

Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi

Materiali e proposte



Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi

Materiali e proposte

In copertina

Umberto Boccioni (1882-1916). *Visioni simultanee*, olio su tela (ca. 1911-1912).
Von der Heydt-Museum, Wuppertal

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 Corrado Ruozzi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2014

Copia del volume può essere richiesta a

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

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

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

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss244>

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

La redazione del volume è a cura di

- Silvana Ampar Beng** Università di Bologna
- Antonella Carafelli** Servizio Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza, Regione Emilia-Romagna
- Rosa Angela Ciarrocchi** Agenzia sanitaria e sociale regionale, Area Innovazione sociale; DASS Azienda USL di Bologna
- Enio Concari** Associazione Prof. GP Vecchi Pro Senectute et Dementia, Modena
- Giovanna Del Din** Azienda USL di Reggio Emilia, responsabile Centro per i disturbi cognitivi di Albinea (RE)
- Andrea Fabbo** Agenzia sanitaria e sociale regionale, Area Innovazione sociale; Azienda USL di Modena
- Livia Ludovico** Azienda USL di Parma, responsabile Centro per i disturbi cognitivi di Fidenza (PR)
- Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria e sociale regionale, responsabile Area Innovazione sociale e Area Comunità, equità e partecipazione
- Giovanni Ragazzi** Agenzia sanitaria e sociale regionale, Area Comunità, equità e partecipazione
- Claudia Ruggero** Azienda USL di Bologna, referente Centro per i disturbi cognitivi
- Andrea Spanò** Azienda USL di Modena, responsabile Cure primarie; responsabile Centro per i disturbi cognitivi di Pavullo (MO)
- Donatella Tassini** Azienda USL di Ravenna, responsabile Centro per i disturbi cognitivi di Faenza (RA)
- Raffaele Tomba** ANCI - Regione Emilia-Romagna

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	9
Premessa	11
1. Qualità percepita: alcune considerazioni generali	13
1.1. Normativa nazionale e regionale sugli aspetti della qualità: cenni	14
2. Il ruolo dei portatori di interesse (<i>stakeholder</i>) nella rilevazione della qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi	17
2.1. Cittadino-utente	17
2.2. Professionisti	18
2.3. Volontari	18
3. Il percorso di costruzione dello strumento di rilevazione	21
4. Spendibilità dei risultati: percorsi di miglioramento	25
5. Sintesi: consigli metodologici utili per l'implementazione di un'indagine di soddisfazione tramite questionario in un Centro per i disturbi cognitivi	27
- Per la somministrazione	27
- Per l'analisi dei dati	27
- Per la restituzione dei dati e la comunicazione	28

(continua)

Allegati	31
Allegato 1. Questionario per la rilevazione della qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi	33
Allegato 2. Report <i>focus group</i> e studio pilota	47
Allegato 3. Esempio di registrazione dei questionari, analisi e lettura dei risultati attraverso l'utilizzo del foglio Excel "Analisi della qualità percepita"	57
Riferimenti bibliografici e normativi	71

Sommario

In Emilia-Romagna sono presenti 55 Centri per i disturbi cognitivi che, nel rispetto di quanto previsto nella normativa di riferimento (Delibera della Giunta regionale n. 2581/1999), hanno nel corso degli anni implementato percorsi di presa in carico globale attraverso prestazioni multiple e differenziate rivolte alle persone con demenza e al proprio *caregiver*/familiare nelle varie fasi della malattia.

A fronte di una realtà sempre più complessa, connotata da bisogni non solo clinici ma anche assistenziali e relazionali in un contesto di rete e di connessione tra una pluralità di attori e di *stakeholder*, è risultato necessario proporre e implementare all'interno dei CDC momenti e strumenti di monitoraggio, di valutazione e di autovalutazione in grado di mettere in evidenza sia la rispondenza dei servizi offerti rispetto ai reali bisogni, sia le aree di criticità su cui implementare azioni di miglioramento nel percorso seguito dal cittadino preso in carico, in veste di paziente o di *caregiver*.

Il coinvolgimento e la partecipazione del cittadino in questi momenti di valutazione, ribadita e incentivata dalle numerose iniziative legislative nazionali e regionali, anche attraverso indagini di qualità percepita, è un'opportunità e una necessità. Il cittadino-utente del servizio è infatti colui che, usufruendo di quel servizio, può dare informazioni sulla qualità dello stesso sulla base della propria esperienza, del proprio vissuto.

La corretta definizione di un percorso di rilevazione della qualità percepita si ottiene attraverso: individuazione di uno strumento adeguato, definizione dei tempi e dei modi di somministrazione dello stesso, analisi qualitativa e quantitativa delle informazioni raccolte, restituzione e condivisione dei risultati anche attraverso l'elaborazione di strategie di comunicazione mirate e differenziate in modo da raggiungere tutti gli interessati (interni ed esterni), integrata ad elementi di altre fonti di valutazioni e monitoraggio.

Ciò permette l'identificazione di piste di miglioramento del servizio e di coinvolgimento attivo del cittadino-utente dei CDC.

Ma chi è il cittadino-utente che usufruisce del servizio CDC ed è quindi oggetto della presente indagine di qualità percepita? La rilevazione della qualità percepita assume infatti caratteristiche del tutto peculiari all'interno dei Centri per i disturbi cognitivi, sia per la patologia delle persone che si rivolgono al Servizio sia per l'impossibilità di individuare un'unica tipologia di destinatari del servizio.

La persona interessata dalla patologia è sicuramente l'utente principale del Centro ma non c'è dubbio che il Servizio debba prestare attenzione anche a chi si prende cura di questa persona che può essere un parente, un assistente familiare, un amico, un compagno/a, l'amministratore di sostegno o più genericamente un portatore di interesse.

Partendo da questi assunti di fondo, attraverso il coinvolgimento di operatori, familiari e volontari coinvolti nei Centri per i disturbi cognitivi, si è individuato un modello operativo e concreto di rilevazione della qualità percepita. Questo modello ha previsto la realizzazione e

la sperimentazione di uno strumento *ad hoc* rivolto agli utenti dei Centri, intendendo con utenti sia le persone direttamente interessate dai deficit cognitivi, sia i loro familiari/ conoscenti che li accompagnano e se ne prendono cura.

L'accesso al Servizio, le informazioni ricevute, il supporto emotivo nonché il rispetto dei valori delle preferenze e dei bisogni sono tra le aree individuate e indagate dallo strumento sperimentato.

Abstract

Perceived quality in Cognitive Disorders Centres. Materials and proposals

In Emilia-Romagna Region there are 55 Cognitive Disorders Centres (CDC), that, in compliance with the provisions in the regional legislation of reference (DGR no. 2581/1999 "Regional dementia project"), over the years have implemented global care paths through multiple and diverse performances, and have addressed people with dementia and their caregivers/family member at various stages of the disease.

Facing an increasingly complex reality, marked by not only clinical but also relational needs, in a context of network and connection between a plurality of actors and stakeholders, it has been necessary to propose and implement moments and tools of monitoring, assessment and self-assessment within the CDC, to highlight the correspondence between services offered and real needs, and the critical areas on which improvement actions in the path followed by cared citizens - considered as both patient and caregiver - have to be implemented.

The involvement and participation of the citizen in these moments of evaluation, confirmed and encouraged by numerous national and regional legislative initiatives and also through surveys of perceived quality, is an opportunity and a necessity. The citizen-user of the service is the person who, using that service, can offer quality information based on own experience, own life.

The right definition of a path to measure perceived quality is: finding a suitable instrument, defining times and ways of delivery, qualitative and quantitative analysis of information collected, returning and sharing the results through the development of targeted communication strategies, differentiated in order to reach all relevant stakeholders (internal and external) integrated with elements of other sources of evaluation and monitoring. This allows the identification of service improvement and active involvement of the citizen-user of the CDCs.

But who is the citizen-user who receives CDC service and participate in the present survey of perceived quality? The measurement of perceived quality takes on peculiar characteristics within the Centres for cognitive disorders, both for the pathology of people who use the service and for the impossibility of identifying a single type of service target.

The person affected by the disease is definitely the main user of the Centre but there is no doubt that the service should pay attention also to the caretaker of the patient: a relative, a family assistant, a friend, a partner, a support administrator or, more generally, a carrier of interest.

Starting from these basic assumptions, through the involvement of staff, families and volunteers involved in Cognitive Disorders Centres, a specific and operational model of measurement of perceived quality has been identified. This model provides the realization

and testing of an ad hoc tool for the users of the Centres, meaning the people directly affected by cognitive deficits and their family/acquaintances who accompany them and take care of them.

Access to the Service, information received, emotional support and respect for the values, preferences and personal needs are among the areas identified and investigated by the model of measurement tested.

Premessa

Dal 2000 ad oggi, i Centri per i disturbi cognitivi (Centri per le demenze) presenti in Emilia-Romagna - deputati alla valutazione, diagnosi e predisposizione di programmi terapeutici - hanno implementato e consolidato le loro attività in un'ottica di crescita qualitativa e quantitativa, contribuendo all'offerta delle prestazioni multiple e differenziate rivolta a soddisfare i bisogni, non sempre esplicitati, sia dei pazienti sia dei loro familiari, bisogni di natura sanitaria, sociale e sociosanitaria.

Nel pieno spirito di quanto previsto nella DGR n. 2581/1999, tali Centri concorrono all'obiettivo di una presa in carico globale e integrata della persona con demenza (o con sospetta demenza) e di coloro che se ne prendono cura. Svolgono pertanto anche funzioni volte al miglioramento complessivo della qualità della vita degli utenti, lavorando in rete con i servizi del territorio.

A fronte di una realtà sempre più complessa, è necessario quindi prevedere e implementare forme di autovalutazione, anche attraverso la rilevazione della qualità percepita da chi usufruisce del servizio, facendo emergere aree di criticità e di miglioramento nel percorso seguito dal cittadino preso in carico, in veste sia di paziente sia di *caregiver*.

Il presente documento, elaborato all'interno di un Gruppo di lavoro, ha l'obiettivo di proporre una metodologia di lavoro comune e una base di riflessione sull'importanza della rilevazione della qualità percepita anche nei Centri per i disturbi cognitivi (CDC), che sempre più rappresentano un punto centrale della rete dei servizi per le persone con demenza e loro familiari/*caregiver*.

Al fine di individuare uno strumento *ad hoc* è stato realizzato e sperimentato un questionario rivolto agli utenti dei Centri, intendendo con utenti sia le persone direttamente interessate dai deficit cognitivi, sia i loro familiari/conoscenti che li accompagnano/se ne prendono cura.

Il prototipo dello strumento vuol rappresentare la sintesi di un modello operativo e concreto di rilevazione della qualità percepita nei CDC, in quanto nato dalle riflessioni scaturite dal confronto e ascolto con i principali portatori di interesse: le associazioni dei familiari, i familiari stessi e i professionisti impegnati nei Centri.

1. Qualità percepita: alcune considerazioni generali

Negli ultimi anni, numerose iniziative legislative hanno contribuito a introdurre nei servizi sociali e sanitari, pubblici e privati, nuove parole d'ordine relative ai temi della qualità, del contenimento della spesa e della valorizzazione delle risorse umane, e a riservare una sempre maggiore attenzione al ruolo centrale dei cittadini, sviluppandone e incentivandone la partecipazione a diversi livelli. Tale partecipazione è finalizzata al miglioramento della qualità della vita e del grado di soddisfazione.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità,

un sistema sanitario che risponde meglio ai desideri e alle aspettative dei cittadini può conseguire un migliore stato di salute perché i possibili pazienti sono più incoraggiati ad utilizzare l'assistenza se sanno di essere trattati bene. (OMS, 2000)

Il cittadino che usufruisce del servizio sanitario è portatore di informazioni in grado di supportare il *management* delle Aziende sanitarie, poiché un fattore di crescita del sistema è legato anche al livello di soddisfazione e quindi di qualità dei servizi:

se il cittadino-utente viene trattato tempestivamente, con rispetto della propria dignità e dei propri desideri e se i pazienti ricevono un adeguato supporto fisico ed affettivo mentre affrontano trattamenti (OMS, 2000).

La qualità percepita

è una guida estremamente valida per valutare se sia stato fornito o no il servizio sanitario adeguato. La più grande importanza deve essere data, quindi, al trasferimento di informazioni e di potere ai pazienti per aiutarli a partecipare alle decisioni sul come i servizi sono forniti. (Renata Cinotti, C. Cipolla - 2003)

Sul piano metodologico

le indagini di soddisfazione sono misurazioni importanti per stabilire che cosa le persone/utenti pensano del servizio. La soddisfazione è un elemento importante che influenza la ricerca di consigli medici da parte dei cittadini, ne influenza la compliance, aiuta a definire l'esito delle terapie sullo stato di salute ed è uno strumento utile per valutare le visite mediche e la comunicazione medico-paziente (Consiglio d'Europa, 1997).

Lo studio della qualità percepita è importante sia dal punto di vista clinico sia da quello organizzativo.

Per quanto riguarda il punto di vista clinico, un atteggiamento positivo del paziente verso chi si sta occupando di lui è un prerequisito importante, poiché influenza la *compliance* indispensabile per un'alta qualità delle cure (aderenza a protocolli terapeutici, regolarità delle visite di controllo, ricorso tempestivo al servizio in caso di riacutizzazione, ...). Dal punto di vista organizzativo invece, è strategicamente importante per valutare la

rispondenza dei servizi erogati ai bisogni reali dei cittadini e incrementarne la qualità, andando a integrare altri sistemi di programmazione e progettazione delle attività aziendali.

La qualità percepita è comunque solo uno degli elementi che si possono misurare per valutare la qualità di un servizio; va considerata in relazione anche ad altri elementi, e ne vanno valutati i limiti intrinseci segnalati dalla letteratura. È necessario pertanto integrare le informazioni relative alla qualità percepita con quelle provenienti da altre fonti.

Insieme all'attività di monitoraggio degli esiti, di verifica dei risultati e di ascolto dei cittadini/utenti, la qualità percepita è propedeutica alle azioni di miglioramento dei servizi e deve essere intesa come qualcosa di diverso dalla soddisfazione legata a una specifica esperienza. È pertanto necessario utilizzare un sistema di rilevazione che integri differenti approcci metodologici (Calderone *et al.*, 2006).

Nella strategia aziendale deve essere comunque ben chiaro che non si dà qualità per un solo attore o verso una sola categoria di attori coinvolti nel processo salute, e che la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni si trova all'interno di una concezione della valutazione come attività di negoziazione e di messa in comunicazione di prospettive diverse da parte di molteplici attori, attraverso tecniche di indagine sia qualitative sia quantitative (Altieri, 2002, p. 90).

La qualità deve diventare una strategia dell'Azienda, che mette in campo diversi strumenti: dal sistema di gestione dei reclami alla gestione del rischio, dall'accreditamento al sistema qualità percepita, includendo le indagini sul clima organizzativo, la Carta dei Servizi e gli aspetti gestionali e organizzativi in una prospettiva integrata che compone i diversi punti di vista.

1.1. Normativa nazionale e regionale sugli aspetti della qualità: cenni

Già la Legge n. 833/1978 di Riforma sanitaria evidenziava che

i destinatari del SSN sono indistintamente tutti i cittadini senza condizioni individuali o sociali (Zucchetti, 1995).

Nel DLgs n. 502/1992, in particolare all'art. 14, modificato dall'art. 15 del DLgs n. 517/1993, sono recepiti gli aspetti della qualità al fine di garantire un adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini, e si prevede l'istituzione di un sistema di indicatori di qualità di servizi e di prestazioni sanitarie relative alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e al comfort alberghiero, sottolineando il valore della prevenzione e del diritto all'informazione. I contenuti della qualità percepita sono fissati dal citato art. 14, che indica chiaramente i temi su cui deve concentrarsi lo sforzo migliorativo dell'Azienda sanitaria: personalizzazione, umanizzazione, diritto all'informazione, qualità delle prestazioni alberghiere e qualità della prevenzione.

Il DLgs n. 229 del 19/6/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419 (Riforma *ter*) e nello specifico all'art. 8 *quater*, comma h, nell'ambito dei criteri e principi direttivi, riconosce la necessità di

prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2002 sottolinea l'importanza di lasciare spazio alla realizzazione di

modalità sistematiche di revisione e autovalutazione della pratica clinica e assistenziale e di incrementare le forme di valutazione sociale dei servizi, valorizzando l'apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano.

Il rilievo strategico dato all'attenzione al cittadino e alle metodologie legate alla rilevazione della qualità della vita e del grado di soddisfazione dei cittadini si rintraccia anche in diversi Piani sanitari regionali. Indicazioni in tal senso si riscontrano inoltre nel Piano sanitario nazionale 2002-2004 e nella Direttiva del Ministro della Funzione pubblica 24/3/2004.

Inoltre, l'art. 8 del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, precisa che per misurazione e valutazione della *performance* organizzativa si intende:

- *la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;*
- *lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.*

La Legge regionale n. 2/2003 è molto interessante, invece, per quanto riguarda i servizi sociali: essa prevede un'azione di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi sociali, così come i Comitati consuntivi misti la svolgono nel campo sanitario. Tale Legge è tuttora inattuata, ma sarebbe opportuno coinvolgere le associazioni dei familiari in questa azione di monitoraggio.

2. Il ruolo dei portatori di interesse (*stakeholder*) nella rilevazione della qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi

2.1. Cittadino-utente

Il cittadino-utente di un servizio è il destinatario dell'indagine di rilevazione della qualità percepita di quel servizio, poiché è colui che ne usufruisce e che può dare informazioni sulla qualità dello stesso sulla base della propria esperienza, del proprio vissuto.

Rispetto a ciò, la rilevazione della qualità percepita assume caratteristiche del tutto peculiari all'interno dei Centri per i disturbi cognitivi, sia per la patologia delle persone che si rivolgono al Servizio sia per l'impossibilità di individuare un'unica tipologia di destinatari del Servizio. Se infatti in senso stretto può essere assunto come utente la persona interessata dalla patologia, non c'è dubbio che il Servizio abbia una *mission* anche nei confronti dei familiari e più in generale dei *caregiver* che si prendono cura della persona malata, che possono essere un parente, un assistente familiare, un amico, un compagno/a, l'amministratore di sostegno o più genericamente un portatore di interesse.

Occorre quindi assumere, nella definizione di utente, una visione complessa, che potrebbe essere rappresentata con cerchi concentrici: al centro l'utente e nel cerchio esterno il *caregiver*.

È inoltre necessario considerare che, in relazione allo stadio di avanzamento della patologia, il paziente può essere più o meno consapevole e quindi più o meno in grado di esprimere delle valutazioni e delle scelte in modo autonomo dal proprio *caregiver*, e di interagire con gli operatori del Servizio.

Nel momento in cui si rileva la qualità percepita all'interno del Centri occorre quindi considerare che è sicuramente necessario rivolgere l'indagine, "raccolgere" le informazioni da chi il servizio lo vive (e cioè il paziente), ma - laddove non possibile - è necessario coinvolgere i familiari/*caregiver*.

2.2. Professionisti

È ormai patrimonio comune la convinzione che la qualità del servizio offerto sia definita, oltre che dagli aspetti strutturali delle organizzazioni e dalla qualità percepita dall'utente, anche dalla qualità del clima organizzativo percepito dall'operatore che ci lavora, intendendo come clima organizzativo l'insieme di percezioni, credenze e sentimenti che i lavoratori elaborano rispetto alla loro organizzazione.

Sulla base delle esperienze realizzate ma soprattutto degli elementi emersi dai *focus group* che hanno portato alla stesura del presente documento, è possibile affermare che esiste una certa relazione tra clima organizzativo e qualità percepita dell'utente. Un professionista disponibile, accogliente nonché palesemente in "armonia lavorativa" con il proprio collega può fare la differenza rispetto alla percezione di chi usufruisce di quel servizio.

Un rapporto di collaborazione e di fiducia tra i professionisti che a vario titolo si occupano delle diverse fasi del processo di erogazione della prestazione (accettazione, accoglienza, visita, ...), nonché un efficiente ed efficace passaggio di informazioni tra i vari professionisti del Centro - ma anche con professionisti di altri Servizi di riferimento - sono elementi ritenuti di "peso" nel determinare la qualità di quel Servizio.

Analizzando una realtà concreta quale quella dei Centri per i disturbi cognitivi in un'ottica di valutazione di qualità, è quindi sicuramente necessario considerare gli aspetti strutturali (ad esempio numero di visite settimanali eseguibili, in quale contesto sono inseriti i centri, accessibilità, possibilità di contattare il personale, professionalità coinvolte e con che ruolo, presenza dei supporti tecnologici necessari), ma anche raccogliere informazioni sulle impressioni che gli operatori che vi lavorano hanno degli aspetti strutturali, dei rapporti di collaborazione tra loro, di quanto si sentono soddisfatti del proprio lavoro, di quanto si sentono ingaggiati dall'Azienda, di quanto l'Azienda ha corrisposto alle loro aspettative iniziali e dell'equilibrio percepito tra richieste e risorse (clima organizzativo e clima psicologico). È importante avere il "polso" sia del clima organizzativo sia di quello psicologico perché entrambi possono incidere significativamente sulla produttività del personale e di conseguenza sulla qualità delle prestazioni prodotte. Gli strumenti che permettono un'indagine di clima sono diversi e vari: possono misurare il *burnout*, lo stress lavoro-correlato, la *leadership*, il clima di gruppo, la *mission*, la *self efficacy*, ecc.

Rilevare il clima organizzativo ed eventualmente lavorare per migliorarlo ha sicuramente una ricaduta positiva anche sulla qualità percepita.

2.3. Volontari

Nelle realtà dei Centri per i disturbi cognitivi e comunque nella rete dei servizi è importante e rilevante la presenza di associazioni di familiari.

Tra le esperienze di impegno dei volontari nei vari Centri emergono alcune aree di attività nelle quali l'azione del volontariato può essere particolarmente efficace per promuovere la qualità del servizio.

- **Attività di sensibilizzazione e promozione**
Con la collaborazione di professionisti dei Centri e dell'Università, le associazioni di volontariato hanno prodotto opuscoli informativi sui segnali di insorgenza dei disturbi comportamentali nella popolazione anziana, orientando opportunamente il comportamento dei familiari e le cure domestiche. Conoscere queste patologie favorisce nei *caregiver* gli atteggiamenti appropriati, contrasta lo stigma della malattia mentale e li predispone a un rapporto concreto e realistico con i medici delle cure primarie e i servizi specialistici.
- **Centri di ascolto**
Generalmente si trovano all'interno delle sedi associative, ma anche negli stessi Centri per i disturbi cognitivi. Questo consente di attivare, in genere nei momenti più critici per il paziente e il familiare - come quello della diagnosi - un rapporto di aiuto e di sostegno attraverso un'informazione integrativa rispetto alle comunicazioni professionali, sulle possibilità di ricevere assistenza dai servizi sociali, sul possibile apporto delle organizzazioni di volontariato, sulle opportunità di formazione per i *caregiver*, sui diritti, sulla possibilità di frequentare spazi appropriati di socializzazione e soggiorno nelle ore diurne. Il rapporto con le associazioni può consolidarsi nel tempo, anche attraverso la partecipazione a gruppi di sostegno e di mutuo aiuto, corsi, iniziative di aggiornamento e approfondimento di specifiche tematiche, spesso realizzate proprio con la collaborazione delle associazioni.
- **Centri di socializzazione, come i Caffè Alzheimer**
Nella fase di definizione del programma assistenziale individualizzato, possono essere utilmente impiegati per proporre ai pazienti e ai familiari opportunità di socializzazione, di stimolazione cognitiva, motoria e sensoriale.
- **Accoglienza e informazione delle persone che accedono ai Centri per i disturbi cognitivi**
L'azione dei volontari contribuisce a creare un ambiente di servizio accogliente, amichevole, competente, contenendo lo stato di ansia durante l'attesa della visita medica e, se possibile, predisponendo positivamente il paziente e i familiari alla visita, fornendo le informazioni opportune.

Un'altra area in cui potrebbe essere coinvolto il volontariato è quella della rilevazione della qualità percepita.

3. Il percorso di costruzione dello strumento di rilevazione

La qualità percepita può essere rilevata con l'utilizzo di tecniche diverse, ciascuna delle quali ha caratteristiche proprie che ne determinano l'applicabilità a seconda della fase della ricerca, del fenomeno che si deve studiare e del *target* specifico che si vuole coinvolgere.

Alcune tecniche fanno riferimento a un approccio qualitativo, sono maggiormente orientate ai contenuti, utili per la ricerca di aspetti nuovi e per approfondire un certo fenomeno, ecc.; altre tecniche di rilevazione di informazioni sono orientate a un approccio quantitativo finalizzato a un'analisi statistica più robusta e su larga scala.

L'integrazione tra il quantitativo e il qualitativo in diverse fasi della ricerca può essere spesso la soluzione ideale per arrivare alla costruzione di strumenti di rilevazione consolidati e ripetibili nel tempo.

Per la costruzione dello strumento si è proceduto attraverso due fasi: la prima è consistita in un approfondimento qualitativo dei principali aspetti che costituiscono la qualità dal punto di vista dell'utenza all'interno dei Centri per i disturbi cognitivi; nella seconda fase è stato predisposto uno strumento di rilevazione (questionario) basato su quanto emerso nella prima fase e testato tramite uno studio pilota in alcuni Centri.

Inizialmente si è dunque proceduto al coinvolgimento di persone interessate nel processo di cura, gestione e assistenza del malato. Dopo un'analisi della letteratura e di esperienze simili messe a punto in altri territori, sono stati individuati due gruppi di soggetti - operatori attivi nei Centri per i disturbi cognitivi e rappresentanti delle associazioni dei familiari - e sono stati realizzati 2 *focus group*. L'analisi del materiale raccolto ha permesso di individuare le aree e gli *item* da indagare su cui elaborare lo strumento di rilevazione.

In sintesi gli aspetti individuati dall'analisi di sfondo (*focus group* e esperienze precedentemente realizzate) possono essere schematicamente ricondotti alle seguenti aree.

Tabella 1. Aree oggetto di indagine

Modalità invio/primo accesso al servizio

- attenzione e capacità di effettuare lo screening da parte dei MMG
- tempo di attesa per il primo accesso
- accessibilità al servizio
- accoglienza

Informazione ricevuta

- necessità di ricevere anche in fase iniziale (momento di grande incertezza) informazioni su percorsi di cura e assistenza e sulle associazioni
- informazioni su percorsi, servizi e opportunità presenti sul territorio
- informazioni sulla malattia e il suo decorso

Rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni

- necessità per il paziente di essere accolto da operatori accoglienti e disponibili
- ambiente confortevole
- operatori disponibili, informati, "orientati"

Supporto emotivo

- supporto emotivo soprattutto in particolari fasi della malattia: iniziale, comunicazione della diagnosi, dimissioni, aggravamento, fine vita
- sostegno nell'accettare la malattia
- punto di riferimento per avere indicazioni su problemi pratici quotidiani
- incontri con gli altri *caregiver* per confrontarsi e scambiarsi informazioni
- incontri con gli operatori in un contesto collettivo (formazione, informazione, confronto)
- disponibilità di una persona di riferimento preparata e informata in grado di rispondere alle richieste urgenti o quotidiane relative alla gestione del paziente

Presa in carico - continuità assistenziale

- ruolo del medico di medicina generale come figura chiave in ogni fase del percorso
 - necessità di valorizzare il ruolo della rete: la collaborazione tra gli attori della rete è essenziale
 - necessità di opportunità volte al mantenimento delle capacità residue, e non solo terapie farmacologiche
-

Oltre alla definizione degli elementi oggetto di indagine - "cosa rileviamo" - è stato necessario individuare "chi coinvolgiamo", poiché - come già detto - quando si parla di utenti del servizio, nel caso specifico si parla sia di persona malata sia di familiare che se ne prende cura. Il coinvolgimento - nei limiti delle loro possibilità e capacità cognitive - degli utenti principali che usufruiscono in prima persona dei servizi erogati dai Centri per i disturbi cognitivi è stato definito come uno degli obiettivi prioritari verso cui tendere individuando strumenti e modalità facilitanti.

Sulla base di tutte queste considerazioni, nella seconda fase è stato elaborato un unico strumento in grado di raccogliere le opinioni/percezioni sia del malato di demenza nelle fasi iniziali della malattia sia del proprio familiare/*caregiver*. Nello specifico si tratta di un questionario strutturato (*Allegato 1*) per rilevare varie dimensioni della qualità (informazioni, qualità delle relazioni, durata della visita, ...) dei Centri per disturbi cognitivi in varie fasi del processo di erogazione del servizio (invio, accoglienza, visita, ...); è possibile aggiungere ulteriori *item* e aree ritenuti importanti per il singolo Centro e non compresi in quelli già espressi.

La proposta di un unico strumento non elimina la possibilità di prevedere strumenti distinti e specifici elaborati su una stessa traccia di aree e *item* da indagare, prevedendo ad esempio un questionario rivolto specificamente ai familiari e una griglia semplificata utilizzabile come traccia di intervista semistrutturata/strutturata per il coinvolgimento dei pazienti. In questo ultimo caso l'intervistatore adeguatamente formato potrebbe "calibrare" la semplificazione e strutturazione della griglia sulla base del livello di disturbo cognitivo della persona che ha di fronte.

Una volta messo a punto, il questionario è stato sperimentato attraverso un'indagine pilota svolta nei Centri per i disturbi cognitivi i cui referenti facevano parte del Gruppo di lavoro.

4. Spendibilità dei risultati: percorsi di miglioramento

L'obiettivo ultimo di ogni indagine di rilevazione in generale, nell'ambito della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari in particolare, è cogliere gli aspetti ritenuti critici da parte di chi usufruisce di quel servizio, per poi attivare percorsi al fine di migliorarlo.

Il presupposto di base è che il cittadino che usufruisce del servizio - nello specifico dei Centri per i disturbi cognitivi, la persona malata come utente primario e il proprio *caregiver* come utente secondario - è portatore non solo di interesse e di bisogni da soddisfare nella maniera più adeguata possibile, ma anche di informazioni utili al fine di migliorare e adeguare servizi e prestazioni erogate.

Un'indagine sulla qualità percepita progettata con cura e che preveda il coinvolgimento dei diversi attori (operatori e utenti) e l'utilizzo integrato di diversi strumenti di ricerca, permette di ricevere informazioni sul servizio offerto per mettere in luce i punti critici su cui lavorare e le buone pratiche da valorizzare.

A tal fine, una volta raccolte ed elaborate le informazioni emerse dall'indagine realizzata, è importante curare la diffusione/comunicazione e l'utilizzo dei dati finali riportati in report, comunicati, poster o altro. La diffusione va effettuata con strumenti, modalità e finalità diverse, sia all'interno del Servizio e dell'Azienda (Direzione, Dipartimenti, responsabili, professionisti del Centro per i disturbi cognitivi, singoli operatori, ...), sia all'esterno, *in primis* agli utenti e agli altri attori del territorio con cui il Centro è in rete.

La diffusione/comunicazione esterna dei dati è sostanzialmente mirata a rafforzare le relazioni tra il Centro per i disturbi cognitivi e il proprio sistema sociale territoriale di riferimento, e a rendere visibile l'impegno profuso nei confronti degli utenti e degli operatori coinvolti nel percorso di indagine. Rispetto alla diffusione interna, i dati dell'indagine sono sicuramente utili a valutare il servizio, la sua corrispondenza e adeguatezza rispetto ai bisogni/aspettative espressi dall'utente/cittadino che ne usufruisce, ma anche e soprattutto per individuare percorsi interni di riflessione e miglioramento al fine di permettere al Servizio di evolversi in modo dinamico nella stessa direzione del cambiamento delle esigenze e dei bisogni dell'utente e cittadino.

Poiché la trasformazione delle informazioni ricavate dall'indagine di qualità percepita in spunti di percorsi operativi di miglioramento del servizio, come ribadito anche da diversi autori, non è un passaggio semplice,

... la parte difficile è come utilizzare le informazioni ottenute per dare veramente peso ai pazienti, alla loro esperienza e ai loro risultati clinici. L'intera natura del progetto sta nel produrre miglioramenti.¹

¹ Pat Staw, 2002, citato in Calderone *et al.*, 2006, p. 25.

Particolare attenzione va dedicata a questa fase: implementare azioni di miglioramento non è un'operazione facile, poiché spesso vincoli di risorse, vincoli strutturali ma anche organizzativi, sembrano inibire sul nascere qualsiasi progettazione/realizzazione di azioni di miglioramento.

Il concetto di miglioramento implica un cambiamento, ossia il passaggio da una condizione a un'altra che si ritiene migliore o superiore. Apportare un cambiamento di una situazione rilevata come incongrua, non adeguata o comunque percepita come non soddisfacente può voler dire tempo e coinvolgimento di più professionisti, Unità operative, ecc., con uno sforzo non indifferente. Al fine di evitare frustrazioni e perdere opportunità di un miglioramento, nell'analisi dei dati rilevati è importante condividere con i professionisti coinvolti dall'indagine e con i responsabili del Servizio le possibilità di portare un reale cambiamento, tenendo conto dei vari vincoli, definendo delle priorità di intervento e progettando azioni di miglioramento con obiettivi raggiungibili e misurabili a medio e lungo termine.

5. Sintesi: consigli metodologici utili per l'implementazione di un'indagine di soddisfazione tramite questionario in un Centro per i disturbi cognitivi



PER LA SOMMINISTRAZIONE

- Individuare un referente per il coordinamento di tutta l'indagine. Il referente avrà cura del piano di somministrazione, dell'elaborazione dei dati, della stesura del report e della diffusione
- Identificare un responsabile per ogni Centro per i disturbi cognitivi, al quale è assegnata la responsabilità del reclutamento dei soggetti e di tutte le attività legate alle diverse fasi dell'indagine (individuazione e coinvolgimento del personale, promozione e comunicazione dell'iniziativa agli utenti, ...)
- Coinvolgere il personale affinché contribuisca alla buona riuscita dell'iniziativa e sensibilizzi il paziente alla partecipazione all'iniziativa
- Affiggere all'interno di ogni Centro per i disturbi cognitivi una comunicazione che riporti le informazioni relative all'iniziativa
- Prendere nota di considerazioni, impressioni espresse dagli utenti che partecipano alla sperimentazione (es. questionario troppo lungo o *item* poco comprensibili, ...)
- Stampare il questionario in caratteri di dimensioni medio/grandi



PER L'ANALISI DEI DATI²

- Il questionario permette di estrapolare tre diverse (e complementari) analisi:
 - analisi descrittive (di tipo anagrafico) del campione di soggetti a cui è stato somministrato il questionario (che possono essere confrontate con i dati di accesso al servizio per verificare la rappresentatività del campione)
 - analisi descrittive dei dati (frequenze e percentuali) riferite a dimensioni di tipo informativo (ad esempio, l'utente come ha conosciuto il Servizio? quanto tempo è intercorso tra sintomi e accesso al Centro? che utilizzo fa dei servizi?)

² Nell'Allegato 3 è riportato un esempio di analisi e lettura dei dati attraverso il foglio di calcolo Excel in dotazione con il presente documento.

- analisi quantitative riferite alla valutazione/percezione dell'utente rispetto al Centro per i disturbi cognitivi, e in particolare rispetto alle seguenti dimensioni:
 - invio e accessibilità
 - modalità della visita, comfort degli ambienti e informazioni ricevute
 - disponibilità e cortesia degli operatori
 - informazioni fornite dal Centro sulle attività erogate dallo stesso e dalla rete dei servizi
 - valutazione complessiva del Centro

In aggiunta a tali analisi, il questionario evidenzia 3 aree generali di valutazione: struttura, visita e personale. Tali dimensioni costituiscono ulteriore dato di approfondimento in sede di rilevazione della qualità percepita.

Al fine di permettere una lettura dei risultati anche in assenza di sofisticate analisi statistiche, con il presente documento viene fornito un foglio di lavoro excel che, a partire dalla registrazione delle risposte dei questionari, permetterà di ottenere un'analisi di base della parte descrittiva, di quella quantitativa, e delle 3 aree generali (vedi *Allegato 3* per un esempio di registrazione, analisi e interpretazione dei dati).



PER LA RESTITUZIONE DEI DATI E LA COMUNICAZIONE

Con chi condividere i risultati emersi

Per utilizzare in modo significativo i risultati emersi è importante condividerli con coloro che a vario titolo sono coinvolti in processi decisionali che riguardano i servizi sanitari:

- pazienti e cittadini
- operatori
- istituzioni
- associazioni

I pazienti e i familiari/*caregiver* hanno impiegato del tempo per raccontare la loro esperienza, per cui è importante che essi siano informati sui risultati. Nel restituire i risultati può essere utile invitare le persone a contribuire con le loro idee su come i servizi possono essere migliorati e a suggerire modi per essere coinvolti, se lo desiderano.

Gli operatori del Centro per i disturbi cognitivi dovrebbero essere coinvolti nel processo di sviluppo di nuove idee, dato che saranno responsabili nel trovare soluzioni ai problemi evidenziati dai pazienti.

Come condividere i risultati emersi

- I risultati delle indagini possono essere diffusi e comunicati con varie modalità:
 - pubblicare i report
- condividere l'informazione con altre organizzazioni sul proprio territorio, incluse le Autorità locali
- fornire i risultati alle organizzazioni dei cittadini, e chiedere loro consigli e valutazioni

- pubblicizzare i risultati tramite i *mass media*
- pubblicare i risultati possibilmente corredati di particolari sui piani di miglioramento
- assicurarsi che i report siano presentati in una forma facilmente comprensibile (ricordare che non tutti sono esperti nel leggere grafici e nel comprendere i dati)
- i disegni esprimono in modo più immediato dei testi, quindi comunicare le informazioni in forma grafica, eventualmente con poster/*depliant* che possono essere diffusi all'interno dell'organizzazione
- focalizzarsi sui temi chiave che emergono dai risultati ed evidenziare sia le valutazioni positive sia quelle negative
- illustrare i temi con valutazioni di pazienti tratte dalle singole interviste o da altre fonti al fine di inquadrare i risultati nel contesto

È fondamentale anche elaborare strategie di comunicazione mirate e differenziate in modo da raggiungere tutti gli interessati.

Allegati

Allegato 1. Questionario per la rilevazione della qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi

Centro _____

Indagine conoscitiva Qualità percepita

Gentile Signore/a,

il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità dei servizi offerti dal nostro Centro per i disturbi cognitivi.

Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sul servizio di cui ha 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, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (DLgs n. 196/2003).

Risponda alle domande che seguono mettendo una crocetta sul quadratino corrispondente al giudizio che più si avvicina al Suo punto di vista, tenendo conto che al valore "1" corrisponde "per niente adeguato" e che al valore "4" corrisponde "molto adeguato".

La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione

Il/La responsabile del Centro

INVIO / ACCESSO

1. Come ha saputo del Centro per i disturbi cognitivi?

(è possibile barrare più di una risposta)

- Dal medico di base
- Dall'assistente sociale
- Dallo specialista
- Da amici/conoscenti
- Da una conferenza/incontro pubblico
- Da un opuscolo divulgativo
- Altro (*specificare* _____)

2. Da quanto tempo usufruisce del Centro per i disturbi cognitivi?

(barrare una sola risposta)

- È la prima volta
- Meno di 6 mesi
- Da 6 mesi a 1 anno
- Da 1 a 2 anni
- Da più di 2 anni

3. Quanto tempo è passato fra l'inizio dei disturbi e la prima visita presso il Centro per i disturbi cognitivi?

(barrare una sola risposta)

- Meno di 6 mesi
- Da 6 mesi a 1 anno
- Più di un anno

4. Se sono passati oltre sei mesi dall'inizio dei disturbi e la prenotazione della prima visita Le chiediamo di indicarci la motivazione

(barrare una sola risposta)

- Non ci siamo resi conto del tipo e dell'entità del problema
- Il medico curante non ha ritenuto opportuna la visita
- Non sapevamo a chi rivolgerci
- Altro (*specificare* _____)

Rispetto alla Sua esperienza, come valuta:

5. il tempo trascorso fra la prenotazione e la prima visita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

6. l'accessibilità al Centro per i disturbi cognitivi (segnaletica, barriere architettoniche, ...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

7. l'accoglienza ricevuta dagli operatori del Centro per i disturbi cognitivi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

8. la sala d'attesa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

VISITA E ALTRE ATTIVITÀ DEL CENTRO DISTURBI COGNITIVI

Rispetto alla Sua esperienza, come valuta:

9. le modalità di svolgimento della visita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

10. la durata della visita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

11. il modo in cui è stata comunicata la diagnosi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so	non mi è stata comunicata la diagnosi

12. le informazioni ricevute sulla diagnosi e il decorso della malattia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so	non mi è stata comunicata la diagnosi

13. gli ambienti degli ambulatori

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

Rispetto al rapporto con i professionisti del Centro per i disturbi cognitivi come valuta:

14. la disponibilità

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

15. la gentilezza e la cortesia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

16. l'ascolto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

17. la chiarezza delle risposte ricevute

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

18. il rispetto della dignità del paziente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so

Può indicarci inoltre come valuta:

19. le informazioni sulle attività e i servizi erogati direttamente dal Centro per i disturbi cognitivi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so	non ho ricevuto informazioni

20. le informazioni sulle attività e i servizi presenti sul territorio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
del tutto inadeguato	poco adeguato	abbastanza adeguato	molto adeguato	non so	non ho ricevuto informazioni

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL CENTRO

21. In base alla Sua esperienza, il Centro per i disturbi cognitivi è utile per avere:

	Del tutto inutile 1	Poco utile 2	Abbastan- za utile 3	Molto utile 4	Non so 5
a. Informazioni sulla malattia e sul suo decorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sostegno psicologico per il familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Terapia farmacologica adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Terapie non farmacologiche adeguate (es. stimolazione cognitiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Informazioni sulla gestione del quotidiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Altro (<i>specificare</i> _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Secondo Lei, quali sono le attività del Centro che dovrebbero essere potenziate?

(è possibile barrare più di una risposta)

- Punto di ascolto telefonico
- Incontri informativi con gli operatori del Centro
- Incontri di confronto con gli altri familiari
- Incontri individuali di supporto psicologico
- Terapie non farmacologiche (ex. stimolazione cognitiva)
- Visite mediche
- Altro (*specificare* _____)

23. Rispetto alle cose che ritiene inadeguate, può indicarci brevemente i suoi suggerimenti?

24. Quali sono gli aspetti che apprezza maggiormente nel Centro per i disturbi cognitivi?

25. Come valuta in generale il servizio del Centro per i disturbi cognitivi a cui si è rivolto?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| del tutto
inadeguato | poco
adeguato | abbastanza
adeguato | molto
adeguato | non so |

LA RETE DEI SERVIZI

26. Nell'affrontare i problemi legati alla malattia, come valuta il supporto dato da:

	Del tutto inutile 1	Poco utile 2	Abbastanza utile 3	Molto utile 4	Non so 5
a. Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Operatori assistenza domiciliare del Comune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Infermiere domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Operatori del Centro per i disturbi cognitivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medico di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Associazione di volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Altro (<i>specificare</i> _____)					

27. Può indicare quali tra i seguenti servizi / attività conosce, utilizza o ha utilizzato in passato?

	Non conosco	Conosco ma non utilizzo	Conosco e utilizzo	Conosco e ho utilizzato in passato
	1	2	3	4
a. Assistenza domiciliare del Comune (bagno, compagnia, supporto ai pasti, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ricovero di sollievo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Assistenza infermieristica domiciliare (medicazioni, prelievi, cateteri, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Centro diurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Caffè Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Supporto psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Punto di ascolto telefonico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Incontri informativi con gli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gruppi di auto-aiuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Assegno di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Consulenza adattamento domestico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Associazioni di volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Altro (<i>specificare</i> _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il questionario è stato compilato:

- dal paziente autonomamente
- dal paziente con l'aiuto di un familiare/conoscente
- da un familiare/conoscente del paziente
- altro (*specificare* _____)

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

a. Nazionalità del paziente

- italiana
 altro (*specificare* _____)

b. Sesso del paziente

- Maschio Femmina

c. Età del paziente (*in anni compiuti*) _____

d. Titolo di studio del paziente

- nessun titolo
 licenza elementare
 licenza di scuola media inferiore
 diploma o qualifica di scuola media superiore
 laurea e post-laurea

e. Occupazione del paziente

- occupato/a
 in cerca di occupazione
 casalinga
 studente
 inabile al lavoro
 pensionato/a
 altro (*specificare* _____)

f. Provincia di residenza del paziente _____

g. Stato civile del paziente

- celibe / nubile
- coniugato/a, convivente
- separato/a legalmente
- divorziato/a
- vedovo/a
- altro (*specificare* _____)

h. In caso di bisogno c'è qualcuno che Le dà aiuto nel Suo quotidiano?

- Sì, è un mio familiare (*specificare quale* _____)
- Sì, altre persone (*specificare quali* _____)
- No, non ne ho bisogno
- No, ma ne avrei bisogno

**SE IL QUESTIONARIO È STATO COMPILATO COMPLETAMENTE O IN
COLLABORAZIONE CON UN FAMILIARE O ALTRO SI PREGA DI RISPONDERE
ANCHE ALLE SEGUENTI DOMANDE**

b1. Nazionalità

- italiana
- altro (*specificare* _____)

c1. Sesso

Maschio Femmina

d1. Età (*in anni compiuti*) _____

e1. Titolo di studio

- nessun titolo
- licenza elementare
- licenza di scuola media inferiore
- diploma o qualifica di scuola media superiore
- laurea e post-laurea

f1. Occupazione

- occupato/a
- in cerca di occupazione
- casalinga
- studente
- inabile al lavoro
- pensionato/a
- altro (*specificare* _____)

g1. Provincia di residenza _____

h1. Stato civile

- celibe / nubile
- coniugato/a, convivente
- separato/a legalmente
- divorziato/a
- vedovo/a
- altro (*specificare* _____)

i1. In caso il questionario non sia stato compilato dal paziente La preghiamo di indicarci il grado di parentela/conoscenza con l'assistito:

- coniuge/partner
- nipote
- figlio/a
- fratello/sorella
- genero/nuora
- conoscente
- altro (*specificare* _____)

j1. La preghiamo di indicarci se convive con l'assistito:

- no
- sì

k1. Nella gestione del Suo familiare/conoscente a domicilio da chi viene aiutata/o?

(è possibile barrare più di una risposta)

- altri familiari
- amici/conoscenti
- volontari
- badante private
- assistenza domiciliare comunale
- assistenza infermieristica domiciliare
- nessuno
- altro (*specificare* _____)

In questo spazio, se Lo desidera, può lasciare un commento

Grazie per la collaborazione!

Allegato 2. Report *focus group* e studio pilota

RISULTATI DEI FOCUS GROUP: SINTESI

Il percorso metodologico ha previsto una fase di analisi di sfondo, al fine di individuare indicatori di qualità percepita. Tale analisi è stata realizzata attraverso due *focus group*. Nel primo *focus* i partecipanti erano gli operatori dei Centri per i disturbi cognitivi, mentre nel secondo sono stati coinvolti i rappresentanti delle associazioni dei familiari dei malati di Alzheimer. Per facilitare il confronto dei partecipanti nelle sedute di *focus* si è chiesto, sulla base delle specifiche professionalità ed esperienze, quali fossero gli aspetti ritenuti più importanti e quelli potenzialmente critici che la persona che usufruisce dei servizi di un Centro percepisce nelle varie fasi del percorso di presa in carico:

- invio
- primo accesso
- percorso diagnostico
- diagnosi
- presa in carico
- dimissioni

ALCUNI DEI CONTENUTI EMERSI DAL GRUPPO OPERATORI

Dal confronto dei partecipanti al focus sono emerse le seguenti questioni ritenute cruciali:

- necessità per tutti i professionisti della rete (compresi operatori CUP, operatori ospedalieri, ...) di essere formati per affrontare le diverse problematiche connesse con la malattia
- necessità di sostegno e supporto per gli operatori (soprattutto di servizi residenziali), per limitare il rischio di stress e *burnout*
- importanza dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, integrazione e collaborazione tra tutte le figure professionali coinvolte

Gli elementi individuati possono essere schematicamente ricondotti alle seguenti aree di analisi:

- ***modalità di accesso al servizio***
 - attenzione e capacità di effettuare screening da parte dei MMG
 - tempo di attesa per il primo accesso
 - tempo che intercorre dal momento della prima visita alla definizione della diagnosi (percorsi preferenziali per le prestazioni diagnostiche)

- **informazione ricevuta**
 - necessità di ricevere anche in fase iniziale (momento di grande incertezza) informazioni su percorsi di cura e assistenza e sulle associazioni;
 - informazioni su percorsi e servizi presenti sul territorio
- **rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni (relazione con gli operatori, accoglienza, ...)**
 - necessità per il paziente di essere accolto da operatori disponibili in un ambiente confortevole
 - avere altre figure nell'*équipe*, creare un gruppo di professionisti con funzione di accompagnamento e sostegno
 - creare un momento di confronto tra operatori, familiari e pazienti; rendersi disponibili all'ascolto
- **supporto emotivo**
 - supporto emotivo soprattutto in particolari fasi della malattia: iniziale, comunicazione della diagnosi, dimissioni, ecc.
 - aiuto ad accettare la malattia
 - punto di riferimento per avere indicazioni su problemi pratici quotidiani
 - interferenze degli operatori nella relazione tra paziente e familiare

ALCUNI DEI CONTENUTI EMERSI DAL GRUPPO ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI

Dal confronto e discussione che i partecipanti hanno sviluppato sono emersi alcuni elementi significativi:

- necessità di recuperare e valorizzare da parte del MMG e dei Comitati etici il ruolo di interfaccia e di partner delle associazioni presenti sul territorio; maggiore coinvolgimento delle associazioni dei familiari
- necessità di sostenere il familiare per tutto il percorso di presa in carico. Particolarmente critica può essere l'attesa della seconda visita (talvolta anche a 6 mesi), in cui sarebbe opportuno mettere il *caregiver* in contatto con i servizi sociali, le associazioni e tutti i servizi di sostegno esistenti
- necessità di fornire un'informazione corretta, sia sulle diverse fasi della malattia sia sui servizi / supporto del territorio
- necessità di valorizzare il ruolo della rete: la collaborazione tra gli attori della rete è essenziale
- necessità di maggiori interventi psicosociali e non solo terapie farmacologiche
- riconoscimento che i bisogni principali del paziente che accede al Centro per i disturbi cognitivi sono la tranquillità, la dolcezza, il senso di essere accolti bene, il rispetto della sua persona

- maggiore controllo per quanto riguarda la professionalità degli operatori nelle strutture e le loro qualità umane
- bisogno del familiare di non essere "lasciato solo" e di ricevere sollievo dal peso dell'accudimento

Gli elementi individuati critici e quindi migliorabili possono essere schematicamente ricondotti alle seguenti aree di analisi.

- **modalità di accesso al servizio** (*invio, orari, ...*)
 - difficoltà da parte del medico curante o di altre figure professionali a riconoscere la necessità di essere inviati al Centro per i disturbi cognitivi/ostacolo all'invio al Centro
 - tempi lunghi per la prima visita
- **informazione ricevuta** (*stato clinico, processi di cura, aspetti organizzativi, percorso e modalità di presa in carico, ...*)
 - informazione sui servizi erogati su tutto il territorio
 - percorsi per utilizzare servizi erogati al di fuori del Centro
 - informazione sulle iniziative attivate da altri enti o associazioni
- **rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi** (*relazione con gli operatori, accoglienza, ...*)
 - necessità di essere ascoltati dal MMG
 - bisogno di confrontarsi col professionista del Centro per fare fronte alle mutevoli condizioni del paziente
 - bisogno di avere punti di riferimento per avere sollievo temporaneo dal peso dell'assistenza
 - bisogno di avere informazioni esaustive e complete sui servizi della rete e sull'evoluzione della malattia
- **supporto emotivo**
 - incontri con gli altri *caregiver* per confrontarsi e scambiarsi informazioni
 - incontrare gli operatori in un contesto collettivo (formazione, informazione, confronto)
 - avere una persona di riferimento preparata e informata in grado di rispondere alle richieste urgenti o quotidiane relative alla gestione del paziente

PER ENTRAMBI I GRUPPI RISULTANO RILEVANTI I SEGUENTI PUNTI

- ruolo del medico di medicina generale, percepito come figura chiave in ogni fase del percorso
- riduzione dei tempi di attesa per una prima visita, ma anche per l'iter diagnostico
- supporto e sostegno anche psicologico al familiare
- operatori accoglienti, orientati (informati) dei Servizi della rete
- importanza della comunicazione in ogni momento e in ogni punto della rete
- lavoro di *équipe* tra i diversi professionisti (percezione di scollamento tra i diversi professionisti)
- confort ambientali
- ruolo del volontario come supporto al familiare

CHI È L'UTENTE DEL CENTRO?

La rilevazione della soddisfazione dell'utente si pone con caratteristiche del tutto peculiari all'interno dei Centri per le demenze. Infatti, se in senso stretto può essere assunto come utente la persona con la patologia in questione, non vi è dubbio che il servizio abbia una *mission* anche nei confronti dei *caregiver* e dei familiari in generale.

Nel caso che il paziente non sia supportato dai familiari ma da un assistente familiare, da amici, dall'amministratore di sostegno o più genericamente da portatori di interesse, la questione viene ulteriormente complicata da delicate questioni sia psicologiche che giuridiche. Infatti, il paziente può riporre fiducia in tali persone o subirne le costrizioni e, in ogni caso, le informazioni che possono essere date ai familiari e le scelte assunte con il loro coinvolgimento non possono sicuramente essere le medesime trattate con i portatori di interesse.

Occorre anche considerare che il paziente, in relazione allo stadio di avanzamento della patologia, può essere più o meno consapevole e, quindi, a diversi livelli essere dipendente dalle valutazioni e dalle scelte di chi lo assiste e interagire con gli operatori del servizio nella presa in carico e nella continuità assistenziale. Questa condizione è inoltre variabile nel tempo con il progredire dello stato di non autosufficienza.

Nella definizione di utente occorre quindi assumere una visione complessa, che potrebbe essere rappresentata con cerchi concentrici: al centro l'utente, nel cerchio immediatamente esterno i familiari, nel cerchio ulteriormente esterno i portatori di interesse. Lo strumento di valutazione della soddisfazione potrebbe avere una parte fissa e una parte variabile, in relazione rispettivamente agli elementi di qualità determinanti per i familiari e per i portatori di interesse.

REPORT DELLO STUDIO PILOTA

Obiettivi

Obiettivo della sperimentazione è testare uno strumento di rilevazione della qualità percepita dagli utenti dei Centri per i disturbi cognitivi, dove per utenti si intendono - oltre ai pazienti - anche i familiari/conoscenti che accompagnano/accudiscono i pazienti con deterioramento cognitivo conclamato.

Strumento

Il questionario (vedi *Allegato 1*) è strutturato per rilevare varie dimensioni di qualità (informazioni, qualità delle relazioni, durata della visita, ...) dei Centri per i disturbi cognitivi in varie fasi del processo di erogazione del servizio (invio, accoglienza, visita, ...). Per valutare i singoli aspetti è stata generalmente utilizzata una scala da 0 a 10 che va da "del tutto inadeguato" a "del tutto adeguato". Viene inoltre fornita la possibilità del "non so" e del "non ho ricevuto alcuna informazione" a seconda degli *item*.

Il questionario si compone di:

- 27 *item* sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta;
- 8 *item* sulle caratteristiche socio-anagrafiche del paziente (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e situazione di convivenza);
- 11 *item* sulle caratteristiche socio-anagrafiche dell'eventuale familiare/conoscente che può assistere il paziente nella compilazione oppure compilare direttamente il questionario nel caso il paziente presenti un grado di deterioramento cognitivo che non permette la compilazione autonoma o assistita;
- uno spazio finale che consente di raccogliere suggerimenti liberi per migliorare la qualità del servizio.

Per la compilazione del questionario occorrono circa 10 minuti.

Modalità di somministrazione e periodo di rilevazione

Il questionario è stato somministrato nella settimana dal 22 al 25 ottobre 2012.

Il questionario è stato consegnato al paziente o al familiare/conoscente dopo avere chiesto la disponibilità a partecipare alla sperimentazione, illustrato brevemente gli obiettivi dello studio e rassicurato sull'anonimato. Il questionario è volontario e anonimo.

È stata prevista la compilazione autonoma da parte del paziente, assistita o da parte del familiare/conoscente, in base ai singoli casi.

Dopo la compilazione il paziente o il familiare/conoscente ha inserito il questionario in un'urna sigillata appositamente predisposta.

Campione

Il campione di questa sperimentazione è costituito da:

- pazienti che presentano deterioramento cognitivo tale da permettere la compilazione autonoma del questionario;
- pazienti che presentano deterioramento cognitivo tale da richiedere l'assistenza nella compilazione da parte di un familiare/conoscente;
- familiari/conoscenti che compilano direttamente il questionario nel caso il paziente accompagnato presenti un grado di deterioramento cognitivo che non permetta la compilazione autonoma o assistita.

Alla sperimentazione hanno partecipato 4 Centri per i disturbi cognitivi - Fidenza (PR), Ospedale Maggiore di Bologna, Pavullo nel Frignano (MO), Albinea (RE) - per un totale di 174 questionari raccolti.

Il 16% dei questionari è stato compilato dal paziente in maniera autonoma; il restante 84% è stato compilato in modo eteronomo o assistito da un familiare/*caregiver*.

Caratteristiche socio-anagrafiche dei pazienti

Nazionalità:	italiana 91,4% (8,6% <i>missing</i>)
Sesso:	maschi 34,4%; femmine 59,2%
Età media:	79 anni (DS 8)
Titolo di studio:	fino licenza media compresa 85,5%; diploma e laurea 14,5%
Occupazione:	pensionati 89,4%
Stato civile:	coniugati/conviventi 47,2%; vedovi/e 45,9%
Rete sociale (supporto nel quotidiano):	
	familiare 72,6%
	altre persone 17,2%
	non ne ho bisogno 7%
	no ma ne avrei bisogno 3,2%

Caratteristiche socio-anagrafiche dei familiari/caregiver

Nazionalità:	italiana 97,9% (2,1% <i>missing</i>)
Sesso:	maschi 31,2%; femmine 68,8%
Età media:	56 anni (DS 11)
Titolo di studio:	fino licenza media compresa 35,9%; diploma e laurea 64,1%
Occupazione:	occupati 52,1%; pensionati 29,6%
Stato civile:	coniugati/conviventi 70,9%

Grado di parentela con l'assistito: figli 67,6%; coniuge/partner 13,2%

Il 64,7% convive con l'assistito; il 45,9% viene aiutato da altri familiari nella gestione dell'assistito, il 29,7% da una badante.

ANALISI DEI DATI: DESCRITTIVE

v1 Come ha saputo del Centro per i disturbi cognitivi?

	Responses		Percent of cases
	N	Percent	
Dal medico di base	99	54,1%	60,7%
Dall'assistente sociale	11	6,0%	6,7%
Dallo specialista	37	20,2%	22,7%
Da amici/conoscenti	31	16,9%	19,0%
Da una conferenza/incontro pubblico	3	1,6%	1,8%
Da un opuscolo divulgativo	2	1,1%	1,2%
<i>Total</i>	<i>183</i>	<i>100,0%</i>	<i>112,3%</i>

v2 Da quanto tempo usufruisce del Centro per i disturbi cognitivi?

		Frequency	Valid Percent
Valid	È la prima volta	37	21,5
	Meno di 6 mesi	12	7,0
	Da 6 mesi - 1 anno	28	16,3
	Da 1 a 2 anni	41	23,8
	Da più di 2 anni	54	31,4
	<i>Total</i>	<i>172</i>	<i>100,0</i>

v3 Quanto tempo è passato fra l'inizio dei disturbi e la prima visita presso il Centro per i disturbi cognitivi?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Meno di 6 mesi	51	29,8
	Da 6 mesi a 1 anno	48	28,1
	Più di un anno	72	42,1
	<i>Total</i>	<i>171</i>	<i>100,0</i>

v4 Se sono passati oltre sei mesi dall'inizio dei disturbi e la prenotazione della prima visita Le chiediamo di indicarci la motivazione

		Frequency	Valid Percent
Valid	Non ci siamo resi conto del tipo e dell'entità del problema	66	52,8
	Il medico curante non ha ritenuto opportuna la visita	24	19,2
	Non sapevamo a chi rivolgerci	21	16,8
	Altro	14	11,2
	<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>100,0</i>

v22 Secondo Lei, quali sono le attività del Centro che dovrebbero essere potenziate?

	Responses		Percent of cases
	N	Percent	
Punto d'ascolto telefonico	38	12,9%	27,0%
Incontri informativi con gli operatori del Centro	53	18,0%	37,6%
Incontri di confronto con gli altri familiari	47	15,9%	33,3%
Incontri individuali di supporto psicologico	60	20,3%	42,6%
Terapie non farmacologiche (es. stimolazione cognitiva)	63	21,4%	44,7%
Visite mediche	34	11,5%	24,1%
<i>Total</i>	<i>295</i>	<i>100,0%</i>	<i>209,2%</i>

v27 In caso di necessità e per affrontare i problemi legati alla malattia, qual è il suo punto di riferimento principale?

		Frequency	Valid Percent
Valid	Assistente sociale	19	12,8
	Operatori assistenza domiciliare del Comune	4	2,7
	Infermiera domiciliare	2	1,4
	Operatori del Centro per i disturbi cognitivi	64	43,2
	Medico di base	52	35,1
	Associazione di volontariato	1	0,7
	Altro	6	4,1
	<i>Total</i>	<i>148</i>	<i>100,0</i>
Missing	System	26	
	<i>Total</i>	<i>174</i>	

ITEM (su scala 1-10)	MEDIA
v5 il tempo trascorso fra la prenotazione e la prima visita	7,70
v6 l'accessibilità al Centro per i disturbi cognitivi (segnaletica, barriere architettoniche, ...)	8,50
v7 l'accoglienza ricevuta dagli operatori del Centro per i disturbi cognitivi	9,23
v8 la sala d'attesa	8,49
v9 le modalità di svolgimento della visita	8,60
v10 la durata della visita	8,72
v11 il modo in cui è stata comunicata la diagnosi	8,60
v12 le informazioni ricevute sulla diagnosi e il decorso della malattia	8,45
v13 gli ambienti degli ambulatori	8,71
v14 la disponibilità	9,12
v15 la gentilezza e la cortesia	9,39
v16 l'ascolto	9,20
v17 la chiarezza delle risposte ricevute	8,98
v18 il rispetto della dignità del paziente	9,21
v19 le informazioni sulle attività e i servizi erogati direttamente dal Centro per i disturbi cognitivi	8,21
v20 le informazioni sulle attività e i servizi presenti sul territorio	7,71
v21a informazioni sulla malattia e sul suo decorso	8,61
v21b sostegno psicologico per il familiare	8,12
v21c terapia farmacologica adeguata	8,64
v21d terapie non farmacologiche adeguate(es. stimolazione cognitiva)	8,02
v21e informazioni sulla gestione del quotidiano	8,02
v25 Come valuta in generale il servizio del Centro per i disturbi cognitivi a cui si è rivolto?	8,82

ANALISI DEI DATI: ANALISI FATTORIALE

Al fine di valutare la robustezza tematica del questionario è stata condotta un'analisi fattoriale che ha evidenziato tre fattori per un totale di varianza spiegata dell'84%.

I 3 fattori individuati sono: personale, struttura, visita; i valori di attendibilità mediante alpha di Cronbach (indicati fra parentesi) risultano ottimali ($\alpha > .80$) e testimoniano la qualità psicometrica dello strumento.³

PERSONALE (α : .89)

item

- v7 l'accoglienza ricevuta dagli operatori del Centro per i disturbi cognitivi
- v14 la disponibilità
- v15 la gentilezza e la cortesia
- v16 l'ascolto

STRUTTURA (α : .83)

item

- v6 l'accessibilità al Centro per i disturbi cognitivi (segnaletica, barriere architettoniche, ...)
- v8 la sala d'attesa
- v13 gli ambienti degli ambulatori

VISITA (α : .95)

item

- v9 le modalità di svolgimento della visita
 - v10 la durata della visita
 - v11 il modo in cui è stata comunicata la diagnosi
 - v12 le informazioni ricevute sulla diagnosi e il decorso della malattia
-

³ Nelle successive rilevazioni, gli *item* che compongono ciascun fattore potranno essere accorpati in indicatori di sintesi e utilizzati in analisi bivariate (es. confronti fra medie rispetto a sesso, età, titolo di studio, compilatore, ...). Questo permetterà ad esempio di trarre alcune conclusioni rispetto all'utenza dei Centri per i disturbi cognitivi nei termini di eventuali differenze rispetto alla qualità percepita del servizio. In Allegato 3 viene invece riportata una semplice analisi e lettura attraverso un file Excel.

Allegato 3. Esempio di registrazione dei questionari, analisi e lettura dei risultati attraverso l'utilizzo del foglio Excel "Analisi della qualità percepita"

Il *file* fornito permette un'elaborazione semplice attraverso un foglio di lavoro Excel. A fini puramente dimostrativi, sono stati inseriti dati (fittizi) come se fossero stati analizzati 15 questionari. Per utilizzare il *file* è sufficiente cancellare i dati immessi nei fogli "variabili" (foglio contraddistinto da linguetta gialla) e "anagrafica" (foglio contraddistinto da linguetta turchese) e immettere i dati reali. A tal proposito si fa presente che *tali fogli "sono gli unici che debbono essere maneggiati"*, mentre gli altri vengono generati in automatico, per cui è fondamentale non modificarli in nessun modo.

Di seguito viene illustrata la procedura passo passo che consentirà l'analisi e la lettura dei risultati della rilevazione.

1. REGISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO

Per la registrazione delle risposte, utilizzare il foglio "variabili" contrassegnato dalla linguetta gialla. L'intero *file* è predisposto per la registrazione ed elaborazione dati di 100 questionari. Ad eccezione degli item 23 e 24 (che consistono in suggerimenti aperti e non codificabili), tutte le domande del questionario produrranno direttamente un report. Le risposte "non so" non vanno registrate, in quanto non elaborate.

Per quanto concerne la parte anagrafica, la registrazione va effettuata attraverso il foglio "anagrafica" contrassegnato dalla linguetta turchese. Ad eccezione di alcuni dati, le domande daranno origine a un report riepilogativo.

Procedura di registrazione delle risposte del questionario

- a) Andare al foglio "variabili" (linguetta gialla)
- b) Inserire nelle celle corrispondenti all'*item* il numero corrispondente alla scala di valutazione scelto dall'utente (da 1 a 4). In caso di risposta "non so" non registrare nulla. Procedere fino alla domanda 22. Poiché gli *item* 23 e 24 non sono codificabili in quanto domande aperte, sarà necessaria per questi *item* una registrazione separata e manuale, pertanto anche se inseriti nel *file* non verranno registrati. Procedere quindi sino al termine (27a-o)
- c) Andare al foglio "anagrafica" (linguetta turchese)

- d) Compilazione del questionario (zona verde): inserire "sì" nella colonna corrispondente alla risposta (ad esempio se compilato dal paziente con aiuto del familiare mettere "sì" in entrambe le colonne)
- e) Dati riferiti al paziente (zona rosa): per tutte le voci (ad eccezione dell'età) inserire "sì" nella colonna corrispondente alla risposta (ad esempio se nazionalità italiana inserire "sì" nella colonna "italiana")
- f) Dati riferiti all'accompagnatore/compilatore del questionario (zona grigia): per tutte le voci (ad eccezione dell'età) inserire "sì" nella colonna corrispondente alla risposta (ad esempio se ha licenza media inserire "sì" nella colonna "licenza media"). Per la domanda "convive con l'assistito" registrare anche il "no"

Una volta terminate le operazioni di registrazione, attraverso gli altri fogli collegati il *file* restituirà tabelle e grafici per la lettura dei risultati della rilevazione.

2. ANALISI ANAGRAFICA DEL CAMPIONE

Anagrafica: una volta registrata la parte anagrafica, sarà possibile ottenere automaticamente un report riepilogativo nel foglio "sintesi anagrafica del campione". Nel foglio vengono prodotte 3 tabelle: una riferita a chi ha compilato il questionario, una alle caratteristiche dei pazienti e una alle caratteristiche del familiare/*caregiver* (Tabelle A.1, A.2 e A.3).

Tabella A.1. Chi ha compilato il questionario

Compilazione del questionario			
		TOTALE	% su totale
Compilazione	Dal paz. In autonomia	4	27%
	Dal paz. Assist. dal fam.acc	8	53%
	dal fam./accompagnag	3	20%
Totale Rispondenti		15	100%

Tabella A.2. Caratteristiche del paziente

Caratteristiche socioanagrafiche dei pazienti:			
		TOTALE	percentuale su totale
<i>Nazionalità</i>	Italiana	13	86,7%
	Altro	2	13,3%
<i>Sesso</i>	Maschio	6	40,0%
	Femmina	9	60,0%
<i>Età Media</i>	anni compiuti	78,9	
<i>Titolo di studio</i>	nessuno	3	25,0%
	licenza elem	7	58,3%
	licenza scuola media	1	8,3%
	Diploma o qualifica sup	1	8,3%
	Laurea e post-laurea	0	0,0%
<i>Occupazione</i>	Occupato	0	0%
	In cerca di occupaz	0	0%
	casalinga	0	0%
	studene	0	0%
	inabile al lavoro	3	20%
	pensionato	12	80%
	altro	0	0%
<i>Stato civile</i>	celibe/nubile	0	0%
	coniug/conviv	9	60%
	separato leg	0	0%
	divorziato/a	0	0%
	vedovo/a	6	40%
	Altro	0	0%
<i>Rete sociale</i>	Si un mio famigl	6	40%
	Si altre persone	3	20%
	No non ne ho bisogno	3	20%
	No ma ne avrei bisogno	3	20%
Totale Rispondenti		15	

Tabella A.3. Caratteristiche del familiare/*caregiver*

Caratteristiche socioanagrafiche del familiare/<i>caregiver</i>			
		TOTALE	percentuale su totale
<i>Nazionalità</i>	Italiana	8	53,3%
	Altro	7	46,7%
<i>Sesso</i>	Maschio	2	13,3%
	Femmina	13	86,7%
<i>Età Media</i>	anni compiuti	51,3	
<i>Titolo di studio</i>	nessuno	1	6,7%
	licenza elem	2	13,3%
	licenza scuola media	5	33,3%
	Diploma o qualifica sup	5	33,3%
	Laurea e post-laurea	2	1,9%
<i>Occupazione</i>	Occupato	5	33%
	In cerca di occupaz	0	0%
	casalinga	5	33%
	studene	0	0%
	inabile al lavoro	0	0%
	pensionato	5	33%
	altro	0	0%
<i>Stato civile</i>	celibe/nubile	0	0%
	coniug/conviv	9	60%
	separato leg	2	13%
	divorziato/a	2	13%
	vedovo/a	2	13%
	Altro	0	0%
<i>Grado di parentela</i>	coniuge/partner	2	13%
	nipote	0	0%
	figlio/a	4	27%
	fratello/sorella	1	7%
	genero/nuora	4	27%
	conoscente	1	7%
	altro	3	20%
<i>Convivente con paz</i>	Si	5	33%
	No	10	100%
<i>Rete sociale</i>	altri famigliari	2	15%
	amici	0	0%
	volontari	2	15%
	badante	4	31%
	ass. dom.com.	1	8%
	ass. inf. Dom.	0	0%
	nessuno	2	15%
	altro	2	15%
Totale Rispondenti		15	

Nell'esempio delle Tabelle sopra riportate (che sono state estrapolate a partire dalla registrazione di 15 questionari fittizi), si rileva che oltre la metà dei questionari (53%) sono stati compilati dal paziente con l'aiuto del familiare, l'età media dei pazienti è di 78,9 anni (60% di sesso femminile), circa l'87% dei pazienti è di nazionalità italiana, mentre per quanto riguarda i familiari l'età media è di 51,3 anni, ecc.

3. ANALISI DELLE VARIABILI DESCRITTIVE E QUANTITATIVE

Analisi delle variabili: i dati del questionario immessi nel foglio "variabili" produrranno automaticamente analisi in 2 diversi fogli di elaborazione:

- analisi descrittive: riferite a quegli *item* che non esprimono valori ma dati di tipo informativo (ad esempio, *item* 1 "come ha saputo del Centro?")
- analisi quantitative: tali analisi elaborano gli *item* valutati attraverso una scala graduata (ad esempio "1 del tutto inadeguato - 4 molto adeguato"; oppure "1 del tutto inutile - 4 molto utile").

Analisi delle variabili descrittive

L'immissione dei dati nel *file* "variabili" produce automaticamente delle tabelle e dei grafici.

Nel foglio "analisi descrittive" (in fondo) vengono prodotte le seguenti 6 tabelle, corrispondenti alle domande/variabili (v) del questionario dalla n. 1 alla n. 4, n. 22 e n. 27:

- v1 Come ha saputo del Centro per i disturbi cognitivi?
- v2 Da quanto tempo usufruisce del Centro per i disturbi cognitivi?
- v3 Quanto tempo è passato fra l'inizio dei disturbi e la prima visita presso il Centro per i disturbi cognitivi?
- v4 Se sono passati oltre sei mesi dall'inizio dei disturbi e la prenotazione della prima visita Le chiediamo di indicarci la motivazione
- v22 Secondo Lei, quali sono le attività del Centro che dovrebbero essere potenziate?
- v27 Può indicare quali tra i seguenti servizi / attività conosce, utilizza o ha utilizzato in passato?

Le tabelle sono in fondo al foglio "analisi descrittive", i grafici nel foglio "grafici descrittivi".

Lettura delle variabili descrittive

Sempre seguendo l'esempio (estrapolato a partire dalla registrazione di 15 questionari fittizi), si ottengono ad esempio le tabelle A.4 e A.5. Da esse si evince che circa la metà degli utenti ha conosciuto il Centro per tramite del medico di medicina generale, e che oltre la metà usufruisce del Centro da meno di 6 mesi. Il fatto che le ultime 3 voci della Tabella A.4 siano pari a zero può orientare verso la necessità di una maggiore informazione pubblica circa l'esistenza del Centro. In Figura A,1 sono rappresentate graficamente le risposte alla domanda v1.

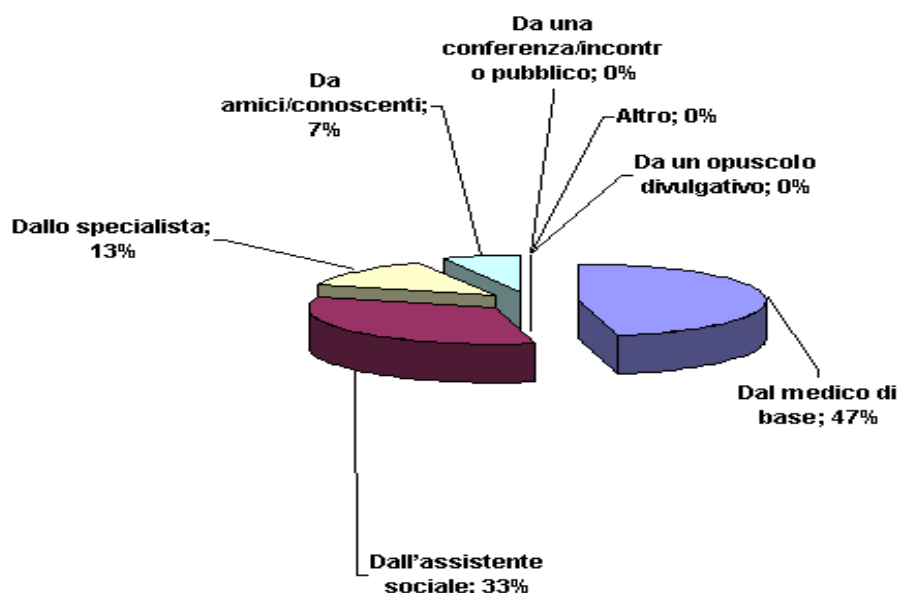
Tabella A.4. v1 Come ha saputo del Centro per i disturbi cognitivi?

	Totale risposte	Percent
Dal medico di base	7	47%
Dall'assistente sociale	5	33%
Dallo specialista	2	13%
Da amici/conoscenti	1	7%
Da una conferenza/incontro pubblico	0	0%
Da un opuscolo divulgativo	0	0%
Altro	0	0%
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100%</i>

Tabella A.5. v2 Da quanto tempo usufruisce del Centro per i disturbi cognitivi?

	Totale risposte	Percent
È la prima volta	4	27%
Meno di 6 mesi	8	53%
Da 6 mesi a 1 anno	2	13%
Da 1 a 2 anni	1	7%
Da più di 2 anni	0	0%
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100%</i>

Figura A.1. Come ha saputo dell'esistenza del Centro?

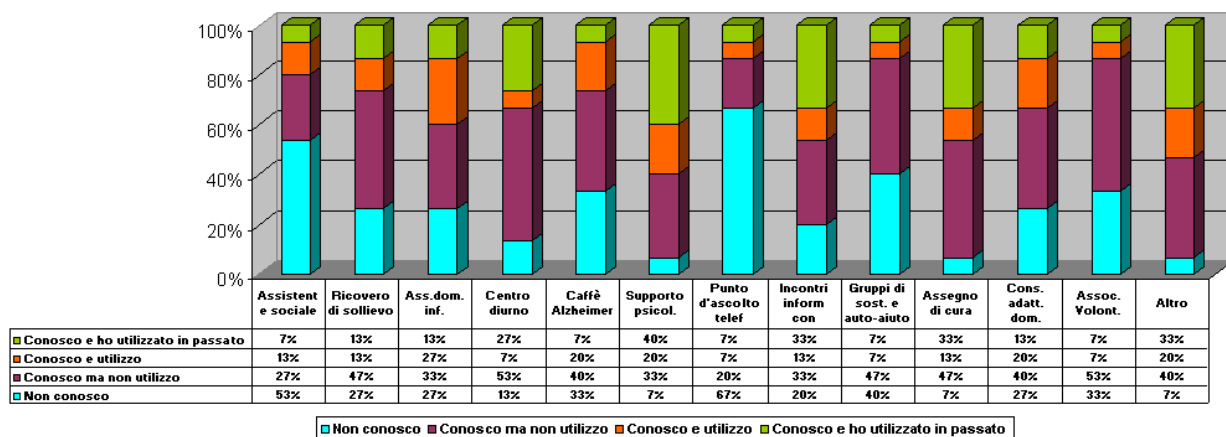


In Tabella A.6 si osserva invece che in generale il 28% non conosce i servizi, il 39% li conosce e non li utilizza. Per quanto riguarda le singole voci, le più conosciute sono le associazioni di volontariato, mentre il servizio più conosciuto e utilizzato è l'assistenza domiciliare (27%). Questi dati potranno ad esempio servire nel migliorare le informazioni agli utenti circa le opportunità presenti. In Figura A.2 sono rappresentati graficamente i medesimi risultati.

Tabella A.6. v27 Può indicare quali tra i seguenti servizi / attività conosce, utilizza o ha utilizzato in passato?

	Non conosco	Conosco ma non utilizzo	Conosco e utilizzo	Conosco e ho utilizzato in passato	Tot risposte
Assistente sociale	8 (53%)	4 (27%)	2 (13%)	1 (7%)	15
Ricovero sollievo	4 (27%)	7 (47%)	2 (13%)	2 (13%)	15
Assistenza domiciliare infermieristica	4 (27%)	5 (33%)	4 (27%)	2 (13%)	15
Centro diurno	2 (13%)	8 (53%)	1 (7%)	4 (27%)	15
Caffè Alzheimer	5 (33%)	6 (40%)	3 (20%)	1 (7%)	15
Supporto psicologico	1 (7%)	5 (33%)	3 (20%)	6 (40%)	15
Punto d'ascolto	10 (67%)	3 (20%)	1 (7%)	1 (7%)	15
Incontri informativi con operatori	3 (20%)	5 (33%)	2 (13%)	5 (33%)	15
Gruppi di sostegno e auto-aiuto	6 (40%)	7 (47%)	1 (7%)	1 (7%)	15
Assegno di cura	1 (7%)	7 (47%)	2 (13%)	5 (33%)	15
Consulenza adattamento domestico	4 (27%)	6 (40%)	3 (20%)	2 (13%)	15
Associazioni volontariato	5 (33%)	8 (53%)	1 (7%)	1 (7%)	15
Altro	1 (7%)	6 (40%)	3 (20%)	5 (33%)	15
<i>Totale</i>	<i>54</i>	<i>77</i>	<i>28</i>	<i>36</i>	<i>195</i>
<i>Percentuale</i>	<i>28%</i>	<i>39%</i>	<i>14%</i>	<i>18%</i>	

Figura A.2. Può indicare quali tra i seguenti servizi / attività conosce, utilizza o ha utilizzato in passato?



Analisi delle variabili quantitative

L'immissione dei dati nel file "variabili" produce automaticamente delle tabelle e dei grafici. Le tabelle sono in fondo al foglio "analisi quantitative".

Per quanto concerne i grafici, l'elaborazione da luogo a 5 diversi fogli di grafici, raggruppati secondo le aree di valutazione:

- invio e accessibilità
- modalità visita, ambiente e informazioni
- disponibilità e cortesia degli operatori
- informazioni fornite dal Centro sulle attività erogate dallo stesso e dalla rete dei servizi
- valutazione complessiva e delle attività erogate dal Centro

Anche in questo caso, a mero titolo esemplificativo si riportano di seguito tabelle e grafici dei dati estrapolati dalla simulazione di 15 questionari.

Tabella A.7. Invio e accesso: valutazione

valori assoluti e media

Domande da n. 5 a n. 8	Media	Del tutto inadeguato	Poco adeguato	Abbastanza adeguato	Molto adeguato	Totale
tempo tra prenotazione e 1 ^a visita	1,8	7	5	2	1	15
accessibilità al Centro	2,1	6	4	3	2	15
accoglienza da parte operatori	2,3	6	3	2	4	15
sala d'attesa	2,0	4	8	2	1	15

valori percentuali

Domande da n. 5 a n. 8	Del tutto inadeguato	Poco adeguato	Abbastanza adeguato	Molto adeguato
tempo tra prenotazione e 1 ^a visita	46,7%	33,3%	13,3%	6,7%
accessibilità al Centro	40,0%	26,7%	20,0%	13,3%
accoglienza da parte operatori	40,0%	20,0%	13,3%	26,7%
sala d'attesa	26,7%	53,3%	13,3%	6,7%

Tabella A.8. Modalità della visita, ambiente e informazione: valutazione

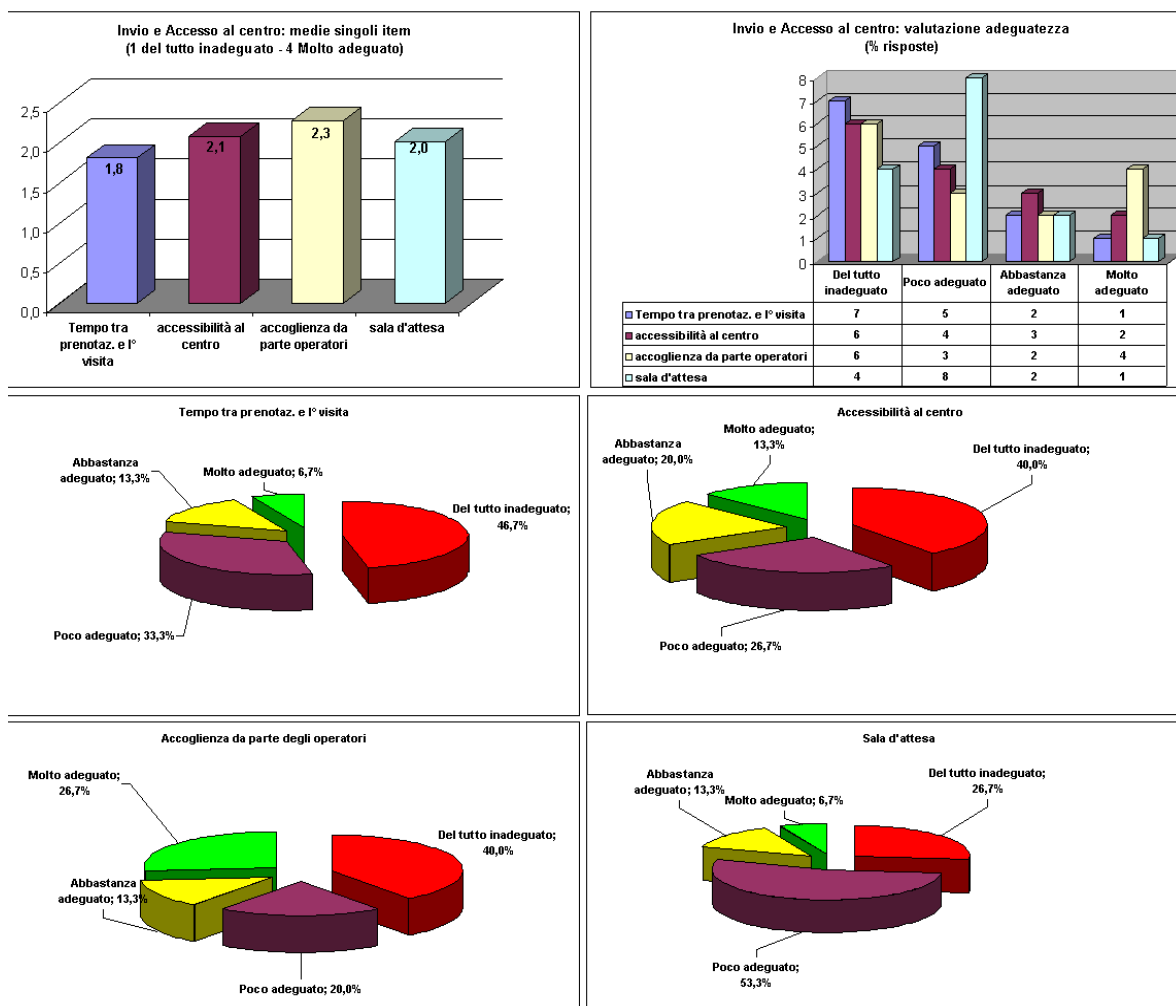
valori assoluti e media

Domande da n. 9 a n. 13	Media	Del tutto inadeguato	Poco adeguato	Abbastanza adeguato	Molto adeguato	Totale
modalità di svolgimento visita	2,1	5	6	1	3	15
durata della visita	2,1	6	4	3	2	15
comunicazione della diagnosi	1,9	6	6	2	1	15
informaz. su diagnosi e decorso	2,0	7	4	1	3	15
ambienti ambulatoriali	1,7	9	3	2	1	15

valori percentuali

Domande da n. 9 a n. 13	Del tutto inadeguato	Poco adeguato	Abbastanza adeguato	Molto adeguato	Totali
modalità di svolgimento visita	33,3%	40,0%	6,7%	20,0%	100,0%
durata della visita	40,0%	26,7%	20,0%	13,3%	100,0%
comunicazione della diagnosi	40,0%	40,0%	13,3%	6,7%	100,0%
informaz. su diagnosi e decorso	46,7%	26,7%	6,7%	20,0%	100,0%
ambienti ambulatoriali	60,0%	20,0%	13,3%	6,7%	100,0%

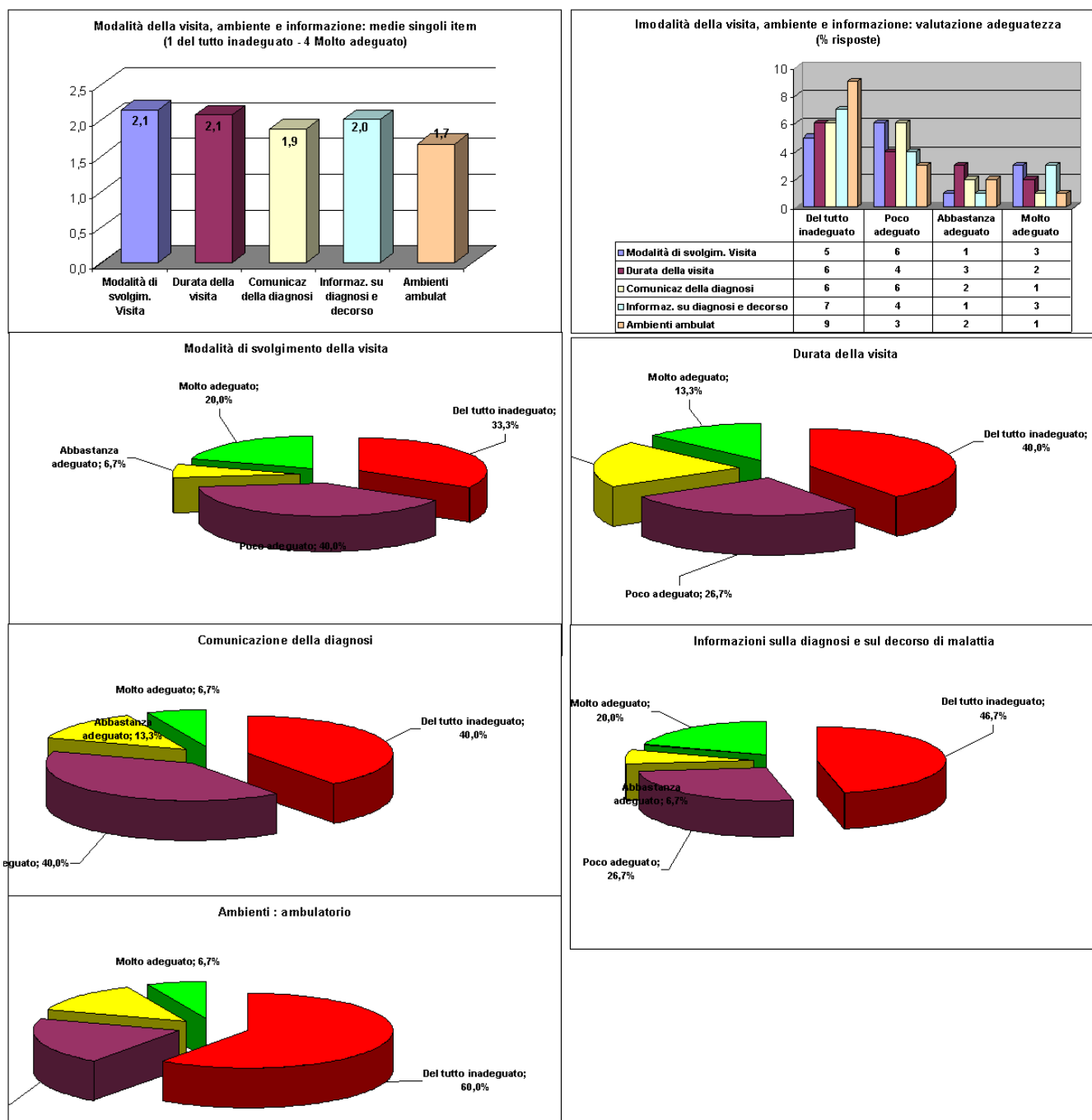
Figura A.3. Grafici domande da n. 5 a n. 8: Invio e accesso



Anche in questo caso, è possibile individuare punti di maggiore criticità, ad esempio il tempo che intercorre tra la prenotazione e la prima visita risulta del tutto inadeguato o poco adeguato per la maggior parte dei rispondenti. Analogamente, il 53,5% dei rispondenti trova poco adeguati i locali della sala di attesa. Nel complesso la dimensione relativa all'accoglienza da parte degli operatori è quella che risulta più adeguata (molto adeguata per il 26,7% e abbastanza adeguata per il 13,3%).

In Figura A.4 gli esempi riferiti alle risposte da 9 a 13 mettono invece in evidenza la particolare criticità degli ambienti ambulatoriali con un'altissima percentuale di valutazione negativa da parte dei rispondenti.

Figura A.4. Grafici domande da n. 9 a n. 13: Modalità della visita, ambiente e informazioni



Procedendo con la lettura delle altre dimensioni, attraverso l'interpretazione delle tabelle e dei grafici sarà dunque possibile avere un'idea complessiva della qualità percepita dagli utenti rispetto al Centro di riferimento.

Analisi delle 3 aree generali

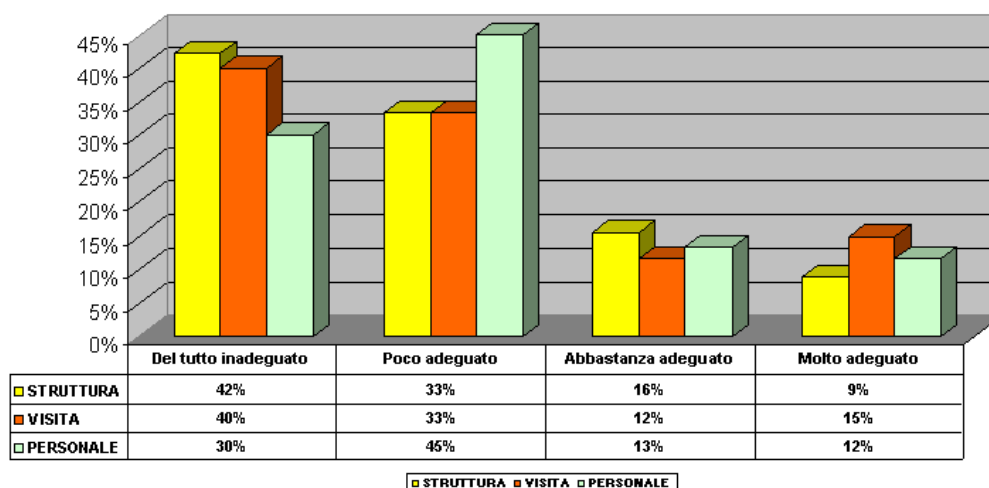
Come spiegato nell'Allegato 2, Paragrafo "Analisi dei dati: analisi fattoriale", l'analisi fattoriale ha messo in evidenza 3 principali aree di qualità percepita:

- personale
- struttura
- visita

Al di là di analisi più complesse, con il *file* Excel fornito è possibile una rapida lettura delle tre aree attraverso tabelle e grafici. L'immissione dei dati nel foglio "variabili" produrrà infatti 6 tabelle nel foglio "Analisi generale 3 aree" (2 per ciascuna area, di cui una riportante frequenze e medie, e una riportante percentuali) e la relativa rappresentazione grafica nel foglio "grafici generali 3 aree".

Sempre a mero titolo esemplificativo, si riportano le tabelle e grafici di cui alla rilevazione fittizia.

Figura A.5. Analisi aree generali: struttura, visita, personale

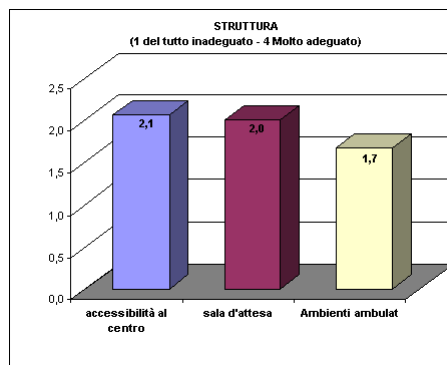


Nel grafico sono riportate le percentuali delle valutazioni complessive ottenute per le 3 dimensioni. Nell'esempio emerge come la struttura sia l'area maggiormente critica (42% "del tutto inadeguato"), seguito dalla modalità della visita (40%).

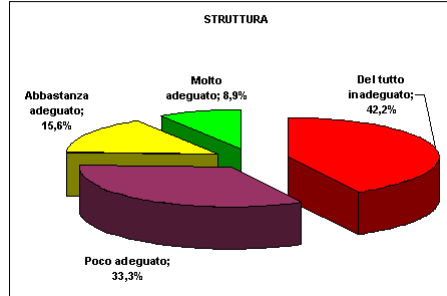
Per ogni singola area si ottengono, inoltre, tabelle e grafici riferiti a medie, frequenze e percentuali di risposta (di seguito si riporta un esempio dell'area "struttura").

Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi. Materiali e proposte Allegati

STRUTTURA: Domande da 6; 8; 13						
Frequ. e media	MEDIA	Del tutto inadeguato	Poco adeguato	Abbastanza adeguato	Molto adeguato	Tot.
accessibilità al centro	2,1	6	4	3	2	15
sala d'attesa	2,0	4	8	2	1	15
Ambienti ambulat	1,7	9	3	2	1	15



Percentuali	Del tutto inadeguato	Poco adeguato	Abbastanza adeguato	Molto adeguato
accessibilità al centro	40,0%	26,7%	20,0%	13,3%
sala d'attesa	26,7%	53,3%	13,3%	6,7%
Ambienti ambulat	60,0%	20,0%	13,3%	6,7%
percent. Su totale risposte	42,2%	33,3%	15,6%	8,9%



Riferimenti bibliografici e normativi

- Altieri L. Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità. *Salute e Società*, Anno I, n. 2, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Bailey KD. *Metodi della ricerca sociale*. Bologna, Il Mulino, 1995.
- Bisagni M, Borghi L, Chiari C, Nicoli MA. *Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica*. Dossier n. 175. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2009.
- Calderone B, Capizzi S, Nicoli MA, Sturlese V. *La qualità percepita in Emilia-Romagna strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi*. Dossier 127. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2006.
- Cinotti R, Cipolla C. (a cura di). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. FrancoAngeli, 2004.
- D'Anastasio C, Muraro L, Ciarrocchi R, Nanetti L, Ferriani E, Coveri M, Ruggero C, Castaldini B, Biagetti L, Orsi W, Pedone V. Qualità percepita come studio dei bisogni: indagine svolta presso il Centro Esperto Disturbi Cognitivi e della Memoria dell'Azienda USL di Bologna. *Convegno internazionale per l'anniversario del V anno della Rivista Salute e Società - Scienze Sociali e Salute nel XXI secolo: Nuove Tendenze, Vecchi Dilemmi?* Forlì, 19-21 aprile 2007.
- De Carlo NA, Robusto E. *Teoria e tecniche di campionamento nelle scienze sociali*. LED, 1996.
- Fabrizio R, Carafelli A. (a cura di). *Rilevazione della soddisfazione nei servizi per anziani: proposte metodologiche*. Regione Emilia-Romagna, 2006.
- Gramigna A. (a cura di). *Amministrazioni in ascolto, esperienza di customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*. Edizioni Scientifiche Italiane, 2005.
- McBurney DH, White TL. *Metodologia della ricerca in psicologia*. Bologna, Il Mulino, 1986.
- Muraro L, D'Anastasio C, Ciarrocchi RA, Nanetti L, Ferriani E, Ruggero C, Coveri M, Castaldini B, Biagetti L. Qualità Percepita come Studio dei Bisogni. Esperienze di un Centro Esperto Demenze dell'Azienda USL di Bologna. *XVI Congresso Nazionale SiQuass-vrq*. (Poster e atti del Convegno). Assisi, novembre 2006.
- Ovretveit J. *La qualità nel servizio sanitario*. Napoli, Istituto Giannini - Edises, 1996.
- Pellicciari G, Tinti G. *Tecniche di ricerca sociale*. Milano, FrancoAngeli, 1976.

- Toschi A, Moscardini S, Paxia G, Bergamini G, Marti M, Dotti M, Aldrovandi L, Damen V, Biondi MP, Negri P, Spanò A. Benefici per il paziente e ruolo del caregiver: la gestione integrata tra centro esperto/territorio nel Distretto di Pavullo. *53° Congresso nazionale S.I.G.G.* Firenze, 26-29 novembre 2008.
- Zucchetti A. *I Servizi sanitari*. Milano, Ciuffrè Editore, 1995.

Riferimenti normativi

- Consiglio d'Europa. Direttiva 97/17. Il Sistema Qualità nell'assistenza sanitaria europea.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Decreto 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'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Delibera di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, n. 2581, 30 dicembre 1999. Progetto regionale demenze: approvazione linee regionali e primi interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende USL.
- Direttiva del Ministro della Funzione pubblica, Luigi Mazzella, sulla rilevazione della qualità percepita dai cittadini. 24/3/2004.

COLLANA DOSSIER

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

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'ISPESL. 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. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

Sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

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.

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 chemioprolassi 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. Otite 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.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 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. (*)
- 216. Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217. La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218. La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219. Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221. Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222. Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223. Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224. Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226. La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227. Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228. Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229. Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 230. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (*)
- 231. *Incident reporting* in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (*)

2013

- 232. La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (*)
- 233. La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna.
- 234. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2011. Bologna. (*)
- 235. La ricerca sociale e sociosanitaria: gli attori pubblici coinvolti. Indagine online in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 236. Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Bologna. (*)

2014

- 237.** Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale. Bologna. (*)
- 238.** Esiti riferiti dal paziente. Concetti, metodi, strumenti. Bologna. (*)
- 239.** Risorse umane in sanità: per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 240.** Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012. Bologna. (*)
- 241.** Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità. Bologna. (*)
- 242.** Progetto regionale SOS.net - Rete sale operatorie sicure. 2011-2012. Bologna. (*)
- 243.** Il Programma di ricerca Regione-Università dell'Emilia-Romagna. L'esperienza dal 2007 al 2013. Bologna. (*)
- 244.** Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi. Materiali e proposte. Bologna. (*)

