunto un orientamento meno formale e serve realmente a migliorare la qualità perché le indagini vengono costruite per verificare obiettivi specifici individuati dai professionisti e vengono condotte in modo continuativo (ogni anno) parallelamente al processo di accreditamento.

Nel DSM-DP è stata adottata la stessa modalità di lavoro e nel 2008 sono state condotte due indagini - una nei CSM (Distretti di Piacenza, Levante e Ponente) e una nel SerT di Piacenza - utilizzando gli strumenti regionali; questa è stata tra l'altro un'occasione per sperimentare la validità degli strumenti. Di seguito viene presentata l'analisi dei risultati dell'indagine condotta nei CSM.

⁵⁶ A cura di Maurizio Mazza - Ufficio Comunicazione e marketing, Azienda USL di Piacenza.

I risultati dell'indagine nei CSM

L'indagine di qualità percepita è stata effettuata nel mese di ottobre 2008 in tutti i CSM dell'Azienda USL di Piacenza, sia come rilevazione del gradimento dei cittadini, sia come validazione dello strumento per l'Agenzia sanitaria e sociale delle Regione.

Il questionario è stato consegnato agli utenti in autosomministrazione (se necessario, con spiegazioni fornite del personale formato *ad hoc*); dopo la compilazione, gli utenti potevano restituirlo inserendolo in un'apposita urna predisposta all'interno del servizio.

È stata utilizzata una modalità di campionamento non probabilistico "per scopo" con somministrazione al 10% dei transitati da ciascun CSM, calcolati in base al numero dei dimessi (transitati) nell'anno precedente la rilevazione. Le UO che col 10% non hanno raggiunto i 50 questionari hanno dovuto comunque garantire tale numero per rispettare la rappresentatività minima del campione, che non poteva essere inferiore.

Nel CSM di Piacenza sono stati compilati 102 questionari. Il campione di rispondenti ha un'età media di 46 anni, è composto in maggioranza da italiani (83%), con un 41,1% di donne e un 57,9% di uomini. Per quanto riguarda la condizione professionale, il 33,7% risulta occupato, il 26,5% non occupato, il 26,5% pensionato e il 5% è composto da studenti. Il 50% ha un titolo di studio medio-alto (licenza media-superiore e laurea) mentre il 45,9% ha un titolo di studio medio-basso (licenza elementare e media inferiore) (*Tabella 49*). Il 56,1% degli intervistati è celibe, il 20,4% è divorziato, il 19,4% è coniugato/convivente e il 4,1% è vedovo.

Tabella 49. Titolo di studio degli intervistati nel CSM di Piacenza (%)

Titolo di studio	%
Licenza elementare	9,4%
Licenza media inferiore	36,5%
Licenza media superiore	35,4%
Laurea	14,6%

Gli utenti intervistati sono in carico da molti anni per l'82% (Figura 27). È interessante la lettura dei canali di invio al servizio, che vede quali principali inviati i medici di medicina generale (32%) e subito dopo parenti e amici (29,3%) (Figura 28).

Figura 27. Da quanto tempo si rivolge al servizio (%)

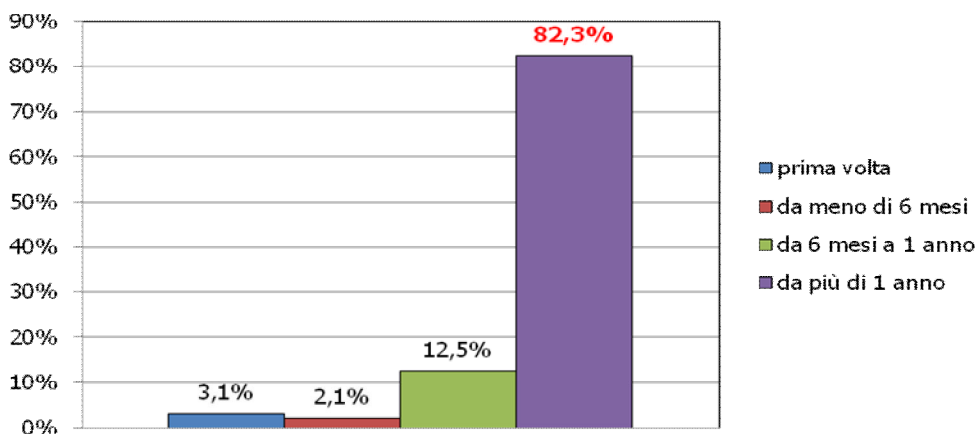
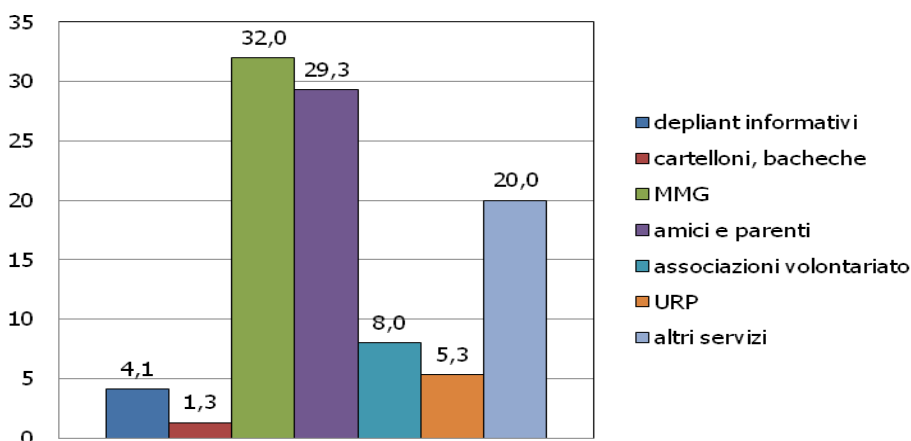


Figura 28. Come è venuto a conoscenza del CSM (%)



L'analisi dell'*item* sulla soddisfazione complessiva evidenzia valori molto alti pari a 8 (in una scala da 1 a 10); anche nei singoli *item* la soddisfazione espressa dagli utenti è molto alta; tuttavia il CSM di Piacenza presenta due *item* la cui risposta è inferiore a 5 ("È facile spostare/fissare un appuntamento" = 4,7; "Gli operatori mi coinvolgono nel progetto di cura" = 4,8). Nei grafici che seguono sono rappresentati i valori medi di risposta a ciascun *item* del questionario raggruppati per tipologia (Figure 29-31).

Figura 29. Come valuta struttura e organizzazione (%)

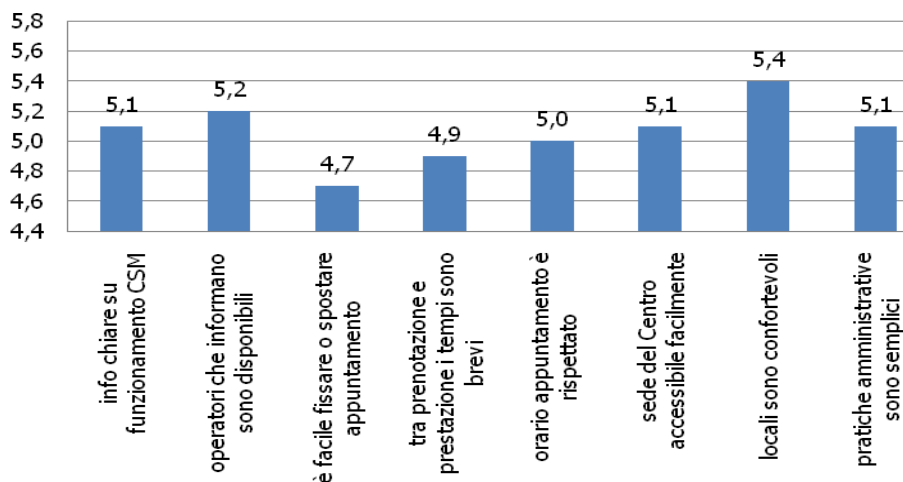


Figura 30. Come valuta gli operatori (%)

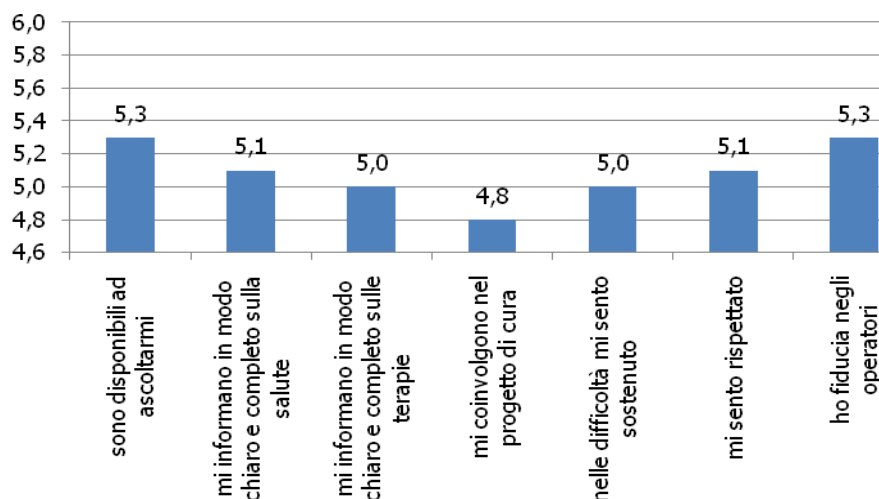
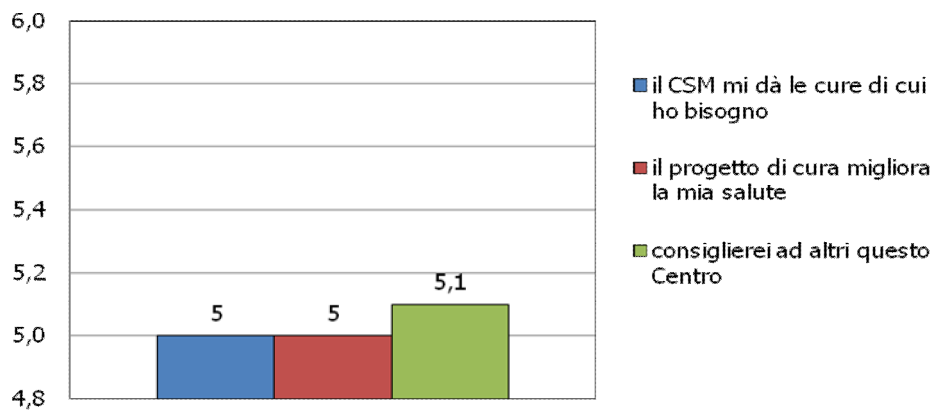


Figura 31. Come valuta le cure ricevute (%)



Nel CSM di Levante sono stati elaborati 54 questionari. Il campione di rispondenti ha un'età media di 47 anni, è composto solo da italiani (100%), con un 59,2% di donne (valore più alto rispetto a Piacenza) e un 38,8% di uomini. Per quanto riguarda la condizione professionale il 39,6% risulta occupato, il 14,6% non occupato, il 39,6% pensionato e il 2,1% è composto da studenti.

Il 38,3% ha un titolo di studio medio-alto (licenza media superiore e laurea) mentre il 52,8% ha un titolo di studio medio-basso (licenza elementare e media inferiore) (*Tabella 50*). Il 45,1% degli intervistati è celibe, il 7,8% è divorziato, il 43,1% è coniugato/convivente e il 3,9% è vedovo.

Tabella 50. Titolo di studio degli intervistati nel CSM di Levante (%)

Titolo di studio	%
Licenza elementare	7,5%
Licenza media inferiore	45,3%
Licenza media superiore	34,0%
Laurea	4,3%

Gli utenti intervistati sono in carico da molti anni per quasi l'88% (*Figura 32*). Come già visto per il CSM di Piacenza, anche in questo caso i principali inviati sono i medici di medicina generale (47,6%) e subito dopo parenti e amici (31%) (*Figura 33*).

Figura 32. Da quanto tempo si rivolge al Servizio (%)

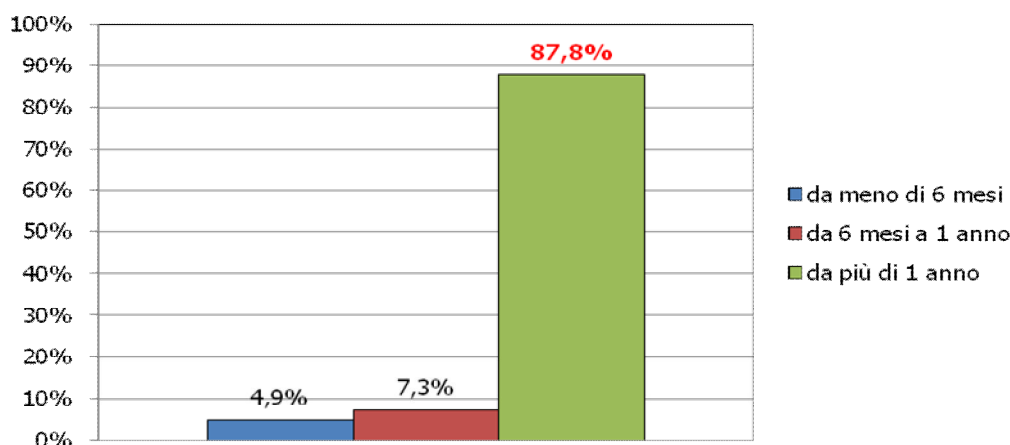
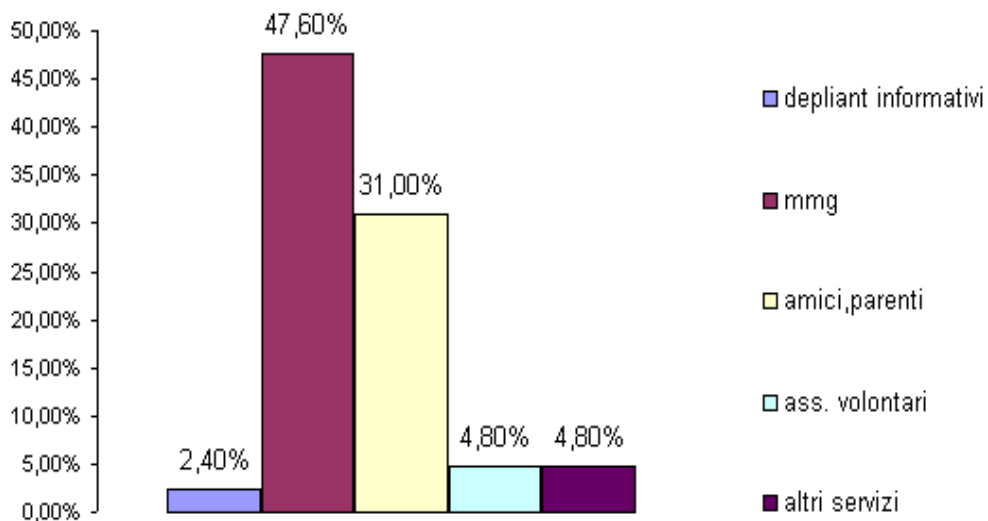


Figura 33. Come è venuto a conoscenza del CSM (%)



L'analisi dell'*item* sulla soddisfazione complessiva evidenzia valori molto alti pari a 8 (in una scala da 1 a 10); anche nei singoli *item* la soddisfazione espressa dagli utenti è molto alta. Nei grafici che seguono sono rappresentati i valori medi di risposta a ciascun *item* del questionario raggruppati per tipologia (Figura 34-36).

Figura 34. Come valuta struttura e organizzazione (%)

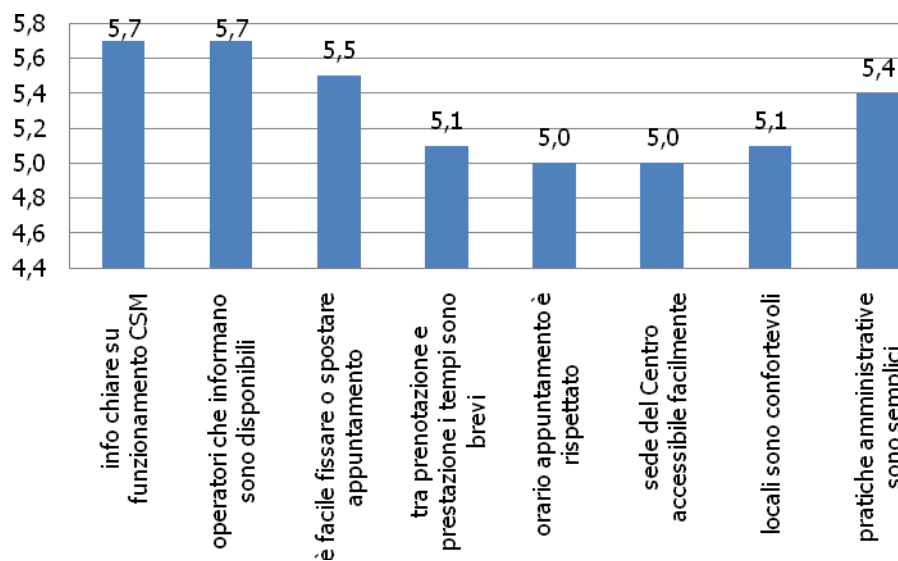


Figura 35. Come valuta gli operatori (%)

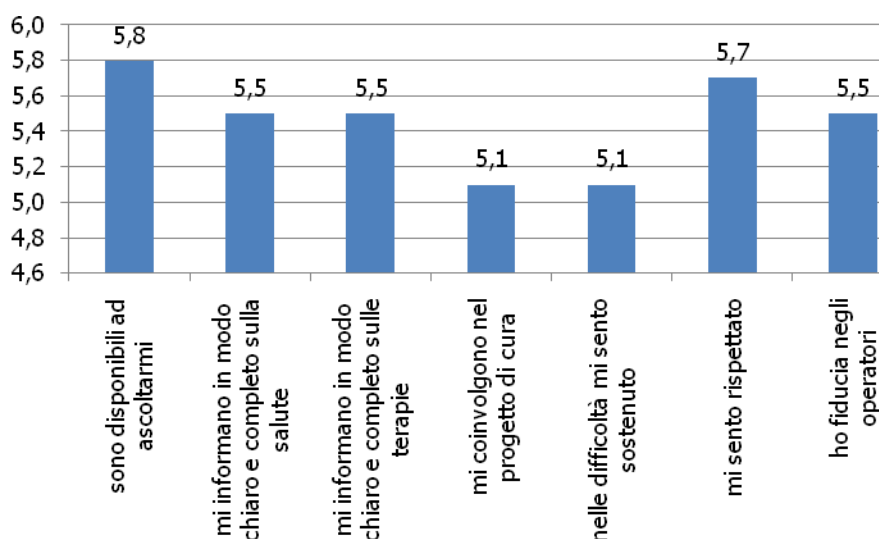
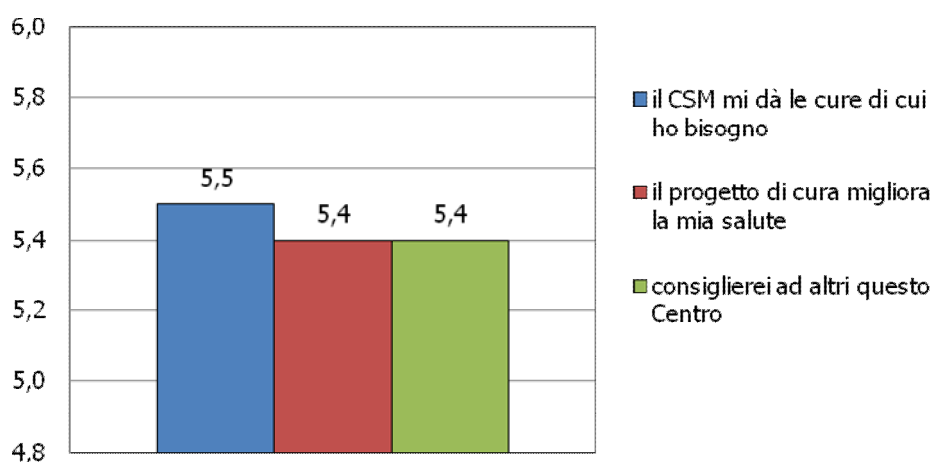


Figura 36. Come valuta le cure ricevute (%)



Nel CSM di Ponente sono stati compilati 62 questionari. Il campione di rispondenti ha un'età media di 44 anni, è composto solo da italiani (100%), con un 52% di donne (valore più alto rispetto a Piacenza) e un 48% di uomini. Per quanto riguarda la condizione professionale il 48% risulta occupato, il 23% non occupato, il 27% pensionato e il 2% è composto da studenti.

Il 49% ha un titolo di studio medio-alto (licenza media superiore e laurea) e il 49% ha un titolo di studio medio-basso (licenza elementare e media inferiore) (*Tabella 51*). Il 47% degli intervistati è celibe, l'8% è divorziato, il 41% è coniugato/convivente e il 4% è vedovo.

Tabella 51 Titolo di studio degli intervistati nel CSM di Ponente (%)

Titolo di studio	%
Licenza elementare	7%
Licenza media inferiore	42%
Licenza media superiore	42%
Laurea	7%

Gli utenti intervistati sono in carico da molti anni per il 90,9% (Figura 37). Anche in questo caso si rileva quale principale canale di invio al Servizio i medici di medicina generale (54,2%) e dopo parenti e amici (29,2%) (Figura 38).

Figura 37. Da quanto tempo si rivolge al Servizio (%)

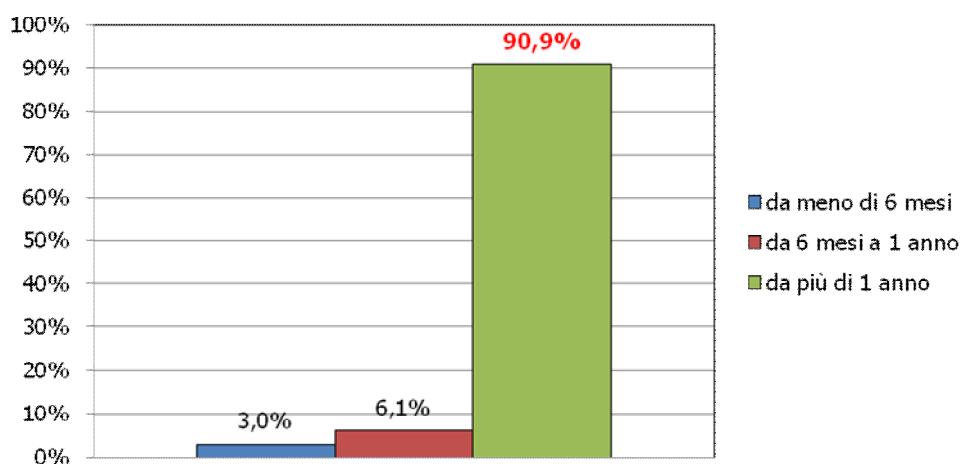
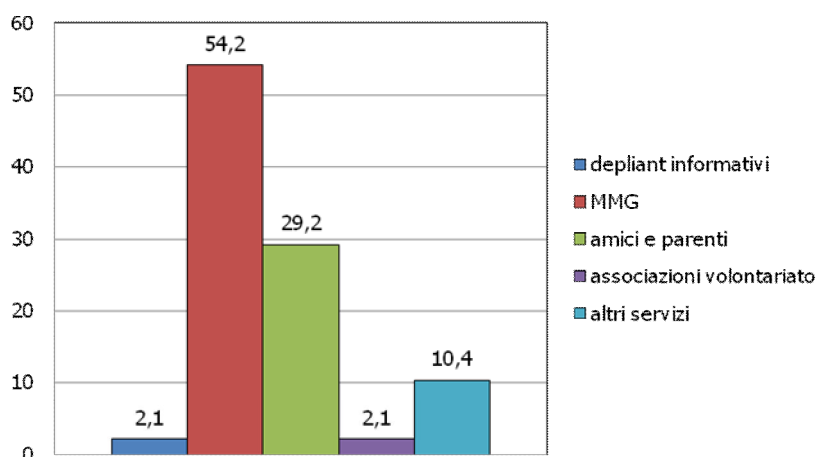


Figura 38. Come è venuto a conoscenza del CSM (%)



L'analisi dell'*item* sulla soddisfazione complessiva evidenzia valori molto alti pari a 9 (in una scala da 1 a 10); anche nei singoli *item* la soddisfazione espressa dagli utenti è molto alta. Nei grafici che seguono sono rappresentati i valori medi di risposta a ciascun *item* del questionario raggruppati per tipologia (Figure 39-41).

Figura 39. Come valuta struttura e organizzazione (%)

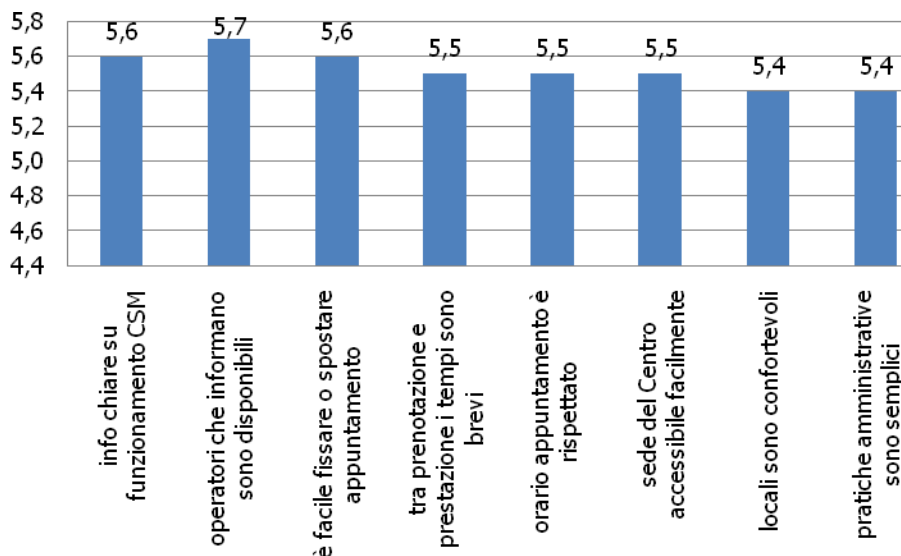


Figura 40. Come valuta gli operatori (%)

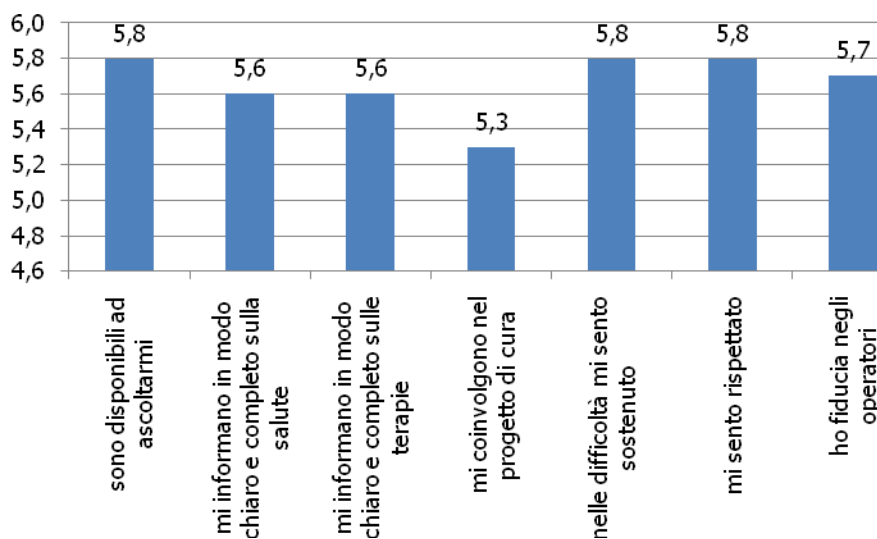
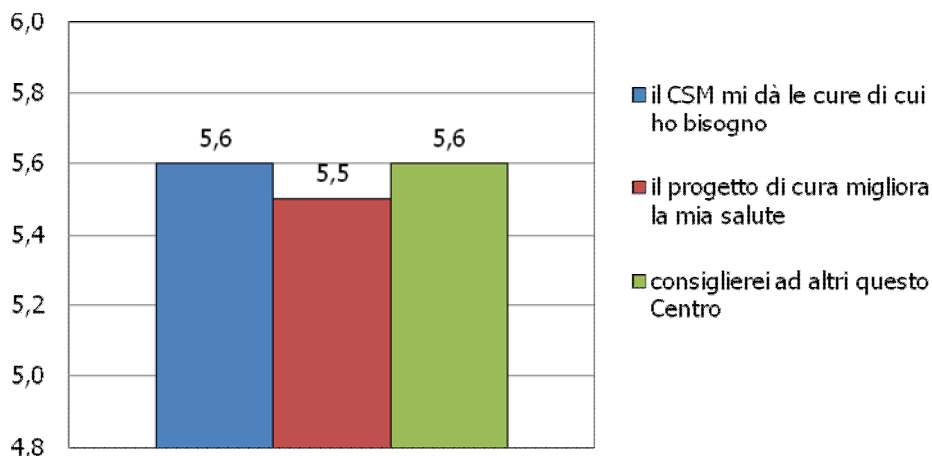


Figura 41. Come valuta le cure ricevute (%)



4.3.3. ... nei CSM di Rimini: uno sguardo ai suggerimenti⁵⁷

La percezione da parte degli utenti di ricevere prestazioni di buona qualità rappresenta un obiettivo auspicabile per un servizio psichiatrico centrato sulla risposta ai bisogni di cure. Inoltre, dalle evidenze della letteratura emerge come la *patient satisfaction* sia correlata alla *compliance*, che risulta un obiettivo strategico prioritario nella gestione di pazienti psichiatrici gravi, confrontabile con concetti quali l'efficacia-efficienza e l'appropriatezza. Di conseguenza, la soddisfazione dei pazienti diventa un "pre-requisito della qualità delle cure" (Giarelli, 2002). Da qui la necessità da parte dei Centri di salute mentale di dotarsi di strumenti appropriati per verificare il giudizio degli utenti sulla loro esperienza con il servizio.

Il CSM di Rimini ha intrapreso da circa dieci anni un percorso di valutazione della soddisfazione degli utenti, con indagini periodiche (mediamente triennali): in un primo tempo sono stati utilizzati strumenti validati (VSSS-32; Ruggeri, 1994), successivamente questionari adattati al contesto, più semplici e fruibili.

Allo stato attuale, sulla base del lavoro sviluppato dal gruppo multidisciplinare regionale costituito da operatori della salute mentale e delle dipendenze patologiche, è stato utilizzato un questionario, che il nostro CSM ha sperimentato nel novembre 2008 nell'ambito della ricerca pilota regionale.

Il questionario è stato autosomministrato con il supporto di un operatore in turno (CSM di Riccione) o di un referente dedicato (CSM di Rimini). La somministrazione è avvenuta senza alcuna pre-selezione, dopo la fase preliminare di pianificazione, formazione del personale e comunicazione della ricerca agli utenti. Nella fase preliminare di comunicazione e formazione degli operatori ci è parso utile affrontare alcune questioni rilevanti:

⁵⁷ A cura di Nicola Carluccio e Riccardo Sabatelli - DSM-DP, Azienda USL di Rimini.

- le perplessità e le resistenze culturali e organizzative legate a una ricerca che si basa sul giudizio di utenti psichiatrici sul lavoro svolto dagli operatori;
- i limiti legati a un processo di autovalutazione con una peculiare diversità rispetto alle valutazioni precedenti: in pratica si è passati dalla coincidenza dei ruoli di "committente e ricercatore/oggetto di indagine" alla differenziazione fra "committente" (in questo caso l'ASSR) e "ricercatore/oggetto di indagine" (l'Azienda USL), con conseguente maggiore diffidenza iniziale del sistema;
- tra i problemi essenziali che un servizio deve affrontare prioritariamente in studi valutativi di questo tipo, non vanno trascurati quelli organizzativi (ambientali) che sono indipendenti dalla volontà del gruppo di lavoro.

Proprio a partire da tali elementi di riflessione critica si è optato fin dall'inizio per un approccio che si riferisce ai principi del modello alternativo (*responsive constructivist evaluation*) di Guba e Lincoln (1989): esso suggerisce di tenere in conto i diversi punti di vista in gioco (operatori e utenti) nei processi di valutazione e, nel migliore dei casi, sviluppare metodi che possano contare su un processo interattivo e negoziato tra i soggetti interessati; un altro aspetto fondante è rappresentato dal concetto che

il singolo utente è in grado di giudicare la qualità su alcuni aspetti dei servizi ricevuti soprattutto nella sua dimensione relazionale.

(Altieri, 2002)

Tornando alle modalità di somministrazione dello strumento:

- nel CSM di Rimini si è optato di utilizzare un referente che non fosse coinvolto nell'assistenza diretta dei pazienti. Per una coincidenza casuale, ciò è stato possibile, a vantaggio di una maggiore capacità di osservare e descrivere l'impatto e le criticità emerse. Inoltre, la possibilità di supporto ai pazienti ha determinato una minore percentuale di rifiuti e schede non valide e/o non restituite, rispetto alle indagini precedenti;
- nel CSM di Riccione invece la non disponibilità di operatori da sottrarre all'attività assistenziale ha orientato l'indagine verso la modalità autosomministrata con minore sostegno da parte degli operatori.

Nei due Centri di salute mentale del DSM di Rimini hanno risposto 158 utenti (schede compilate e valide). La correttezza e la semplicità del questionario hanno favorito l'adesione al sondaggio con pochi rifiuti (3% rispetto al 12% della prima valutazione della soddisfazione degli utenti condotta nel 1999). Lo strumento utilizzato è risultato appropriato rispetto alle dimensioni dell'esperienza dell'utenza con il Servizio: nessun paziente ha segnalato *item* irrilevanti o incongrui rispetto all'esperienza vissuta.

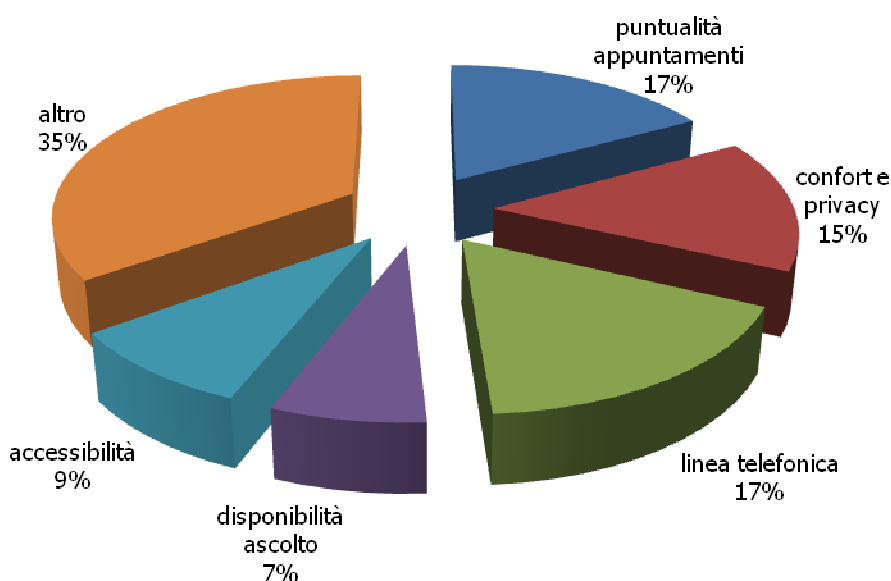
Oltre all'analisi dei dati riguardanti le macro-aree di valutazione della qualità, ci si è soffermati sull'analisi delle risposte alle domande aperte.

Suggerimenti, commenti e reclami da parte dei pazienti (analisi della domanda aperta)

L'analisi condotta sulla domanda aperta descrive i rilievi critici mossi al CSM e li raggruppa "per frequenza e area tematica di criticità": essa è stata realizzata per verificare la fruibilità del questionario in alternativa agli strumenti rappresentati dal percorso della segnalazione dei reclami, ai quali gli utenti dei Servizi di salute mentale accedono con difficoltà.

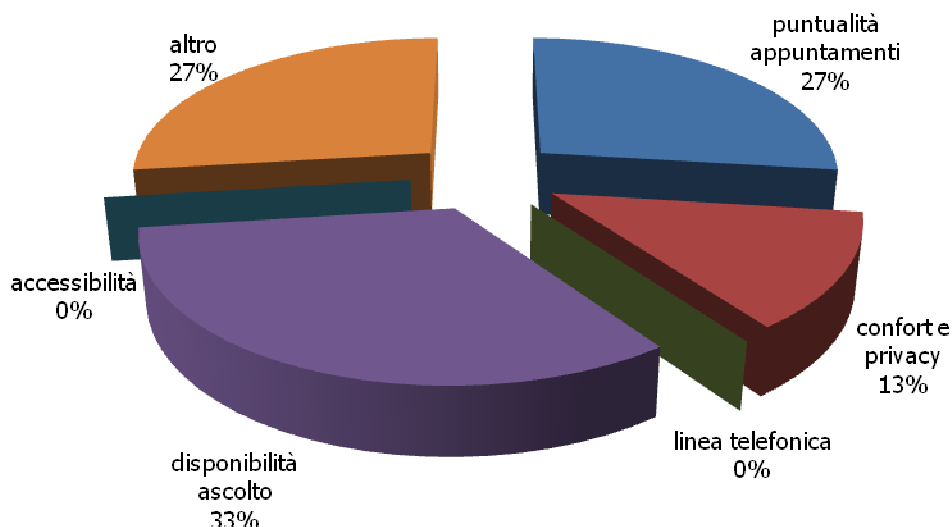
Nel CSM di Rimini ha risposto alle domande aperte il 46% degli utenti (n. 55) che hanno restituito il questionario compilato e valido (n. 121). I temi più rilevanti sollevati riguardano principalmente aspetti organizzativi (il 17% dei rilievi sono su puntualità appuntamenti e linea telefonica) e comfort/privacy (15% dei rilievi) (Figura 42).

Figura 42. Suggerimenti degli utenti CSM di Rimini



Nel CSM di Riccione hanno risposto alle domande aperte 15 utenti (41%) su un totale di 37 schede valide. I temi più rilevanti sollevati dagli utenti riguardano anche in questo caso aspetti organizzativi (il 27% dei rilievi è su puntualità appuntamenti), ma anche aspetti relazionali (il 33% dei rilievi è riferito alla disponibilità all'ascolto) (Figura 43).

Figura 43. Suggerimenti degli utenti CSM di Riccione



In entrambe le realtà sono praticamente assenti suggerimenti su aspetti tecnici. Viene riportata una singola segnalazione per un migliore aggiornamento professionale, la necessità di disporre di mediatori culturali, un maggiore coinvolgimento dei familiari.

Le prossime tappe

La prima tappa di tale processo è stata raggiunta con la presentazione dei risultati ai professionisti coinvolti nel corso della riunione generale. Ne è scaturito un dibattito acceso e sono emerse proposte di modifiche da parte delle diverse figure professionali. Alcune azioni di miglioramento sono state già adottate: ad esempio la rimodulazione dei turni e il miglioramento della comunicazione tra il punto di accoglienza e i medici in turno. Altre azioni prioritarie di tipo strutturale sono state confermate e verranno adottate soluzioni specifiche.

Le tappe successive del percorso prevedono:

- elaborazione di un poster che presenta i risultati dell'indagine lavoro, a disposizione di tutti i pazienti nelle sale di attesa;
- proposta di un progetto di integrazione della valutazione con questionario con una tecnica qualitativa, come il focus group, per discutere con gruppi di pazienti le dimensioni di cura segnalate come critiche, rispetto al peso da essi attribuito;
- successivamente si valuterà la possibilità di negoziare i contributi di miglioramento proposti dagli operatori con quelli ottenuti dal confronto con i pazienti e altri interessati;
- dare il giusto rilievo anche al parere dei rappresentanti dei pazienti e dei familiari (associazioni) rispetto alle criticità emerse e ai miglioramenti proposti.

La nostra osservazione sul campo ha rivelato come una fase preliminare di migliore informazione rivolta agli utenti possa aiutare il processo stesso di valutazione attraverso una partecipazione più consapevole al processo valutativo (*empowerment*).

Un punto di forza di questo approccio è rappresentato dal superamento delle perplessità sollevate da chi ritiene tali sondaggi influenzati dal fatto che rispondano i pazienti più soddisfatti e quelli che non hanno timori etici sugli scopi del sondaggio (o forse quelli meglio informati).

Infine un auspicio per indagini sulla qualità percepita è quello di fare in modo che queste non diventino un dovere istituzionale, ma attraverso l'enfatizzazione e la descrizione delle cose che non piacciono agli utenti, possano aumentare la sensibilità dei professionisti e la fiducia degli utenti rispetto alla possibilità di incidere sulle decisioni in presenza di standard riferiti a fattori di cura prioritari per gli utenti e correlati alla capacità di adesione e partecipazione attiva ai percorsi di cura.

4.4. La diffusione dei risultati

4.4.1. ... come processo interno all'organizzazione nell'Azienda USL di Modena: dalla relazione annuale alla progettazione del miglioramento⁵⁸

Per qualsiasi indagine di qualità percepita, così come per qualsiasi valutazione della qualità di un'organizzazione, si pone il problema della diffusione dei risultati e della pianificazione delle azioni di miglioramento che ne scaturiscono.

L'attività di valutazione risulta piuttosto impegnativa per gli attori coinvolti, e talvolta anche onerosa da un punto di vista strettamente economico (invio postale di questionari, somministrazione di interviste telefoniche, ecc.): solo la reale volontà da parte dell'organizzazione di valutarsi e introdurre i cambiamenti necessari può giustificare tale impegno.

Nonostante questa consapevolezza che anima qualsiasi attività di valutazione, la fase conclusiva delle indagini incontra frequentemente delle difficoltà.

Un aspetto da tenere in considerazione a tal proposito è quello della disponibilità delle informazioni ottenute dal processo di valutazione: dovrebbe essere l'appropriato livello decisionale a disporre, e in un formato tale da consentire agevolmente di estrapolare le criticità, definire le priorità di intervento, individuare le ipotesi di miglioramento e intraprendere concrete azioni correttive. Solo in questo modo è infatti possibile passare dalla valutazione all'azione. Troppo spesso invece l'informazione, confinata agli operatori dei servizi valutati o a servizi di supporto privi di funzioni gestionali (ad es. gli Uffici qualità), non è in grado di determinare modifiche effettive e significative del sistema di erogazione dei servizi.

⁵⁸ A cura di Viola Damen - Ufficio Qualità
Chiara Gabrielli e Giancarlo Gibertoni - DSM-DP
Azienda USL di Modena.

A tal proposito la riflessione del gruppo regionale presentata nel Dossier *La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi* (Calderone *et al.*, 2006) indica con chiarezza la necessità di coinvolgere il personale e al contempo la Direzione nella valutazione dei risultati e nella progettazione delle azioni di miglioramento:

i membri della Direzione dovrebbero essere informati dei risultati e coinvolti nella individuazione delle aree prioritarie da migliorare e verso le quali dirigere le azioni; il loro coinvolgimento è fondamentale affinché vi sia il cambiamento desiderato; lo staff dovrà affrontare i vari problemi emersi, pertanto è essenziale che sia a conoscenza di quanto i pazienti hanno segnalato e utilizzi tali informazioni per migliorare i servizi; si raccomanda che lo staff venga coinvolto già nelle fasi di progettazione per avere maggiori garanzie di successo delle nuove idee da implementare.

Secondo un corretto approccio metodologico, le fasi di diffusione dei risultati e di implementazione del miglioramento sono parte integrante della progettazione dell'indagine, proprio perché rappresentano uno snodo cruciale nel processo di miglioramento dei servizi.

Il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda USL di Modena si è confrontato con questo tema in occasione dell'accreditamento istituzionale, dal quale ha tratto le linee guida fondamentali per l'adozione di strumenti volti alla diffusione all'interno dell'Azienda dei propri risultati, primi tra tutti quelli relativi alla soddisfazione degli utenti.

L'esperienza di seguito riportata descrive una modalità di diffusione delle informazioni raccolte ai diversi livelli dell'organizzazione, che avviene mediante la relazione annuale. Si tratta di uno strumento che mira a inserire l'attività di valutazione della qualità percepita - e relativi risultati - all'interno di un più ampio sistema di monitoraggio e di rendicontazione del servizio, così da integrarla con tutti gli altri aspetti relativi alla *performance* dell'organizzazione.

La relazione annuale dipartimentale

Il Dipartimento dispone di diversi strumenti per il monitoraggio della qualità organizzativa e tecnico-professionale dei propri servizi, per la valutazione del clima organizzativo e per l'ascolto degli utenti, a integrazione delle tradizionali modalità di rilevazione e monitoraggio dei dati di attività e costo e dell'andamento degli obiettivi assegnati dai livelli sovraordinati.

La completezza delle informazioni utili a una valutazione complessiva della qualità del servizio non sembrava comunque esaurire la necessità di un'analisi realmente integrata. È nata quindi la proposta di un documento unico che potesse rappresentare in una sola panoramica tutti gli aspetti rilevanti, ed è stato così progettato il modello di relazione di seguito presentato.

Box 10. La relazione annuale dipartimentale nell'Azienda USL di Modena

Valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici assegnati

La prima sezione del documento riporta il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento o alle sue articolazioni per l'anno in corso.

Inclusi tra questi obiettivi, strettamente correlati con le linee strategiche dell'Azienda, vi sono anche quelli relativi alla qualità, che possono riguardare ad esempio la riorganizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico o l'apertura/chiusura/ trasferimento di un servizio. È evidente come la valutazione del raggiungimento di tali obiettivi e in particolare dell'impatto dei risultati sulla *performance* dell'organizzazione possa essere facilitata da una lettura integrata di quanto percepito dagli utenti.

Questa sezione riporta inoltre il consuntivo dell'attività erogata nel corso dell'anno (eventualmente in relazione a quella dell'anno precedente): ciò consente di valutare la produzione di servizi, che, per quanto non costituisca un parametro di valutazione della qualità degli stessi, permette di inquadrarli in termini di efficienza produttiva o più precisamente di sostenibilità a fronte delle risorse disponibili. Ad esempio, un aumento nel flusso giornaliero degli utenti potrebbe determinare un decadimento nella qualità degli aspetti legati all'accoglienza.

Nell'ambito dei dati di attività possono inoltre essere verificate eventuali azioni correttive relative a un adeguamento del servizio alle esigenze degli utenti (ad es. una modifica negli orari di apertura).

Valutazione della qualità tecnica del servizio

La seconda parte riporta, integrando diversi strumenti, gli esiti di valutazioni condotte sia sui processi assistenziali sia sugli *outcome*. Vengono quindi riportati gli indicatori relativi allo standard di prodotto e alle procedure, i risultati di eventuali audit clinici condotti nel corso dell'anno o di verifiche su specifici processi o aree dei servizi (ad es. audit interni).

Anche in questo caso viene effettuata una valutazione congiunta prendendo in considerazione anche gli strumenti di qualità percepita - reclami, suggerimenti o elogi - relativi ad aspetti tecnico-professionali che, seppure più rari nell'ambito della salute mentale - dipendenze patologiche rispetto ad altri settori, forniscono sempre interessanti campanelli di allarme per l'individuazione di aree di miglioramento.

Valutazione dal punto di vista dell'utente

La percezione dell'utente rappresenta la misura finale della qualità del servizio ed è rappresentata nella terza sezione sia in un report sintetico su reclami, suggerimenti ed elogi pervenuti tramite i consolidati canali aziendali, sia con l'esposizione dei risultati delle indagini condotte *ad hoc* (questionari di qualità percepita).

A questi si prevede di affiancare, in analogia con quanto già effettuato per altri dipartimenti, i risultati degli audit condotti dai rappresentanti dei cittadini (CCM e CUF) sul mantenimento degli impegni della Carta dei Servizi.

Risultati innovativi o di eccellenza

L'ultima parte prevede l'esposizione di progetti (e relativi risultati) portati avanti dall'organizzazione nel corso dell'anno e ritenuti particolarmente rilevanti per la loro innovatività o eccellenza. Può trattarsi di un'esposizione più dettagliata di risultati già presentati nelle sezioni precedenti o di una

presentazione di progetti di ricerca, pubblicazioni scientifiche, attività formative di particolare rilievo, riguardanti tematiche quali il miglioramento dell'efficacia, l'umanizzazione dei servizi, la promozione della sicurezza dei pazienti.

A nostro avviso si tratta di una sezione di grande rilevanza in quanto consente al Dipartimento di esplicitare, in coerenza con i risultati raggiunti ed esposti nei punti precedenti, le principali sfide che si trova davanti nel presente e nell'immediato futuro, e le modalità con cui intende fronteggiarle. Si potrebbe dire che se i risultati esposti nelle sezioni precedenti della relazione rispondono alla *mission* del dipartimento, in questa parte del documento ne è espressa la *vision*.

In questa sezione per il DSM-DP hanno trovato spazio, tra tanti, i progetti sulla gestione del rischio clinico e sull'integrazione dei sistemi informativi tra i settori.

In conclusione

La sintesi in un unico documento dei diversi aspetti relativi alla *performance* dell'organizzazione non pretende di esaurire tutte le possibili valutazioni in merito, ma ne agevola sicuramente la diffusione e la condivisione. La lettura integrata consente infatti con maggiore facilità l'individuazione delle priorità di intervento in termini di miglioramento dei servizi ai diversi livelli dell'organizzazione: i singoli servizi, i settori, il Dipartimento, la Direzione aziendale. La redazione del documento di relazione annuale (nel DSM-DP, a partire dal 2004, avviene ogni anno) rappresenta una sfida e un impegno notevole in termini sia di raccolta delle informazioni sia di lettura critica e valutazione delle stesse; il percorso non è ancora pienamente implementato, i tempi di produzione del documento sono lunghi e i contenuti migliorabili, ma riteniamo che si tratti di una direzione su cui vale la pena procedere.

Ad oggi il documento necessiterebbe innanzitutto di essere implementato e migliorato come strumento di comunicazione interna, ma auspichiamo che possa essere sempre più integrato con gli strumenti di rendicontazione indirizzati verso l'esterno dell'organizzazione.

4.5. Le difficoltà organizzative: riprogrammarsi in corso d'opera

4.5.1. Le soluzioni dei SerT di Ravenna⁵⁹

La DGR n. 26 del 2005, tra i requisiti per l'accreditamento dei SerT, prevede la rilevazione periodica della soddisfazione degli utenti.

Il Direttore della UO Dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Ravenna, in occasione della visita istituzionale per l'accreditamento da parte dei valutatori regionali, ha nominato un responsabile qualità e ha istituito un gruppo di lavoro multiprofessionale che si occupasse di produrre tutta la documentazione richiesta dai requisiti generali e specifici. La visita è stata effettuata nel dicembre 2007 con esito positivo.

Tale gruppo si incontra tuttora periodicamente per mantenere aggiornata la documentazione e, in occasione della rilevazione della qualità percepita, è stato convocato per definire tempi, metodi e responsabilità. Essendo pronto il questionario elaborato dal gruppo regionale, si è deciso di utilizzare questo strumento.

Nel corso della riunione si è deciso:

- di fare stampare un numero adeguato di questionari e di farli consegnare nelle tre sedi di Ravenna, Lugo e Faenza;
- di costruire urne colorate e accattivanti per la raccolta dei questionari;
- di individuare il periodo temporale (2 settimane consecutive del mese di maggio) nel quale somministrare il questionario contemporaneamente nelle tre sedi;
- di identificare gli operatori dedicati a proporre la compilazione del questionario agli utenti, sottolineando l'importanza di raccogliere suggerimenti per il miglioramento.

Il responsabile qualità avrebbe coordinato la rilevazione nelle tre sedi. Per gravi motivi personali il responsabile qualità si è dovuto assentare proprio nel periodo previsto per la somministrazione, ma la dettagliata pianificazione del lavoro da svolgere e il conferimento delle responsabilità ha permesso di procedere senza difficoltà. È stato raccolto un numero adeguato di questionari che sono stati inseriti nel *database* ed elaborati.

Questa esperienza ha confermato che la presenza di un gruppo multiprofessionale accreditamento che si incontra a cadenza periodica, la suddivisione dei compiti con responsabilità chiaramente identificate e una dettagliata pianificazione permettono di avere conoscenze diffuse e un Sistema qualità funzionante.

⁵⁹ A cura di Marcella Fanelli - DSM-DP, Azienda USL di Ravenna.

4.6. Uno sguardo d'insieme

4.6.1. Il percorso nel DSM-DP di Forlì⁶⁰

Il Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) dell'Azienda USL di Forlì è costituito da quattro Unità operative:

- Psichiatria adulti (UO PSI), che a sua volta comprende le due strutture semplici Centro salute mentale e Servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- Dipendenze patologiche (UO DP);
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UO NPJA);
- Psicologia.

Tra i requisiti generali dell'accreditamento istituzionale (DGR 327/2004), il Capitolo 3 "Comunicazione" fa riferimento al possesso di evidenze sulla "modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto degli utenti (gestione reclami, questionari di soddisfazione, ...)".

Nel corso di questi anni, anche in relazione alla necessità di consolidare questo requisito di accreditamento, per valutare la soddisfazione dal lato dei cittadini sono state condotte diverse esperienze utilizzando strumenti con caratteristiche analoghe ma diversi tra loro.

Nel presente capitolo descriviamo l'evoluzione di queste indagini nell'ambito della nostra esperienza cercando di dare uno sguardo d'insieme sul percorso compiuto sino a ora e traendone, se possibile, indicazioni utili per gli orientamenti futuri.

L'indagine precedente

Nel 1996 nel DSM-DP di Forlì si condivise la decisione di promuovere l'iniziativa "Valutazione della qualità percepita" in modo unitario nell'ambito delle Unità operative dipartimentali, coerentemente con le scelte operate per la verifica istituzionale, in occasione della quale fu redatto un Manuale di accreditamento comune a tutto il DSM. Questa azione consentì di analizzare in maniera trasversale processi, procedure, realtà organizzative e operative di tutto il Dipartimento.

Lo strumento adottato per valutare il livello di qualità percepita fu un questionario unico invece che altri strumenti di intervista, elaborato in relazione ad alcune caratteristiche principali:

- possibilità di raggiungere agevolmente la popolazione assistita;
- semplicità di formulazione delle domande e di somministrazione del questionario;
- facilità di registrazione delle risposte;
- economicità (il questionario, standardizzato, poteva essere somministrato contemporaneamente a un alto numero di utenti, permettendo un risparmio di tempo e risorse rispetto allo strumento dell'intervista aperta);
- velocità di elaborazione e presentazione dei dati (facilmente gestibili attraverso l'uso di *software* informatici di agevole accesso, quali Excel e SPSS).

⁶⁰ A cura di Alda Colleoni e Claudio Ravani - DSM-DP, Azienda USL di Forlì.

La caratteristica più rilevante conferita al questionario unico fu la dimensione temporale, in quanto veniva richiesto all'utente/paziente di valutare:

- il prima (inviante, prenotazione, accesso);
- il durante (modalità di erogazione della prestazione, confort della struttura al momento dell'accesso, ecc.);
- il dopo (giudizi complessivi a posteriori sulle informazioni ricevute, sugli ambienti, sulla qualità delle cure ricevute).

Le aree indagate vennero individuate tenendo conto delle norme di riferimento (DLgs 502/1992 art. 14, I parte "Qualità percepita: i contenuti"), circoscritte a quattro ambiti, in ognuno delle quali veniva sviluppata l'analisi approfondita di specifici aspetti del servizio attraverso l'insieme delle domande.

Il questionario si componeva di 30 domande chiuse aventi come oggetto da un lato l'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e dall'altro le caratteristiche socio-anagrafiche del compilatore. Veniva inoltre introdotta una domanda aperta al fine di consentire la raccolta di suggerimenti utili per migliorare la qualità del servizio.

Per la valutazione dei singoli *item* si utilizzò una scala bilanciata a 6 o 4 valori, 3 o 2 giudizi positivi, 3 o 2 giudizi negativi: veniva chiesto in questo modo a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi o negativi del servizio indagato, evitando giudizi neutri. Laddove non fosse richiesta una valutazione complessiva del servizio e delle aree tematiche, veniva sempre fornita la possibilità del "non so".

Le conclusioni a cui l'analisi dei dati aveva condotto individuava alcuni ambiti su cui intervenire con azioni di miglioramento:

- il rapporto con il personale (presenza di informazioni in merito al percorso diagnostico, gentilezza degli operatori);
- aspetti organizzativi (gestione delle agende, liste di attesa, gestione della *privacy*);
- aspetti strutturali (inadeguatezza delle sedi, segnaletica insufficiente).

L'indagine con il questionario regionale

Tenendo conto di quanto emerso in questa precedente valutazione della soddisfazione, sia in termini di caratteristiche dello strumento che di risultati emersi, nel novembre 2009 è stata riproposta l'esperienza di valutazione con rilevanti differenze rispetto a quanto sperimentato prima:

- si è scelto di adottare questionari diversi fra loro e specifici per ogni Unità operativa;
- si è scelto di adottare, ove possibile, i questionari messi a punto dal Gruppo regionale, utilizzando quelli già approntati.

Nella valutazione condotta all'interno del Gruppo di lavoro del DSM-DP, il fattore determinante di questa scelta è stato individuato nella possibilità di disporre di dati e informazioni che consentissero (anche in fasi successive, non sincroniche) una comparazione di *performance* a livello di Unità operativa attraverso metodiche di *benchmarking* con altre realtà regionali (vedi *Capitolo 3*).

La specificità dei questionari ha permesso di affrontare alcune delle criticità presentate dallo strumento adottato in precedenza, relativamente sia all'*output* che all'*outcome* clinico, non indagati in quanto un unico strumento di indagine non poteva tenere conto delle specifiche caratteristiche degli utenti seguiti nelle diverse UO.

In termini di impatto generale, se confrontata con la precedente, la nuova sperimentazione ha evidenziato un maggior numero di questionari raccolti, sia nel CSM (ne sono stati raccolti il doppio) sia nella UO Dipendenze patologiche (ne sono stati raccolti il triplo). Questo dato può essere in buona parte ricondotto a:

- un maggiore coinvolgimento degli operatori nella somministrazione dei questionari;
- una maggiore consapevolezza dell'utilità dello strumento;
- una migliore fruibilità dello strumento da parte degli utenti.

Come per la precedente rilevazione, i dati positivi sono distribuiti con una percentuale media maggiore all'80% nelle due Unità operative, in particolare nel giudizio complessivo il CSM ottiene un giudizio positivo dal 93,7% degli intervistati, la UO DP dall'80%.

Le aree indagate che presentano il numero più rilevante di risposte di non soddisfazione riguardano aspetti organizzativi e strutturali: in particolare nel DSM il 15,3% dei rispondenti ritiene il tempo di attesa tra la prenotazione e l'erogazione della prestazione troppo lungo; anche la facilità nel fissare o spostare un appuntamento raggiunge il 9,7% di giudizi negativi; il comfort delle sedi ottiene il maggiore numero di valori negativi 15,7%, in particolare per la sede di Forlì, dato sostanziato dai numerosi suggerimenti registrati nella domanda aperta.

Analogamente, nella UO Dipendenze patologiche le percentuali nelle stesse domande si possono connotare come criticità, in quanto hanno riportato valori negativi (tra 0 e 3 nella scala bilanciata) dal 15% del campione indagato.

Inoltre, l'orario di apertura della UO non è adeguato alle esigenze per il 20,3% dei rispondenti: quest'ultimo dato ha riguardato la maggior parte dei suggerimenti registrati dalla domanda aperta. Questo risultato è analogo a quanto indicato dalla precedente rilevazione ed è indice di criticità sulle quali l'organizzazione deve continuare a interrogarsi per operare ulteriori processi di cambiamento e azioni di miglioramento, attraverso il coinvolgimento diffuso di tutti gli attori.

Se confrontati con la precedente rilevazione, i dati evidenziano una modificazione dei valori ma alcune aree di criticità sono rimaste: ad esempio nel 2006 la popolazione del UO Psichiatria adulti aveva risposto alla domanda relativa ai tempi di attesa con giudizi negativi pari al 20%; nell'attuale rilevazione, pur essendo diminuiti al 15,3%, hanno mantenuto una connotazione di area critica. Un altro dato confrontabile tra le due rilevazioni riguarda il comfort delle sedi nell'UO DP: nella prima rilevazione i giudizi negativi raggiungevano il 26,1% dei rispondenti; in quella del 2009, pur essendo diminuiti, risultano alti (15%) rispetto ai giudizi negativi forniti in altri *item*.

Dati che ci sembrano significativi, ma sui quali non è possibile fare un confronto in quanto introdotti dai nuovi questionari, riguardano la domanda "Il progetto di cura migliora la salute": l'87,3% degli intervistati risponde positivamente nel CSM; tale dato viene confermato nella UO Dipendenze patologiche, pur diminuendo leggermente

all'83,7%. Analogamente l'88,8% degli intervistati nel CSM si sente coinvolto nel progetto di cura, mentre nella UO DP la percentuale è dell'84,3%.

Questi dati sembrano essere correlati con quelli riportati nell'ultima domanda del questionario che richiede un giudizio di soddisfazione complessiva con una scala bilanciata (da 1 a 10): se attribuiamo una valenza negativa ai valori fino al 5 e una valenza positiva a quelli dal 5 al 10 risultano soddisfatti il 93,7% dei rispondenti nell'UO Psichiatria adulti (con una prevalenza di valori nei punteggi tra 8 e 10), e l'83% dei rispondenti nell'UO Dipendenze patologiche (con una prevalenza di valori tra 7 e 10).

Un ultimo elemento estremamente significativo nella lettura dei dati riguarda, a nostro avviso, le percentuali che indicano in quale misura gli utenti che hanno risposto ai questionari si sentono rispettati nel loro processo di cura; ci sembra uno dei parametri ineludibili per comprendere la qualità delle relazioni interpersonali nel Servizio e per determinare la possibilità di creare presupposti per rapporti connotabili come terapeutici (e umani): nel CSM l'88,2% degli utenti risponde positivamente, mentre nella UO Dipendenze patologiche questo valore sale al 94,4%.

In questa breve sintesi non abbiamo riportato quanto emerso dalle due rilevazioni nella UO NPJA (2006 e 2009), non avendo utilizzato in questo caso nella seconda rilevazione lo strumento condiviso del Gruppo regionale perché non ancora disponibile, ma il medesimo strumento adottato nel 2006: ciò costituirà il prossimo impegno per gli operatori di questa Unità operativa.

In conclusione

Questa seconda sperimentazione a tutto campo nel DSM-DP ha consentito di rilevare:

- una percentuale maggiore di questionari compilati, adottando lo strumento regionale;
- dati sui diversi *target* della popolazione rispetto al gradimento del servizio ricevuto, in termini di bisogni di salute ma anche di aspettative di servizio;
- dati significativi per l'organizzazione e per promuovere azioni di miglioramento;
- criteri per l'allocazione di risorse sia economiche che umane;
- eventuali scostamenti significativi tra sedi diverse di erogazione all'interno della stessa UO;
- dati che ci consentano di monitorare la *performance* della stessa Unità operativa nel tempo;
- dati che consentiranno di comparare la *performance* di una Unità operativa attraverso metodiche di *benchmarking* con altre realtà.

4.6.2. Il Sistema qualità e accreditamento e la rilevazione della qualità percepita nel DSM-DP di Modena⁶¹

La partecipazione e l'ascolto dei cittadini è tema noto a chi si occupa della qualità dei servizi socio-sanitari, ma sempre nuova e differente ne è la declinazione operativa e concreta nei diversi livelli organizzativi.

Il riconoscimento ai cittadini di un ruolo di interlocuzione attiva con i servizi - sia nella fase di programmazione sia in quella di erogazione delle prestazioni - non solo dà corpo e sostanza a un diritto costituzionalmente sancito, ma facilita anche la creazione di un legame di fiducia e *compliance*, essenziale per un'efficace presa in carico e per una buona prosecuzione del rapporto di cura.

In questa ottica, la valutazione della qualità da parte dei fruitori dei servizi (cittadini, utenti, pazienti) assume lo specifico significato di strumento utile al miglioramento continuo della qualità e dell'efficacia dei servizi, seppure anch'esso in costante evoluzione per quanto attiene a senso, utilità, metodi e utilizzo delle informazioni che ne scaturiscono.

Il Sistema qualità e accreditamento ha la responsabilità di supportare le articolazioni aziendali rispetto alla rilevazione della qualità dal punto di vista dell'utente e all'utilizzo di tali informazioni per il miglioramento dei servizi - anche integrandole con altri elementi di valutazione delle *performance*, oltre che all'individuazione delle più appropriate modalità di coinvolgimento degli utenti nei processi di gestione della qualità dei servizi.

Il percorso affrontato con il DSM-DP ha previsto l'utilizzo, a partire dal 2004, di strumenti (questionari) per la rilevazione della qualità percepita nell'ambito della psichiatria e della neuropsichiatria, e dal 2007 anche presso i Servizi per le dipendenze patologiche.

Gli strumenti utilizzati, seppure personalizzati per ciascun contesto, risultavano sufficientemente confrontabili, così da permettere anche una valutazione trasversale sia tra Unità operative dello stesso settore sia tra i diversi settori.

La confrontabilità è una delle caratteristiche che riteniamo debba essere sempre ricercata in questo tipo di analisi, in cui lo standard di riferimento non può che essere il *best in class*, sia esso a livello aziendale o regionale. Questo approccio ha infatti sempre consentito al Dipartimento di individuare al proprio interno le buone pratiche e, quando possibile, di trasferirle da una realtà all'altra.

Un altro aspetto che ha sempre guidato la progettazione di questi tipi di indagine è la sistematicità della valutazione, che può essere garantita solo disponendo di più punti di vista e di più strumenti in grado di cogliere i molteplici aspetti della qualità del servizio.

Per questo motivo le indagini di qualità percepita sono state sempre condotte parallelamente a indagini di soddisfazione del personale (questionari di clima organizzativo). In tal modo riteniamo possibile, soprattutto in servizi in cui la componente umana e la relazione interpersonale rivestono un ruolo così fondamentale, cogliere da un lato eventuali reciproci influenzamenti (ad es. il personale insoddisfatto degli ambienti in

⁶¹ A cura di Luisa Iannotti, Chiara Gabrielli, Giancarlo Gibertoni - Azienda USL di Modena.

cui svolge il proprio lavoro se ne lamenta con l'utenza, influenzandone il giudizio), dall'altro condizioni, momenti, eventi (es. riduzioni di personale, modifica delle procedure operative, ecc.) che determinano modifiche della percezione della qualità erogata/fruita in tutti gli attori del processo.

Un altro aspetto importante è stata l'individuazione di responsabilità e contesti specifici per la valutazione complessiva della qualità:

- Gruppo di regia (Direttore di Dipartimento, Direttori di settore, staff della Direzione, RAQ di Dipartimento e di settore, responsabile Sistema qualità e accreditamento);
- rete dei referenti della qualità, della formazione e del Sistema informativo (RAQ, RAF, RASI);
- gruppi interaziendali legati al monitoraggio della qualità (es. Gruppo congiunto per la qualità nelle dipendenze patologiche).

A questa linea storica si è aggiunta un'ulteriore opportunità che deriva dall'approvazione nel marzo 2009 della DGR n. 313 "Piano attuativo salute mentale 2009-2011".

Attraverso il Piano la Regione Emilia-Romagna promuove infatti una co-responsabilizzazione di tutti i soggetti inclusi nella rete della salute mentale - compresi utenti e familiari - prevedendo l'istituzione di un organismo denominato Comitato utenti e familiari (CUF). Il Piano quindi delinea una visione partecipata della politica regionale di salute mentale.

L'Azienda USL di Modena recepisce tali indicazioni e nel luglio dello stesso anno approva la deliberazione n. 166 per la costituzione del CUF aziendale. Con tale atto si definiscono anche le funzioni di questo organismo, orientate:

- alla promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel nostro territorio, della tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita;
- alla qualità dei servizi, delle attività e delle prestazioni erogate;
- alla valutazione dei bisogni nel settore;
- all'organizzazione delle Unità operative del DSM-DP;
- al monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza;
- al monitoraggio della realizzazione del Piano attuativo salute mentale a livello locale.

Il Sistema qualità e accreditamento si è quindi orientato verso l'ideazione e implementazione di un sistema delle valutazioni del punto di vista degli utenti in cui integrare le varie fonti informative finalizzate alla valutazione della qualità percepita, coinvolgendo sia nella fase di pianificazione sia in quella di verifica del CUF, mutuando esperienze già condotte a livello aziendale in collaborazione con i CCM.

Il sistema è governato dal SQ attraverso la pianificazione delle verifiche (attività, tempi, modalità, responsabilità), concordata con le associazioni degli utenti.

La programmazione è supportata da un sistema informativo in uso al Sistema qualità dal 2008 che consente di integrarla con le verifiche ispettive interne per l'accreditamento e di monitorarne i risultati nel tempo.

Ambito prioritario di attuazione di tali verifiche è quello dell'audit interno, che vede la presenza, per le parti di competenza, dei rappresentanti dei cittadini, e che si conclude con la programmazione degli interventi di miglioramento. Le maggiori criticità riscontrate nell'applicazione di tale metodologia sono di carattere strettamente operativo e legate alla necessità di rispettare esigenze diverse (disponibilità dei professionisti e dei cittadini) e alla complessità dell'organizzazione e della distribuzione geografica dei servizi. Ad oggi il metodo è stato applicato solo ad alcune Unità operative (dimensioni medio-piccole e con buona integrazione sul territorio) e non all'intero Dipartimento. Riteniamo comunque che la trasferibilità di tale metodo sia concreta e sperimentabile anche in altri contesti.

4.7. Esportare soluzioni

4.7.1. Utilizzare/adattare il questionario "degenza" per il SPDC di Forlì⁶²

L'esperienza descritta nel presente contributo è stata condotta all'interno del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Forlì a partire dal novembre 2009.⁶³

Nell'ambito della rilevazione di soddisfazione dell'utenza estesa a tutte le Unità operative del DSM-DP, il Gruppo di lavoro dipartimentale ha optato per l'utilizzo di un questionario (vedi *Allegato 3*) che costituisce una versione rielaborata di quello presentato dalle "Linee guida metodologiche regionali" per le UO di degenza ospedaliera delle Aziende dell'Emilia-Romagna.

Con questa esperienza pilota si è voluta in primo luogo verificare l'adottabilità di uno strumento elaborato per ottenere e organizzare informazioni dalla parte dei cittadini ricoverati in reparto ospedaliero, strumento quindi analogo per forma e contenuti, salvo piccoli adattamenti, a quello proposto per i reparti di degenza ordinaria. Si è voluta inoltre esplorare, creandone i necessari presupposti, la confrontabilità dell'esperienza di ricovero in ambito psichiatrico con quella del ricovero ospedaliero, secondo un'ipotesi di lavoro che privilegia il confronto dell'esperienza della persona che vive il ricovero, più che quella del paziente con diagnosi specifica messo a confronto con la specializzazione dei trattamenti ricevuti.

Infine, all'interno della rilevazione della qualità percepita, questo questionario così codificato ha l'ulteriore obiettivo di utilizzare uno strumento validato di natura quantitativa che possa fornire, oltre a un *benchmarking* affidabile, risultati di *performance*

⁶² A cura di Alda Colleoni e Claudio Ravani - DSM-DP, Azienda USL di Forlì.

⁶³ Il DSM-DP dell'Azienda USL di Forlì è costituito da quattro Unità operative, tutte interessate dalla sperimentazione sulla rilevazione della soddisfazione dell'utenza, pur se con strumenti e modalità particolari: UO Psichiatria adulti (UO PSI) che a sua volta comprende le Strutture semplici Centro salute mentale e Servizio psichiatrico di diagnosi e cura; UO Dipendenze patologiche (UO DP); UO Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UO NPJA); UO Psicologia.

utili ad attivare azioni di miglioramento nella qualità delle prestazioni, nella relazione operatori-paziente, nel confort alberghiero.

Il questionario proposto ai pazienti del SPDC analogamente all'originale è scandito per fasi del percorso (prima, durante e nella fase della dimissione) e suddiviso in aree di indagine:

- personale medico, infermieristico e di supporto (informazioni, attenzione ai bisogni, cortesia, aiuto fornito, ...);
- *privacy* (nello scambio di informazioni riservate, nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza);
- aspetti organizzativi (modalità di accesso, collaborazione tra il personale, comunicazione con altri reparti, orari di visita);
- ambienti (confort, igiene, ...);
- servizi alberghieri (qualità del cibo, scelta del menù, ...).

Come scelta metodologica si è ritenuto di non proporre le domande relative al trattamento del dolore (presenti nel questionario proposto nei reparti di degenza ordinaria) in quanto poco rispondenti alla tipologia dei percorsi terapeutici adottati nel SPDC e quindi potenzialmente confusive (e in ogni caso poco significative). Non è stata neppure proposta, rispetto al questionario originale, la parte che si riferisce al ricovero programmato, in quanto nel SPDC non vengono effettuate programmazioni, essendo l'accesso unicamente legato all'urgenza.

Il questionario adottato è composto da 14 domande sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e 9 domande sulle caratteristiche socio-anagrafiche dell'intervistato, (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e situazione di convivenza).

Per valutare i singoli aspetti è stata utilizzata una scala bilanciata a 6 valori, 3 giudizi positivi e 3 negativi: del tutto inadeguato, molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato, del tutto adeguato. Si è cioè optato per una scala che chiede espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi o negativi del servizio indagato, escludendo giudizi neutri. Viene sempre fornita, in ogni caso, la possibilità del "non so".

A partire dal mese di novembre 2009 il questionario è stato proposto a tutti i pazienti ricoverati in SPDC, nelle fasi di poco precedenti la dimissione dal reparto; la rilevazione continuerà senza interruzione fino all'acquisizione di un numero statisticamente significativo di questionari (400 circa), per un periodo presumibilmente superiore all'anno.

Nel momento in cui viene redatto il presente contributo (inizio 2010), il numero di questionari raccolti non permette di formulare ipotesi attendibili di risultato; si possono tuttavia notare già alcuni aspetti significativi, chiaramente da confermare o modificare quando si avrà il campione completo.

Da una prima lettura dei dati emerge un'alta adesione alla compilazione dello strumento di rilevazione (se confermato, questo costituisce di per sé un elemento significativo rispetto alle attese).

La lettura di questo primo campione disponibile rivela inoltre un ulteriore elemento degno di riflessione: si delinea una sostanziale soddisfazione rispetto alle cure ricevute (92,6% sul totale dei rispondenti) il che, trattandosi non raramente di ricoveri nei quali il consenso e/o la collaborazione alle cure sono oggetto del lavoro terapeutico più che il presupposto iniziale dell'accesso in reparto, riporta al tema affrontato inizialmente: l'esperienza del ricovero dal punto di vista della persona - che si è sentita realmente presa in cura, al di là del problema diagnostico - forse non è tanto diversa per un paziente ricoverato presso un SPDC rispetto a un paziente in un altro reparto dell'ospedale. Attendiamo dati a confronto per comprendere meglio questo *item* e le sue eventuali correlazioni significative.

Una ulteriore osservazione in questo primo campione consiste nel rilievo di una distribuzione diversificata di valori positivi e negativi nelle 14 domande, elemento suggestivo di una percezione dei pazienti con ampi margini di soggettività e autonomia di giudizio, e probabilmente di un diverso impatto personale dell'esperienza in funzione di aspetti che si dovranno meglio comprendere e verificare.

Nonostante il numero ancora limitato di questionari raccolti, emergono in modo già significativo alcune aree di criticità relative alle informazioni e al materiale informativo ricevuti al momento del ricovero: il 33% dei pazienti che hanno risposto al questionario hanno espresso giudizio negativo o affermano di non avere ricevuto informazioni. Questi dati andranno ulteriormente monitorati ed eventualmente avvalorati con l'allargamento del campione, per poter sostanziare e operare azioni di miglioramento sia dal lato dei cittadini che da quello dell'organizzazione.

I dati futuri saranno motivo di confronto e di riflessione con quanto emergerà dalla somministrazione dei questionari nelle altre realtà ospedaliere della Regione, per quanto riguarda gli *item* coincidenti e, auspicabilmente, anche da rilevazioni confrontabili attivate negli altri Servizi psichiatrici di diagnosi e cura regionali.

5. Conclusioni: le prospettive per il sistema regionale di rilevazione della qualità dei servizi nel DSM-DP⁶⁴

5.1. Alcune riflessioni sui risultati

La ricerca della valutazione della soddisfazione nei Servizi per le dipendenze o la salute mentale ha segnato uno spartiacque culturale tra periodi diversi, in quanto per anni è stata un'attività poco o per nulla approfondita - nonostante il DLgs n. 502/1992 e successivi decreti -, soprattutto perché si è sempre ritenuto che la complessità insita in questo tipo di utenza rendesse impossibile costruire un sistema valido e attendibile di valutazione, e soprattutto che la soddisfazione dell'utente tossicodipendente o con problematiche psichiatriche fosse altamente influenzata dalle condizioni e dalle istanze della sua malattia. Ad esempio, quando nel 1997 sono stati adottati in via sperimentale diversi strumenti di valutazione della soddisfazione dei Servizi per le dipendenze,⁶⁵ il progetto ha trovato, come spesso accade nelle attività innovative, da un lato fervidi sostenitori, dall'altro operatori che sono stati a osservare perplessi quali risultati il sistema potesse portare nell'ambito dei servizi.

Dai dati esposti emergono sia punti di forza sia punti di criticità che possono costituire elementi di riferimento per le azioni di miglioramento. I due ambiti analizzati (CSM e SerT) non presentano particolari differenze, vi è ovunque una valutazione complessivamente buona dei servizi erogati, i valori degli *item* proposti sono sempre al di sopra del valore che ipoteticamente discrimina tra soddisfazione e insoddisfazione.

In particolare è interessante notare che in entrambi i contesti la valutazione positiva è riferita alla fiducia nei confronti degli operatori, al rispetto che gli utenti percepiscono da parte degli operatori, alla soddisfazione per le informazioni che ricevono. Questo elemento è particolarmente importante in quanto mette in luce come da parte degli utenti ci sia un forte riconoscimento delle capacità relazionali degli operatori e del ruolo che essi giocano nel rafforzare la dignità personale degli stessi utenti. La motivazione della valutazione così positiva deve essere ricercata proprio nella caratterizzazione dei Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche: basso contenuto tecnologico/

⁶⁴ A cura di Maria Augusta Nicoli - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

⁶⁵ Delibera della GR n. 1905/1997, "Assunzione degli strumenti di valutazione dell'esito dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze".

strumentale e altissimo contenuto relazionale, un contesto nel quale il rapporto medico-operatore/paziente è, come hanno dimostrato i dati presentati, il punto focale su cui si basa il giudizio degli utenti sul servizio ricevuto.

Gli elementi di criticità non sono invece completamente uniformi tra le due tipologie di Servizio e delineano alcune particolarità che vale la pena evidenziare.

Per quanto riguarda i Centri di salute mentale, gli utenti rilevano tra gli aspetti da migliorare alcuni elementi della relazione con gli operatori. La relazione dovrebbe maggiormente connotarsi come momento di ascolto dell'utente, come strumento di sostegno per fare fronte ai problemi e di condivisione delle scelte da attuare. In sintesi il richiamo sembra essere quello di darsi tempo e spazio per il dialogo. Complementari a questi elementi di criticità anche se non sono ritenuti altrettanto importanti, figurano quegli aspetti che potremmo definire di accompagnamento alla traiettoria di accesso al servizio: gli utenti esprimono una minore soddisfazione rispetto ai tempi di attesa tra la prenotazione e prestazione, il rispetto dell'orario di appuntamento e la possibilità di fissare un appuntamento. Come è stato rilevato in altri studi (Bruni *et al.*, 2007) l'accesso a un servizio non può essere considerato unicamente dall'accessibilità ma dalla capacità organizzativa di gestire la traiettoria che l'utente segue nelle diverse fasi di presa in cura: una volta entrato, non necessariamente riesce a percorrere l'intero tragitto.

In sintesi gli utenti dei CSM danno un'immagine positiva del servizio, in quanto si sentono rispettati e hanno fiducia negli operatori, ma vorrebbero che nella quotidianità del rapporto si rafforzasse il "sentirsi supportati" o maggiormente accolti. L'accoglienza dovrebbe permeare l'azione organizzativa nei momenti operativi di presa in cura e classicamente rappresentati dalla gestione del percorso. Il non porre l'attenzione alle attese può indebolire il legame tra operatori e utente.

Gli utenti dei SerT valutano anch'essi meno soddisfacenti il sostegno ricevuto da parte degli operatori e gli aspetti strutturali e organizzativi. Si conferma la tendenza già descritta nei risultati commentati per gli utenti dei CSM. L'abbinamento tra sostegno percepito e attese non "accudite" lasciano gli utenti come sospesi e non aiutati adeguatamente a fare fronte alle loro problematicità. Si inserisce in questo gruppo di utenti un elemento che li contraddistingue rispetto all'effetto che producono sull'opinione pubblica. Come richiamato già nel Capitolo 4, il fatto che non sia valutata in modo soddisfacente l'adeguatezza dei locali (pulizia, *privacy*, ecc.) corrisponde a elementi oggettivi in quanto in diverse realtà aziendali la scelta dei luoghi dove collocare i SerT viene effettuata sulla base di criteri che tutelino le aspettative degli abitanti. Spesso i residenti sono allarmati dalla presenza e vicinanza di utenti potenzialmente rischiosi, quindi costringono a collocazioni appartate o non sufficientemente dignitose. Infine contraddistingue questi pazienti una visione priva di futuro in quanto essi non ritengono che il progetto di cura che stanno seguendo li possa aiutare a uscire dalla dipendenza. Nel quadro complessivo dei risultati ottenuti emerge che questi utenti portano un peso individuale molto alto, riconoscono e sono grati di avere un "approdo" dove trovano rispetto e sono accolti nella loro fragilità senza sminuire la loro dignità; manca forse una visione che potrebbe maggiormente rafforzare relazioni improntate allo sviluppo delle capacità e risorse individuali e collettive.

5.2. Come proseguire

Diversi sono gli aspetti che vanno considerati per tracciare uno sviluppo del lavoro avviato.

In primo luogo sul piano metodologico vanno implementate le indicazioni operative per renderle punti di riferimento condivisi nei vari contesti locali. A questo proposito si metterà a disposizione un *tool kit* comprensivo di strumenti (questionari) e linee guida per la gestione delle indagini.

È inoltre da prevedere una modalità per verificare e rendere maggiormente formalizzate alcune soluzioni adottate per la somministrazione. In particolare ci si riferisce alle esperienze in cui sono stati coinvolti direttamente gli utenti o i comitati aziendali degli utenti e dei familiari (CUF). Considerando i contesti, potrebbero essere esplorate le potenzialità che queste modalità hanno in termini di accrescimento di autonomia, di coinvolgimento diretto dell'utenza ai percorsi di miglioramento dei servizi.

Rilevanti sono anche le attenzioni poste alla raccolta dei questionari, in quanto sono stati introdotti elementi di ritualità organizzativa che permettono di rafforzare il senso del lavoro di indagine che deve mantenere il carattere di ascolto dei cittadini. La ritualità consiste nell'aver predisposto urne per raccogliere i questionari e cartelli per informare dell'iniziativa sempre con il coinvolgimento degli utenti, ed è stata posta grande attenzione per rendere questa attività importante (la cura con cui è stata segnalata e allestita l'informazione, ecc.).

In secondo luogo si intravede la possibilità di effettuare confronti tra servizi analoghi del DSM-DP in diverse Aziende sanitarie e tra servizi diversi (CSM, Diagnosi e cura, SerT) nella stessa Azienda. Inoltre, il fatto che le dimensioni della qualità indagate siano le stesse utilizzate nei servizi ospedalieri e territoriali potrà permettere anche un confronto tra i giudizi espressi dagli utenti dei DSM e utenti dei servizi ospedalieri o ambulatoriali: a tale proposito in alcune Aziende sanitarie si sta sperimentando il questionario "La qualità della cura in ospedale" anche nella UO ospedaliera SPDC.

L'intento di promuovere una pianificazione aziendale delle indagini al fine di garantire sistematicità consentirà di implementare un *database* che permetterà analisi longitudinali.

Sono inoltre previsti sviluppi per incrementare gli strumenti da mettere a disposizione dei DSM e coprire quindi altri Servizi come la neuropsichiatria infantile e le comunità. A questo proposito andrebbe verificato se siano necessarie altre modalità di indagine più adeguate alle caratteristiche degli utenti e dei contesti.

5.3. "Fidatevi dei pazienti"

È una delle frasi scritte nella parte dei commenti a chiusura del questionario. In questo richiamo si scorge sullo sfondo la manifestazione della necessità di "esserci" nella relazione come persone oltre che come utenti di un servizio. Traspare nelle parole disseminate nei questionari la richiesta di personalizzare maggiormente il rapporto ("essere conosciuto da un solo medico", "conoscerlo per nome"), di utilizzare momenti di conoscenza reciproca anche in contesti non formalmente deputati, come ambulatori, centro diurno, domicilio del paziente ("Avrei piacere che mi venissero a trovare a casa ogni tanto").

Il richiamo a essere considerati nella propria unicità si ripercuote negativamente quando nella quotidianità l'utente è messo nelle condizioni di sentirsi a disagio quando chiede aiuto perché avverte di disturbare. "Più umanità" chiede una persona.

Interessanti sono anche i cenni al fatto che il servizio è luogo di incontro e per questo andrebbe sfruttato maggiormente per sviluppare quella dimensione sociale che esercita ogni spazio sociale, spazio inteso come opportunità per condividere, avviare confronti, innescare dinamiche evolutive.

Non mancano a questo proposito cenni sulla possibilità di contare sull'aiuto reciproco ("gruppi di auto-aiuto") anche per socializzare, conoscersi tra utenti, in definitiva sentirsi supportati dalla vicinanza emotiva per riscoprire che si può forse mitigare la sofferenza, si può forse uscire dalla depressione, si può forse cambiare.

In questo quadro delineato dalle parole degli utenti acquisisce un significato più forte quella che sembrerebbe una semplice indagine di qualità percepita: se si sanno accogliere questi richiami, può diventare un modo per confermare la fiducia riposta e soprattutto per sostanziare un rapporto che deve e vuole essere di dialogo e quindi di riconoscimento dell'altro nella sua interezza.

Riferimenti bibliografici

- Altieri L., Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi. In Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, Metodologie e strumenti*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Altieri L., Luison L. (a cura di). *Qualità della vita e strumenti sociologici: tecniche di rilevazione e percorsi di analisi*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Beattie P., Dowda M., Turner C., Michener L., Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Physical therapy*, 85 (10): 1046-1052, 2005.
- Bell D.C., Evans S. Health, social support and satisfaction with health outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35: 479-485, 2003.
- Bertin G. (a cura di). *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*. Milano, FrancoAngeli, 1995.
- Bertin G. (a cura di), *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*. FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Bertolini R., Biagetti L. Il percorso di formazione. In Commissione regionale di monitoraggio dell'Accordo RER-CEA (a cura di). *Valutazione dell'Accordo Regione Emilia-Romagna - Coordinamento Enti ausiliari sul sistema dei Servizi delle dipendenze. Anno 2008*. Osservatorio regionale sulle dipendenze, Regione Emilia-Romagna, 2009.
http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/pagine/pub_accordo_cea_rer2008.htm
- Bruni A., Fasol R., Gherardi S. *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*. Carrocci Faber, Roma, 2007.
- Calderone B., Capizzi S., Nicoli A., Sturlese V. *La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana Dossier, n. 127, 2006.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss127.htm
- Caljouw M.A.A., van Beuzekom M., Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100 (5): 637-644, 2008.
- Casalboni D., Saponaro A. Come gli utenti valutano un servizio tossicodipendenze. Cinque anni di dati a confronto. In Ugolini P. (a cura di). *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*. FrancoAngeli, Milano, 2005, pp. 291-308.
- Cinotti R., Caranci N., De Cicco B., Lugli D., Novaco F., Pivetti M., Cipolla C., Distante C. *Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana Dossier, n. 88, 2003.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss088.htm

- Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Cinotti R., Nicoli M.A. Lo studio della qualità percepita come momento di ascolto. *Studi Zancan*, 1: 41-54, 2008.
- Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Corbetta P. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 2002.
- Corbetta P. *La ricerca sociale: metodologie e tecniche*. Il Mulino, Bologna, 2003.
- De Ambrogio U. *Valutare gli interventi e le politiche sociali*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- Dey I. *Qualitative data analysis: a user-friendly guide for social scientists*. Routledge, Londra, 1993.
- Chitwood D.D., Comerford M., McCoy V.H. Satisfaction with access to health care among injection drug users, other drug users, and nonusers. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29 (2): 189-197, 2002.
- Ferri M., Saponaro A. (a cura di). *Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna*. Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2010.
http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/pagine/pub_report_dipendenze2009.htm
- Ferri M., Saponaro A., Sanza M., Sorio C. (a cura di). *Cocaina e Servizi per le dipendenze. Interventi e valutazione in Emilia-Romagna*. FrancoAngeli, Milano, 2010.
- Gabassi P.G., Garzitto M.L., Perin G. *Psicologia e Qualità*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2005.
- Giarelli G. Oltre la customer satisfaction: il problema di cogliere la complessità di un punto di vista. In Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità. Approcci, Metodologie e strumenti*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Guelfi G.P. Implicazioni dell'approccio motivazionale per lo stile operativo e per l'organizzazione dei SerT. In Guelfi G.P., Spiller V. (a cura di). *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*. Il Vaso di Pandora, II (4): 95-102, 1994.
- Harnett M.J., Correll D.J., Hurwitz S., Bader A.M., Hepner D.L. Improving efficiency and patient satisfaction in a tertiary teaching hospital preoperative clinic. *Anesthesiology*, 112 (1): 66-72, 2010.
- Iacch V. I pazienti valutano l'ospedale che li assiste. Aspetti metodologici delle procedure di valutazione. In Leone L., Vecchi G. (a cura di). *Valutazione 2002. Pratiche di valutazione in Italia: consolidamenti, ripensamenti e nuovi ambiti di riflessione*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International journal for quality in health care*, 14: 353-358, 2002.

- Nicoli M.A., Capizzi S. Gli aspetti cruciali del cambiamento nei percorsi della qualità dell'assistenza sanitaria nella prospettiva del cittadino: il caso dell'Emilia-Romagna. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Olivetti Manoukian F. Generare progettualità sociale. *Quaderni di Animazione e Formazione, La progettazione sociale*. Ega, Torino, 1999, pp. 5-11.
- Pavsic R., Pitrone M.C. *Come conoscere opinioni e atteggiamenti*. Bonanno Editore, Roma, 2003.
- Rositi F. Analisi del contenuto. In Rositi F., Livolsi M. (a cura di). *La ricerca sull'industria culturale*. NIS, Roma, 1988.
- Ruffini R. *La carta dei servizi: valutazione e miglioramento della qualità nella pubblica amministrazione*, Guerini, Milano, 1999.
- Ruggeri M. Patients and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 29: 212, 1994.
- Sturlese V. Le indagini sulla soddisfazione, percezione e vissuto degli utenti circa la qualità delle cure e dei servizi sanitari. In Cinotti R., Sturlese V. (a cura di). *Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Collana Dossier, n. 85, 2003.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss085.htm
- Ugolini P. *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo, italiano, esperienze in Emilia-Romagna*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L. *Servire qualità*. McGraw-Hill Libri, Italia, 1991.

Riferimenti normativi

- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 313/2009. "Piano attuativo salute mentale 2009-2011".
- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. "Modificazioni al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Pubblicato in Supplemento ordinario alla *Gazzetta ufficiale*, n. 293, 15 dicembre 1993.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Pubblicato in Supplemento ordinario alla *Gazzetta ufficiale*, n. 4, 7 gennaio 1994.
- Decreto ministeriale 15 ottobre 1996. "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie".

- Decreto ministeriale 12 dicembre 2001. "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Pubblicato in Supplemento ordinario alla *Gazzetta ufficiale*, n. 34, 9 febbraio 2002.
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 327, 23 febbraio 2004. "Applicazione della LR 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 911/2007. "Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 2000/2009. "Requisiti specifici per l'accREDITamento delle strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 26/2005. "Applicazione della LR 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso - ulteriori precisazioni".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 1654/2007. "Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia-Romagna e la Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata".
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 1905/1997. "Assunzione degli strumenti di valutazione dell'esito dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze".
- Delibera della Giunta regionale, n. 124/2007. "Adozione del Piano-programma 2007-2009 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale".
- Delibera Giunta regionale n. 1701/2009. "Estensione all'anno 2010 dell'efficacia delle linee di indirizzo per la predisposizione ed attuazione del Piano-programma 2007-2009 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale di cui alla DGR n. 1757/2006 e del Piano-programma 2007-2009 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale di cui alla DGR n. 124/2007".
- Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29. "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale". *Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna*, n. 178, 28 dicembre 2004.

"Fidatevi dei pazienti"

La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche
Allegati

Allegati

Allegato 1. La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale



LOGO AZIENDA

*Dipartimento di salute mentale
Dipendenze patologiche*

La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni degli utenti sulla **qualità dei servizi nei Centri di salute mentale** al fine di migliorare l'assistenza fornita.

Le rivolgiamo alcune semplici domande sulle strutture, sull'organizzazione, e sugli operatori del Centro di salute mentale e Le chiediamo di esprimere **la Sua personale opinione** su questo servizio. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente **al Suo punto di vista**.

Le garantiamo in ogni caso **la riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte**, che verranno trattate ed elaborate sempre in forma aggregata.

Risponda alle domande che seguono facendo riferimento alla **Sua esperienza in questo Centro di salute mentale**.

Nel questionario sono riportate alcune affermazioni sulle quali Le chiediamo di esprimere il Suo grado di accordo o disaccordo mettendo una croce [X] sulla casella che più si avvicina al Suo punto di vista.

Quando avrà completato il questionario lo inserisca Lei stessa/o nell'apposita cassetta.

La ringraziamo per la Sua disponibilità.

La Direzione

Come valuta struttura e organizzazione del Centro di salute mentale

	non d'accordo	d'accordo												
1. Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento del Centro di salute mentale sono chiare (orari, regole di accesso ecc.)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
2. Gli operatori che mi danno le informazioni sono disponibili	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
3. È semplice fissare o spostare un appuntamento	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
4. I tempi di attesa fra la prenotazione e la prestazione (colloquio, visita) sono brevi	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
5. L'orario dell'appuntamento è rispettato	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
6. La sede del Centro di salute mentale è facilmente accessibile (raggiungibilità, segnaletica, barriere)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
7. I locali (uffici, corridoi, ambulatori) sono confortevoli	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									
8. Le pratiche amministrative (impegnativa, esenzione, ticket, ecc.) sono semplici	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5	6									

Come valuta gli operatori del Centro di salute mentale

- | | non d'accordo | | d'accordo | | | | | | |
|--|---|---|-----------|---|---|---|---|--|--|
| 9. Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 10. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie condizioni di salute | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 11. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie terapie | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 12. Gli operatori mi coinvolgono nella definizione del mio progetto di cura | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 13. Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori del Centro di salute mentale | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 14. Mi sento rispettato dagli operatori | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 15. Ho fiducia negli operatori che mi seguono | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |

Come valuta le cure ricevute nel Centro di salute mentale

- | | non d'accordo | | d'accordo | | | | | | |
|---|---|---|-----------|---|---|---|---|--|--|
| 16. Il Centro di salute mentale mi fornisce l'aiuto di cui ho bisogno | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 17. Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a migliorare la mia salute | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 18. Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questo Centro di salute mentale in caso di bisogno | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |

Come valuta le cure ricevute nel Centro di salute mentale

19. Ha avuto bisogno di ricontattare il Centro di salute mentale per ulteriori chiarimenti e informazioni

① sì ② no (se no, passi alla domanda 21)

Se sì

non d'accordo

d'accordo

20. Ho trovato disponibilità all'ascolto e alla soluzione dei miei problemi

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. Ha avuto bisogno di rivolgersi a questo Centro di salute mentale per un'urgenza?

① sì ② no (se no, passi alla domanda 23)

Se sì

non d'accordo

d'accordo

22. Ho ottenuto l'aiuto di cui avevo bisogno

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Come valuta il Centro di salute mentale nel suo insieme

23. Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Centro di salute mentale

per nulla soddisfatto

molto soddisfatto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo servizio?

Allegato 2. La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche



LOGO AZIENDA

*Dipartimento di salute mentale
Dipendenze patologiche*

La qualità nei Servizi per le dipendenze patologiche

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni degli utenti sulla **qualità dei Servizi per le dipendenze patologiche** al fine di migliorare l'assistenza fornita.

Le rivolgiamo alcune semplici domande sulle strutture, sull'organizzazione, e sugli operatori di questo Servizio e Le chiediamo di esprimere su di esso **la Sua personale opinione**. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente **al Suo punto di vista**.

Le garantiamo in ogni caso **la riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte**, che verranno trattate ed elaborate sempre in forma aggregata.

Risponda alle domande che seguono facendo riferimento alla **Sua esperienza in questo Servizio per le dipendenze patologiche**.

Nel questionario sono riportate alcune affermazioni sulle quali Le chiediamo di esprimere il Suo grado di accordo o disaccordo mettendo una croce [X] sulla casella che più si avvicina al Suo punto di vista.

Quando avrà completato il questionario lo inserisca Lei stessa/o nell'apposita cassetta.

La ringraziamo per la Sua disponibilità.

La Direzione

Come valuta struttura e organizzazione del Servizio per le dipendenze patologiche

	non d'accordo					d'accordo
1. Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento del Servizio sono chiare (orari, regole di accesso ecc.)	1	2	3	4	5	6
2. Gli orari di apertura del Servizio sono adeguati alle mie esigenze	1	2	3	4	5	6
3. È semplice fissare o spostare un appuntamento	1	2	3	4	5	6
4. I tempi di attesa fra la prenotazione e la prestazione (colloquio, visita) sono brevi	1	2	3	4	5	6
5. L'orario dell'appuntamento è rispettato	1	2	3	4	5	6
6. La sede del Servizio è facilmente accessibile (raggiungibilità, segnaletica, barriere)	1	2	3	4	5	6
7. I locali (uffici, corridoi, ambulatori) sono confortevoli	1	2	3	4	5	6
8. I locali (uffici, corridoi, ambulatori) garantiscono la privacy	1	2	3	4	5	6

Come valuta gli operatori del Servizio per le dipendenze patologiche

- | | non d'accordo | | d'accordo | | | |
|--|---------------|---|-----------|---|---|---|
| 9. Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie condizioni di salute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie terapie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Gli operatori mi coinvolgono nella definizione del mio progetto di cura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori del Servizio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Mi sento rispettato dagli operato del Servizio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Ho fiducia negli operatori che mi seguono | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Come valuta i risultati raggiunti nel Servizio per le dipendenze patologiche

- | | non d'accordo | | d'accordo | | | |
|---|---------------|---|-----------|---|---|---|
| 16. Il Servizio mi fornisce l'aiuto di cui ho bisogno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a migliorare la mia salute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a uscire dalla dipendenza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questo Servizio in caso di bisogno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Come valuta il Servizio per le dipendenze patologiche nel suo linseme

20. Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Servizio?

per nulla soddisfatto

molto soddisfatto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo servizio?

Informazioni di contesto

22. Attualmente lei è seguito da questo Servizio per
(è possibile dare più di una risposta)

- ① droghe
- ② alcool
- ③ tabacco
- ④ gioco d'azzardo
- ⑤ altro (specificare _____)

23. Lei è seguito da questo Servizio in appoggio da altro Servizio per le dipendenze patologiche?

- ① sì
- ② no

24. Lei si è rivolto a questo Servizio

- ① di sua spontanea volontà
- ② su invito della Prefettura
- ③ altro (specificare _____)

25. Da quanto tempo è seguito da questo Servizio

- ① meno di 2 mesi
- ② da 2 mesi a 1 anno
- ③ più di 1 anno (specificare numero anni)

26. Nell'ultimo anno mediamente lei ha frequentato il Servizio

- ① più volte a settimana
- ② una volta a settimana
- ③ una volta al mese
- ④ meno di una volta al mese

27. Sesso maschio femmina

28. Età (in anni compiuti)

29. Nazionalità italiana altra (specificare _____)

"Fidatevi dei pazienti"

La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche
Allegati

30. Titolo di studio conseguito

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ① nessun titolo | ④ diploma o qualifica di scuola media superiore |
| ② licenza elementare | ⑤ laurea e post-laurea |
| ③ licenza di scuola media inferiore | |

31. Condizione lavorativa

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| ① occupato | ④ pensionato |
| ② non occupato | ⑤ altro (specificare _____) |
| ③ studente | |

32. Stato civile

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| ① celibe/nubile | ③ separato/a - divorziato/a |
| ② coniugato/a o convivente | ④ vedovo/a |

La ringraziamo molto per la Sua disponibilità.

Allegato 3. La qualità della cura nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

La qualità della cura nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità dei servizi di ricovero e di cura dell'ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni.

Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita dall'Azienda, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **sua personale opinione** sul servizio di ricovero di cui ha recentemente usufruito. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente al suo punto di vista. Le garantiamo inoltre la **riservatezza e l'anonimato delle sue risposte**: saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a lei che ce le ha fornite.

Risponda alle domande che seguono facendo riferimento all'ultima volta in cui lei è stato/a ricoverato/a. Annerisca il quadratino corrispondente al giudizio che più si avvicina al suo punto di vista, tenendo conto che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava.

Esempio di come si compila il questionario:

- Come valuta le informazioni ricevute sul suo **stato di salute**?

del tutto inadeguate molto inadeguate inadeguate adeguate molto adeguate del tutto adeguate non so

L'annerimento del quadratino corrispondente al "molto inadeguate" indica che, rispetto a ciò che lei si aspettava, le informazioni che ha ricevuto sul proprio stato di salute sono "molto inadeguate". Invece l'annerimento del quadratino corrispondente a "molto adeguate" indicherebbe che, rispetto a ciò che lei si aspettava, le informazioni che ha ricevuto sul proprio stato di salute sono state "molto adeguate".

La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione.

La Direzione

Casella compilata dall'Azienda	
DATA	novembre 2009
PRESIDIO OSP.	G.B. Morgagni - L. Pierantoni
DIPARTIMENTO	Dipartimento Salute mentale - Dipendenze patologiche
UO/REPARTO	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE:	
1. Telefonica	
X Consegna in ospedale	
2. Postale	
3. Intervista faccia a faccia	

Risponda alle seguenti domande facendo riferimento A QUESTO REPARTO

1. Come è avvenuto il suo ricovero? Dia una sola risposta

- In modo urgente dall'accettazione del CSM
- Dopo essere andata/o d'urgenza al Pronto soccorso
- Altro (specificare come

2. Come valuta ciascuno dei seguenti aspetti?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Tempo di attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui le è stato dato il letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Informazioni ricevute prima di essere ricoverata/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Non ho ricevuto alcuna informazione				<input type="checkbox"/>
c. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Non ho ricevuto alcun materiale informativo				<input type="checkbox"/>

3. Prima di questa volta, era già stato ricoverato in questo reparto?

- no, mai
- sì, almeno una volta negli ultimi 5 anni
- sì, almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- sì, almeno una volta negli ultimi 6 mesi

Parliamo ora della sua esperienza di ricovero ed in particolare del PERSONALE che ha incontrato nel reparto

4. Come valuta il personale medico per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Gentilezza e cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Informazioni ricevute sulle condizioni di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Il tempo che il personale medico le ha dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Come valuta il personale infermieristico per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Gentilezza e cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Capacità di mettere a proprio agio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Disponibilità a dare chiarimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Come valuta l'aiuto ricevuto dal personale dell'ospedale per la sua igiene personale?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Come valuta il rispetto della Sua privacy (riservatezza) durante il ricovero per ciascuno dei seguenti aspetti?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le domande che seguono riguardano altri aspetti relativi al reparto in cui è ricoverata/o

8. Come valuta il modo in cui sono stati gestiti ciascuno degli aspetti organizzativi sotto elencati?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Collaborazione tra il personale del reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comunicazione tra il reparto e gli altri servizi o reparti dell'ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Orari di visita (familiari, conoscenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Come valuta gli ambienti (stanze, corridoi, bagni e altri locali) per quanto riguarda gli aspetti sotto elencati?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Manutenzione delle strutture e dei locali del reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pulizia delle stanze e dei corridoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pulizia dei bagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Temperatura delle stanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tranquillità nel reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Disponibilità di spazio nelle camere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Come valuta i servizi alberghieri (cibi, servizi in camera, comfort) per gli aspetti sotto elencati?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Qualità del cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Possibilità di scelta del menù (compatibilmente con le indicazioni mediche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Orari dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Igiene della biancheria dei letti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Comodità dei letti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parliamo infine della sua DIMISSIONE dal reparto in cui è stato ricoverato

11. Come valuta le informazioni ricevute al momento della dimissione per ciascuno dei seguenti aspetti?

Dia una risposta ogni riga

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
a. Cure da eseguire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Controlli successivi da effettuare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sintomi da tenere sotto controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Personale a cui rivolgersi (medico di base, specialista e altri servizi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consideri ora complessivamente l'esperienza di ricovero e risponda alle domande che seguono

12. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi che ha ricevuto?

	del tutto inadeguate	molto inadeguate	inadeguate	adeguate	molto adeguate	del tutto adeguate	non so
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Il servizio che ha ricevuto è stato:

- peggiore di come se lo aspettava
- come se lo aspettava
- migliore di come se lo aspettava

14. Come va in generale la Sua salute oggi?

Dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità dei servizi di ricovero e cura?

Le chiediamo ora alcune informazioni che ci saranno utili a scopo statistico. Le ricordiamo che il questionario è assolutamente anonimo e che i dati che ci fornirà verranno elaborati nel rispetto delle norme sulla privacy. Le ricordiamo che i dati si riferiscono al paziente/utente che è stato ricoverato in questo reparto.

15. Il questionario è stato compilato

Dia una sola risposta

- direttamente dal paziente
- dal paziente con l'aiuto di un familiare, conoscente
- da un familiare o conoscente del paziente
- altro (specificare _____)

16. Nazionalità del paziente

- italiana
- altra (specificare _____)

17. Stato civile del paziente

- celibe / nubile divorziato/a
- coniugato/a, convivente
- vedovo/a
- separato legalmente

18. Sesso del paziente

- maschio femmina

19. Età del paziente

- 0-14 65-74
- 15-44 75-85
- 45-64 oltre 85

20. Attuale condizione professionale del paziente

- occupato inabile al lavoro
- in cerca di occupazione pensionato
- casalinga studente
- altro (specificare _____)

21. Titolo di studio conseguito dal paziente

- licenza elementare
- licenza di scuola media inferiore
- diploma o qualifica di scuola media superiore
- laurea e post-laurea
- nessun titolo

22. Residenza del paziente

- provincia di Forlì - Cesena
- altre province della regione
- altre regioni italiane (specificare _____)
- altro Stato (specificare _____)

23. C'è qualcuno che le è di aiuto nel suo quotidiano?

(È possibile indicare più di un'opzione)

- sì, ed è un mio familiare (specificare quale _____)
- sì, altre persone (specificare quale _____)
- no, non ne ho bisogno
- no, ma ne avrei bisogno

Il questionario è terminato, la ringraziamo molto per la sua disponibilità

Si prega di restituire il questionario nell'urna
posta in reparto.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPEL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
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. (*)
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.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

(*) 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

1995

- 24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
- 25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

- 26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
- 27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
- 28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

- 29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
- 30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
- 31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
- 32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
- 33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
- 34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

- 35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
- 36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
- 37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
- 38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
- 39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

- 40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

- 41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
- 42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
- 43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
- 44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
- 45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
- 46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

- 47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)

- 51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

- 60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
- 61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
- 62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
- 65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
- 66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
- 67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
- 68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
- 69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
- 70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
- 71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
- 74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
- 75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

- 76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
- 80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
- 81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna.

- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna.
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)

- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otitis media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)

- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna. (*)
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** SIRS - Servizio Informativo per i Rappresentanti per la Sicurezza. **(in fase di predisposizione)**
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna. (*)
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)
- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna. (*)
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna. (*)
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)

