

Chi ascolta, cambia!

Segnalazioni dei cittadini
e qualità percepita
nelle Aziende sanitarie



Comunità, equità e partecipazione

Chi ascolta, cambia!

Segnalazioni dei cittadini
e qualità percepita
nelle Aziende sanitarie

Il presente rapporto è stato elaborato da

Giovanni Ragazzi

Vittoria Sturlese

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

sulla base dei dati estratti da:

- Banca dati Qualità percepita nei servizi di degenza (triennio 2010-2012)
- Sistema informativo delle segnalazioni dei cittadini (anno 2013)

Si ringraziano per l'importante apporto fornito

Stefano Accorsi Agenzia sanitaria e sociale regionale

Lucia Nobilio Agenzia sanitaria e sociale regionale

Alessandra Pozzi Sistema informativo sanità e politiche sociali

Massimo Clò Sistema informativo sanità e politiche sociali
della Regione Emilia-Romagna

responsabili URP e Qualità

operatori URP

referenti qualità percepita

membri dei CCM

di tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna

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

responsabile 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/doss245>

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

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	8
1. Le condizioni dell'ascolto in Emilia-Romagna	11
1.1. Premessa	11
1.2. Il contesto regionale a supporto dell'ascolto	12
1.3. Elementi organizzativi a supporto dell'ascolto	16
1.4. Un sistema in continua evoluzione	19
2. Segnalazioni pervenute agli Uffici relazioni con il pubblico	21
2.1. Analisi del contenuto delle segnalazioni	24
2.2. Segnalazioni di interesse per la gestione del rischio	31
2.3. In quali contesti di cura si segnala	35
2.4. Chi presenta segnalazioni	42
2.5. Che esito hanno le segnalazioni?	44
3. La qualità percepita nei servizi di degenza	47
3.1. Strumento di rilevazione e protocollo metodologico	47
3.2. Raccolta dati	53
3.3. Caratteristiche del campione	55
3.4. Rappresentatività campionaria	59
3.5. Verifica delle proprietà psicometriche del questionario	60
3.6. Valutazione della qualità dei servizi erogati nelle strutture di degenza	65
3.7. Mappa delle priorità	82
4. Conclusioni	87
4.1. Principali tendenze emerse dall'analisi dei dati	87
4.2. Proposte metodologiche	87
4.3. Prospettive future	88
Allegati	91
Allegato 1. Classificazione CCRQ - URP RER	93
Allegato 2. Glossario (Sistema segnalazioni)	101
Allegato 3. Confronti fra Aziende partecipanti e media del campione (qualità percepita in degenza)	105

Sommario

L'ascolto e il coinvolgimento degli utenti e dei cittadini sono stati perseguiti con grande intensità dalle Aziende sanitarie emiliano-romagnole da almeno un ventennio.

Dal 2007 è attivo presso l'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna il Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti, la cui natura - altamente flessibile e dinamica - lo rende un contenitore ragionato di strumenti di ricerca sociale (questionari, focus group, interviste, audit, *open space technology*, ...) in continuo aggiornamento e revisione. Questi strumenti sono diversi per caratteristiche (tipo di servizio, *target* di soggetti a cui si riferiscono), ma fanno riferimento a un modello teorico comune detto approccio dialogico, che vuole promuovere un sapere condiviso tra le professionalità sanitarie, i pazienti e la comunità di cittadini di un territorio.

Fra le attività sviluppate all'interno del Laboratorio verranno in questa sede considerate:

- il sistema di gestione delle segnalazioni,
- le indagini di qualità percepita nei servizi di degenza.

Il sistema informativo per la gestione delle segnalazioni (reclami, elogi, rilievi e suggerimenti) dei cittadini è operativo dal 2003 in tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna; esso consente alle organizzazioni sanitarie di avere un riscontro sulle proprie attività e di acquisire dati e informazioni per migliorare i percorsi assistenziali, riconoscere i punti di forza e aumentare la fiducia del cittadino nei confronti del Sistema sanitario.

L'analisi presentata in questo volume considera l'insieme delle segnalazioni pervenute nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2013 e propone un esame di *trend* delle diverse tipologie di segnalazioni dal 2010 al 2013.

Complessivamente nel 2013 sono state presentate 21.769 segnalazioni (di cui 20.212 - pari al 95% - da parte di cittadini), suddivise in:

- 9.497 elogi (43,6% del totale),
- 8.298 reclami (38,1% del totale),
- 3.047 rilievi (14% del totale),
- 431 suggerimenti (2% del totale),
- 496 segnalazioni improprie (3% del totale)

L'incremento delle segnalazioni ha sempre segnato un dato positivo, fatta eccezione per l'anno 2012 nel quale si è registrata una lieve diminuzione.

Il dato più importante è che l'analisi di *trend* 2003-2011 sulla distribuzione delle diverse tipologie di segnalazione mostra un progressivo avvicinamento dei reclami e degli elogi fino ad arrivare nel 2011 all'incrocio fra le due linee di tendenza e al superamento da parte degli elogi. Il dato sorprendente del 2013 è che il divario fra elogi e reclami è molto

più netto, e rispetto al 2012 si assiste a un consistente aumento degli elogi sia in valore assoluto sia in percentuale (+999 e +3,4%), e a una diminuzione dei reclami (-409 e -3,1%).

Le due aree di qualità che racchiudono il maggior numero di segnalazioni (12.122, pari al 56% del totale) sono gli "aspetti tecnici professionali" e gli "aspetti relazionali", confermando la predominante attenzione del cittadino rispetto alla competenza e gentilezza dei professionisti.

Gli "aspetti tecnici professionali", come negli anni precedenti, hanno registrato il maggior numero di segnalazioni (38% sul totale). Si evidenzia una generale tendenza dei cittadini ad attribuire importanza alla qualità della prestazione più in termini positivi che in termini negativi, tanto è vero che tale macrocategoria presenta la seguente ripartizione:

- 1.977 reclami, pari al 24% sul totale dei reclami;
- 6.159 elogi, pari al 65% sul totale degli elogi.

L'analisi di *trend* evidenzia fra 2010 e 2013 un aumento dei reclami riferiti a questa categoria del 3% e un consistente aumento degli elogi del 15%.

Gli "aspetti relazionali" sono stati oggetto di un maggior numero di elogi (2.774, pari al 29% degli elogi) rispetto ai reclami (850, pari al 10% dei reclami), in particolare nella sottocategoria "cortesia e gentilezza" (1.366, pari al 49,2% degli elogi riferiti a questo aspetto). Tuttavia gli elogi nella macrocategoria "aspetti relazionali" non seguono un *trend* positivo costante e fra 2010 e 2013 registrano un calo di -119 unità (pari a -6%).

L'analisi della distribuzione delle segnalazioni nelle Aziende evidenzia dimensioni di approfondimento molto interessanti poiché può fornire un indicatore di quanto le singole Aziende utilizzano le potenzialità del sistema, ma anche di quanto la popolazione di riferimento crede che, segnalando, la propria voce venga ascoltata dall'istituzione.

In particolare, è possibile esplorare

- l'andamento generale delle segnalazioni per tipologia;
- l'analisi del contenuto delle segnalazioni,
- l'analisi di *trend* per tipologia e per funzioni assistenziali;
- l'analisi delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio;
- i contesti di cura in cui si segnala;
- l'analisi delle segnalazioni per esito e per presentatore.

Le indagini di qualità percepita nei servizi di degenza rappresentano l'ambito di indagine più ampio e consolidato nel triennio 2010-2012, rispetto al quale in 13 Aziende sanitarie su 17 è stata condotta una rilevazione in base a un protocollo metodologico (e un unico questionario regionale) condiviso. Nel triennio sono stati raccolti 32.918 questionari, cioè un patrimonio di informazioni che ha consentito di pervenire nel tempo a modalità validate e omogenee di rilevazione e ad un ricco sistema di reportistica a livello regionale e aziendale.

I dati elaborati evidenziano un complessivo livello di soddisfazione molto elevato (media = 4,84 su una scala da 1 a 6); anche nelle aree di qualità riferite alle dimensioni che compongono il servizio si rilevano valori al di sopra dell'adeguatezza, alcuni dei quali confermano quanto riscontrato nelle segnalazioni. In particolare, la soddisfazione rispetto al personale sia medico (media = 4,84) sia infermieristico (media = 4,97) presenta valori molto alti; uno degli aspetti che rappresenta un elemento di eccellenza nel rapporto fra pazienti e professionisti è la "cortesia e gentilezza" (con un 70% di estrema soddisfazione - riferita ai punti 5 e 6 della scala).

I punteggi più bassi, seppure in un contesto di soddisfazione, si ritrovano in:

- servizi alberghieri: qualità del cibo, orari e possibilità di scelta nel menù (media = 4,27);
- tempo passato fra prenotazione e ricovero effettivo (media = 4,53);
- ambienti: disponibilità di spazio e temperatura nelle camere, tranquillità, pulizia dei bagni (media = 4,61).

L'analisi di qualità percepita nelle Aziende evidenzia dimensioni di approfondimento molto interessanti poiché si possono stabilire specifici percorsi di miglioramento in relazione alle specifiche criticità riscontrate nelle singole dimensioni di qualità. Le potenzialità della reportistica prodotta consentono di giungere ad analisi puntuali sulla base di mappe delle priorità percepite dai pazienti; è altresì possibile individuare quali tipologie di pazienti (maschi/femmine, alto/basso titolo di studio, ricovero in urgenza/programmato) sono più o meno critiche rispetto a singoli aspetti del servizio. Ciò consente di modulare e tarare in modo più preciso il miglioramento aziendale.

Entrambi i sistemi di ascolto forniscono consistenti potenzialità di lettura e contributi alla costituzione di indicatori di qualità dal punto di vista dell'utente per valutare le *performance* delle Aziende e del Sistema sanitario regionale.

Abstract

Listening and changing! Citizens' remarks and perceived quality in Health Trusts

Since more than 20 years, listening and involving health services' users and citizens is a main goal of Emilia-Romagna Health Trusts.

In 2007 the Regional Laboratory for listening and involving citizens, community and health professionals was created at the Regional Agency for Health and Social Care; its flexible and dynamic nature makes it a container of constantly evolving tools for social research (questionnaires, focus groups, interviews, audits, open space technology, ...). These tools have different features (kind of service, target) but they all refer to a common theoretical model called dialogical approach, meant to promote a shared knowledge among health professionals, patients and communities.

Among the activities developed by the Laboratory, this document presents:

- *the informatics system to collect and manage citizens' remarks;*
- *the surveys on perceived quality in ward services.*

Since 2003 an informatics system was implemented in all the Health Trusts of Emilia-Romagna to collect and manage citizens' remarks (complaints, praises, notes, suggestions); this system allows health organizations to have a feedback on their activities and to get data and information in order to improve care paths, to recognize their strengths and to increase citizens' confidence in the Health system.

The volume presents the analysis of all remarks registered from January 1st through December 31st, 2013 and a study on the 2010-2013 trend of all kinds of remarks.

In 2013 21,769 remarks were presented (20,212 by citizens), in particular:

- *9,497 praises (43.6% of the total),*
- *8,298 complaints (38.1% of the total),*
- *3,047 notes (14% of the total),*
- *431 suggestions (2% of the total),*
- *496 improper remarks (3% of the total).*

A constant increase of remarks can be noticed, with the only exception of 2012 with a little decrease.

The 2003-2011 trend analysis on the different types of remarks highlights a progressive reduction of the distance between complaints and praises, and in 2011 the inversion of the two trends is reached. The surprising aspect of 2013 is that the distance between praises and complaints is even more clear; compared to 2012 praises have consistently increased in both absolute and percentage values (+999, +3.4%) while complaints have decreased (-409, -3.1%).

"Technical professional aspects" and "relational aspects" are the two areas that collect most remarks (12,122, 56% of the total); this demonstrates that citizens give importance to the competence and kindness of professionals.

In particular, as in previous years, technical professional aspects collected most remarks (38% of the total); this demonstrates that citizens pay attention to the quality of provision both in negative and in positive terms: the category received 1,977 complaints (corresponding to 24% of total complaints) and 6,159 praises (65% of total praises). The 2010-2013 trend analysis shows a very slight increase of complaints (+3%) and a strong increase of praises (+15%) for these aspects.

"Relational aspects" collected more praises (2,774, corresponding to 29% of total praises) - in particular for "courtesy and kindness" (1,366, corresponding to 49.2% of praises for these aspects) - than complaints (850, 10% of total complaints). However, praises in this category do not have a constant positive trend, and between 2010 and 2013 a decrease of 119 (-6%) is registered.

The analysis of remarks distribution in the Health Trusts of Emilia-Romagna offers interesting indications as it represents an indicator of how each Health Trust uses the informatics system and also of how the population of that area believes that their opinion will be listened by the health organization. In particular, some aspects can be studied:

- *general trend of remarks for each type;*
- *analysis of remark content;*
- *trend analysis per type, Health Trust and care function;*
- *analysis of remarks that can be useful for risk management;*
- *environments where remarks arise;*
- *remark analysis per outcome.*

In the period 2010-2012 a large survey of perceived quality in ward services was implemented in 13 out of 17 regional Health Trusts, using a shared methodological protocol and a common questionnaire.

In the three years 32,918 questionnaires were collected, that is an amount of information that allowed to define validated and homogeneous data collection procedures and a rich reporting system at regional and Health Trust level.

Data show a general high level of satisfaction (average = 4.84 on a 1-6 scale); also in single quality areas referred to the dimensions that form the service, values are over the level of adequacy, and some of them confirm the results of the informatics system to collect and manage citizens' remarks. In particular, the satisfaction for physicians (average = 4.84) and nurses (average = 4.97) reaches very high values; one of the aspect that represent an excellence aspect in the relationship between patients and professionals is "courtesy and kindness" (70% of extreme satisfaction).

The lowest values - still in a satisfaction level - are for:

- *hospitality services: food quality, timetable, possibility to choose menu (average = 4.27);*
- *time between booking and effective hospitalization (average = 4.53);*
- *environments: space and temperature in rooms, quietness, bathroom cleanness (average = 4.61).*

The survey on perceived quality in Health Trusts highlights large and interesting chances of in-depth analysis as specific improvement paths can be implemented to respond to criticalities found in single quality dimensions. The potentialities of reports allow to produce precise analyses on the basis of maps of perceived quality by patients; it is also possible to identify which kinds of patients (male/females, high/low level of education, urgent/programmed hospitalization) are more or less critical for each aspect. In this way the Trust improvement can be adjusted and modulated at best.

Both listening systems offer large reading possibilities and contributions to build quality indicators from user's point of view, to evaluate the performance of Health Trusts and of the Regional Healthcare System.

1. Le condizioni dell'ascolto in Emilia-Romagna

1.1. Premessa

Il mondo dei servizi sanitari e sociosanitari sta assistendo al modificarsi dello scenario socio-economico, che impone di assumere un'ottica maggiormente proattiva rispetto al tipo di informazione, ascolto e coinvolgimento dei cittadini.

I servizi ospedalieri e territoriali stanno vivendo un periodo di profondo cambiamento dei propri assetti organizzativi: si pensi al modello che si sta diffondendo degli ospedali per intensità di cura, alla conversione dei piccoli presidi in ospedali di comunità, alla diffusione delle Case della salute quali punto di riferimento della presa in carico territoriale e della continuità assistenziale. Tali cambiamenti stanno avvenendo velocemente sotto la spinta di una necessità di rimodulare le risorse in base agli scenari di mutamento nella compagine sociale della popolazione (invecchiamento, sfaldamento delle reti familiari di supporto con conseguente aumento della vulnerabilità sociale) e nelle condizioni di malattia (malattie croniche, co-morbidità).

Davanti a tali cambiamenti, si devono rafforzare gli attuali spazi di coinvolgimento e ascolto dei diversi attori sociali che popolano la scena della cura (utenti, familiari, operatori, associazioni, ...), perché essi siano realmente un'opportunità per ripensare il funzionamento organizzativo e innescare processi concreti di innovazione in chiave di integrazione sociosanitaria. In questa ottica, l'ascolto e il coinvolgimento di cittadini nella definizione e nella valutazione delle attività di cura consente di supportare concretamente il sistema regionale sia nel mantenere un buon livello di presa in carico dei singoli (ri-orientare i propri servizi in una prospettiva *patient oriented*) sia nel promuovere concretamente nuove sinergie locali oggi necessarie per il miglioramento dei servizi.

Già da qualche decennio la normativa (europea, nazionale e regionale) e i programmi per la promozione della qualità (fra cui anche l'accreditamento) indicano - fra gli elementi che contribuiscono al miglioramento continuo della qualità e alla *clinical governance* - anche la centralità della persona, dei suoi diritti e bisogni di salute. Si incoraggiano l'adozione e l'uso di strumenti, metodi e tecniche per progettare, valutare, migliorare la qualità delle cure con la partecipazione, la tutela e la rilevazione della soddisfazione dei cittadini.

Infine, se inserita in un rapporto di ascolto, la richiesta al cittadino di esprimere il proprio giudizio sulla prestazione ricevuta incrementa l'idea di poter fornire un contributo diretto al funzionamento dei servizi; ciò alimenta la fiducia verso l'organizzazione e la *compliance* rispetto al progetto di cura che lo riguarda, portando a migliori risultati di salute.

1.2. Il contesto regionale a supporto dell'ascolto

L'ascolto e il coinvolgimento degli utenti e dei cittadini è stata perseguita con grande intensità dalle Aziende sanitarie emiliano-romagnole da almeno un ventennio: sono stati infatti realizzati molti interventi (indagini e ricerche) legati al tema dell'ascolto (dal punto di vista / dal lato del cittadino).

In termini sintetici, ci si è orientati verso una concezione dell'ascolto condivisa da tutti gli attori del Servizio sanitario regionale, potendo contare su un bagaglio di risorse (umane e strumentali) ormai consolidato a livello aziendale.

È tuttavia opportuno rimarcare che ancora fino a qualche anno fa occorreva una maggiore sistematizzazione delle indagini attraverso l'integrazione e la messa in rete degli strumenti operativi; anche l'integrazione delle azioni di ascolto con altri aspetti del "sistema qualità" aziendale (ad esempio sistema delle segnalazioni dei cittadini, processo di accreditamento, valutazione integrata dei risultati) necessitava di un maggiore sviluppo.

Nel 2007 l'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna è partita proprio da queste esigenze per connotare la propria attività progettuale verso un maggiore sviluppo delle competenze e degli strumenti necessari a sostenere e facilitare i processi di gestione della qualità e dell'ascolto dei cittadini (come anche richiesto dal processo di accreditamento).¹ Da queste premesse è nata l'idea di creare un Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti (*Figura 1*).²

Il Laboratorio è finalizzato a promuovere cultura e sviluppare competenze organizzative per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti. La sua natura, altamente flessibile e dinamica, lo rende un contenitore ragionato di strumenti di ricerca sociale (flussi informativi, questionari, focus group, interviste, audit, *open space technology*, ...) in continuo aggiornamento e revisione. Questi strumenti sono diversi per caratteristiche (tipo di servizio, *target* di soggetti a cui si riferiscono), ma fanno riferimento a un modello teorico comune detto approccio dialogico, che vuole promuovere un sapere condiviso tra le professionalità sanitarie, i pazienti e la comunità di cittadini di un territorio.

Tale progetto ha tra l'altro portato a:

- costituzione di una rete di referenti aziendali maggiormente interessati alla gestione dell'ascolto, in forma singola o differentemente integrata, in particolare provenienti dagli Uffici Relazioni con il pubblico, dagli Uffici Qualità e sviluppo organizzativo e dagli Uffici Comunicazione;

¹ Piano programma ASSR 2007-2009, approvato con delibera di Giunta regionale n. 124 del 12 febbraio 2007, esteso al 2010 con delibera di Giunta regionale n. 1701 del 9 novembre 2009. Piano programma ASSR 2011-2013, approvato con delibera di Giunta regionale n. 1038 del 18/7/2011, esteso al 2014 con delibera della Giunta regionale n. 413 del 31 marzo 2014.

² http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/laboratorio/intro (ultimo accesso novembre 2014)

- sensibilizzazione, valorizzazione e coinvolgimento di altre componenti interne alle Aziende sanitarie (Direzioni distrettuali, Direzioni di Dipartimento o di Unità operativa, singoli professionisti, Comitati consultivi misti, ecc.), elementi necessari allo sviluppo di *partnership*, sinergie e reti a supporto di una gestione integrata delle azioni di ascolto;
- stesura di diversi documenti negli anni 2007-2013 da parte di gruppi di lavoro regionali costituiti con i referenti aziendali dei suddetti processi (Indicazioni metodologiche sulla rilevazione della qualità percepita e sulla gestione del Sistema informativo "Segnalazioni in sanità", Rapporti di monitoraggio sulle attività di ascolto sviluppate all'interno delle Aziende sanitarie e sulla loro integrazione, Rapporti regionali sugli esiti delle indagini di ascolto).

Fra le attività sviluppate all'interno del Laboratorio (*Figura 1*) verranno in questa sede considerate:

- il sistema di gestione delle segnalazioni;
- le indagini di qualità percepita nei servizi di degenza.

Figura 1. Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti

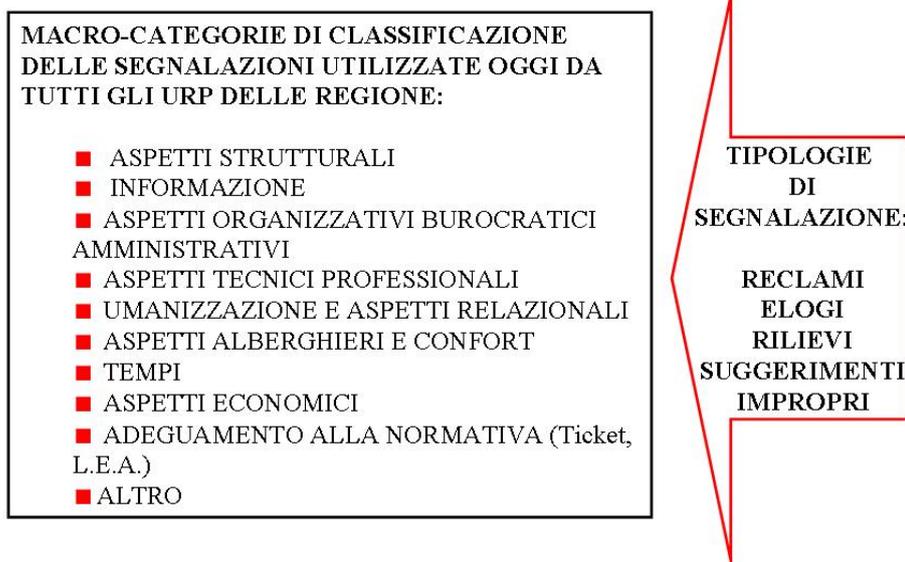


Il sistema di gestione delle segnalazioni (e fra queste i reclami) è una modalità attiva di comunicazione con i cittadini che valorizza un approccio di ascolto sistematico e strutturato dell'utenza da parte dell'organizzazione, al fine di garantire un riscontro sulle proprie attività.

Da ormai un decennio in Emilia-Romagna la rilevazione delle segnalazioni è sistematica, grazie alla predisposizione di un *software* che rende possibile l'immediata visione dei dati per un utilizzo aziendale delle informazioni e accresce la possibilità di confronto sia longitudinale sia interaziendale.

Il sistema informativo regionale (*Figura 2*) consente di rilevare tutte le segnalazioni (reclami, elogi, rilievi e suggerimenti) provenienti dall'utenza inserendole nel *software* in base a una classificazione che permette l'attribuzione il più possibilmente univoca degli eventi oggetto di segnalazione.

Figura 2. Sistema informativo dei cittadini e classificazione delle segnalazioni



Attualmente il sistema di gestione delle segnalazioni si può considerare a regime ed è possibile condurre elaborazioni e analisi trasversali e di *trend* a livello regionale. Si possono considerare un frutto di questo lavoro i Report regionali relativi alle segnalazioni pervenute nel 2004 (Dossier n. 114/2005), nel 2005 (Dossier n. 142/2007), nel 2007 (Dossier n. 171/2008), nel 2008 (Dossier n. 181/2009), nel 2009 (Dossier n. 204/2011), nel 2010 (Dossier n. 220/2012) e nel 2011 (Dossier n. 230/2012).³

Le indagini di qualità percepita rappresentano una modalità passiva di comunicazione con i cittadini (è l'Azienda che chiede all'utente una valutazione dei servizi che eroga) finalizzata a capire "cosa" l'utente ha sperimentato durante l'utilizzo dei servizi offerti dall'organizzazione sanitaria e il grado di soddisfazione rispetto a ciò che ha sperimentato.

³ I Dossier citati sono scaricabili in formato pdf rispettivamente alle pagine:
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss114>
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss142>
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss171>
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss181>
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss204>
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss220>
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss230>
(ultimo accesso per tutte le pagine novembre 2014)

L'ambito di rilevazione più ampio e consolidato è stata la degenza, per il quale è stato proposto un percorso di valutazione che comprende sia documenti di lavoro (*La rilevazione della qualità percepita nei servizi di degenza. Indicazioni metodologiche regionali*⁵), sia strumenti per la raccolta dati (questionari disponibili in 8 lingue).

Nel triennio 2010-2012 il questionario regionale è stato utilizzato in 13 Aziende sanitarie su 17; ciò ha permesso di pervenire nel tempo a modalità validate e omogenee di rilevazione a livello regionale. Ogni Azienda elabora il proprio report contenente i risultati, con il supporto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

Nel Capitolo 3 si presenteranno approfonditamente gli esiti e le potenzialità informative della banca dati regionale.

1.3. Elementi organizzativi a supporto dell'ascolto

La sostenibilità organizzativa del sistema di ascolto è uno degli aspetti determinanti dello sviluppo e del consolidamento di metodologie e strumenti, che passano attraverso un coinvolgimento diffuso delle diverse componenti organizzative e professionali dell'Azienda sanitaria.

La struttura di governo degli aspetti organizzativi e metodologici si è di fatto sostanziata in una rete di referenti dentro l'organizzazione, in grado di partecipare alle diverse fasi di sviluppo dell'analisi, dalla progettazione iniziale fino alla diffusione dei risultati maggiormente significativi emersi e all'individuazione di azioni di miglioramento.

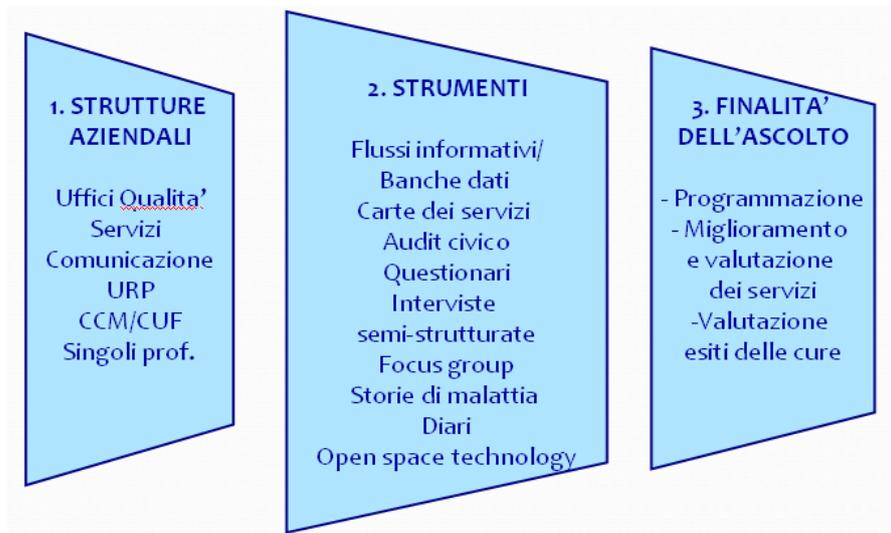
Le componenti organizzative fondamentali che sono state maggiormente interessate dalla gestione dell'ascolto, in forma singola o differentemente integrata fra di loro, sono gli Uffici Relazioni con il pubblico, gli Uffici Qualità e sviluppo organizzativo e gli Uffici Comunicazione, talvolta anche con il coinvolgimento di altre componenti interne alle Aziende sanitarie (Direzioni distrettuali, Direzioni di Dipartimento o di Unità operativa, referenti Qualità e accreditamento dipartimentali, singoli professionisti, Comitati consultivi misti, ecc.).

Come si vede in Figura 4, il sistema di ascolto nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna ha a disposizione diversi strumenti che vengono utilizzati da strutture aziendali dedicate per finalità precise.

⁵ Sturlese V *et al.* *La rilevazione della qualità percepita nei servizi di degenza. Indicazioni metodologiche regionali*. 2010.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/rilevazione-qualita-percepita> (ultimo accesso novembre 2014).

Figura 4. Sistema di ascolto nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna



Lo sforzo condotto a livello regionale è consistito nello stimolare all'interno delle Aziende la relazione fra sistema di ascolto e altri processi organizzativi e operativi presenti in maniera strutturata nell'ambito dell'organizzazione sanitaria.

Nel 2012 l'Agenzia sanitaria e sociale - Area di programma Comunità, equità e partecipazione ha condotto presso le Aziende un monitoraggio di alcuni indicatori di processo finalizzato a quantificare e descrivere:

- l'uso integrato dei due sistemi più importanti di ascolto, ovvero le segnalazioni e la qualità percepita (*Figura 5*);
- il coinvolgimento dei professionisti nella programmazione delle attività di ascolto e nella valutazione dei risultati desunti (*Figura 6*).

Figura 5. Indicatori di processo relativi all'implementazione delle azioni di ascolto in un'ottica integrata fra indagini di qualità percepita e segnalazioni (anno 2012)

	Az. 1	Az. 2	Az. 3	Az. 4	Az. 5	Az. 6	Az. 7	Az. 8	Az. 9	Az. 10	Az. 11	Az. 12	Az. 13	Az. 14	Az. 15	Az. 16	Az. 17	
gruppo aziendale multi-professionale	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
programmazione per l'ascolto e la partecipazione	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
unico sistema di reportistica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
approfondimento criticità	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
individuazione priorità e relativi interventi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Figura 6. Indicatori di processo relativi al coinvolgimento dei professionisti in alcune fasi delle azioni di ascolto (anno 2012)

	Az. 1	Az. 2	Az. 3	Az. 4	Az. 5	Az. 6	Az. 7	Az. 8	Az. 9	Az. 10	Az. 11	Az. 12	Az. 13	Az. 14	Az. 15	Az. 16	Az. 17	
avvio	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
valutazione dei risultati	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
predisposizione delle priorità e pianificazione degli interventi di miglioramento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Ad oggi sia la progettazione e realizzazione delle azioni di ascolto sia la produzione della reportistica contribuiscono a rilevanti processi di pianificazione e valutazione delle Aziende sanitarie, fra cui:

- processi di riorganizzazione aziendale,
- sistema di accreditamento,
- processo di budget,
- Bilancio di missione,
- progetti finalizzati al miglioramento.

Inoltre, il coinvolgimento dei professionisti nelle diverse fasi di implementazione delle azioni di ascolto risulta una pratica diffusa in buona parte delle Aziende.

1.4. Un sistema in continua evoluzione

Nell'ultimo biennio sono giunte diverse sollecitazioni a livello nazionale e regionale, che pongono nuove sfide progettuali per il sistema di ascolto sviluppato in Emilia-Romagna.

A LIVELLO NAZIONALE (AgeNaS/Ministero della salute) - Adesione al Progetto di ricerca corrente 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" tramite la rilevazione partecipata di una *check list* per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. L'indagine di livello nazionale contribuirà alla costruzione del Sistema italiano per la valutazione della qualità (che alimenterà il Portale della trasparenza dei servizi per la salute) in coerenza con i requisiti per l'accreditamento condivisi a livello nazionale.⁶

A LIVELLO REGIONALE - Collaborazione con azioni progettuali interne all'Agenzia sanitaria e sociale regionale e al CCRQ (Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi dal lato del cittadino):

- elaborazione di indicatori di qualità dal punto di vista del cittadino per valutare le *performance* nella Aziende sanitarie della Regione (Progetto "Report per i Collegi di Direzione" - Area di programma Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi);
- revisione degli indicatori del sistema regionale di accreditamento riferiti al Capitolo 3 "Comunicazione" (Funzione Accreditamento delle strutture sanitarie);
- elaborazione degli indicatori di qualità percepita nelle strutture di degenza, integrandoli con quelli della *responsiveness*,⁷ modello di valutazione della qualità percepita proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Area di programma Comunità, equità e partecipazione; Area di programma Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi);
- elaborazione di indicatori della Carta dei diritti europea del malato, sui quali un gruppo interno al CCRQ sta svolgendo un lavoro di analisi e selezione.

Tali sollecitazioni sono state colte come sfide per un ulteriore sviluppo sistemico delle azioni progettuali presenti nel Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti. In particolare fra il 2010 e il 2013 sono state condotte due linee progettuali.

⁶ Si vedano anche i documenti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano:

- Deliberazione del 24 gennaio 2013 sul "Portale della trasparenza dei servizi per la salute" (Rep. Atti n. 20/CSR del 24 gennaio 2013)
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 sul documento recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento".

⁷ WHO. *World Health Report 2000 . Health systems: improving performance*. 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/> (ultimo accesso novembre 2014)

- Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino

Nel 2010 è stato costituito in seno all'Agenzia sanitaria e sociale regionale un Gruppo di lavoro (ASSR/Aziende sanitarie/CCRQ) finalizzato a una ricognizione degli strumenti di ascolto presenti sul territorio regionale e alla promozione di modalità per un loro utilizzo integrato a supporto dei processi di miglioramento aziendale. Dopo avere analizzato la letteratura internazionale ed esperienze maturate presso Istituti europei (Picker Institute, Kings Found, Quality Account Programme - NHS), mappato gli strumenti di ascolto già in uso a livello regionale e aziendale, individuato gli elementi organizzativi a supporto delle singole azioni di ascolto, il Gruppo di lavoro ha elaborato il documento "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino. Linee guida".

Il documento è stato soggetto ad ulteriore approfondimento e modifica, anche dopo l'acquisizione del parere positivo di referenti del CCRQ, dei referenti aziendali degli Uffici Qualità, Relazioni con il pubblico e Comunicazione, consultati a livello regionale.

Esso rappresenta un valido strumento di programmazione e valutazione delle azioni di ascolto a livello aziendale, e potrebbe essere utilizzato per le stesse finalità per programmare azioni di *policy* a livello regionale.

- Indicatori di qualità dal punto di vista dell'utente

La partecipazione ai progetti di ricerca corrente 2010 e 2012 promossi da AgeNaS "Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza",⁸ ha rappresentato una irrinunciabile occasione a livello regionale per definire e validare un set minimo di indicatori integrando gli *item* selezionati dalla *check list* per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero (AgeNaS) con quelli provenienti da altri strumenti di rilevazione già in essere in Emilia-Romagna (qualità percepita, segnalazioni). Il Gruppo regionale di progetto costituito da referenti aziendali Qualità e degli URP sta definendo il set minimo di indicatori omogeneo a livello regionale, che sarà utile per valutare le *performance* delle Aziende, programmare le azioni di ascolto in base alle evidenze rilevate, fornire dati di qualità dal punto di vista del cittadino al livello regionale e nazionale.

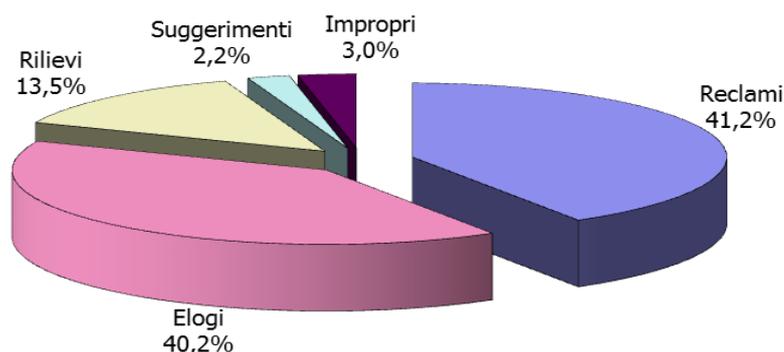
⁸ Per maggiori informazioni si veda anche http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/laboratorio/progetto_agenas_indicatori (ultimo accesso novembre 2014)

2. Segnalazioni pervenute agli Uffici relazioni con il pubblico⁹

L'analisi proposta prende in esame l'insieme delle segnalazioni (e le specifiche tipologie dei reclami, degli elogi, dei rilievi e dei suggerimenti) pervenute agli Uffici Relazioni con il pubblico di tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna nel periodo compreso tra l'1 gennaio e il 31 dicembre 2013. Viene inoltre condotta un'analisi di *trend* delle diverse tipologie di segnalazioni dal 2010 al 2013.

Il totale delle segnalazioni registrate da tutte le Aziende che hanno inserito i dati nel corso del 2012 è di 21.145, di cui 8.707 reclami (41,2% del totale), 8.498 elogi (40,2% del totale), 2.851 rilievi (13,5% del totale), 459 suggerimenti (2,2% del totale) e 630 segnalazioni improprie (3% del totale) (*Figura 7*).¹⁰

Figura 7. Tipologia delle segnalazioni (2012)

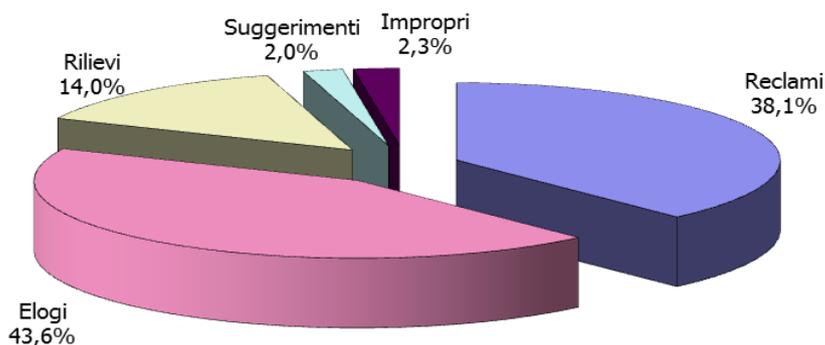


Il totale delle segnalazioni per l'anno 2013 è di 21.769, di cui 8.298 reclami (38,1% del totale), 9.497 elogi (43,6% del totale), 3.047 rilievi (14% del totale), 431 suggerimenti (2% del totale) e 496 segnalazioni improprie (3% del totale) (*Figura 8*).

⁹ A cura di Vittoria Sturlese.

¹⁰ I reclami sono espressioni di insoddisfazione degli utenti o degli operatori sanitari che attivano un percorso formale di valutazione e risposta al cittadino (un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario per monitorare il livello di soddisfazione); i rilievi sono indicazioni di disservizio che non attivano invece la procedura tipica del reclamo; gli impropri sono segnalazioni riferite a eventi non imputabili alla responsabilità dell'Azienda chiamata in causa, possono appartenere alla sfera dei reclami, degli elogi, dei rilievi o dei suggerimenti.

Figura 8 Tipologia delle segnalazioni (2013)



A livello di *trend*, si assiste per la prima volta a un decremento delle segnalazioni rilevate, da 21.613 nel 2011 a 21.145 nel 2012 (-468 in valore assoluto), a seguito di un *trend* di crescita costante degli anni precedenti; fra il 2012 e il 2013 si verifica di nuovo un aumento a 21.769. (si vedano *Figura 9* per i valori assoluti e *Figura 9 bis* per i valori percentuali riferiti ad ogni annata).

Esaminando l'andamento delle segnalazioni nelle diverse tipologie (reclami, elogi, rilievi, suggerimenti e impropri), emerge un dato molto importante: il 2011 è il primo anno in cui i valori di reclami ed elogi incrociano i rispettivi *trend*. Queste due tipologie hanno sempre costituito più dell'80% sul totale delle segnalazioni annuali (*Figura 9 bis*).

Il 2011 è dunque il primo anno in cui gli elogi (9.150) superano i reclami (8.977). Nel 2012 entrambe le tipologie contribuiscono alla generale diminuzione delle segnalazioni complessive, registrando i reclami -270 in valore assoluto (-0,3%) e gli elogi -652 (1,1%).

Anche nel 2013 gli elogi contribuiscono maggiormente all'aumento delle segnalazioni rispetto all'anno precedente (+999 e +3,4%), mentre si assiste a una diminuzione dei reclami (-409 e -3,1%). Il dato sorprendente di quest'anno è che il divario fra elogi e reclami è molto più netto sia in valore assoluto sia in percentuale.

Per quanto riguarda i rilievi¹¹ si conferma quanto emerso dalle analisi di *trend* degli anni precedenti, cioè un sensibile aumento fra il 2003 e il 2009 (+61%): tale dato dà conto, anche a fronte di un minore aumento percentuale dei reclami, di una gestione "virtuosa" di questa tipologia di segnalazioni, in quanto la presa in carico diretta dei disservizi da parte degli Uffici Relazioni con il pubblico permette di fornire risposte in tempi brevi e valorizza la relazione tra Azienda e cittadino, consentendo inoltre di conoscere rapidamente le criticità. Pur presentando una lieve diminuzione fra 2010 e 2011 (-157 in valore assoluto, -1,3%), i rilievi tornano ad aumentare fra 2011 e 2012 (+240 in valore assoluto, +1,4%) e fra 2012 e 2013 (+196 in valore assoluto, +0,5%) attestandosi comunque come terza voce per importanza sul totale delle segnalazioni.

¹¹ I rilievi sono "indicazioni di disservizio (di solito presentati verbalmente o telefonicamente) che si risolvono con una risposta di cortesia o risoluzione diretta e che comunque non attivano la procedura tipica del reclamo" (vedi Glossario in *Allegato 2*).

I suggerimenti mantengono nel tempo un andamento che non scende mai al di sotto del 2% e non supera il 3% sul totale delle segnalazioni annue.

Figura 9. Andamento delle segnalazioni per tipologia. *Trend 2010-2013*

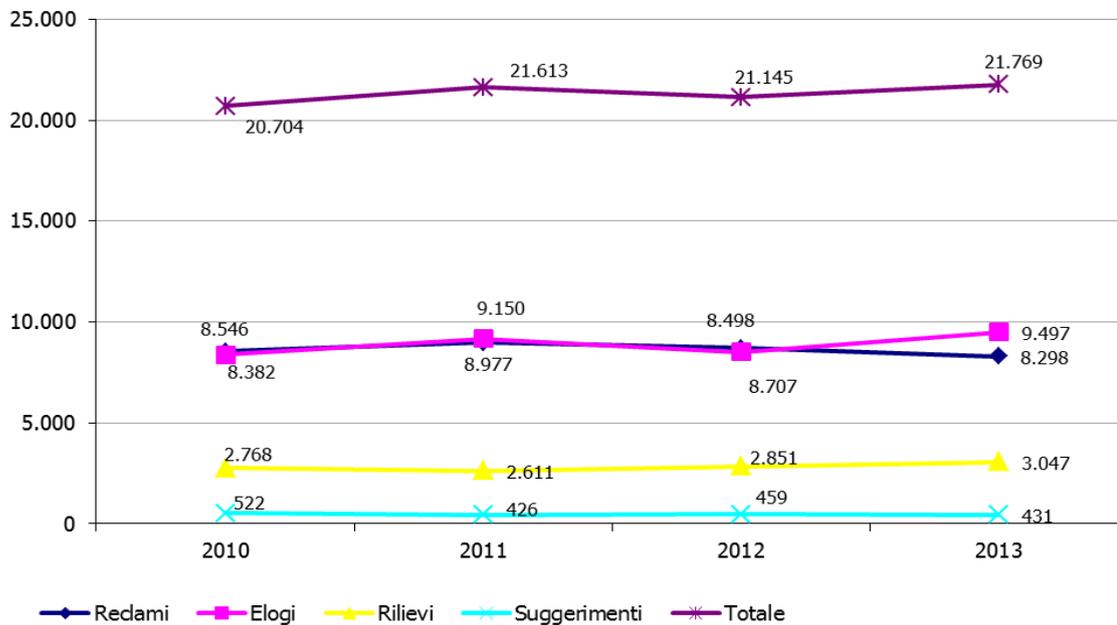
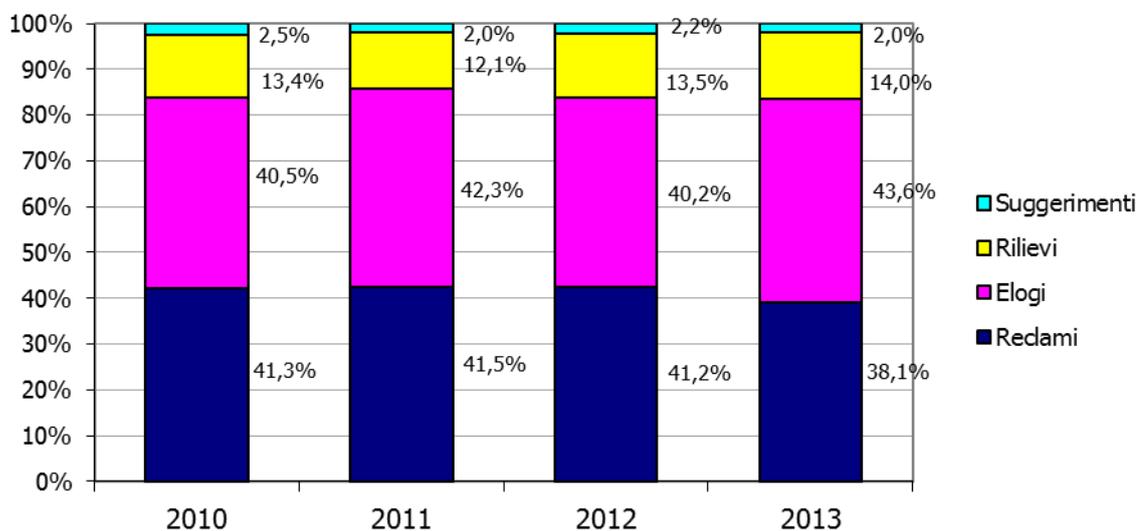


Figura 9 bis. Percentuale delle segnalazioni per tipologia. *Trend 2010-2013*



2.1. Analisi del contenuto delle segnalazioni

L'analisi delle segnalazioni proposta in Tabella 1 e in Figura 10 si basa sulla classificazione messa a punto dal Comitato consultivo regionale per la qualità dalla parte del cittadino (CCRQ) in collaborazione con i responsabili aziendali degli Uffici Relazioni con il pubblico nel 2001. Questa classificazione raggruppa in macrocategorie tematiche tutti gli aspetti che possono essere oggetto di segnalazione: aspetti strutturali, informazione, aspetti organizzativi burocratici amministrativi, aspetti tecnici professionali, umanizzazione e aspetti relazionali, aspetti alberghieri e comfort, tempi, aspetti economici, adeguamento alla normativa, altro (*Allegato 1*). La presente analisi prende in considerazione le categorie numericamente più rappresentate, in particolare rispetto alla tipologia di segnalazione corrispondente (reclamo, elogio, rilievo, suggerimento).

Nel corso del 2013, tra tutte le macrocategorie, quella relativa agli "aspetti tecnici professionali" è stata oggetto di un maggiore numero di segnalazioni (8.318, pari al 38% del totale delle segnalazioni), confermando, con i dati relativi agli anni precedenti, una generale tendenza dei cittadini ad attribuire importanza alla qualità della prestazione sia in termini positivi che in termini negativi.

Tale macrocategoria presenta la seguente ripartizione nelle tipologie di segnalazione:

- 6.159 elogi, pari al 65% sul totale degli elogi;
- 1.977 reclami, pari al 24% sul totale dei reclami;
- 164 rilievi, pari al 5% sul totale dei rilievi;
- 18 suggerimenti, pari al 4% sul totale dei suggerimenti.

In particolare la sottocategoria "opportunità e adeguatezza della prestazione" è stata oggetto più frequente di reclami (997, pari al 49,9% dei reclami nella macrocategoria) e di buona parte degli elogi (1.363, pari al 22,1% degli elogi nella macrocategoria). La sottocategoria "attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale" presenta il più alto numero di elogi (4.175 su 6.159, ovvero il 67,7% degli elogi nella macrocategoria).

I cittadini mostrano dunque una chiara sensibilità e attribuiscono un riconoscimento positivo per aspetti della prestazione che richiamano non solo elementi di efficacia e adeguatezza della stessa, ma anche di attenzione e supporto ai bisogni dell'utente da parte degli operatori.

Segue la categoria "umanizzazione e aspetti relazionali" (3.804 segnalazioni, pari al 17% del totale), che è stata oggetto di un maggior numero di elogi (2.774, che rappresentano il 29% della tipologia, contro 850 reclami pari al 10%).

A ribadire quanto emerso in precedenza si sottolinea in particolare che la sottocategoria "cortesia e gentilezza" indicativa del rapporto instaurato fra operatore e utente registra 1.366 elogi (pari al 49,2% degli elogi presentati nella macrocategoria) e 644 reclami (pari al 75,7% dei reclami presentati nella macrocategoria). L'alto numero di elogi registrati nella sottocategoria "altro" (1.318 su 2.774, pari al 47,5%) farebbe presupporre la presenza di difficoltà di classificazione rispetto a questa tipologia di segnalazione negli "aspetti relazionali".

La macrocategoria "aspetti organizzativi burocratici amministrativi" rimane oggetto di un alto numero di segnalazioni (2.962, pari al 14% del totale delle segnalazioni); in questo caso vi è una evidente insoddisfazione dei cittadini (1.860 reclami, pari al 22% della tipologia; 869 rilievi, pari al 29% della tipologia); tuttavia un buon numero di suggerimenti (155, pari al 36% della tipologia) rinvia a un propositivo atteggiamento del cittadino che sente di poter contribuire in modo attivo al miglioramento dei servizi.

In questo caso le sottocategorie più rappresentate sono due:

- la "funzionalità organizzativa", ovvero tutto ciò che ostacola/facilita l'erogazione delle prestazioni (ad esempio presenza/assenza degli operatori, preavviso alla cancellazione di visite/esami) e che viene percepito come disorganizzazione aziendale raccoglie un alto numero di reclami (677, pari al 36,3% dei reclami presentati nella macrocategoria), di rilievi (511, pari al 58,8% dei rilievi presentati nella macrocategoria), ma anche di suggerimenti (52, pari al 33,5% dei suggerimenti presentati nella macrocategoria);
- la "trasparenza/complessità" nei percorsi di accesso e di cura presenta 734 reclami (pari al 39,4% dei reclami della macrocategoria), 215 rilievi (pari al 24,7% dei rilievi della macrocategoria) e 49 suggerimenti (pari al 31,6% dei suggerimenti presentati nella macrocategoria).

Le segnalazioni riferite ai tempi (1.600) rappresentano il 7% del totale con 998 reclami (12% della tipologia) e 474 rilievi (19% della tipologia). In particolare, nel 2013 le sottocategorie più interessate da segnalazioni sono:

- "tempi di attesa fra prenotazione e prestazione" (308 reclami pari al 30,8% dei reclami presentati nella macrocategoria, e 351 rilievi pari al 61,1% dei rilievi presentati nella macrocategoria);
- "coda per la prestazione" che riguarda i tempi di attesa di fronte alla porta del professionista (416 reclami pari al 41,6% dei reclami nella macrocategoria, e 116 rilievi pari a 20,2%).

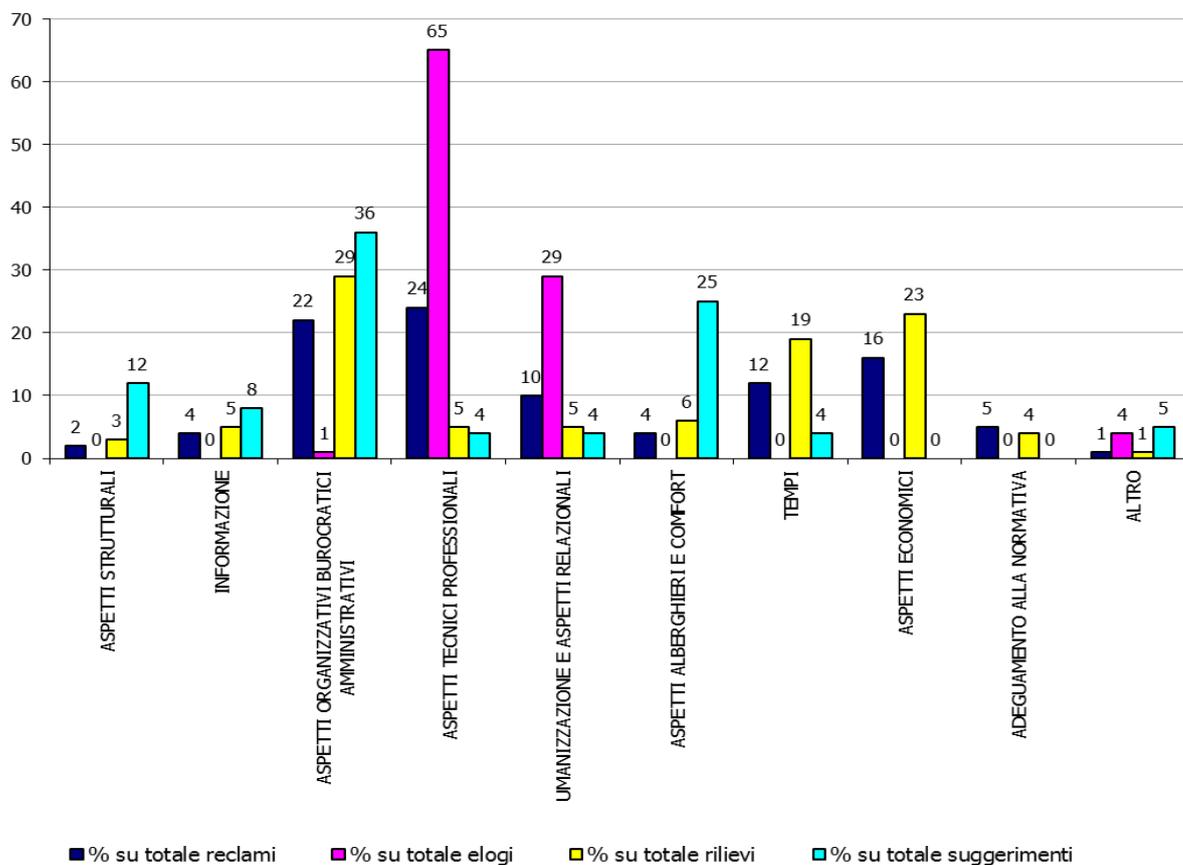
La categoria "aspetti economici" presenta 2.024 segnalazioni (9% sul totale) di cui 1.333 reclami, pari al 16% della tipologia, e 688 rilievi, pari al 23% dei rilievi. La sottocategoria "contestazione al *ticket* delle prestazioni sanitarie" presenta un alto numero di reclami (711, pari al 53,3% dei reclami presentati nella categoria) e di rilievi (470, pari al 68,3 di rilievi presentati nella categoria).

La consistenza dei reclami nella sottocategoria "contestazione al *ticket* delle prestazioni sanitarie" non sembrerebbe essere causata dall'inserimento di nuovi *ticket* ma piuttosto un evidente esito della negativa congiuntura economica attuale, e del suo impatto sui redditi familiari.

Tabella 1. Tipologia delle segnalazioni per macrocategoria (2013)

Macrocategoria CCRQ	Reclami	% su tot reclami	Elogi	% su tot elogi	Rilievi	% su tot rilievi	Suggerim.	% su tot suggerim.	Impropri	Totale	% su tot segnalaz.
Aspetti strutturali	177	2	5	0	92	3	53	12		327	2
Informazione	293	4	35	0	145	5	34	8		507	2
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi	1.860	22	78	1	869	29	155	36		2.962	14
Aspetti tecnici professionali	1.977	24	6.159	65	164	5	18	4		8.318	38
Umanizzazione e aspetti relazionali	850	10	2.774	29	161	5	19	4		3.804	17
Aspetti alberghieri e comfort	317	4	43	0	189	6	109	25		658	3
Tempi	998	12	9	0	574	19	19	4		1.600	7
Aspetti economici	1.333	16	2	0	688	23	1	0		2.024	9
Adeguamento alla normativa	450	5	0	0	120	4	2	0		572	3
Altro	43	1	392	4	45	1	20	5		500	2
Privo di CCRQ	0	0	0	0	0	0	1	0	496	497	2
<i>Totale regionale</i>	<i>8.298</i>	<i>100</i>	<i>9.497</i>	<i>100</i>	<i>3.047</i>	<i>100</i>	<i>431</i>	<i>100</i>	<i>496</i>	<i>21.769</i>	<i>100</i>

Figura 10. Distribuzione delle tipologie di segnalazione nelle categorie CCRQ (2013). Valori percentuali



2.1.1. Analisi di trend 2010-2013

Viene ora presentata un'analisi di *trend* di reclami, elogi e rilievi per gli anni 2010-2013 (Figure 11-13).¹²

RECLAMI

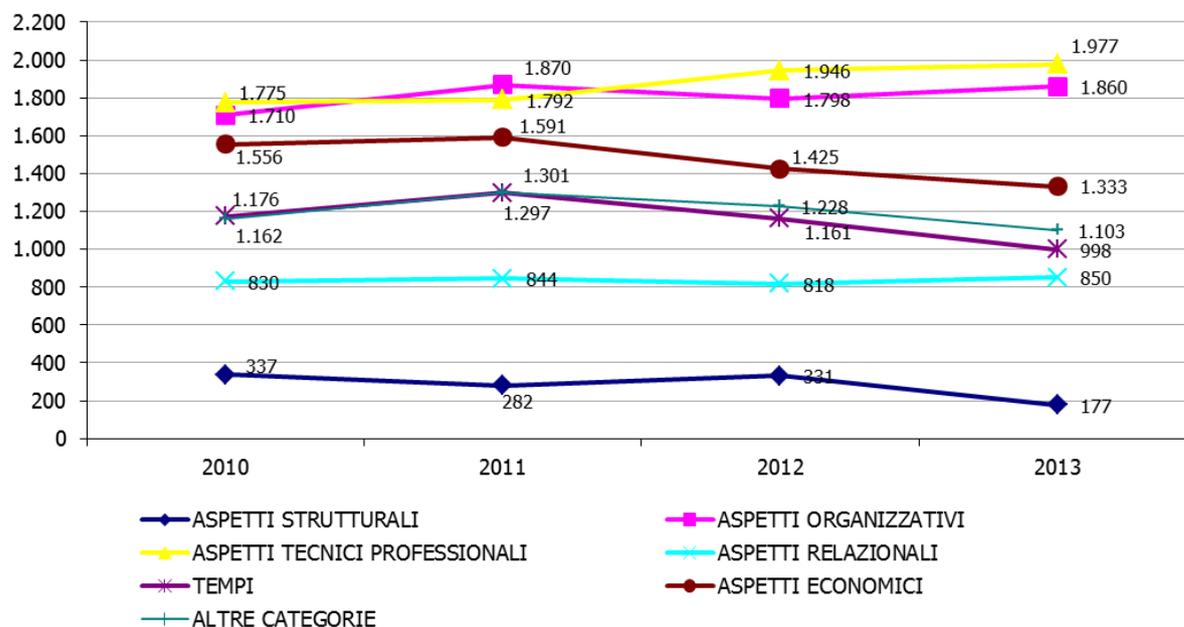
Gli "aspetti organizzativi" e gli "aspetti tecnici e professionali" intrecciano continuamente i rispettivi *trend* nel corso degli anni attestandosi come le due macrocategorie che raccolgono il maggior numero di reclami (45% sul totale). Fra il 2010 e il 2013 si assiste a un aumento dei reclami negli "aspetti tecnici professionali" (+202, +4%).

Per quanto riguarda la categoria degli "aspetti economici", dopo il *trend* in lieve aumento fra 2010 e 2011 (da 1.556 a 1591, +35 in valore assoluto), fra il 2011 e il 2013 si assiste a una diminuzione da 1.591 a 1.333 (-258 e -2%).

Nella categoria "tempi", si assiste a un andamento stabile o addirittura in diminuzione, in particolare fra 2011 e 2013 (-299, -2%): come è stato precedentemente segnalato, sono i reclami per "attesa davanti alla porta del professionista" ad incidere maggiormente rispetto a quelli per "attesa fra prenotazione e prestazione".

Gli "aspetti relazionali" e gli "aspetti strutturali" vedono un andamento generalmente costante negli anni. Si nota tuttavia una diminuzione dei reclami riferiti ad aspetti strutturali fra 2012 e 2013 (-154, -2%).

Figura 11. Numero dei reclami per macrocategoria. Anni 2010-2013



¹² Nei grafici sono state considerate le categorie nelle quali sono presenti il maggior numero di segnalazioni.

ELOGI

Gli "aspetti tecnici professionali" ammontano al 65% del totale degli elogi nel 2013.

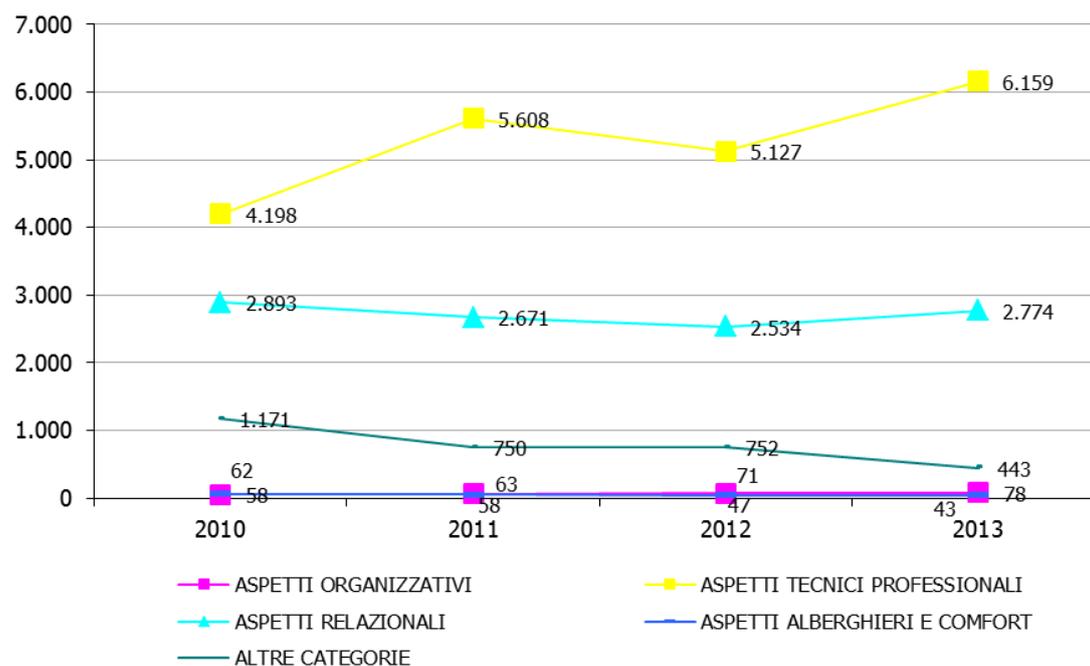
Questa categoria, dopo un *trend* in costante aumento fino a raggiungere le 5.608 segnalazioni nel 2011 (+11% rispetto al 2010), mostra nel 2012 una diminuzione a 5.127 unità (-1%); nell'ultimo anno aumentano invece di nuovo in modo consistente (+1.032, +5%). Il *trend* complessivo evidenzia un aumento del 15%.

La macrocategoria "aspetti relazionali" non segue un *trend* positivo costante e fra 2010 e 2013 fa registrare un calo di -119 unità (pari a -6%).

Nell'arco di tempo preso in esame queste due categorie rimangono le più rappresentative degli elogi presentati dai cittadini, a conferma di un riconoscimento positivo attribuito alla professionalità e alla cortesia/gentilezza degli operatori.

Gli elogi presentati nelle altre categorie presentano un *trend* in diminuzione da 1.171 nel 2010 a 443 nel 2013; rimane comunque evidente la difficoltà di collocazione di molte tipologie di elogio all'interno di macrocategorie tematiche inizialmente costruite solo sui reclami.

Figura 12. Numero degli elogi per macrocategoria. Anni 2010-2013



RILIEVI

Per quanto riguarda i rilievi, l'andamento nelle singole macrocategorie CCRQ fra il 2010 e il 2013 presenta risultati diversi.

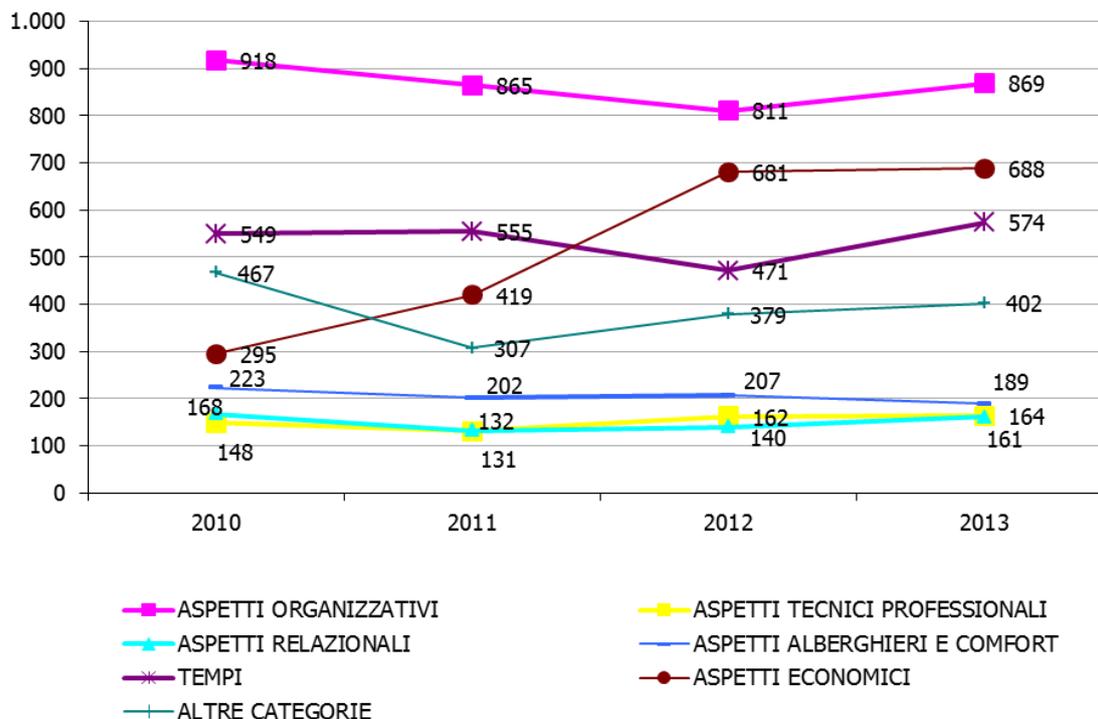
Negli "aspetti organizzativi" si assiste a una continua diminuzione da 918 nel 2010 a 811 nel 2012 (-5%) e a un nuovo, seppure trascurabile, aumento nel 2013 (+87, +1%). Questo dato - visto insieme al non consistente aumento dei reclami nella stessa categoria - potrebbe segnalare una eventuale presa in carico e risoluzione della problematica segnalata da parte degli Uffici Relazioni con il pubblico.

La categoria "tempi" registra una diminuzione fra il 2011 con 555 rilievi e il 2012 con 471 (-4%) e un nuovo consistente aumento a 574 nel 2013 (+2%).

Gli "aspetti economici" presentano un deciso innalzamento tra il 2010 e il 2013 (+393, +12%), probabile segno dei tempi di crisi economica che interessa un numero sempre maggiore di cittadini. Il fatto che si tratti di rilievi (non di reclami) e prevalentemente di contestazioni ai *ticket* per le prestazioni sanitarie, rimanda a una sorta di ambivalenza fra il desiderio di comunicare un disagio dovuto a una situazione economica precaria e il senso di rassegnazione rispetto a ciò che è stabilito a priori dalla normativa riferita ai *ticket*.

È da notare infine che queste tre categorie particolarmente interessate dai reclami presentano anche un alto numero di rilievi.

Figura 13. Numero dei rilievi per macrocategoria. Anni 2010-2013



2.2. Segnalazioni di interesse per la gestione del rischio

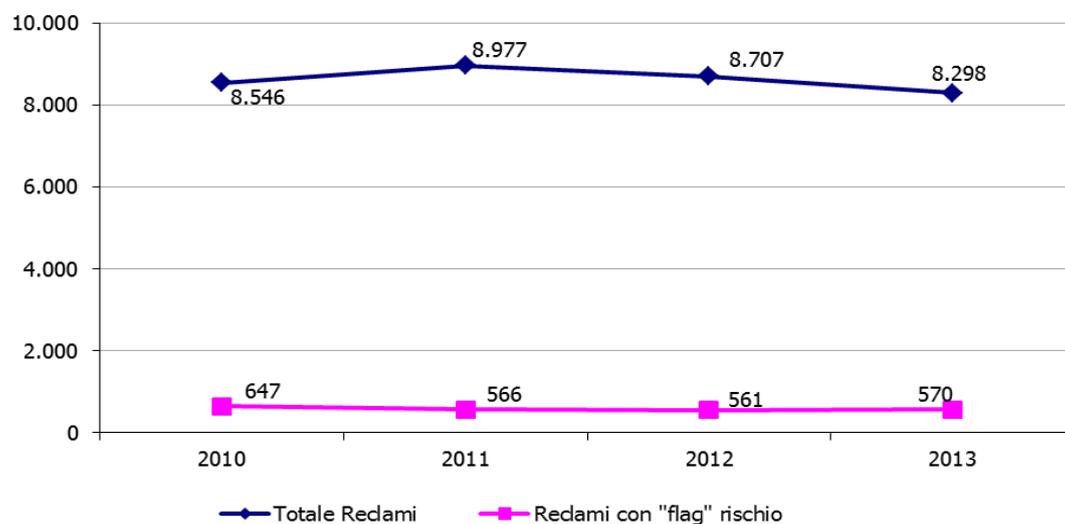
Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle fonti informative che attengono al tema della gestione del rischio e che hanno la possibilità di registrare eventi di interesse e di indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.

In questo senso il sistema informativo regionale per la gestione dei reclami consente di registrare gli eventi percepiti come "incidente" da parte dei cittadini (percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno si richieda un risarcimento).

Questo sistema di registrazione è attualmente utilizzato da tutte le Aziende sanitarie, ma con diversa intensità da una realtà all'altra.

Le segnalazioni con *flag* "gestione del rischio"¹³ dal 2010 al 2012 subiscono una seppur lieve diminuzione (da 668, pari al 3,2% delle segnalazioni, a 573 pari al 2,7%); nel triennio diminuiscono anche i reclami (da 647 pari al 7,6% del totale dei reclami, a 561 pari a 6,4%). Nel 2013 si assiste a un lieve aumento in numero assoluto sia delle segnalazioni (+13) sia dei reclami con *flag* "rischio" (+9) (Figura 14).

Figura 14. Trend dei reclami in generale e dei reclami con *flag* "gestione del rischio" (2010-2013)



¹³ Nel sistema informativo il *flag* è una finestra presente nella pagina in cui si registra la segnalazione, che permette di evidenziare (indicandolo con una crocetta) se tale segnalazione è di interesse per la gestione del rischio.

In Tabella 2 viene presentata la frequenza dei reclami con *flag* "gestione del rischio" nelle singole Aziende fra il 2010 e il 2013. Si può notare come in alcune Aziende il numero di questo tipo di segnalazioni sia rimasto consistente nel tempo (in particolare l'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma e l'Azienda USL di Modena); in altre Aziende, quali l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia (che fanno confluire queste segnalazioni direttamente nel *database* Contenzioso), si registrano valori pari o di poco superiori allo zero; in altre Aziende ancora si nota una recente tendenza (in particolare fra 2012 e 2013) ad attribuire attenzione a questa tipologia di segnalazione (Aziende ospedaliero-universitarie di Modena e di Bologna, Aziende USL di Ferrara e di Imola).

Circa la metà delle Aziende registrano una diminuzione, seppure di diversa intensità fra un'Azienda e l'altra, fra 2011 e 2013; nelle restanti Aziende i valori sono stabili o aumentano leggermente.

L'analisi dell'andamento dei reclami con *flag* "gestione del rischio" all'interno delle Aziende evidenzia la persistente estrema disomogeneità di trattamento e registrazione su *database*, oltre che il non completo recepimento da parte di tutte le Aziende della rilevanza che tali reclami possono rivestire in un percorso aziendale di analisi dell'istruttoria.

In definitiva le modalità di registrazione di questo tipo di reclami e la capacità di riconoscerli come tali da parte degli operatori URP possono influire molto sul loro andamento da un anno all'altro e sulla loro variazione all'interno delle diverse categorie di classificazione CCRQ. La diffusione nelle Aziende del protocollo operativo *L'analisi delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio*¹⁴ ha contribuito solo in parte ad agevolare il riconoscimento di queste segnalazioni da parte degli operatori.

Nel 2013 si conferma la tendenza evidenziatasi negli anni precedenti: la maggior parte dei reclami (457 su 570, pari all'80,1% del totale) sono riferiti agli aspetti tecnici professionali; di questi, 335 (73,3% della categoria) sono riferiti all'opportunità/ adeguatezza della prestazione e 70 (15,3% della categoria) all'attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale (*Tabella 3*).

Di una certa consistenza numerica risultano anche i reclami per aspetti economici (52 su 570, pari al 9,1% del totale), in particolare nella sottocategoria "richiesta di risarcimenti collegati al contenzioso" (44 su 52).

Fra 2010 e 2013, all'interno della categoria più interessata degli aspetti tecnici professionali, diminuiscono i reclami riferiti alla "opportunità/ adeguatezza della prestazione" e aumentano quelli riferiti alla "attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale". Tale dato potrebbe essere considerato un indicatore proxy dell'efficacia dei programmi per la gestione del rischio nelle Aziende sanitarie.

¹⁴ Basini V *et al.* *L'analisi delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio*. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2008.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/analisi-delle-segnalazioni-di-interesse-per-la-gestione-del-rischio-1> (ultimo accesso novembre 2014)

Tabella 2. Numero reclami con *flag* "gestione del rischio" per Azienda (2010-2013)

	2010	2011	2012	2013
AOU Bologna	10	0	24	37
AOU Ferrara	13	20	15	1
AOU Modena	0	0	43	45
AOU Parma	113	97	78	59
AO Reggio Emilia	9	7	0	3
AUSL Bologna	41	25	24	29
AUSL Cesena	26	34	24	15
AUSL Ferrara	73	77	71	85
AUSL Forlì	18	27	34	26
AUSL Imola	20	21	18	34
AUSL Modena	180	177	167	185
AUSL Piacenza	19	5	0	0
AUSL Ravenna	57	29	26	19
AUSL Reggio Emilia	8	13	19	13
AUSL Rimini	2	3	2	0
AUSL Parma	43	18	7	6
IOR Bologna	15	13	9	13
<i>Totale regionale</i>	<i>647</i>	<i>566</i>	<i>561</i>	<i>570</i>

Tabella 3. Classificazione CCRQ dei reclami di interesse per la gestione del rischio (2010-2013)*

Reclami con <i>flag</i> "gestione del rischio"	2010	2011	2012	2013
ASPETTI STRUTTURALI	23	10	15	8
INFORMAZIONE	4	6	5	3
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI	13	21	25	26
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI				
Aspetti tecnici professionali - Altro	4	3	3	2
Opportunità/adequatezza della prestazione	421	362	349	335
Correttezza, precisione, accuratezza nella erogazione delle prestazioni	25	36	28	48
Attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale	42	35	59	70
Informazione agli utenti sui percorsi di cura	3	5	6	2
<i>Totale</i>	<i>495</i>	<i>441</i>	<i>445</i>	<i>457</i>
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI	9	5	9	10
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT	8	4	2	3
TEMPI	4	10	4	9
ASPETTI ECONOMICI				
Aspetti economici - Altro	9	4	2	2
Contestazioni al ticket delle prestazioni sanitarie	4	1	1	5
Richiesta di rimborsi	5	3	5	1
Richiesta di risarcimenti collegati al contenzioso	64	60	47	44
<i>Bonus malus</i>	<i>3</i>			
<i>Totale</i>	<i>85</i>	<i>68</i>	<i>55</i>	<i>52</i>
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA	4	0	0	2
ALTRO	2	1	1	0
<i>Totale regionale</i>	<i>647</i>	<i>566</i>	<i>561</i>	<i>570</i>

* In Tabella viene presentata l'analisi di dettaglio delle due categorie più interessate da questo tipo di reclami, mentre per le altre macrocategorie è possibile visualizzare i valori totali.

2.3. In quali contesti di cura si segnala

L'analisi della reportistica sulla funzione assistenziale consente di visualizzare il numero di segnalazioni registrate raggruppandole in funzioni di riferimento (es. area ospedaliera, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, igiene pubblica, SerT, ecc.) che corrispondono a macroaree di erogazione delle prestazioni, coerenti al loro interno. Tale opzione risulta di particolare utilità per le Aziende USL, all'interno delle quali sono presenti strutture organizzative (stabilimenti ospedalieri, Dipartimento Cure primarie, SerT, Dipartimento Salute mentale, ecc.) con funzioni molto diversificate, che necessitano di uno specifico monitoraggio.

Per quanto riguarda il 2013 si è scelto di presentare le distribuzioni di frequenza e le percentuali delle segnalazioni suddivise per tipologia e per funzione assistenziale che riguardano le Aziende ospedaliere (*Tabella 4 e Figura 15*) e le Aziende USL (*Tabella 5 e Figura 16*).

Nelle Aziende ospedaliere

Le segnalazioni presentate nelle Aziende ospedaliere sono articolate in 3 funzioni assistenziali: area ospedaliera (con 5.381 segnalazioni su un totale di 6.990, pari al 77%), specialistica ambulatoriale (839 su 6.990, pari al 12%) e attività di supporto (770 su 6.990, 11%).

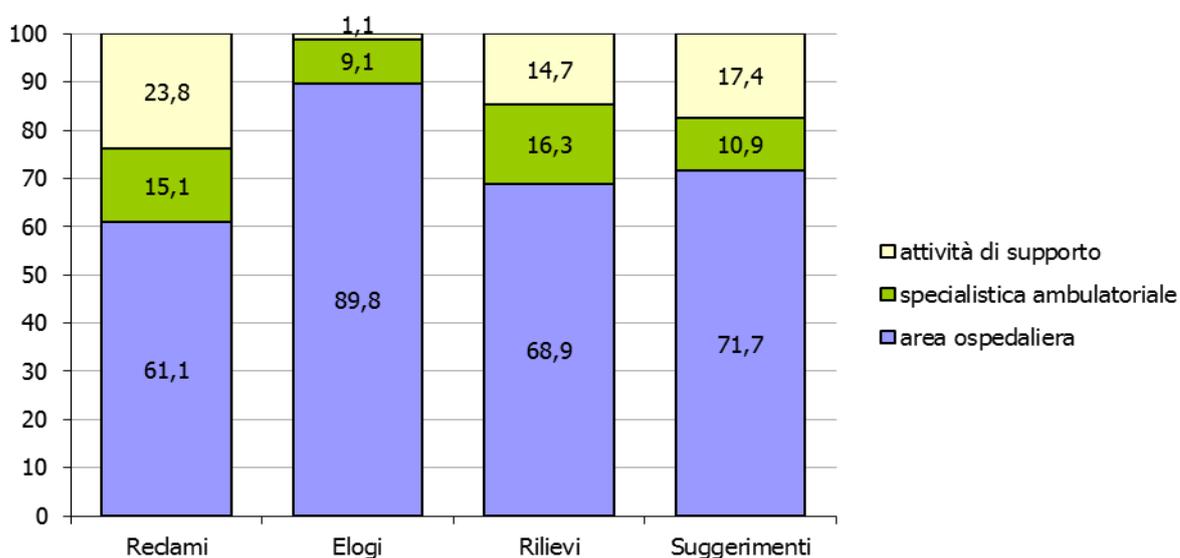
La funzione ospedaliera è quella che presenta il maggior numero di segnalazioni: i valori percentuali in tutte le tipologie di segnalazione (61% dei reclami, 90% degli elogi, 69% dei rilievi, 72% dei suggerimenti) sono i più alti, seppure rispetto a totali diversi nella singola tipologia (*Figura 15*). In linea con i dati precedenti riferiti alla tipologia, gli elogi rappresentano ormai i 2/3 delle segnalazioni che riguardano l'area ospedaliera nelle AO.

A seguire, la funzione della specialistica ambulatoriale presenta in particolare 400 reclami su 2.647, ovvero il 15% del totale dei reclami nelle Aziende ospedaliere, 337 elogi su 3.688 (9% degli elogi), 92 rilievi su 563 ovvero 16% del totale dei rilievi, 10 suggerimenti su 92 (11% sul totale). Infine le attività di supporto¹⁵ presentano valori alti nei reclami (631, pari al 24%) e nei rilievi (83, pari al 16%).

¹⁵ Fra le attività di supporto sono di solito compresi: Uffici amministrativi, Sportelli di prenotazione (es. CUP o segreterie) e di riscossione del *ticket*, anagrafe sanitaria, farmacia, servizio alberghiero, servizio pulizie, ecc.

Tabella 4. Segnalazioni per tipologia e funzione assistenziale. Aziende ospedaliere (2013)

Funzione	Tipologia				Totale
	Reclami	Elogi	Rilievi	Suggerimenti	
area ospedaliera	1.616	3.311	388	66	5.381
specialistica ambulatoriale	400	337	92	10	839
attività di supporto	631	40	83	16	770
altre voci	0	0	0	0	0
<i>Totale</i>	<i>2.647</i>	<i>3.688</i>	<i>563</i>	<i>92</i>	<i>6.990</i>

Figura 15. Percentuale delle segnalazioni per tipologia e per funzione assistenziale. Aziende ospedaliere (2013)**Nelle Aziende USL**

Nelle Aziende USL le segnalazioni si distribuiscono nelle medesime aree funzionali delle Aziende ospedaliere e nelle aree dell'assistenza primaria e della salute mentale, seppure in proporzioni diverse da una tipologia di segnalazione all'altra (*Tabella 5 e Figura 16*).

La funzione ospedaliera presenta il maggior numero di segnalazioni (6.877), ma il numero dei reclami (1.817 su 5.650, pari al 32%) è più basso rispetto a quello degli elogi (4.290 su 5.809, pari al 74%).

La funzione della specialistica ambulatoriale - fra le 2.762 segnalazioni presentate - raccoglie invece un alto numero di reclami (1.305, pari al 23% di tutti i reclami presentati) e di rilievi (829, pari al 33% di tutti i rilievi presentati): ciò sta a indicare che tale funzione presenta ancora criticità reali o presunte/potenziali nelle Aziende USL.

Le attività di supporto (con 2.003 segnalazioni) presentano valori alti nei reclami (1.046, pari al 19% del totale dei reclami) e nei rilievi (552, pari al 22% del totale dei rilievi); è da notare l'alto numero di suggerimenti (164, pari al 48% della tipologia).

Infine l'assistenza primaria, che presenta 1.729 segnalazioni, vede prevalere valutazioni critiche: 1.078 reclami (19% del totale della tipologia) e 284 rilievi (11% del totale della tipologia). Gli elogi sono comunque 348 (6% della tipologia).

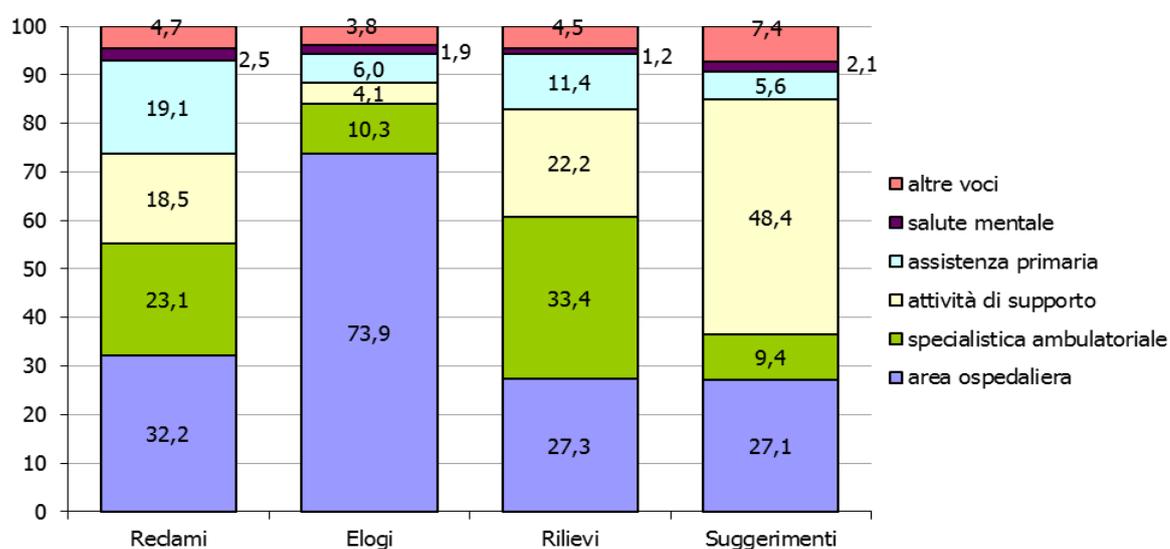
La funzione della salute mentale nel 2013 presenta 290 segnalazioni, di cui 141 reclami (2%, sul totale della tipologia), 113 elogi (2%), 29 rilievi (1%) e 7 suggerimenti (2% della tipologia).

Anche nell'Aziende USL nell'area ospedaliera sono più consistenti gli elogi rispetto ai reclami; nella specialistica ambulatoriale prevalgono invece valutazioni critiche (reclami) o quasi critiche (rilievi).

Tabella 5. Segnalazioni per tipologia e funzione assistenziale. Aziende USL (2013)

Funzione	Tipologia				Totale
	Reclami	Elogi	Rilievi	Suggerimenti	
area ospedaliera	1.817	4.290	678	92	6.877
specialistica ambulatoriale	1.305	596	829	32	2.762
attività di supporto	1.046	241	552	164	2.003
assistenza primaria	1.078	348	284	19	1.729
salute mentale	141	113	29	7	290
altre voci	264	221	112	25	622
<i>Totale</i>	<i>5.650</i>	<i>5.809</i>	<i>2.484</i>	<i>339</i>	<i>14.283</i>

Figura 16. Percentuale delle segnalazioni per tipologia e per funzione assistenziale. Aziende USL (2013)



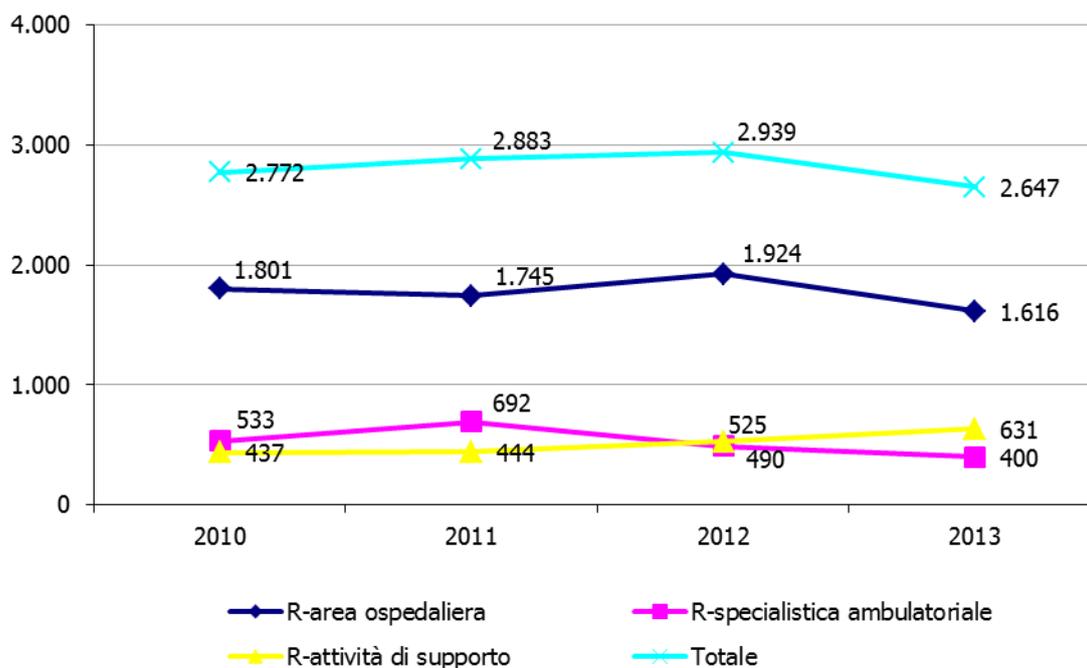
Trend reclami per funzione nelle Aziende ospedaliere

Si sviluppa ora un'analisi del *trend* delle segnalazioni per le principali funzioni assistenziali (area ospedaliera, specialistica ambulatoriale, attività di supporto) fra il 2010 e il 2013 (Figure 17-20).

L'analisi di *trend* 2010-2013 evidenzia un andamento altalenante di tutte le funzioni (Figura 17):

- fra il 2011 e il 2012 i reclami nelle funzioni "area ospedaliera" e "attività di supporto" presentano un aumento, mentre la "specialistica ambulatoriale" evidenzia un abbassamento da 692 a 525 unità;
- fra il 2012 e il 2013 si assiste invece a una consistente diminuzione nel numero di reclami (-308) nell'area ospedaliera, mentre aumentano i reclami riferiti alle attività di supporto (+141).

Figura 17. Trend dei reclami per funzione assistenziale. Aziende ospedaliere (2010-2013)



Trend elogi per funzione nelle Aziende ospedaliere

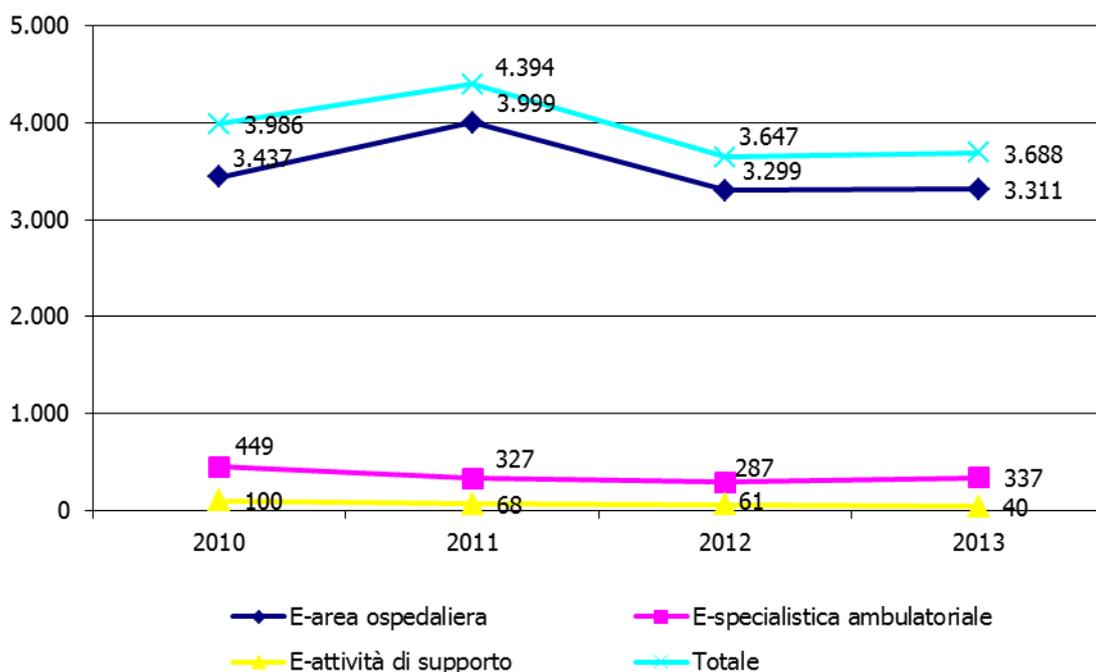
L'andamento generale del trend 2010-2013 degli elogi nelle Aziende ospedaliere è rispecchiato soprattutto nella funzione "area ospedaliera", che contribuisce in maniera determinante all'andamento del trend stesso (Figura 18).

Nell'area ospedaliera si riscontra nel 2012 un abbassamento (da 3.999 a 3.299, pari a -1%), dopo un aumento degli elogi nell'anno precedente (+5%). L'andamento rimane costante nel 2013.

La funzione "specialistica ambulatoriale" mostra un trend in lieve diminuzione degli elogi (da 449 nel 2010 a 287 nel 2012); tuttavia i valori percentuali, calcolati su un totale che varia da un anno all'altro, evidenziano un aumento di +0,6%. Nel 2013 si verifica un lieve aumento anche nel numero assoluto, oltre che in quello percentuale (da 287 a 337, +1%)

Anche le "attività di supporto" mostrano un trend in diminuzione, ma con valori assoluti decisamente più contenuti rispetto all'area ospedaliera".

Figura 18. Trend degli elogi per funzione assistenziale. Aziende ospedaliere (2010-2012)

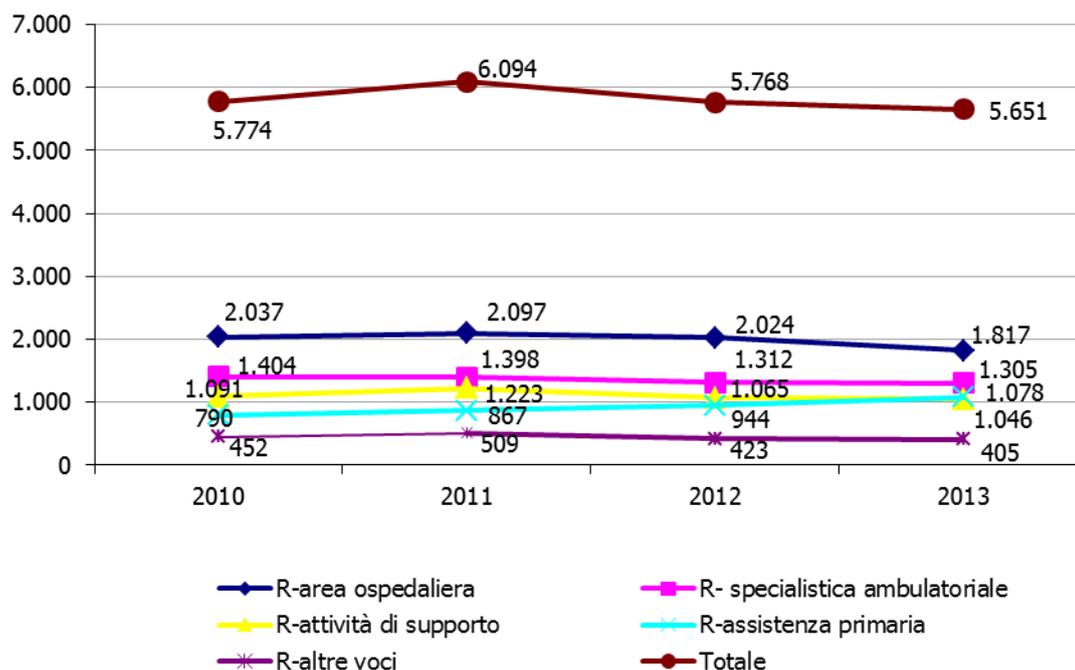


Trend reclami per funzione nelle Aziende USL

L'andamento generale del trend 2010-2013 dei reclami nelle Aziende USL è rispettato da tutte le funzioni prese in considerazione, in particolare dalla funzione "area ospedaliera".

La maggior parte delle funzioni assistenziali mostra una lieve variazione in aumento nel 2011 (in particolare area ospedaliera, attività di supporto e assistenza primaria) e in diminuzione fra 2011 e 2013 (in particolare area ospedaliera, assistenza ambulatoriale attività di supporto).

Figura 19. Trend dei reclami per funzione assistenziale. Aziende USL (2010-2013)



Trend elogi per funzione nelle Aziende USL

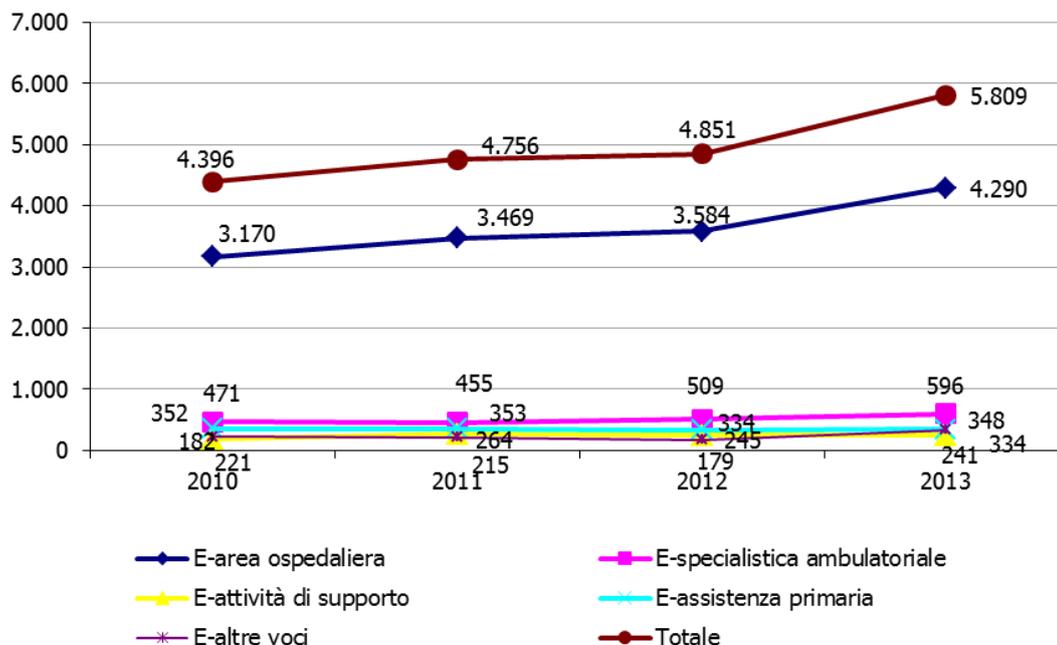
L'andamento generale del *trend* 2010-2013 degli elogi nelle Aziende USL è rispecchiato soprattutto nella funzione "area ospedaliera" che contribuisce in maniera determinante al *trend* stesso.

In questa area si riscontra un continuo aumento degli elogi senza flessioni in linea con l'andamento generale: dal 2010 al 2013 gli elogi per l'"area ospedaliera" nelle Aziende USL sono aumentati da 3.170 a 4.290 (+1.120), in pratica +2% seppure rispetto a totali diversi.

Nel 2013 gli elogi rappresentano il 74% delle segnalazioni riferite alla funzione ospedaliera delle Aziende USL.

La funzione "specialistica ambulatoriale" nelle Aziende USL mostra un *trend* con flessioni positive fra 2011 e 2013, ma con valori assoluti decisamente più contenuti rispetto all'"area ospedaliera".

Figura 20. Trend degli elogi per funzione assistenziale. Aziende USL (2010-2012)



2.4. Chi presenta segnalazioni

Dall'analisi dei presentatori di tutte le tipologie di segnalazione nel 2013 (*Tabella 6*), emerge in modo netto che il cittadino è il soggetto che si attiva più frequentemente.

Nel 2013 i cittadini hanno presentato 20.212 segnalazioni (pari al 95% del totale), di cui 7.484 reclami (90% del totale dei reclami), 9.384 elogi (99% degli elogi), 2.921 rilievi (98% dei rilievi) e 423 suggerimenti (99% dei suggerimenti). Si può quindi affermare che il cittadino non rinuncia a un confronto diretto con l'Azienda, evidenziando le criticità presenti ma anche valorizzando le buone pratiche.

Segue la categoria "associazione" con 526 segnalazioni (pari al 2,4% del totale), di cui 428 reclami (pari al 5,1% del totale dei reclami), 52 elogi (pari allo 0,5% del totale), 45 rilievi (pari all'1,5% del totale) e 1 suggerimento.

Le altre categorie presentano tutte valori di scarso rilievo, ad eccezione delle segnalazioni presentate da studi legali (283 pari all'1,3% delle segnalazioni), che si concentrano tutte nella tipologia dei reclami (280 pari al 3,3% del totale).

Tabella 6. Presentatori delle segnalazioni per tipologia (2013)

Presentatore	Tipologia				Totale
	Reclami	Elogi	Rilievi	Suggerimenti	
Associazione	428	52	45	1	526
Cittadino	7.484	9.384	2.921	423	20.212
Ente	66	17	5	0	88
Operatore sanitario	40	27	8	4	79
Studio legale	280	2	1	0	283
<i>Totale</i>	<i>8.298</i>	<i>9.482</i>	<i>2.980</i>	<i>428</i>	<i>21.188</i>

NB Nel totale non sono state inserite le segnalazioni anonime e le improprie.

L'analisi del *trend* reclami 2010-2013 per tipologia di presentatore mostra che dal 2011 sono diminuiti i reclami presentati dai cittadini; nell'ultimo anno anche le associazioni hanno presentato un minore numero di reclami (-158), a fronte di un aumento registrato nell'anno precedente (da 530 a 586) (*Figura 21*).

Fra il 2011 e il 2012 si nota un consistente aumento dei reclami presentati da studi legali (da 199 a 307).

Se si confronta quest'ultimo dato con quello dei presentatori dei reclami che hanno altresì condotto una richiesta risarcimento danni, si vede che oltre due terzi dei reclami presentati da studi legali rientrano in questa casistica (239 sul totale di 307 reclami presentati).

Figura 21. Trend reclami per tipologia di presentatore (2010-2013)

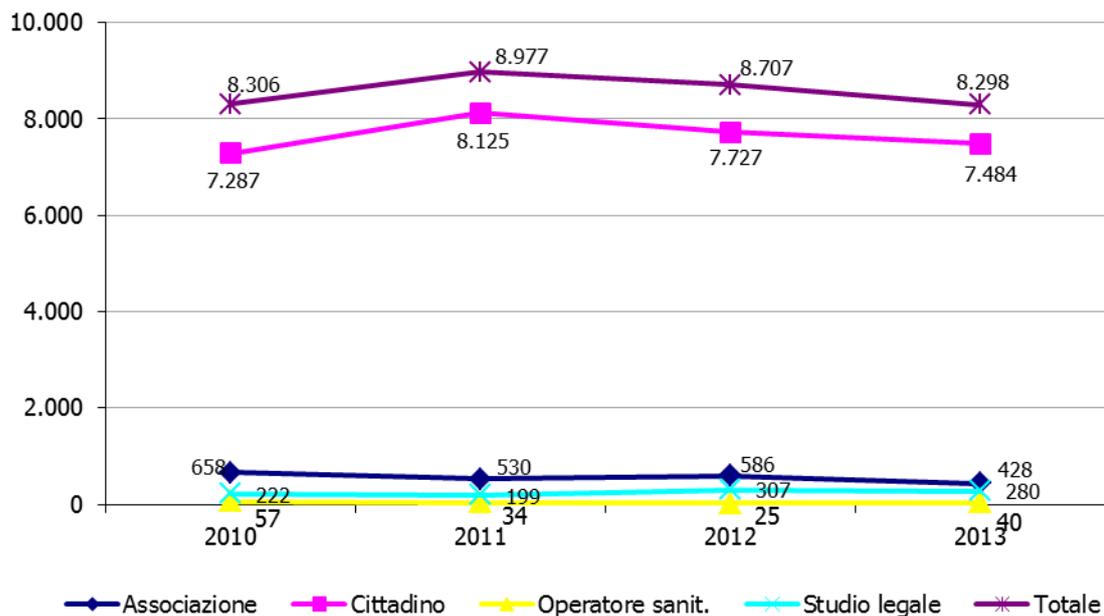


Tabella 7. Numero reclami con richiesta di risarcimento per tipologia di presentatore (2012)

Presentatore	Reclami
Associazione	42
Cittadino	176
Ente	10
Operatore sanitario	0
Studio legale	239
<i>Totale</i>	<i>467</i>

2.5. Che esito hanno le segnalazioni?

Dall'analisi degli esiti delle segnalazioni presentate nel 2013, emerge che tutte le tipologie hanno avuto un esito (8.290 reclami su 8.298, 8.430 elogi su 9.497, 3.039 rilievi su 3.047, 429 suggerimenti su 431); tuttavia la distribuzione delle tipologie di segnalazione nei diversi tipi di esito presenta un andamento molto disomogeneo (*Tabella 8*).

Nei reclami infatti, le diverse tipologie di esito sono distribuite in modo abbastanza omogeneo, evidenziando diverse forme di comportamento:

- una dominante tendenza proattiva e di riconoscimento della voce del cittadino che consiste in chiarimento (2.953 casi, pari a 35,5% del totale), in risoluzione (1.394 casi, pari al 16,8%) o addirittura nella manifestazione di scuse (1.036 casi, pari al 12,4%);
- una tendenza alla conferma del proprio operato sia perché conforme alla normativa vigente (747 casi, pari al 9%) sia perché conforme a standard, protocolli, linee guida (335 casi, pari al 4%).

Negli elogi invece le categorie più interessate sono "ringraziamento verbale" (403, 4,7% sul totale), "ringraziamento scritto" (5.004, 59,3%) e la categoria "altro" (2.978, 35,3%). Dal 2007 i referenti URP della Regione Emilia-Romagna hanno elaborato due forme di risposta per gli elogi (ringraziamento verbale e ringraziamento scritto), proprio per rafforzare l'idea che l'azione del cittadino è presa in considerazione dall'organizzazione. D'altra parte, dare una risposta a un elogio può essere anche un incentivo a valorizzare gli elementi di merito sollevati da parte dei cittadini.

È da notare infine che anche fra i rilievi sono stati registrati esiti specifici. In particolare 1.197 rilievi (pari al 39,3%) hanno avuto una risoluzione, 749 rilievi (24,6%) hanno ricevuto un chiarimento, a 200 rilievi è seguito un accoglimento della richiesta di rimborso (6,5% dei rilievi) e a 122 rilievi (4%) sono seguite delle scuse. La categoria "altro" registra ben 455 rilievi (pari al 15%).

L'analisi degli esiti dei rilievi può essere tra l'altro considerata un indicatore proxy dell'operato quotidiano degli Uffici per le relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie, in quanto si tratta di segnalazioni di disservizio che spesso attivano una risposta o risoluzione pressoché immediata.

Fra i suggerimenti, invece, 159 (37%) hanno ricevuto un chiarimento e 39 (9%) un'assunzione di impegno: ciò sta a indicare una tendenza dell'Azienda a prendere in considerazione la voce del cittadino, eventualmente anche assumendosi l'impegno a condurre azioni migliorative.

Tabella 8. Esiti delle segnalazioni per tipologia (2013)

	Pratica aperta	Risoluzione	Chiarimento	Conferma operato dell'Azienda/operatore perché conforme a standard, protocolli, linee guida	Conferma operato dell'Azienda perché conforme alla normativa vigente	Accoglimento richiesta di rimborso	Trasmissione al servizio legale per competenza	Scuse	Assunzione di impegno	Altro	Ringraziamento verbale (elogio verbale)	Ringraziamento scritto (elogio scritto)	Totale segnalazioni con risposta	Totale segnalazioni
Reclami	385	1.394	2.953	335	747	226	526	1.036	425	234	1	28	8.290	8.298
Elogi	12	28	2	0	0	1	0	1	1	2.978	403	5.004	8.430	9.497
Rilievi	4	1.197	749	46	170	200	2	122	89	455	0	5	3.039	3.047
Suggerimenti	0	9	159	5	2	0	0	1	39	211	1	2	429	431
<i>Totale</i>	<i>401</i>	<i>2.628</i>	<i>3.863</i>	<i>386</i>	<i>919</i>	<i>427</i>	<i>528</i>	<i>1.160</i>	<i>554</i>	<i>3.878</i>	<i>405</i>	<i>5.039</i>	<i>20.188</i>	<i>21.273</i>

3. La qualità percepita nei servizi di degenza¹⁶

3.1. Strumento di rilevazione e protocollo metodologico

La rilevazione della soddisfazione dei pazienti e dei cittadini-utenti è perseguita con grande intensità dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna da almeno un ventennio. Il questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" è stato costruito tramite un percorso concordato con le Aziende stesse attraverso la costituzione di diversi gruppi di lavoro e l'elaborazione di documenti condivisi di indicazioni metodologiche regionali. L'obiettivo è stato rendere disponibile per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna un percorso di misurazione della qualità percepita dagli utenti ricoverati nei reparti di degenza che, sulla base di una metodologia e di strumenti di rilevazione comuni, consentisse confronti tra le diverse realtà organizzative e delineasse la percezione di qualità a livello regionale.

Questo percorso ha portato alla produzione di un protocollo metodologico regionale (e di versioni adattate per singole Aziende o Aree vaste) che contiene indicazioni rispetto a:

- strumento di rilevazione,
- campionamento,
- modalità di somministrazione,
- immissione, trattamento ed elaborazione dei dati,
- restituzione dei dati e comunicazione.

Il questionario è strutturato per rilevare le caratteristiche di qualità dell'assistenza ricevuta nei reparti di degenza ordinaria (utenti con almeno 2 giorni di ricovero). È stato tradotto anche nelle lingue oggi più parlate dall'utenza straniera: inglese, francese, arabo, cinese, albanese e rumeno.

Il questionario si compone di batterie di domande sull'esperienza relativa alla prestazione ricevuta e sulle caratteristiche socio-anagrafiche dell'intervistato (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, nazionalità, stato civile e supporto quotidiano); è scandito per fasi del percorso (prima, durante e dopo la prestazione) e suddiviso in aree di indagine (accoglienza/ricovero, personale, privacy, trattamento del dolore, aspetti organizzativi, ambienti, aspetti alberghieri, informazioni alla dimissione). Ogni area propone l'analisi di specifici aspetti del servizio (dimensioni di qualità) attraverso una serie di domande; il questionario raccoglie infatti la valutazione su:

¹⁶ A cura di Giovanni Ragazzi.

- tempistiche e informazioni al momento del ricovero;
- personale medico, infermieristico e di supporto (informazioni, attenzione ai bisogni, cortesia, aiuto fornito, ...);
- privacy (nello scambio di informazioni riservate, nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza);
- trattamento del dolore;
- aspetti organizzativi (modalità di accesso, collaborazione tra il personale, comunicazione con altri reparti, orari di visita);
- ambienti (comfort, igiene, ...);
- servizi alberghieri (qualità del cibo, scelta del menù, ...);
- informazioni al momento della dimissione (controlli successivi, sintomi, ...).

In Tabella 9 vengono riportate le singole dimensioni di qualità indagate dagli *item* del questionario suddivisi per aree di indagine e fasi del percorso.

Per valutare i singoli aspetti è stata utilizzata una scala bilanciata a 6 valori. Si è cioè optato per una scala che chiede espressamente a ogni utente di esprimere una valutazione in termini positivi - "adeguato", "molto adeguato" e "del tutto adeguato" - o negativi - "del tutto inadeguato", "molto inadeguato", "inadeguato" - del servizio indagato ed evita giudizi neutri (*Figura 22*). Viene inoltre fornita la possibilità di rispondere "non so" e - laddove necessario - "non ho ricevuto informazioni".

La scelta di una scala con ancoraggio semantico è derivata dal paradigma teorico di qualità percepita secondo cui il questionario è stato concettualmente costruito, ossia il modello SERVQUAL¹⁷ basato sulla teoria dei *gap*. Tale teoria è un paradigma molto diffuso di *customer satisfaction* che definisce la qualità del servizio come il soddisfacimento delle aspettative del cliente: in questo senso l'opinione dell'utente di un servizio risulta dalla discrepanza (*gap*,) fra la percezione del servizio utilizzato e le aspettative rispetto a quel servizio. La scala utilizzata nel questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" obbliga il rispondente a scegliere fra adeguatezza e inadeguatezza (a 3 livelli di intensità) dei vari aspetti dell'esperienza di degenza. Definire qualcosa come adeguato (o inadeguato) è un'affermazione relativa alle attese che implicitamente si hanno rispetto all'oggetto della valutazione e operazionalizza dunque quanto definito dalla teoria dei *gap*.

¹⁷ Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67 (4): 420-450, 1991.

Figura 22. Scala di valutazione utilizzata nel questionario “La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale”

Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

Non so

Non ho ricevuto informazioni

Rispetto al campionamento sono state previste due opzioni:

- campionamento probabilistico:
selezione casuale dei soggetti da intervistare o del periodo di indagine (trimestre/ quadrimestre) e stratificazione per Unità operativa dei soggetti che faranno parte del campione. Questa strategia garantisce un livello minimo di rappresentatività e riduce il numero di partecipanti da coinvolgere, sebbene non porti automaticamente a una rappresentatività completa (considerato che l'unica variabile di stratificazione è il numero di dimissioni dell'UO);
- campionamento non probabilistico:
si scelgono i rispondenti all'indagine senza criteri definiti e il reclutamento avviene in modo accidentale. Questa strategia consente un risparmio di tempo e risorse, tuttavia implica una caduta in accuratezza e rappresentatività del campione - alla quale si può sopperire solo parzialmente ampliando il numero di partecipanti coinvolti e verificando *ex post* la distribuzione di alcune caratteristiche fra i rispondenti.

Il questionario ha inoltre previsto diverse possibilità di somministrazione ai pazienti (con opzione di compilazione assistita o eteronoma da parte di chi accompagna il paziente):

- autosomministrazione in ospedale (con riconsegna prima della dimissione)
- somministrazione con intervista faccia a faccia
- autosomministrazione tramite invio postale a domicilio (con riconsegna postale)
- somministrazione telefonica

La scelta del piano di campionamento e della modalità di somministrazione è stata lasciata alla discrezione delle Aziende in base ad un'accurata valutazione delle risorse disponibili ed è rappresentata in Box 1.

L'immissione dei dati è stata delegata alle Aziende con modalità di input sia di tipo manuale sia di tipo elettronico (con lettore ottico); l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha fornito il *database* per l'input dati nel formato elettronico più opportuno per ciascuna struttura (Excel, SPSS, EpiInfo).

Tabella 9. Dimensioni di qualità indagate dagli *item* del questionario “La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale”

AREA DI INDAGINE	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ
FASE 1: prima della prestazione	
Accoglienza/ricovero	Modalità di accesso (programmato, d’urgenza, altro) Tempi d’attesa tra prenotazione e ricovero (se programmato) Tempi d’attesa tra arrivo in reparto e momento in cui è stato dato il letto Informazioni ricevute prima del ricovero Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero
FASE 2: durante la prestazione	
Personale medico - infermieristico - OSS	Cortesia/gentilezza (di medici e infermieri) Ascolto delle esigenze (da parte del medico e infermiere) Informazioni su condizioni di salute da parte del medico Informazioni sui rischi legati alle cure da parte del medico Tempo dedicato da parte del medico Capacità di mettere a proprio agio da parte dell’infermiere Disponibilità a dare chiarimenti da parte dell’infermiere Aiuto ricevuto per la propria igiene personale
Privacy	Rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate Rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza
Trattamento del dolore	Informazioni su trattamento del dolore Terapia del dolore
Aspetti organizzativi	Collaborazione tra il personale Comunicazione con altri reparti Orari di visita
Ambienti	Manutenzione delle strutture e dei locali Pulizia delle stanze e dei corridoi Pulizia dei bagni Temperatura delle stanze Tranquillità nel reparto Disponibilità di spazio nelle camere
Servizi alberghieri	Qualità del cibo Possibilità di scelta del menù Orari dei pasti Igiene della biancheria dei letti Comodità dei letti
Fase 3: dopo la prestazione	
Dimissione	Informazioni sulle cure da seguire a casa Informazioni sui controlli successivi da effettuare Informazioni sui sintomi da tenere sotto controllo Informazioni sul personale a cui rivolgersi
Valutazione complessiva	Importanza attribuita ad aspetti dell’assistenza Valutazione complessiva Rispetto delle aspettative

Box 1. Tipo di campionamento e modalità di somministrazione del questionario

Area vasta	Azienda	Campione	Somministrazione
Romagna	AUSL Cesena, Rimini, Ravenna, Forlì		
	AUSL Bologna		
Emilia Centro	AOU Bologna		
	IOR Bologna		
	AUSL Imola		
	AUSL Ferrara		
	AOU Ferrara		
	AUSL Modena		
	AOU Modena		
Emilia Nord	AUSL Reggio Emilia		
	AO Reggio Emilia		
	AUSL Parma		
	AOU Parma		
	AUSL Piacenza		

Legenda

-  campionamento non probabilistico
-  campionamento probabilistico
-  autosomministrazione in ospedale (con riconsegna prima della dimissione)
-  somministrazione con intervista faccia a faccia
-  autosomministrazione tramite invio postale a domicilio (con riconsegna postale)
-  somministrazione telefonica

È stato definito un piano per il trattamento e l'analisi dei dati raccolti con indicazioni sull'interpretazione dei dati stessi e sulla stesura del report di ricerca regionale e aziendale in collaborazione e confronto continui con i referenti delle indagini di qualità percepita e con i referenti degli Uffici Qualità delle Aziende coinvolte nell'indagine.

La scelta di diverse tipologie di elaborazione risponde all'esigenza di raggiungere i diversi obiettivi della ricerca:

- descrizione delle caratteristiche del campione, anche tramite confronto tra caratteristiche socio-anagrafiche dei pazienti rispondenti e caratteristiche socio-anagrafiche dei ricoverati (banca dati SDO - dati 2012) per verificare la rappresentatività del campione;
- verifica della validità e dell'affidabilità del questionario;
- analisi dei giudizi forniti dai pazienti con definizione di punti di forza e punti di debolezza delle dimensioni di qualità;
- verifica della relazione fra i giudizi forniti da pazienti e altre variabili (caratteristiche socio-anagrafiche, tipo di ricovero, ...);

- verifica dell'importanza attribuita ad aspetti specifici dell'assistenza (es. trattamento del dolore);
- costruzione di una mappa delle priorità tramite incrocio fra livello di gradimento e importanza per ogni dimensione di qualità dell'assistenza;
- eventuale confronto relativo fra le diverse Aziende.¹⁸

Le elaborazioni utilizzate per la verifica dei suddette ipotesi sono:

- analisi descrittive (mono e bivariate)
- ricodifica dei livelli della scala (*Figura 23*);
- analisi fattoriale e analisi di affidabilità (alpha di Cronbach);
- costruzione di indicatori di sintesi (dimensioni di qualità);
- analisi multivariate (T-Test, ANOVA, regressione lineare);
- definizione di valori soglia (soddisfatti/insoddisfatti) e di mappe di priorità di intervento.

Le elaborazioni presentate di seguito sono state condotte tramite utilizzo del software di analisi statistica SPSS.

Figura 23. Ricodifica da 6 a 3 livelli della scala di valutazione

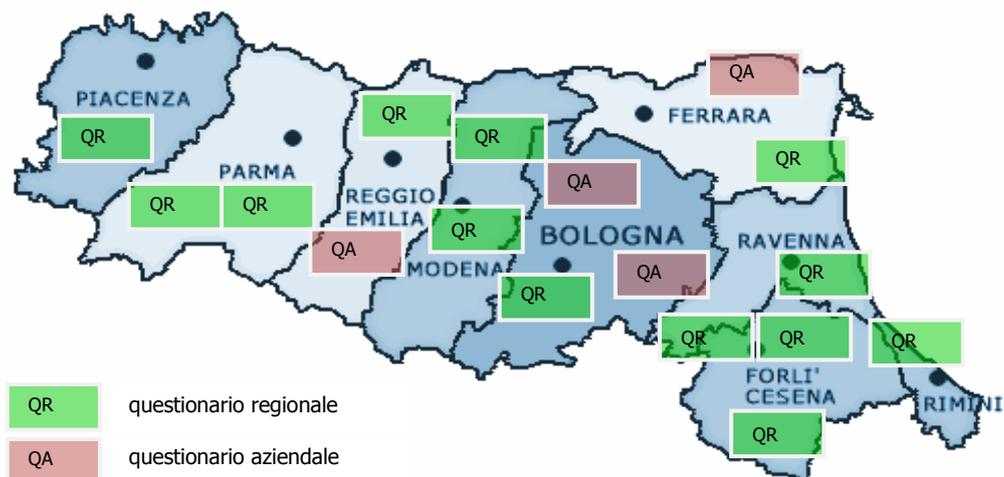
Insoddisfatti			Soddisfatti	Estremamente soddisfatti	
Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguito	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

¹⁸ Vedi Allegato 3.

3.2. Raccolta dati

Le Aziende aderenti al protocollo metodologico regionale e coinvolte nella somministrazione del questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" sono state 13 su 17 con una copertura regionale illustrata in Figura 24. Le restanti 4 Aziende hanno optato per l'utilizzo di questionari aziendali specifici con diverso grado di comparabilità con il questionario regionale.

Figura 24. Aderenza delle Aziende al protocollo metodologico regionale



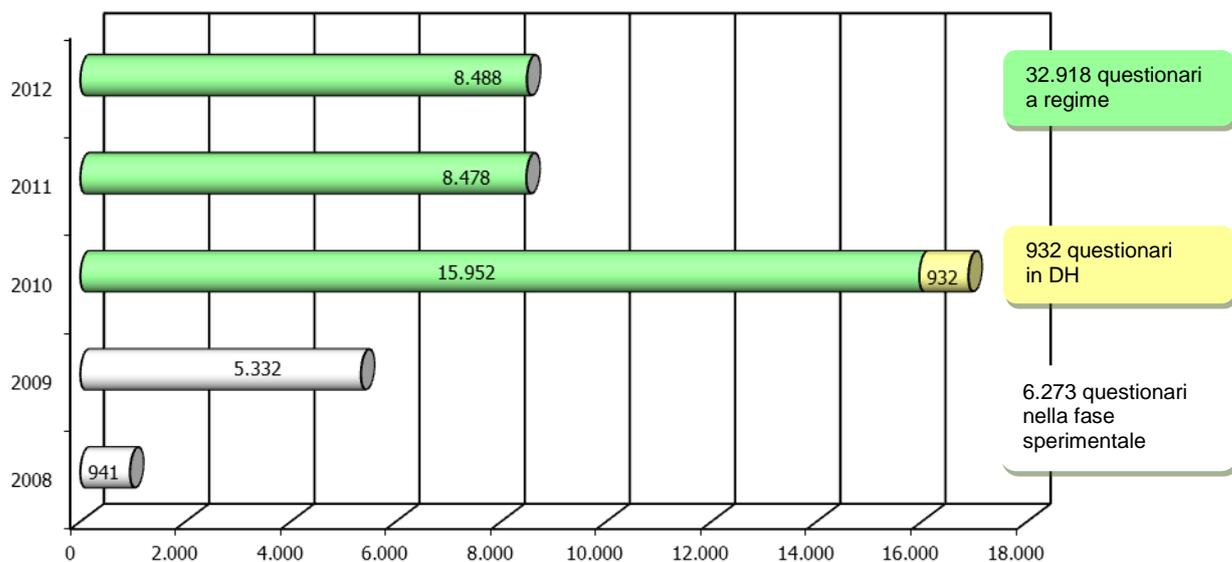
Il questionario regionale è stato somministrato in due momenti. Nel biennio 2008-2009 è stata effettuata una sperimentazione in tre Aziende con la raccolta di 6.273 questionari; questa prima fase di sperimentazione ha permesso di testare sia lo strumento sia le modalità di somministrazione, e di affinare quindi gli interventi formativi, di consulenza e in generale di accompagnamento alle Aziende nella fase di raccolta dei dati.

Nel periodo 2010-2012 il flusso di questionari è andato a regime ed è stato richiesto alle Aziende aderenti al protocollo metodologico regionale di somministrare nel triennio il questionario in tutte le strutture di degenza aziendali. Nelle 13 Aziende rilevate sono stati coperti l'83% degli stabilimenti con strutture di degenza (34 su 41); sono stati raccolti questionari in 83 dipartimenti (262 Unità operative).

In Figura 25 è possibile vedere il flusso informativo negli anni dal 2008 al 2012, comprendente anche i questionari raccolti in alcune strutture di *day hospital*¹⁹ (932 nel 2010, evidenziati con colore giallo). In totale nei cinque anni sono stati raccolti 40.123 questionari.

¹⁹ Il questionario è stato espressamente elaborato per la rilevazione della qualità percepita in degenza ospedaliera. La raccolta dei dati in Unità operative di *day hospital*, di *day surgery* o in altre Unità operative particolari (es. Terapia intensiva, Pronto soccorso) comporta specifici adattamenti e modifiche del questionario e del protocollo metodologico.

Figura 25. Flusso informativo 2008-2012 del questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" (valori assoluti)



Dato che il questionario è stato progettato specificamente per i ricoveri, le analisi che verranno presentate da questo punto in poi riguarderanno i questionari raccolti esclusivamente nelle strutture di degenza (con esclusione quindi dei *day hospital*) e nel triennio a regime 2010-2012 (totale 32.918 questionari, evidenziati con colore verde in *Figura 25*).

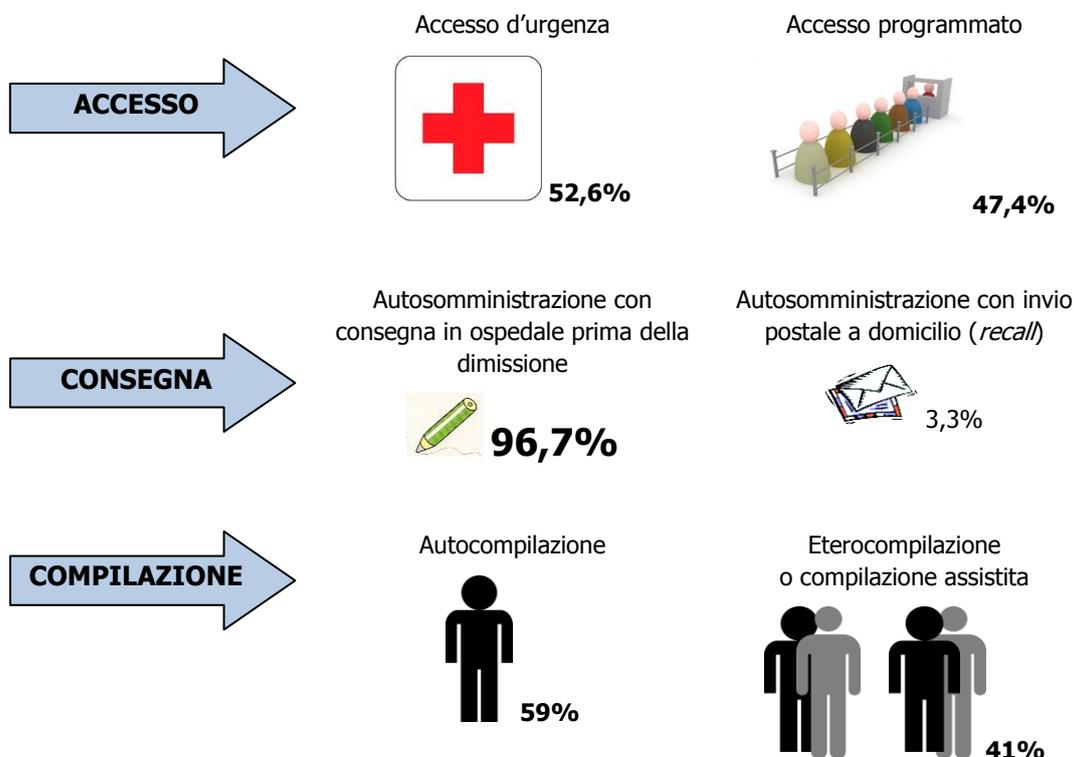
3.3. Caratteristiche del campione

In Figura 26 sono sintetizzati i dati del campione rispetto ad accesso, consegna e compilazione dei questionari.

Nel 52,6% dei casi l'utente ha avuto un accesso d'urgenza tramite Pronto soccorso, mentre nel 47,4% dei casi l'accesso è avvenuto tramite lista d'attesa.

La quasi totalità dei rispondenti (96,7%) ha compilato il questionario tramite autosomministrazione con riconsegna prima della dimissione. Il 59% dei rispondenti ha compilato autonomamente, il restante 41% raggruppa casi di compilazione assistita (20,8%) o eteronoma (20,2%).

Figura 26. Prospetto sintetico rispetto all'accesso degli utenti, la modalità di consegna e di compilazione dei questionari (%)



Le caratteristiche socio-anagrafiche restituiscono un quadro demografico dell'utenza coinvolta nella rilevazione della qualità percepita nei servizi di degenza.

Il campione è costituito per il 48,7% da maschi e per il 51,3% da femmine. Sono rappresentate più di 15 nazionalità, ma la quasi totalità dei rispondenti (94,9%) è italiana. Per quanto riguarda la scolarità, il 7,7% non ha nessun titolo di studio, il 54% ha la licenza elementare o media inferiore, il 28,9% riporta un diploma di scuola media superiore e il 9,4% è laureato. Il 49,8% è pensionato. Poco meno di un terzo (30,7%) è occupato.

Il 56,4% è coniugato, il 19,9% è celibe/nubile, il restante è equamente suddiviso fra separato/a, divorziato/a, vedovo/a.

Il 78,6% dei rispondenti risiede nella provincia dell'Azienda sanitaria di riferimento; il 12,4% in altre province della Regione; gli utenti non residenti in Emilia-Romagna ammontano al 9% del campione. Il 61,6% può contare su un familiare o altre persone per ricevere aiuto nel quotidiano; il 24,8% dichiara di non avere bisogno di nessuno. Un 4% dichiara di non avere nessuno pur avendone bisogno.

Con il questionario sono stati rilevati anche alcuni dati riguardanti eventuali precedenti ricoveri e aspettative rispetto al servizio. Il 67,9% dei pazienti non era mai stato ricoverato nel reparto a cui si riferisce il questionario; solo il 3,3% del campione valuta il servizio ricevuto come peggiore rispetto alle aspettative, il 45,2% lo valuta all'altezza delle aspettative e il 51,5% "migliore di come se lo aspettava".

In Figura 27 sono riassunte alcune delle principali caratteristiche sociodemografiche (genere, titolo di studio, occupazione, stato civile). In Figura 28 è rappresentata la distribuzione percentuale del campione per fasce di età.

Dal punto di vista dell'analisi dei dati, la raccolta dell'età in fasce comporta l'impossibilità ad usare tale variabile come continua per analisi parametriche (con medie) su singoli *item* o indicatori sintetici. Verrà dunque più spesso utilizzata la variabile modalità di compilazione che risulta essere proxy sia dell'età sia ovviamente della condizione clinica dell'utente. In Tabella 10 è possibile notare come la fascia d'età sia strettamente legata al modo in cui il questionario è stato compilato: in fascia pediatrica (0-14) più del 90% dei questionari non sono compilati autonomamente; dai 15 ai 64 anni più di 4 questionari su 5 sono compilati senza l'intervento di altri soggetti; dai 65 anni in su la percentuale di eterocompilazione e di compilazione assistita aumenta fino a raggiungere quasi il 90% per gli utenti ultraottantacinquenni.

Figura 27. Genere, titolo di studio, occupazione e stato civile dei rispondenti (%)

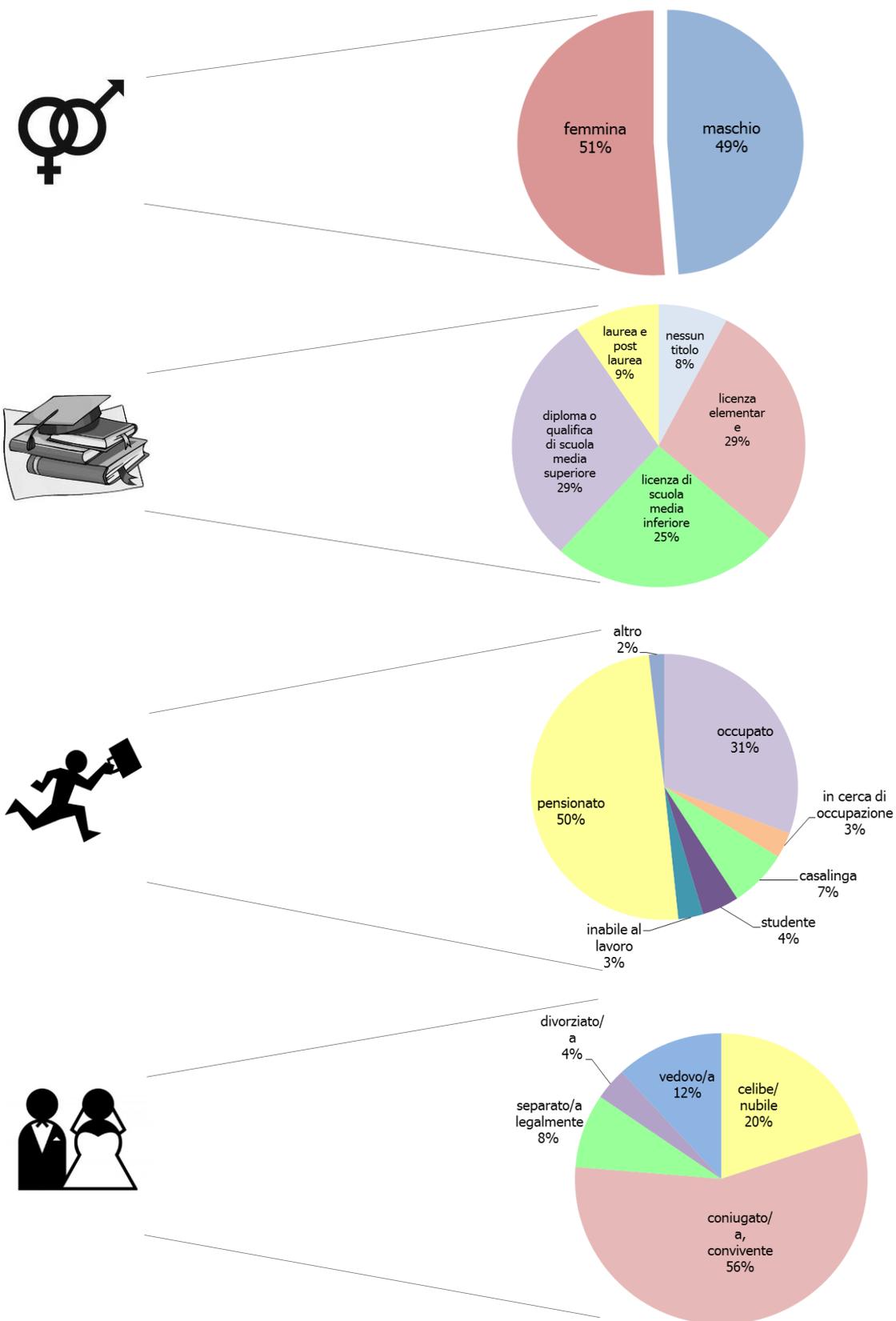


Figura 28. Fasce di età dei rispondenti (%)

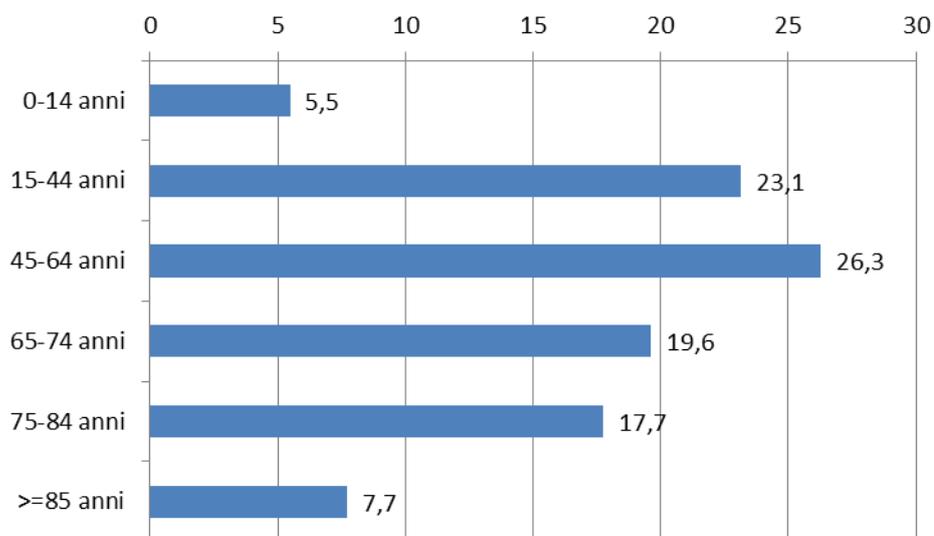


Tabella 10. Crosstab: fasce di età dei rispondenti per modalità di compilazione (% di riga)

fascia d'età	% compilazione autonoma	% compilazione assistita/eteronoma	% tot
0-14 anni	9,5%	90,5%	100%
15-44 anni	81,4%	18,6%	100%
45-64 anni	82,6%	17,4%	100%
65-74 anni	61,4%	38,6%	100%
75-84 anni	29,7%	70,3%	100%
≥ 85 anni	11,7%	88,3%	100%

3.4. Rappresentatività campionaria

La verifica della rappresentatività statistica del campione permette di valutare il grado di generalizzabilità dei dati raccolti, quindi quanto le considerazioni e i risultati derivati dalle analisi sono applicabili alla popolazione di provenienza. In particolare si fa riferimento ai dimessi dalle strutture ospedaliere delle Aziende che hanno partecipato alla raccolta dati tramite il protocollo metodologico regionale.²⁰

Ai fini di questo report viene verificata la rappresentatività dei rispondenti per le variabili genere ed età con la consapevolezza che le modalità di campionamento adottate non prevedevano tali variabili, ma solo - nel caso di campionamento probabilistico - una rappresentatività di Unità operativa. Sono stati condotti test del chi quadrato di Pearson (o della bontà dell'adattamento) per verificare quanto il campione sia rappresentativo della popolazione di riferimento.

Dai confronti effettuati emergono differenze significative che andranno tenute in considerazione nelle analisi successive dei dati:

- variabile genere (*Tabella 11*): i maschi sono lievemente sovra-rappresentati rispetto alla popolazione di provenienza del campione e le femmine conseguentemente sotto-rappresentate, ma viene rispettata la numerosità maggioritaria di quest'ultime;
- variabile età (*Tabella 12*): mentre la fascia pediatrica è adeguatamente rappresentata, si rileva una sovra-rappresentazione in particolare della fascia dai 45 ai 74 anni; sopra i 75 anni e in particolare sopra gli 85 anni si rileva una marcata sotto-rappresentazione.

Tabella 11. Variabile sesso: confronto percentuali osservate e attese

genere	% osservate	% attese
maschio	48,7	46,3
femmina	51,3	53,7

Tabella 12. Variabile età (in fasce): confronto percentuali osservate e attese

fascia d'età	% osservate	% attese
0-14	5,5	6,7
15-44	23,1	22,3
45-64	26,3	19,2
65-74	19,6	16,7
75-84	17,7	20,9
≥ 85	7,7	14,2

²⁰ Si ricorda che hanno adottato il questionario regionale 13 Aziende sanitarie su 17 presenti in Regione (34 stabilimenti su 61 totali in Emilia-Romagna) ed esse rappresentano 269.322 dimessi (il 63,1% su un totale di 426.993 dimessi in Emilia-Romagna - dati SDO 2012).

3.5. Verifica delle proprietà psicometriche del questionario

3.5.1. Praticabilità (*feasibility*)

La praticabilità (*feasibility*) dello strumento riguarda alcuni aspetti legati alla fase di somministrazione:

- comprensibilità degli *item*;
- lunghezza del questionario in termini di tempo richiesto per la compilazione;
- adattabilità del questionario a diverse modalità di somministrazione;
- identificazione degli *item* ad alto tasso di non risposta.

La comprensibilità degli *item*, un'adeguata durata di compilazione e la predisposizione di diverse modalità di somministrazione del questionario sono aspetti che riguardano il percorso di costruzione dello strumento, che - come detto - è stato condiviso con le Aziende tramite la costituzione di gruppi di lavoro composti dai referenti qualità.

In primo luogo sono stati verificati il fraseggio e le incongruenze degli *item* relativamente a termini ambigui, doppie domande, frasi passive, doppie/triple negazioni, termini tecnici/difficili, domande suggestive, domande emotivamente cariche, domande presupponenti, ecc. In secondo luogo è stata somministrata una versione di prova del questionario ad un gruppo ristretto di utenti in modo da correggere eventuali problematiche legate al *phrasing* delle domande e per valutare il tempo richiesto per la compilazione. Lo strumento risultante è stato condiviso e approvato dai partecipanti ai gruppi di lavoro ed è stato infine declinato in quattro possibili modalità di somministrazione: autosomministrazione in ospedale (con riconsegna prima della dimissione), somministrazione con intervista faccia-a-faccia, autosomministrazione tramite invio postale a domicilio (con riconsegna postale) e somministrazione telefonica.

Dalla raccolta dati nelle Aziende durante il triennio 2010-2012 è possibile inoltre fornire una lettura descrittiva degli *item* a più alto tasso di mancate risposte (*missing*). La maggior parte degli *item* si attesta al di sotto del 5% di mancate risposte. In Tabella 13 sono riportati gli *item* che superano la soglia del 20% (1 soggetto su 5 non ha risposto).²¹

Si nota che alte percentuali di *missing* si registrano soprattutto negli *item* riferiti al momento della dimissione, il che indica evidentemente un problema insito nel momento della consegna del questionario che sembra avvenire troppo precocemente impedendo agli utenti di valutare l'ultima fase del ricovero (1 utente su 4 non risponde alle domande sulla dimissione).

²¹ Sono stati esclusi da questa analisi i questionari con tasso di risposta inferiore al 75% degli *item* del questionario.

Tabella 13. *Item* a maggior percentuale di non risposte (>20%)

<i>item</i>	<i>% missing</i>
Dom 13c. Informazioni sui sintomi da tenere sotto controllo	23.4
Dom 13d. Informazioni sul personale a cui rivolgersi (medico di base, specialista e altri servizi)	22.9
Dom 13b. Informazioni sui controlli successivi da effettuare	22.3
Dom 13a. Informazioni ricevute sulle cure da eseguire	20.8

3.5.2. Validità di costrutto (*validity*)

La validità di costrutto di un questionario è indice fondamentale della bontà di uno strumento di rilevazione (*validity*). Informa di quanto lo strumento sia legato al fenomeno che intende misurare, in specifico alla formulazione teorica del concetto di qualità percepita che ha portato all'elaborazione del questionario stesso. Ciò che si intende verificare è dunque quanto i dati raccolti abbiano una struttura matematico-statistica coerente con le aree indagate dal questionario (accoglienza/ricovero, personale, privacy, aspetti organizzativi, ecc.).

È stata condotta un'analisi fattoriale confermativa della struttura tematica del questionario. L'analisi fattoriale consente di individuare una serie di raggruppamenti tematici tra gli aspetti indagati; le aree tematiche ottenute sono derivate dai dati empirici e i raggruppamenti sono solidi dal punto di vista statistico (l'appartenenza di due o più *item* alla stessa area tematica non è attribuita in via teorica, ma emerge dalle rilevazioni effettuate sul campione). Questo passaggio garantisce maggiore robustezza e precisione nell'analisi dei dati raccolti e permette l'identificazione e il successivo utilizzo di indicatori sintetici.

Sono state dunque effettuate una serie di *factor analysis*²² tramite *software* SPSS con successive approssimazioni e rimozioni di *item* ambigui per arrivare a una struttura leggibile e consistente. La Tabella 14 riporta la soluzione fattoriale finale con i coefficienti di saturazione degli *item*, ossia il peso che ogni *item* ha nel definire la rispettiva dimensione sintetica individuata. Dato che normalmente in letteratura vengono considerati significativi coefficienti di saturazione maggiori di .40, sono evidenziati solo i coefficienti di saturazione superiori a tale valore. La soluzione fattoriale finale mostra un elevato valore interpretativo rispetto ai dati: la varianza totale spiegata è dell'84%.

²² Analisi fattoriale condotta con metodo delle componenti principali e rotazione Varimax con normalizzazione di Kaiser.

Tabella 14. Soluzione fattoriale finale: matrice delle componenti principali ruotata degli *item* del questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale"

Item	Componenti							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Dom 2a. Tempo di attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui le è stato dato il letto	.217	.185	.216	.145	.078	.733	.120	.108
Dom 2b. Informazioni ricevute prima di essere ricoverata/o	ACCOGLIENZA/RICOVERO					.769	.104	.111
Dom 2c. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	.183	.215	.175	.212	.159	.738	.118	.113
Dom 4a. Medico: gentilezza e cortesia	.249	.717	.377	.190	.122	.192	.111	.119
Dom 4b. Medico: disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	.255	.741	.363	.196	.123	.200	.129	.119
Dom 4c. Medico: informazioni ricevute sulle condizioni di salute	.220	.767						
Dom 4d. Medico: informazioni ricevute sui rischi legati alle cure	.215	.735	.243	.269	.143	.235	.134	.142
Dom 4e. Medico: tempo che il personale medico le ha dedicato	.247	.731	.272	.241	.157	.185	.153	.131
Dom 5a. Infermieri: gentilezza e cortesia	.233	.306	.803	.179	.123	.181	.140	.112
Dom 5b. Infermieri: disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	.223	.315	.809	.189	.129	.189	.146	.124
Dom 5c. Infermieri: capacità di mettere a proprio agio	.229	.302	.811					
Dom 5d. Infermieri: disponibilità a dare chiarimenti	.219	.315	.778	.210	.142	.188	.157	.133
Dom 7a. Rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate	.331	.270	.246	.268	.155	.227	.178	.714
Dom 7b. Rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza	.327							.733
Dom 10a. Collaborazione tra il personale del reparto	.316	.253	.378	.299	.193	.218	.589	.180
Dom 10b. Comunicazione tra il reparto e gli altri servizi o reparti dell'ospedale	ASPETTI ORGANIZZAT.						.618	.177
Dom 10c. Orari di visita (familiari, conoscenti)	.362	.242	.222	.207	.183	.188	.646	.130
Dom 11a. Manutenzione delle strutture e dei locali del reparto	.752	.183	.168	.210	.198	.171	.153	.103
Dom 11b. Pulizia delle stanze e dei corridoi	.804	.101	.237	.101	.174	.155	.116	.086
Dom 11c. Pulizia dei bagni	.808							.088
Dom 11d. Temperatura delle stanze	.709	.187	.148	.207	.237	.133	.143	.093
Dom 11e. Tranquillità nel reparto	.714	.191	.153	.209	.208	.155	.131	.168
Dom 11f. Disponibilità di spazio nelle camere	.721	.218	.118	.184	.185	.151	.136	.176
Dom 12a. Qualità del cibo	.237	.118	.096	.120	.865	.093	.087	.050
Dom 12b. Possibilità di scelta del menù	.243	.123	.158	.171	.835			
Dom 12c. Orari dei pasti	.305	.159	.117	.199	.736	.139	.148	.098
Dom 13a. Informazioni ricevute sulle cure da eseguire	.302	.261	.225	.755	.189	.207	.164	.147
Dom 13b. Informazioni sui controlli successivi da effettuare	.301	.260	.220	.775	.182	.209	.148	.139
Dom 13c. Informazioni sui sintomi da tenere sotto controllo	.285	.260	.199	.778				
Dom 13d. Informazioni sul personale a cui rivolgersi (medico di base, specialista e altri servizi)	.297	.275	.210	.761	.191	.203	.156	.132

Si può notare come la struttura che emerge dai dati sia molto chiara e comprenda la quasi totalità della forma teorica originaria. Si può individuare la seguente ripartizione tematica per batterie di *item*:

- accoglienza/ricovero (domande 2a,b,c);
- personale medico (domande 4a,b,c,d,e);
- personale infermieristico (domande 5a,b,c,d);
- privacy (domande 7a,b);
- aspetti organizzativi (domande 10a,b,c);
- ambienti (domande 11a,b,c,d,e,f);
- servizi alberghieri (domande 12a,b,c);
- dimissione (domande 13a,b,c,d);

A seguito di questa analisi sono stati rimossi dalla struttura fattoriale in quanto saturanti su diverse dimensioni:

- l'*item* 1a "Come valuta il tempo che è trascorso tra la prenotazione e il suo ricovero effettivo?", che in effetti misura una tempistica precedente all'effettivo ricovero dell'utente e si distingue così dalla fase dell'accoglienza e della presa in carico vera e propria;
- l'*item* 6 "Come valuta l'aiuto ricevuto dal personale dell'ospedale per la sua igiene personale?" riferito specificamente al personale OSS e quindi anche tematicamente distinto dal personale medico e da quello infermieristico;
- gli *item* 8 e 9b riferiti rispettivamente alla valutazione delle informazioni sul dolore e alla terapia antidolorifica ricevuta;
- gli *item* 12d e 12e (igiene e comodità dei letti) che riguardano aspetti collocati a metà fra gli "ambienti" e i "servizi alberghieri".

Le analisi nei prossimi Paragrafi utilizzeranno, ove appropriato, indicatori sintetici riferiti alle dimensioni individuate e calcolati tramite la media degli *item* componenti. Gli *item* rimossi dalla struttura fattoriale illustrata saranno comunque utilizzati singolarmente quando considerati necessari a una adeguata analisi dei dati raccolti.

3.5.3. Attendibilità (*reliability*)

Nella fase successiva all'individuazione dell'opportuna struttura fattoriale, si deve misurare l'attendibilità di ogni dimensione estrapolata (*reliability*). Questo passaggio garantisce che ciascuna componente individuata non contenga al suo interno altre subcomponenti. Il coefficiente che sintetizza l'attendibilità di un test è l'alpha di Cronbach (*Tabella 15*). Tale coefficiente descrive la coerenza interna (*internal consistency*) di raggruppamenti di *item*; in generale, elevati valori di alpha indicano che i soggetti esaminati esprimono un atteggiamento coerente riguardo agli *item* appartenenti a ciascuna dimensione. La verifica della coerenza interna permette non solo di approfondire lo studio e la definizione della struttura fattoriale, ma anche di conoscere e definire

ulteriormente la validità di costrutto del questionario. In questo senso la letteratura è concorde nell'adottare il valore di $\alpha = .60$ come riferimento di un livello accettabile di coerenza interna e di adeguatezza del test costruito.

Tabella 15. Valori di alpha di Cronbach [r di Pearson] per le dimensioni di qualità del questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale"

dimensione di qualità	n. <i>item</i>	alpha di cronbach [r di pearson]
ACCOGLIENZA/RICOVERO	3	$\alpha = .83$
PERSONALE MEDICO	5	$\alpha = .94$
PERSONALE INFERMIERISTICO	4	$\alpha = .96$
PRIVACY	2	$[r(29233) = .86, p < .001]$
ASPETTI ORGANIZZATIVI	3	$\alpha = .88$
AMBIENTI	6	$\alpha = .93$
SERVIZI ALBERGHIERI	3	$\alpha = .87$
DIMISSIONE	4	$\alpha = .96$

I valori di alpha superiori a .80 possono considerarsi molto buoni, quelli superiori a .90 eccellenti. Per la dimensione "privacy" è stato utilizzato il test di correlazione di Pearson in quanto composta da due *item* e anche in questo caso l'intensità di correlazione è molto buona. Ciò significa che tutte le batterie di *item* sono estremamente omogenee e si può dunque escludere che contengano al loro interno ulteriori subcomponenti non mappate.

In conclusione, il questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" è stato costruito con particolare attenzione alla forma e al numero delle domande che lo compongono e prevedendo varie modalità di somministrazione. Dalle analisi dei dati raccolti emergono una struttura fattoriale altamente consistente e un'eccellente coerenza interna rispetto alla forma teorica secondo cui il questionario è stato costruito.

Si possono ipotizzare miglioramenti legati soprattutto alla modalità di somministrazione che sembra causare la maggior parte dei *missing* e alla possibilità - attraverso ulteriori analisi - di alleggerire il questionario eliminando gli *item* meno significativi nella definizione della qualità percepita dagli utenti.

3.6. Valutazione della qualità dei servizi erogati nelle strutture di degenza

In questo Paragrafo vengono presentati i risultati di qualità percepita nelle strutture di degenza. Nella prima parte vengono confrontate fra di loro le dimensioni di qualità sulla totalità dei dati raccolti evidenziando punti di forza, punti di debolezza e atteggiamento generale degli utenti sulla base di precedenti esperienze di ricovero; nella seconda parte sono approfonditi i singoli aspetti delle dimensioni di qualità che caratterizzano la degenza, con schede dedicate e confronti sulle diverse valutazioni dell'utenza derivate da caratteristiche socio-anagrafiche (es. genere) e dovute al contesto (es. compilazione autonoma o assistita/eteronoma); nella terza parte infine viene presentato un focus sulla tematica del trattamento del dolore.

Per eseguire i suddetti confronti si utilizzano analisi statistiche parametriche, cioè basate su ipotesi riguardanti il valore di un parametro di una o più popolazioni, come ad esempio la media e la varianza. La statistica parametrica si basa sul presupposto di normalità della distribuzione, ossia graficamente associata alla campana di Gauss con valori che si raggruppano per frequenza intorno a una media e diminuiscono di numerosità allontanandosi dalla media stessa.

È stata verificata la normalità degli *item* presenti nel questionario valutando i valori di asimmetria e curtosi²³ con i seguenti risultati:

- in tutti i casi si rileva asimmetria con segno negativo, il che significa che le distribuzioni sono lievemente spostate verso i punteggi più alti della scala di valutazione. Ciononostante tutti i valori di simmetria rimangono al di sotto della soglia critica (valore assoluto di 1) e quindi entro i canoni di normalità usualmente accettati in letteratura;
- per quanto riguarda la curtosi i valori rilevati sono sempre positivi indicando quindi distribuzioni leptocurtiche, ossia "appuntite". Anche in questo caso però le distribuzioni analizzate rientrano nei canoni di normalità per effettuare analisi parametriche in quanto la maggior parte dei valori risulta minore di 1, e solo in alcuni casi tale soglia viene solo lievemente superata.

Tutti gli *item* (e gli indicatori sintetici) presentano una distribuzione con canoni di normalità da considerarsi rispettati e si prestano dunque ad analisi parametriche.

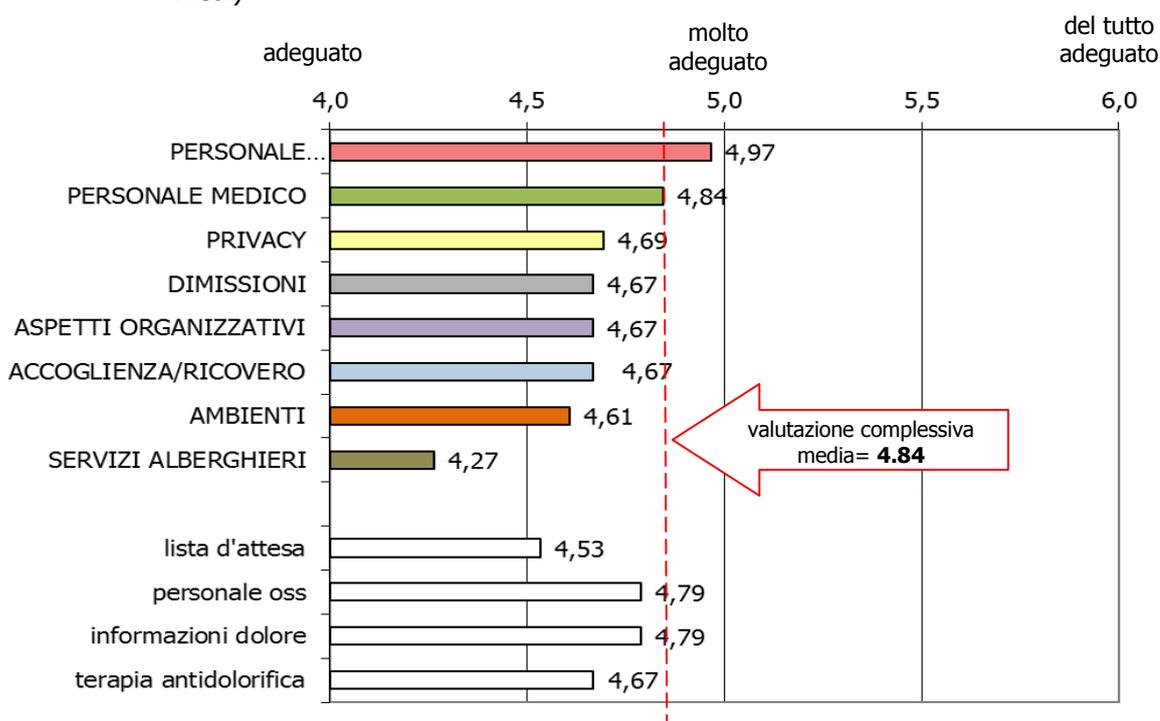
²³ Asimmetria curtosi sono indici di un allontanamento dalla normalità distributiva (Gaussiana), rispetto alla quale si può verificare una mancata specularità della campana (distribuzione asimmetrica), oppure un maggiore appiattimento o allungamento della stessa (curtosi).

3.6.1. Dimensioni di qualità a confronto: focus su punti di forza e punti di debolezza

In Figura 29 sono riportati i valori medi relativi alle dimensioni di qualità percepita da parte del campione nelle strutture di degenza.²⁴

I vari aspetti sono rappresentati nel grafico sia come indicatori di sintesi (nella parte alta del grafico e in maiuscolo) sia come singoli *item* di interesse (nella parte bassa e in minuscolo). Nessuna dimensione di qualità riporta valori medi al di sotto della valutazione di adeguatezza del servizio (punto "4" della scala), quindi sono mostrati soltanto i punti successivi nella relativa asse del grafico.

Figura 29. Valutazione delle dimensioni di qualità delle strutture di degenza (valori medi)



In generale è possibile affermare che il campione intervistato esprime una evidente soddisfazione per tutti gli aspetti della degenza ospedaliera vissuta, con un punteggio di valutazione complessiva ($M = 4.84$) vicino all'area di estrema soddisfazione. Si evidenziano punteggi di gradimento molto elevato per il personale infermieristico, per il personale medico e OSS e per le informazioni legate al trattamento del dolore. I punteggi più bassi si ritrovano nei servizi alberghieri (con una media che passa di poco la soglia della soddisfazione), nel tempo passato fra la prenotazione e il ricovero effettivo (lista d'attesa) e negli ambienti.

²⁴ In Allegato 3 è possibile consultare i confronti effettuati fra le Aziende partecipanti (rese anonime) rispetto alla media del campione per ciascuna dimensione di qualità, *item* di interesse e per la valutazione complessiva.

Un ulteriore approfondimento dei risultati può essere effettuato a livello descrittivo tramite la lettura delle frequenze di risposte ai singoli *item* che compongono le dimensioni di qualità.

Innanzitutto per facilitare l'analisi dei dati è stato adottato un criterio di riduzione dei livelli della scala che passa da 6 a 3 intervalli (*Figura 30*). Nello specifico, i tre punti negativi della scala sono condensati in un'unica area di insoddisfazione per la qualità percepita dell'assistenza; la metà positiva della scala è invece suddivisa in due livelli: il punteggio 4 ("adeguato") corrisponde all'area di soddisfazione (nell'ottica per cui il servizio dovrebbe normalmente essere percepito come adeguato), mentre i punteggi 5 e 6 ("molto" e "del tutto adeguato") ricadono nell'area di estrema soddisfazione, dal momento che indicano una percezione di qualità dell'assistenza superiore alle aspettative dei partecipanti.

Figura 30. Scala di valutazione ricodificata a 3 livelli di soddisfazione

Insoddisfatti			Soddisfatti	Estremamente soddisfatti	
Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
①	②	③	④	⑤	⑥

A questo punto la lettura dei dati permette di evidenziare i principali punti di forza e punti di debolezza riscontrati dagli utenti nella loro esperienza di ricovero attraverso due focus sulle percentuali di utenti che si dichiarano insoddisfatti o - al contrario - estremamente soddisfatti.

In Tabella 16 sono rappresentati in ordine di importanza i primi 10 punti di debolezza per percentuale di insoddisfazione degli utenti. Le aree più interessate sono i servizi alberghieri e gli ambienti. In particolare si evidenziano con percentuali degne di attenzione (almeno un paziente su dieci si dichiara insoddisfatto) due aspetti del vitto - la qualità del cibo (quasi 1 su 5) e la possibilità di scelta del menù - e due aspetti di alloggio - la comodità dei letti e la disponibilità di spazio nelle camere. Al quinto posto si posiziona il tempo passato fra la prenotazione e il ricovero effettivo. Seguono orari dei pasti, tranquillità del reparto, temperatura delle stanze, pulizia dei bagni e il materiale informativo al momento del ricovero.

Tabella 16. Punti di debolezza: i primi 10 *item* a più alta percentuale di insoddisfazione

dimensione di qualità	<i>item</i>	% insoddisfazione
SERVIZI ALBERGHIERI	Dom 12a. Qualità del cibo	17
SERVIZI ALBERGHIERI	Dom 12b. Possibilità di scelta del menù	12
(SERVIZI ALBERGHIERI) ²⁵	Dom 12e. Comodità dei letti	11
AMBIENTI	Dom 11f. Disponibilità di spazio nelle camere	10
(LISTA D'ATTESA)	Dom 1a. Tempo che è trascorso tra la prenotazione e il suo ricovero effettivo	10
SERVIZI ALBERGHIERI	Dom 12c. Orari dei pasti	9
AMBIENTI	Dom 11e. Tranquillità nel reparto	9
AMBIENTI	Dom 11d. Temperatura delle stanze	8
AMBIENTI	Dom 11c. Pulizia dei bagni	8
ACCOGLIENZA/RICOVERO	Dom 2c. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	8

Passando ai primi 10 punti di forza (*Tabella 17*), si nota immediatamente che riguardano sostanzialmente il personale, sia esso medico, infermieristico o socio-sanitario. La gentilezza, la cortesia, la capacità di mettere a proprio agio e la disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti da parte di medici e infermieri sono gli aspetti della degenza che più sono oggetto di apprezzamento da parte degli utenti. Anche la soddisfazione espressa rispetto al tempo di attesa fra l'arrivo in reparto e l'effettiva presa in carico del paziente può considerarsi indice di un buon funzionamento dell'apparato del personale ospedaliero.

²⁵ *Item* escluso dall'indicatore di sintesi della dimensione di qualità in sede di analisi fattoriale.

Tabella 17. Punti di forza: i primi 10 *item* a più alta percentuale di estrema soddisfazione

dimensione di qualità	item	% estrema soddisfazione
PERSONALE INFERMIERISTICO	Dom 5a. Infermieri: gentilezza e cortesia	71
PERSONALE MEDICO	Dom 4a. Medico: gentilezza e cortesia	70
PERSONALE INFERMIERISTICO	Dom 5c. Infermieri: capacità di mettere a proprio agio	70
PERSONALE INFERMIERISTICO	Dom 5b. Infermieri: disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	68
PERSONALE MEDICO	Dom 4b. Medico: disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	66
PERSONALE INFERMIERISTICO	Dom 5d. Infermieri: disponibilità a dare chiarimenti	66
PERSONALE MEDICO	Dom 4c. Medico: informazioni ricevute sulle condizioni di salute	61
PERSONALE MEDICO	Dom 4e. Medico: il tempo che il personale medico le ha dedicato	58
ACCOGLIENZA/RICOVERO	Dom 2a. Tempo di attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui le è stato dato il letto	58
(OSS)	Dom 6. Aiuto ricevuto dal personale dell'ospedale per la sua igiene personale	58

Anche da questa lettura dei dati emergono con chiarezza punti di forza strettamente legati alle risorse umane delle strutture di degenza e alle loro capacità di accoglienza e di presa in carico dei pazienti e punti di debolezza con una lievemente marcata percentuale di insoddisfazione da ricondurre principalmente ad aspetti strutturali e di comfort alberghiero.

In Tabella 18 è presentato infine un confronto incrociato fra due variabili riguardanti l'utenza: la presenza di precedenti esperienze di ricovero e la valutazione del servizio ricevuto rispetto alle aspettative. La significatività del test del chi quadro riportata in calce alla tabella informa che nelle celle risultanti alcuni incroci contengono casi sovra- o sotto-rappresentati. La lettura dei residui standardizzati corretti (RSC in Tabella) superiori al valore assoluto di 2 indica le celle in questione e il segno.

In particolare fra i pazienti mai ricoverati nel reparto per cui hanno compilato il questionario si trova una sovra-rappresentazione di individui che dichiarano che il servizio ricevuto è stato migliore di come se lo aspettavano e per contro una sotto-rappresentazione rispetto ad una valutazione del servizio in linea con le aspettative. Per i pazienti già ricoverati nel reparto da valutare la situazione è speculare.

Tabella 18. Crosstab: ricovero precedente per valutazione del servizio rispetto alle aspettative (valori assoluti, % di riga e residui standardizzati corretti)

		Il servizio che ha ricevuto è stato ...			Totale	
		peggiore di come se lo aspettava	come se lo aspettava	migliore di come se lo aspettava		
Paziente già ricoverato (no/sì)	no	Count	628	↓ 7.669	↑ 10.649	18.946
		%	3,3%	40,5%	56,2%	100,0%
	RSC	0,0	-23,0	22,9		
	sì	Count	295	↑ 4.913	↓ 3.697	8.905
		%	3,3%	55,2%	41,5%	100,0%
	RSC	0,0	23,0	-22,9		
Totale	Count	923	12.582	14.346	27.851	
%	3,3%	45,2%	51,5%	100,0%		

$$\chi^2(2, N = 27.851) = 543.31, p = .001$$

Si può dunque concludere affermando che la valutazione dell'utenza rispetto alle aspettative è influenzata dall'aver già vissuto un ricovero in precedenza. In particolare chi è già stato ricoverato tende più frequentemente a riportare un giudizio in linea con le aspettative, mentre chi non è mai stato ricoverato nel reparto che sta valutando afferma più spesso un superamento delle proprie aspettative rispetto al servizio ricevuto.

3.6.2. Approfondimento sulle singole dimensioni di qualità

Il presente Paragrafo è composto da schede di approfondimento per ogni dimensione della qualità emersa dall'analisi fattoriale:

- accoglienza/ricovero
- personale medico
- personale infermieristico
- privacy
- aspetti organizzativi
- ambienti
- servizi alberghieri
- dimissione

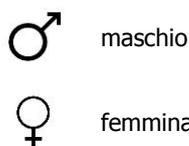
Ogni scheda riporta una breve descrizione dell'area indagata e la valutazione media dell'indicatore di sintesi riferita alla totalità del campione.

Visto che nessuna dimensione di qualità presenta un valore medio al di sotto della soglia della soddisfazione, verrà proposta una lettura di approfondimento focalizzata sugli *item* che compongono la dimensione per evidenziare gli aspetti a più alta percentuale di insoddisfazione. Verrà considerato come soglia fisiologica di insoddisfazione il valore di significatività statistica da letteratura del 5%: i punteggi di insoddisfazione al di sopra di tale valore verranno dunque considerati come degni di nota.

Verranno inoltre presentati sinteticamente e graficamente (vedi *Legenda* seguente) i risultati di una serie di T-Test²⁶ che mettono a confronto le valutazioni degli utenti sulle singole dimensioni di qualità in base a caratteristiche socio-anagrafiche (genere, titolo di studio, nazionalità) e dovute al contesto (modalità di accesso, compilazione autonoma o assistita/eteronoma). Anche in questo caso verranno evidenziati gli elementi critici, ossia le variabili che causano un abbassamento significativo del livello di soddisfazione degli utenti.

Legenda

Genere



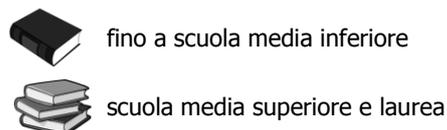
Nazionalità



Accesso



Titolo di studio



Compilazione



²⁶ Le specifiche dei T-Test condotti non sono riportate nel testo per ottimizzare l'impaginazione e facilitare la lettura. Sono disponibili facendone richiesta all'Agenzia sanitaria e sociale regionale all'indirizzo mail gragazzi@regione.emilia-romagna.it

Scheda ACCOGLIENZA/RICOVERO

La dimensione ACCOGLIENZA/RICOVERO riguarda ciò che accade prima della prestazione ed è composta da *item* che rilevano il tempo di attesa per il ricovero dall'arrivo in reparto e le informazioni ricevute.

La media di questo indicatore è di 4.67 (DS = .90), valore che testimonia una buona soddisfazione degli utenti rispetto all'ACCOGLIENZA/RICOVERO.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto	non ho ricevuto informazioni
tempo di attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui le è stato dato il letto	6,8 ⊕	35,3	57,9	-
informazioni ricevute prima di essere ricoverata/o	6,1 ⊕	42,3	47,7	3,9
materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	6,3 ⊕	37,3	38,9	17,5 ⊕

Le percentuali di insoddisfazione risultano lievemente superiori alla soglia del 5% in tutti e tre gli *item* che compongono l'indicatore rivelando spazi di miglioramento. È da evidenziare che il 17,5% del campione dichiara di non avere ricevuto materiale informativo al momento del ricovero.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi più bassi in modo statisticamente significativo rispetto alle seguenti variabili evidenziate in grassetto e riassunte graficamente nel box sottostante:

- modalità di ricovero: **urgenza (M = 4.57)**; lista d'attesa (M = 4.71)
- sesso: maschio (M = 4.68); **femmina (M = 4.66)**
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.62)**; medio-alto (M = 4.76)
- compilazione: autonoma (M = 4.73); **eteronoma/assistita (M = 4.58)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione ACCOGLIENZA/RICOVERO



Scheda PERSONALE MEDICO

La dimensione PERSONALE MEDICO riguarda gli aspetti relazionali e comunicativi che gli utenti valutano rispetto ai professionisti medici.

La media di questo indicatore è di 4.84 (DS = .87), un valore che testimonia la tendenza verso l'estrema soddisfazione degli utenti rispetto al PERSONALE MEDICO.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto	non ho ricevuto informazioni
medico: gentilezza e cortesia	2,8	27,3	69,9	-
medico: disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	4,0	29,9	66,1	-
medico: informazioni ricevute sulle condizioni di salute	5,0 ☹	33,8	61,2	0,1
medico: informazioni ricevute sui rischi legati alle cure	7,2 ☹	36,0	56,4	0,5
medico: tempo che il personale medico le ha dedicato	6,0 ☹	35,9	58,1	-

Le percentuali di insoddisfazione risultano lievemente superiori alla soglia del 5% negli *item* che riguardano il tempo dedicato e le informazioni su condizioni di salute e rischi connessi alle cure, dato in parziale controtendenza all'elevato valore medio dell'indicatore, ma spiegabile per la peculiare delicatezza del rapporto degli utenti con il personale medico. Si rilevano percentuali molto elevate di estrema soddisfazione rispetto alla gentilezza e cortesia del personale medico.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- sesso: maschio (M = 4.87); **femmina (M = 4.83)**
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.82)**; medio-alto (M = 4.89)
- compilazione: autonoma (M = 4.89); **eteronoma/assistita (M = 4.78)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione PERSONALE MEDICO



Scheda PERSONALE INFERMIERISTICO

La dimensione PERSONALE INFERMIERISTICO riguarda la valutazione degli utenti relativamente agli aspetti relazionali, comunicativi e di accoglienza riferiti agli operatori infermieri.

La media di questo indicatore è di 4.97 (DS = .89), un valore che testimonia la tendenza verso l'estrema soddisfazione degli utenti rispetto al PERSONALE INFERMIERISTICO.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto
infermieri: gentilezza e cortesia	2,8	26,1	71,0
infermieri: disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti	3,5	28,2	68,3
infermieri: capacità di mettere a proprio agio	3,5	27,0	69,5
infermieri: disponibilità a dare chiarimenti	4,3	29,9	65,8

Nessun *item* riporta percentuali di insoddisfazione superiori alla soglia del 5%; si rilevano invece percentuali molto elevate di estrema soddisfazione, ribadendo anche a questo livello di lettura l'eccellenza percepita dall'utenza rispetto al personale infermieristico.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- sesso: maschio (M = 5.00); **femmina (M = 4.96)**
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.92)**; medio-alto (M = 5.05)
- compilazione: autonoma (M = 5.04); **eteronoma/assistita (M = 4.89)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione PERSONALE INFERMIERISTICO



Scheda **PRIVACY**

La dimensione **PRIVACY** riguarda il grado di riservatezza garantita agli utenti nello scambio di informazioni e nello svolgimento di particolari operazioni in stanza.

La media di questo indicatore è di 4.69 (DS = .91), un valore che testimonia una buona soddisfazione degli utenti rispetto alla **PRIVACY**.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto
rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate	4,1	44,7	51,2
rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza	5,5 ☹️	42,2	52,3

L'*item* riguardante lo svolgimento di operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza riporta una percentuale di insoddisfazione lievemente superiore alla soglia del 5%, mostrando spazi di miglioramento.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- nazionalità: **italiana (M = 4.69)**; non italiana (M = 4.77)
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.68)**; medio-alto (M=4.73)
- compilazione: autonoma (M = 4.73); **eteronoma/assistita (M = 4.65)**

*Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione **PRIVACY***





Scheda ASPETTI ORGANIZZATIVI

La dimensione ASPETTI ORGANIZZATIVI riguarda la valutazione dei pazienti relativamente alla percezione di buon funzionamento della struttura in termini di collaborazione intra-reparto, comunicazione inter-reparti e disponibilità di ricezione di visite.

La media di questo indicatore è di 4.67 (DS = .85), un valore che testimonia una buona soddisfazione degli utenti rispetto agli ASPETTI ORGANIZZATIVI.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto
collaborazione tra il personale del reparto	3,8	44,9	51,3
comunicazione tra il reparto e gli altri servizi o reparti dell'ospedale	5,5 ☹	46,1	48,4
orari di visita (familiari, conoscenti)	5,9 ☹	40,8	53,3

Le percentuali di insoddisfazione risultano lievemente superiori alla soglia del 5% per quanto riguarda la collaborazione fra i diversi reparti ospedalieri e gli orari di visita previsti per familiari e conoscenti, rivelando spazi di miglioramento.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- sesso: maschio (M = 4.70); **femmina (M = 4.64)**
- nazionalità: **italiana (M = 4.67)**; non italiana (M = 4.74)
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.66)**; medio-alto (M = 4.69)
- compilazione: autonoma (M = 4.71); **eteronoma/assistita (M = 4.62)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione ASPETTI ORGANIZZATIVI



Scheda AMBIENTI

La dimensione AMBIENTI riguarda le condizioni strutturali e di manutenzione dei reparti di degenza in termini di pulizia, riscaldamento, tranquillità, spaziosità.

La media di questo indicatore è di 4.61 (DS = .85), un valore che testimonia una buona soddisfazione degli utenti rispetto agli AMBIENTI.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto
manutenzione delle strutture e dei locali del reparto	6,5 ☹	46,2	47,3
pulizia delle stanze e dei corridoi	4,8	39,6	55,6
pulizia dei bagni	7,7 ☹	39,4	52,9
temperatura delle stanze	8,2 ☹	46,0	45,8
tranquillità nel reparto	8,6 ☹	42,0	49,4
disponibilità di spazio nelle camere	10,1 ☹	40,5	49,4

A parte la pulizia delle stanze e dei corridoi, tutti gli *item* riportano percentuali elevate di insoddisfazione, superiori alla soglia del 5%. In particolare, un utente su 10 si dichiara insoddisfatto relativamente alla disponibilità di spazio nelle camere. Pulizia dei bagni, temperatura delle stanze e tranquillità del reparto si evidenziano altresì come aspetti passibili di miglioramento.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- sesso: maschio (M = 4.66); **femmina (M = 4.57)**
- nazionalità: **italiana (M = 4.60)**; non italiana (M = 4.73)
- compilazione: autonoma (M = 4.64); **eteronoma/assistita (M = 4.57)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione AMBIENTI



Scheda **SERVIZI ALBERGHIERI**

La dimensione **SERVIZI ALBERGHIERI** riguarda i vari aspetti del vitto ospedaliero (qualità, possibilità di scelta, orari).

La media di questo indicatore è di 4.27 (DS = .89), un valore che testimonia una discreta soddisfazione degli utenti rispetto ai **SERVIZI ALBERGHIERI**.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli *item* che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto
qualità del cibo	17,0 ☹	54,2	28,8
possibilità di scelta del menù	12,4 ☹	51,3	36,3
orari dei pasti	9,0 ☹	56,8	34,2

Le percentuali di insoddisfazione risultano decisamente superiori alla soglia del 5% in tutti e tre gli *item* componenti l'indicatore. Un utente su 10 si dichiara insoddisfatto degli orari dei pasti e della possibilità di scelta. Quasi un utente su 5 è insoddisfatto della qualità del cibo.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- sesso: maschio (M = 4.30); **femmina (M = 4.23)**
- nazionalità: **italiana (M = 4.25)**; non italiana (M = 4.49)
- titolo di studio: medio-basso (M = 4.30); **medio-alto (M = 4.21)**
- compilazione: **autonoma (M = 4.25)**; eteronoma/assistita (M = 4.27)

*Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione **SERVIZI ALBERGHIERI***



Scheda DIMISSIONE

La dimensione DIMISSIONE riguarda le varie tipologie di informazioni date all'utente al momento in cui lascia il reparto (cure da eseguire, controlli successivi, sintomi da controllare, personale a cui rivolgersi).

La media di questo indicatore è di 4.67 (DS=.87), un valore che testimonia una buona soddisfazione degli utenti rispetto alle DIMISSIONE.

Nella tabella seguente è offerta una lettura più approfondita degli item che compongono la dimensione.

	insoddisfatto	soddisfatto	estremamente soddisfatto
informazioni ricevute sulle cure da eseguire	2,9	46,7	50,4
informazioni sui controlli successivi da effettuare	2,9	45,9	51,2
informazioni sui sintomi da tenere sotto controllo	4,8	45,8	49,4
informazioni sul personale a cui rivolgersi (medico di base, specialista e altri servizi)	4,5	45,9	49,6

Nessun *item* riporta percentuali di insoddisfazione superiori alla soglia del 5% mostrando una buona attenzione delle strutture al momento della dimissione degli utenti.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione della dimensione, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- sesso: maschio (M = 4.70); **femmina (M = 4.64)**
- nazionalità: **italiana (M = 4.66)**; non italiana (M = 4.77)
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.64)**; medio-alto (M = 4.72)
- compilazione: autonoma (M = 4.72); **eteronoma/assistita (M = 4.59)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla dimensione DIMISSIONI



3.6.3. Il trattamento del dolore

Il questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" contiene 4 *item* relativi al trattamento del dolore. Dall'analisi di questi *item* è possibile fornire una valutazione sia di efficacia sia di efficienza percepite delle procedure e dei protocolli per il trattamento del dolore nelle strutture di degenza.

In coerenza con le schede presentate nel Paragrafo precedente, anche in questo caso vengono considerate eventuali differenze dovute a variabili legate all'utenza.

A livello di valutazione di efficienza delle terapie antidolorifiche, è possibile incrociare le risposte alla domanda "Durante il ricovero ha sentito dolore?" con le risposte alla domanda "Se ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?" (Tabella 19).

Tabella 19. Crosstab: sensazione dolore per terapia ricevuta (valori assoluti e % totale)

		Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?		Totale
		sì	no	
Durante il ricovero, ha sentito dolore?	sì	12.480 (83,5%)	657 (4,4%)	13.137 (87,9%)
	no	1.094 (7,3%)	719 (4,8%)	1.813 (12,1%)
<i>Totale</i>		<i>13.574 (90,8%)</i>	<i>1.376 (9,2%)</i>	<i>14.950 (100,0%)</i>

Gli incroci sì-sì e no-no sono ovviamente coerenti al loro interno: il paziente ha sentito dolore e ha ricevuto la terapia (83,5% dei casi); il paziente non ha sentito dolore e non ha ricevuto la terapia (4,8% dei casi).

La cella evidenziata in giallo mostra la percentuale di soggetti che dichiarano di non avere sentito dolore e di avere ricevuto la terapia (7,3%). È possibile spiegare questa incongruenza come un errore di compilazione, ossia il paziente ha ricevuto la terapia e proprio per questo non ha sentito dolore. Questi soggetti possono dunque a buon senso essere ricondotti a un'appropriata somministrazione della terapia aumentando tale percentuale al 90,8%.

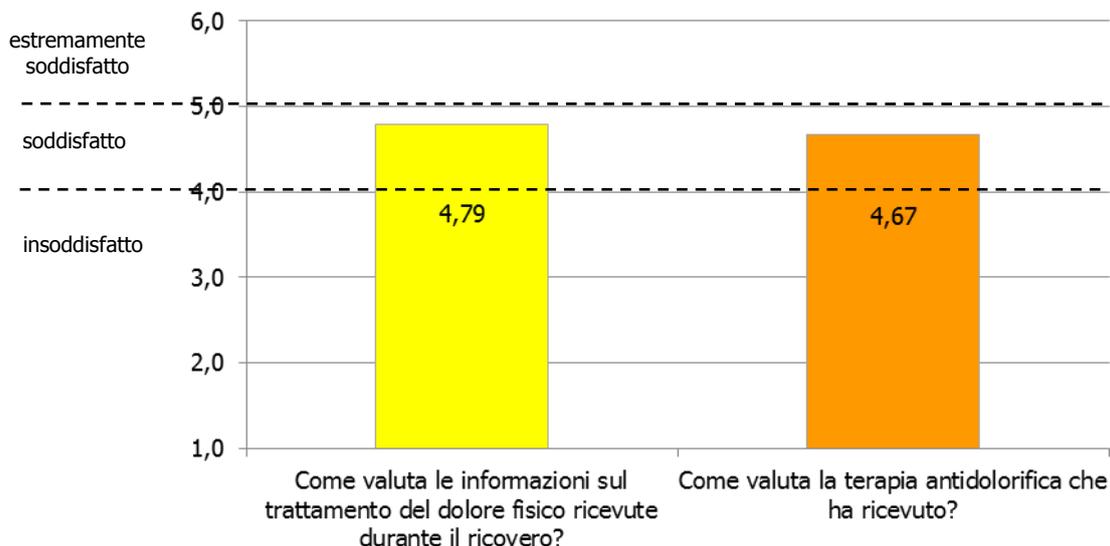
La cella evidenziata in rosso mostra invece la percentuale di soggetti che dichiarano di avere sentito dolore ma di non avere ricevuto una terapia (4,4%). Questa piccola percentuale può teoricamente contenere sia casi di inappropriata, sia utenti "particolarmente sensibili" al dolore, ma può anche essere spiegata da errori di compilazione dovuti alla particolare condizione del rispondente.

Per quanto riguarda la percezione dell'utenza si riscontra una generale appropriatezza della somministrazione della terapia antidolorifica.

I casi in cui l'utenza dichiara di avere provato dolore e di non avere ricevuto la terapia sono da rimandare ad eventuali approfondimenti a livello di Unità operativa, al netto di possibili errori di compilazione.

Dal punto di vista dell'efficacia, il questionario contiene due *item* che richiedono agli utenti di valutare le informazioni sul trattamento del dolore e l'efficacia della terapia ricevuta. I punteggi ottenuti da tali *item* sono rappresentati in Figura 31.

Figura 31. Valutazione delle informazioni sul trattamento del dolore e della terapia antidolorifica (valori medi)



La valutazione delle informazioni sul trattamento del dolore fisico e la valutazione della terapia antidolorifica eventualmente ricevuta esprimono valori medi che indicano una buona soddisfazione degli utenti rispetto a queste dimensioni di qualità.

Per quanto riguarda l'utenza, si registrano differenze statisticamente significative nella valutazione delle informazioni sul trattamento del dolore fisico, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

- modalità di ricovero: **urgenza (M = 4.72)**; lista d'attesa (M = 4.82)
- sesso: maschio (M = 4.81); **femmina (M = 4.77)**
- nazionalità: **italiana (M = 4.79)**; non italiana (M = 4.85)
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.76)**; medio-alto (M = 4.84)
- compilazione: autonoma (M = 4.85); **eteronoma/assistita (M = 4.69)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alle INFORMAZIONI SUL DOLORE

Si registrano inoltre differenze statisticamente significative nella valutazione della terapia antidolorifica ricevuta, in particolare con valori medi significativamente più bassi rispetto alle seguenti variabili:

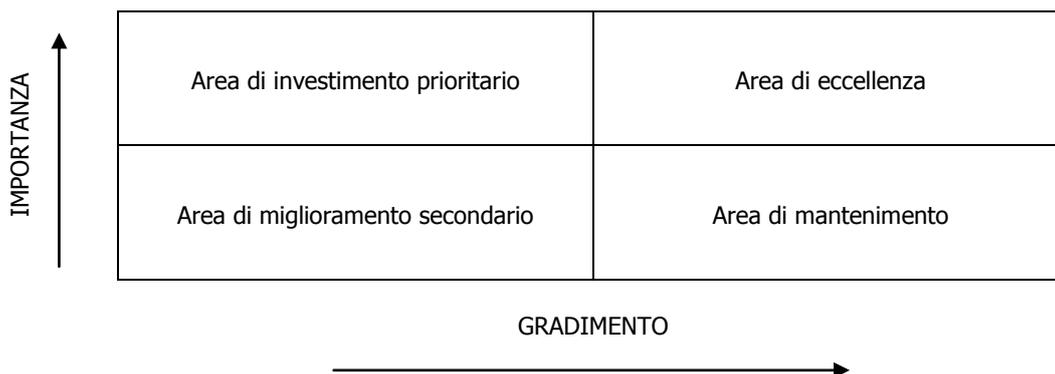
- modalità di ricovero: **urgenza (M = 4.61)**; lista d’attesa (M = 4.69)
- sesso: maschio (M = 4.69); **femmina (M = 4.66)**
- nazionalità: **italiana (M = 4.66)**; non italiana (M = 4.76)
- titolo di studio: **medio-basso (M = 4.64)**; medio-alto (M = 4.71)
- compilazione: autonoma (M = 4.73); **eteronoma/assistita (M = 4.57)**

Variabili che abbassano la valutazione rispetto alla TERAPIA ANTIDOLORIFICA

3.7. Mappa delle priorità

Lo studio delle mappe di priorità rappresenta un utile strumento per tracciare uno scenario d’azione. Le griglie di posizionamento contribuiscono a visualizzare in modo chiaro le valutazioni sulle dimensioni di qualità che caratterizzano le strutture di degenza; infatti, i vari elementi che compongono il servizio vengono collocati in aree strategiche in funzione del contributo alla qualità complessiva e del livello di gradimento che l’utente esprime.

Per definire le griglie di posizionamento si devono innanzitutto costruire indicatori per i due assi di riferimento: l’asse verticale rappresenta il contributo alla qualità complessiva, l’asse orizzontale rappresenta invece l’indice di gradimento sui vari aspetti (*schema seguente*).



È poi necessario calcolare il *cutpoint* per il livello di gradimento; questo passaggio può essere effettuato con l’analisi delle medie. Per definire la dimensione del gradimento, è stata utilizzata la lettura semplificata della scala di valutazione precedentemente proposta in questo report (scala a 3 livelli, vedi *Figura 30*). Arrotondando all’unità i valori medi per ciascuna dimensione di qualità, si ottengono i risultati presentati in Tabella 20, la cui

lettura consente di suddividere gli aspetti della degenza fra punteggi che ricadono nella soddisfazione (punto 4 della scala) e punteggi che ricadono nell'estrema soddisfazione (punti 5 e 6).

Tabella 20. Valutazione delle dimensioni della qualità (valori medi)

Dimensione di qualità	Media (arrotondata a 2 decimali)	Media (arrotondata all'unità)
Personale infermieristico	4,97	5
Personale medico	4,84	5
<i>Privacy</i>	4,69	5
Dimissione	4,67	5
Aspetti organizzativi	4,67	5
Accoglienza/ricovero	4,67	5
Ambienti	4,61	5
Servizi alberghieri	4,27	4

In secondo luogo, la misurazione del livello di importanza attribuito ai diversi aspetti indagati si basa sull'ipotesi che quanto più gli *item* valutati "pesano" sulla valutazione complessiva della qualità percepita, tanto più possono essere considerati importanti. In altri termini, si tratta di applicare un modello di regressione lineare inserendo gli indicatori di sintesi delle singole dimensioni di qualità come variabili indipendenti e la valutazione complessiva della qualità percepita come variabile dipendente. In questo caso è stato utilizzato un modello di regressione *stepwise*.

Utilizzando tale tecnica, i predittori sono inseriti uno alla volta nel modello di regressione, partendo con un predittore, selezionandone un secondo e così via. La selezione si basa sul contributo di ciascun predittore alla spiegazione della variabilità della variabile dipendente, ossia alla valutazione complessiva. Un predittore viene incluso nel modello se, in una fase del processo di selezione, esso dà il contributo più significativo alla spiegazione della variabilità della variabile dipendente, ma può essere rimosso nelle fasi successive se la sua capacità esplicativa viene surrogata da altri predittori.

Nel caso in esame nessun predittore è stato escluso e l'elaborazione dei dati restituisce i risultati presentati in Tabella 21.

Tabella 21. Modello di regressione *stepwise*
 VD: gradimento complessivo; VI: dimensioni della qualità

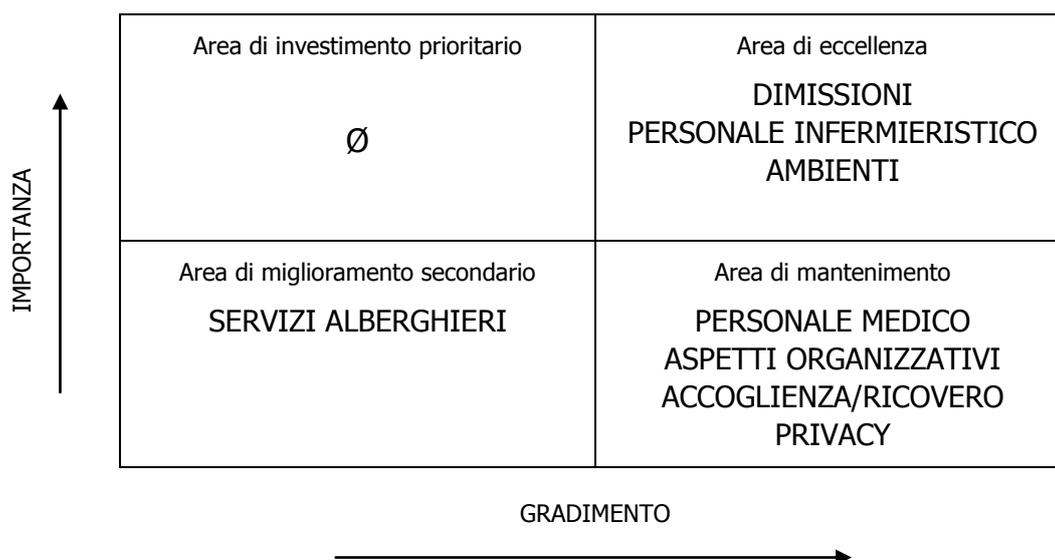
Dimensione di qualità inserita nel modello	R quadro	Significatività
Dimissione	.472	.000
Personale infermieristico	.564	.000
Ambienti	.600	.000
Personale medico	.612	.000
Aspetti organizzativi	.620	.000
Servizi alberghieri	.626	.000
Accoglienza/ricovero	.627	.000
Privacy	.627	.007

$$R^2 = .60, F(3, 20369) = 10194.14, p < .001$$

Come criterio per stabilire la soglia tra area prioritaria e area secondaria è stato utilizzato il valore di R quadro, che indica la percentuale varianza spiegata dal modello. Si è stabilito di fermarsi al terzo step del modello che comprende l’inserimento delle seguenti dimensioni di qualità: DIMISSIONE, PERSONALE INFERMIERISTICO e AMBIENTI (evidenziate in verde). I modelli successivi infatti, pur essendo significativi, non comportano variazioni sostanziali della varianza spiegata dal modello.

A questo punto è possibile inserire nella mappa delle priorità le dimensioni della qualità calibrate per gradimento e importanza espressi dall’utente (*Tabella 22*).

Tabella 22. Mappa delle priorità sulle dimensioni di qualità nelle strutture di degenza



Dalla lettura della mappa delle priorità risulta che nessuna dimensione di qualità si posiziona nell'area di investimento prioritario; solo i SERVIZI ALBERGHIERI sono connotati da necessità di miglioramento, ma la loro minore importanza rispetto alla soddisfazione complessiva non li identifica come una priorità. PERSONALE MEDICO, ASPETTI ORGANIZZATIVI, ACCOGLIENZA/RICOVERO e PRIVACY sono aspetti da mantenere, mentre DIMISSIONI, PERSONALE INFERMIERISTICO e AMBIENTI si evidenziano come aspetti della degenza di grande importanza e con alto gradimento da parte degli utenti (aree di eccellenza).

4. Conclusioni

4.1. Principali tendenze emerse dall'analisi dei dati

I dati emersi dall'analisi condotta sui due sistemi regionali di ascolto (sistema segnalazioni e sistema qualità percepita nei servizi di degenza) dipingono un quadro molto positivo dell'atteggiamento degli utenti rispetto ai servizi offerti.

Rispetto alla qualità percepita, si evidenzia che chi usufruisce per la prima volta di un servizio di ricovero vede le sue aspettative molto spesso superate dalla soddisfazione rispetto all'esperienza di ospedalizzazione. Oltre a un apprezzamento generale, gli utenti esprimono anche un'evidente soddisfazione per tutti gli aspetti della degenza ospedaliera, in particolare per il personale infermieristico e OSS, per il personale medico e per le informazioni legate al trattamento del dolore. I punteggi più bassi - ma comunque nel *range* della soddisfazione - si ritrovano nei servizi alberghieri, nel tempo passato fra la prenotazione e il ricovero effettivo (lista d'attesa) e negli ambienti.

Tali tendenze sono di fatto confermate dall'analisi delle segnalazioni, che nel 2013 registrano una consistente inversione di tendenza fra elogi (in aumento) e reclami (in calo). Gli aspetti ai quali il cittadino attribuisce più importanza sono quelli tecnici-professionali e relazionali, rispetto ai quali si registra nel 2013 un numero di elogi triplo rispetto ai reclami.

Anche l'analisi delle segnalazioni rispetto alla funzione ospedaliera conferma i dati di qualità percepita nelle degenze, evidenziando un aumento degli elogi (in particolare nelle Aziende USL) e una concomitante diminuzione dei reclami (in particolare nelle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie).

Si può quindi riassumere che i punti di forza dei servizi erogati sono strettamente legati alle risorse umane delle strutture e alle loro capacità di accoglienza e di presa in carico dei pazienti. I cittadini mostrano una chiara sensibilità e attribuiscono un riconoscimento positivo per aspetti della prestazione che richiamano non solo elementi di efficacia e adeguatezza della stessa, ma anche di attenzione e supporto ai loro bisogni da parte degli operatori.

4.2. Proposte metodologiche

Il questionario "La qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale" si dimostra, grazie alla verifica psicometrica effettuata, come uno strumento molto solido ma ancora passibile di miglioramento. Inoltre la rilevazione triennale ha fatto emergere difficoltà di compilazione da parte della fascia di utenza più anziana. Sarebbe quindi opportuno alleggerire il carico di domande eliminando gli *item* che meno contribuiscono alla definizione della qualità percepita dagli utenti e semplificare il fraseggio utilizzato nella formulazione degli *item*.

Fermi restando gli ottimi risultati documentati in questo report, due considerazioni metodologiche suggeriscono la necessità di perfezionare, oltre allo strumento, anche il protocollo di somministrazione. Dalle caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti all'indagine è emerso che due delle categorie più critiche nei confronti dei servizi - soggetti di sesso femminile e grandi anziani - sono sottorappresentate rispetto alla popolazione di riferimento dei dimessi. In secondo luogo la modalità di somministrazione prevalente - ossia l'autosomministrazione con riconsegna in ospedale prima della dimissione - può indurre due potenziali criticità:

- un aumento della frequenza di non risposte alle domande sulla fase della dimissione, poiché il soggetto che compila non ha ancora terminato di usufruire del servizio;
- un effetto di desiderabilità sociale, in quanto il soggetto che compila si trova a giudicare chi ancora si sta prendendo cura di lui, in una condizione che può indurre una certa soggezione portandolo ad essere meno critico di quanto sarebbe in differenti condizioni (es. somministrazione con invio postale a domicilio e riconsegna postale oppure intervista telefonica).

Rispetto alla modifica dello strumento di rilevazione sono attualmente in corso sia la revisione degli *item* che compongono il questionario, sia l'integrazione con altri *item* appartenenti al paradigma della *responsiveness* dell'Organizzazione mondiale della sanità, per garantire una comparabilità di livello internazionale ai dati raccolti nella realtà ospedaliera regionale.

Rispetto al protocollo metodologico è in corso l'elaborazione di nuove procedure che consentano una prossima rilevazione con campionamento probabilistico allargata a tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna attraverso interviste telefoniche (metodo CATI).

4.3. Prospettive future

Per il triennio 2014-2016 sono già previste nuove sfide, che possono essere esemplificate in due macro-obiettivi.

- Promuovere azioni di coerenza-coordinamento della *mission* e degli obiettivi regionali rispetto all'ascolto del cittadino

Il documento "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino. Linee guida" rappresenta lo strumento più rilevante per questo obiettivo. Si prevede l'implementazione delle linee guida all'interno delle Aziende sanitarie, promuovendo e valutando la connessione fra i contenuti e il loro utilizzo strategico/organizzativo. Si richiama altresì l'opportunità di utilizzare un Programma per l'ascolto anche a livello regionale, per dare coerenza e continuità fra la *mission* regionale e quelle aziendali.

- Rendere sistematica la rilevazione dell'ascolto dei cittadini in ambiti ad alto impatto di cambiamenti organizzativi programmati (ad esempio i servizi di degenza e ambulatoriali)

Terminato il primo triennio di rilevazione (2010-2012) nel quale sono state poste solide basi metodologiche per una rilevazione sistematica dell'ascolto all'interno dei Servizi di degenza delle Aziende sanitarie, è necessario definire modalità nuove e più sostenibili tenendo conto di due livelli: uno aziendale e uno regionale.

- Il livello aziendale comprende necessità che vanno dall'adempimento previsto nell'accreditamento alla necessità di monitoraggio per procedere con azioni di miglioramento e/o valutazione.

Per poter soddisfare tali necessità le azioni messe in campo dal Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, delle comunità e dei professionisti possono costituire la base necessaria.

- Il livello regionale ha la necessità di avere un monitoraggio sull'atteggiamento dei cittadini/utenti in relazione ai servizi, oltre ad individuare degli indicatori di sintesi che consentano confronti fra servizi a livello nazionale (ad esempio tramite il sistema nazionale di valutazione della qualità o il Sistema "Bersaglio") e internazionale (ad esempio tramite i modelli di valutazione promossi dall'OMS).

Per poter soddisfare tali necessità occorre fare delle scelte. Il settore di assistenza che permette di rendere a regime il monitoraggio della rilevazione è quello della degenza, ma tale monitoraggio potrebbe comprendere anche i Servizi ambulatoriali, in modo da coprire un altro consistente ambito di erogazione di prestazioni.

Allegati

Allegato 1.

Classificazione CCRQ - URP RER²⁷

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Aspetti strutturali	1 0	Aspetti strutturali - Altro	Aspetti strutturali - Altro
	1 1	Accesso alle strutture: parcheggi, barriere architettoniche, trasporti pubblici, segnali stradali, panchine, ecc.	Accessibilità esterna
	1 2	Utilizzo delle strutture interne: scale, percorsi, ascensori, barriere architettoniche, servizi igienici per portatori di handicap, pavimenti e illuminazione	Accessibilità interna
	1 3	Misure per la sicurezza del cittadino relative a: impianti elettrici, pavimenti, corrimano, ecc. Riservatezza delle informazioni cliniche negli ambulatori	Sicurezza e adeguatezza degli spazi all'utilizzo
	1 4	Strumenti diagnostici e terapeutici Infortuni avvenuti nell'utilizzo delle apparecchiature	Attrezzature e strumentazione sanitaria

(continua)

²⁷ Classificazione messa a punto dal Comitato consultivo regionale per la qualità dalla parte del cittadino, in collaborazione con i responsabili aziendali degli Uffici relazioni con il pubblico nel 2001.

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Informazione	2 0	Informazione - Altro	Informazione - Altro
	2 1	Opuscoli, manifesti e materiali informativi: presenza, utilità, piacevolezza, comprensibilità / assenza, errata collocazione, carenza, incomprensibilità	Adeguatezza del materiale di informazione
	2 2	Indicazioni, segnaletica posta all'esterno e all'interno delle strutture per indicare i percorsi ai servizi e ai reparti: presenza, chiarezza / assenza, errata collocazione, non chiarezza	Adeguatezza della segnaletica esterna e interna
	2 3	Informazioni per l'accesso ai servizi fornite dagli operatori nei punti informativi, portinerie, guardiole dei reparti, URP e servizi vari, risposte telefoniche: mancate, errate, insufficienti / corrette, comprensibili	Correttezza e chiarezza delle informazioni fornite per l'accesso ai servizi/prestazioni
	2 4	Informazioni sugli aspetti organizzativi relativi alla conduzione del proprio percorso di cura	Informazioni agli utenti e ai familiari, percorso di cura, disponibilità a incontrarli
	2 5	Riconoscibilità degli operatori / mancata esposizione del tesserino aziendale	Riconoscibilità degli operatori
	2 6	Trasparenza delle liste di attesa, del percorso di accesso a prestazioni, metodo con cui vengono informati i cittadini	Adeguatezza delle modalità di informazione

(continua)

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi	3 0	Aspetti organizzativi e burocratici / amministrativi - Altro	Aspetti organizzativi e burocratici / amministrativi - Altro
	3 1	Ottenimento della prestazione o di un accesso ai servizi sanitari (facilità / difficoltà; complessità burocratica / semplicità)	Percorsi di accesso e di cura (trasparenza, complessità e burocrazia)
	3 2	Organizzazione / disorganizzazione interna e presenza / assenza di operatori Preavviso alla cancellazione di visite o esami prenotati	Funzionalità organizzativa
	3 3	Segnalazioni per l'assenza di servizi e prestazioni	Disponibilità di servizi/ prestazioni
	3 4	Raccordo tra servizi (carente / efficiente), dimissioni protette non concordate con i familiari e/o senza l'adeguata prescrizione per gli ausili necessari	Raccordo tra Unità operative e tra Aziende e servizi esterni

(continua)

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Aspetti tecnici professionali	4 0	Aspetti tecnici professionali - Altro	Aspetti tecnici professionali - Altro
	4 1	Segnalazioni che si riferiscono alle prestazioni tecnico-professionali (medico di guardia, MMG, specialista, pediatra, ...) in riferimento a diagnosi, trattamento e pratiche invasive	Opportunità/adequatezza della prestazione
	4 2	Segnalazioni che riguardano aspetti deontologici (medico, infermiere, altri professionisti) in merito alle modalità di erogazione delle prestazioni: aderenza a normativa, rispetto della <i>privacy</i> , documentazione clinica	Correttezza, precisione, accuratezza nell'erogazione delle prestazioni
	4 3	Segnalazioni che riguardano le modalità di erogazione complessiva dell'assistenza da parte del personale medico e non medico (in regime di ricovero, durante visite specialistiche) in riferimento alla efficacia, empatia, adeguatezza della stessa	Attenzione ai bisogni di assistenza e supporto alla persona da parte del personale
	4 4	Rapporto di <i>partnership</i> col paziente in merito a consenso informato, preferenze e scelte di trattamento, comunicazione dei rischi	Informazione agli utenti sui percorsi di cura

(continua)

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Umanizzazione e aspetti relazionali	5 0	Umanizzazione e aspetti relazionali - Altro	Umanizzazione e aspetti relazionali - Altro
	5 1	Rapporto interpersonale tra utente e operatore, diretto o indiretto, anche telefonico: scorrettezza, scortesia / accuratezza, gentilezza	Cortesìa e gentilezza
	5 2	Segnalazioni che mettono in evidenza uno stato di malessere dovuto a cattivi rapporti fra gli operatori con conseguenze sul servizio e nei rapporti con utenti e familiari	Conflittualità interpersonale
	5 3	Rispetto delle caratteristiche individuali, sociali, culturali, religiose e delle dignità personale. Rispetto della morte e della dignità dei familiari	Rispetto della dignità della persona
	5 4	Riservatezza in merito a notizie riservate e alla <i>privacy</i> individuale (visite mediche di fronte a personale non professionalmente coinvolto, servizi igienici senza chiusura, ecc.): rispetto / violazione	Rispetto della riservatezza
	5 5	Comportamenti offensivi e violenti sia fisici che psicologici da parte di operatori: atteggiamenti, volume della voce, ecc. / comportamenti empatici e accoglienti	Maltrattamenti

(continua)

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Aspetti alberghieri e comfort	6 0	Aspetti alberghieri e comfort - Altro	Aspetti alberghieri e comfort - Altro
	6 1	Segnalazioni sull'ampiezza ed estetica degli ambienti in merito alla vivibilità: letti per stanza, vivibilità (ampiezza, estetica), servizi igienici, stanze per colloqui, sale d'attesa, ausili per il rispetto della <i>privacy</i> (paratie mobili), ecc.	Caratteristiche strutturali
	6 2	Qualità, quantità, orari di distribuzione, temperatura e possibilità di personalizzare i pasti; norme igieniche: presenza / assenza	Vitto
	6 3	Rumori, illuminazione, temperature ambienti, umidità, correnti d'aria Funzionalità del sistema di chiamata Presenza di fumo nei luoghi vietati	Condizioni ambientali
	6 4	Servizi accessori quali pulizia, accuratezza, polvere, sporcizia, materiali di scarto abbandonati, servizi igienici non idonei	Pulizia e igiene
	6 5	Punto vendita per riviste e giornali, telefoni pubblici, servizio ristoro o macchine erogatrici di acqua e bibite	Servizi accessori

(continua)

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Tempi	7 0	Tempi - Altro	Tempi - Altro
	7 1	Orari di apertura dei servizi, orari di visita nei reparti di degenza e degli ambulatori	Orari di apertura dei servizi
	7 2	Tempi per le prenotazioni di prestazioni o esami presso CUP o farmacie	Coda per la prenotazione
	7 3	Tempi di attesa fra la prenotazione e la fruizione della prestazione	Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione
	7 4	Tempi per effettuare il pagamento di <i>ticket</i> o donazioni	Coda per il pagamento
	7 5	Tempi d'attesa per ottenere la prestazione (Pronto soccorso, studi di MMG, studi di pediatri, ambulatori aziendali e ricoveri)	Coda per la prestazione
	7 6	Tempi di attesa per ottenere cartella clinica, certificati, sedie a rotelle, ausili sanitari, ecc.	Tempi di attesa per ricevere documentazioni, presidi, ausili
Aspetti economici	7 7	Tempi elevati di attesa o mancata risposta ai reclami	Tempi di attesa per la ricezione della risposta alle segnalazioni
	8 0	Aspetti economici - Altro	Aspetti economici - Altro
	8 1	Segnalazioni di <i>ticket</i> su prestazioni sanitarie assegnate da CUP, Pronto soccorso, farmacie: es. errata attribuzione	Contestazioni al <i>ticket</i> delle prestazioni sanitarie
	8 2	Rimborsi, pagamenti (es. <i>ticket</i> non appropriati, eccessivi, rimborsi per prestazioni non eseguite, ecc.)	Richiesta di rimborsi
	8 3	Risarcimenti in seguito a danni o infortuni subiti in relazione a prestazioni sanitarie	Richiesta di risarcimenti collegati al contenzioso
8 4	Risarcimenti per prestazioni sanitarie non ottenute nel rispetto dei tempi stabiliti nella Carta dei servizi e dei diritti dei cittadini	<i>Bonus malus</i>	

(continua)

DESCRIZIONE MACROCATEGORIA	CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA	DESCRIZIONE BREVE CATEGORIA
Adeguamento alla normativa	9 0	Adeguamento alla normativa - Altro	Adeguamento alla normativa - Altro
	9 1	<i>Ticket</i>	<i>Ticket</i>
	9 2	LEA	LEA
	9 3	Farmaci	
Altro	10 0	Altro (Apprezzamento generico)	Altro

Allegato 2.

Glossario (Sistema segnalazioni)

Azienda sanitaria pubblica

Azienda sanitaria pubblica (Azienda USL e ospedaliera, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico). Soggetto giuridico, pubblico o privato, che offre attività o prestazioni sanitarie.

Chiusura (gestione delle segnalazioni)

È il momento in cui si realizza lo scioglimento del contratto stipulato/impegno assunto dall'URP con il cittadino; si realizza attraverso la trasmissione allo stesso della comunicazione di chiusura. Normalmente la chiusura avviene attraverso una comunicazione aziendale (verbale o scritta), che chiude la sequenza comunicativa attivata dal cittadino al momento del contatto per la presentazione della segnalazione.

Configurazione organizzativa o organigramma

Architettura organizzativa adottata nella struttura organizzativa (DPR 14/1/1997) descritta per livelli di responsabilità.

Contatto

Evento relazionale con l'Ufficio relazioni con il pubblico o altre interfacce organizzative che genera un'informazione, utile per l'utente o l'organizzazione sanitaria, e una sequenza comunicativa.

Delega (riferito a reclamo)

Azione con cui si autorizza qualcuno a compiere un atto in propria vece. Nel caso di segnalazioni inerenti situazioni riferite a persone, deve essere acquisita la delega della persona protagonista dell'evento oggetto di reclamo o apprezzamento, non del presentatore. L'unica eccezione si ha nel caso in cui il reclamante non sia in grado di intendere e volere.

Disservizio

Si intende per disservizio l'allontanamento di un servizio/prestazione/processo da caratteristiche prestabilite. In riferimento alla gestione delle segnalazioni, tale allontanamento avviene rispetto a dimensioni qualitative percepibili dall'utente e può trovare espressione in un rilievo, reclamo, suggerimento.

Esito (gestione delle segnalazioni)

È il prodotto del processo di valutazione attivato dall'Azienda in riferimento alla segnalazione e, nel contempo, è il contenuto della comunicazione di chiusura. Può trattarsi di una spiegazione, scuse, conferma dell'agire aziendale, comunicazione della soluzione del problema presentato o della accettazione delle richieste del presentatore della segnalazione. Nel programma informatizzato per la gestione delle segnalazioni gli esiti vengono classificati come di seguito riportato.

- **Risoluzione**

Il termine attiene all'atto o all'effetto del risolvere da parte aziendale la criticità presentata (strutturale, informativa, igienica, organizzativa, burocratica, relazionale, ...). Si classificano come risolte le situazioni in cui è già avvenuta la soluzione della criticità presentata, ovvero può essere rappresentato un esercizio concreto e attuale della volontà dell'Azienda nel risolverla (soluzione imminente).

- **Chiarimento**

Spiegazione o precisazione all'utente relativamente a percorsi, modalità di accesso e fruizione, disponibilità di strutture.

- **Conferma operato dell'Azienda**

perché conforme a standard, protocolli, linee guida (aspetti organizzativi, tecnici e professionali).

- **Conferma operato dell'Azienda**

perché conforme alla normativa vigente (es. *ticket*, farmaci, prestazioni libero-professionali, ...).

- **Accoglimento richiesta di rimborso**

es. *ticket* per visite specialistiche, in libera professione e/o prestazioni di Pronto soccorso, ausili, ecc.

- **Trasmissione al servizio legale per competenza**

- **Lettera di scuse**

Comunicazioni in cui le scuse sono il motivo prevalente della risposta.

- **Assunzione di impegno**

Comunicazioni in cui ci si impegna a rimuovere i vincoli, di non immediata soluzione, di qualsiasi genere o natura - ad esempio: strutturali, tecnici, organizzativi, burocratici e comfort alberghiero - che hanno prodotto il reclamo.

- **Altro**

Tutto quanto non trova classificazione nelle precedenti voci.

Evento (nella gestione delle segnalazioni)

Accadimento o stato critico positivo [*vedi Segnalazione > Apprezzamento/...*] o negativo [*vedi Segnalazione > Reclamo*].

È l'entità concettuale che dà origine alla prima segnalazione e aggrega o separa le successive (più persone possono segnalare il medesimo episodio/criticità, ovvero la medesima persona presenta, nel tempo, più segnalazioni relative al medesimo "evento"). Note applicative: eventi (riferiti ad aspetti critici) aggreganti più segnalazioni non possono superare la durata dell'anno in corso.

Incidente

Evento imprevisto e sfavorevole causativo di un danno. La banca dati delle segnalazioni registra i reclami riferiti a eventi causativi di un danno (soggettivo, oggettivo) per il cittadino-utente e per l'operatore.

Presentatore

Colui che presenta la segnalazione: se presenta per sé un reclamo coincide con il reclamante. Il presentatore può presentare la segnalazione per un familiare, un associato, un cliente, un conoscente.

Prima risposta

È il messaggio aziendale interlocutorio, verbale o scritto, che ha lo scopo di rendere edotto il reclamante circa lo stato del procedimento aperto dal reclamo. Può contenere una risposta parziale e, da un punto di vista formale, determina la nuova scadenza dei termini.

Reclamante

Il protagonista dell'evento oggetto di reclamo o apprezzamento, non il presentatore - a meno che non presenti per se stesso.

Segnalazione

Informazioni raccolte dall'Ufficio relazioni con il pubblico o altre interfacce organizzative relative a comportamenti delle organizzazioni sanitarie, provenienti da cittadini/utenti. Esse si specificano in reclami, rilievi, elogi (apprezzamenti, ringraziamenti), proposte (suggerimenti).

- **Apprezzamento/ringraziamento/elogia**

Espressione/segnalazione di soddisfazione del cittadino/utente, presentata sotto qualsiasi forma o modalità, al soggetto erogatore del servizio.

- **Reclamo**

Un reclamo è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti (DGR 320/2000).

- **Rilievo**

Indicazione di disservizio (di solito presentati verbalmente o telefonicamente) che si risolve con una risposta di cortesia o risoluzione immediata e che comunque non attiva la procedura tipica del reclamo. Note applicative: rientrano nei rilievi le segnalazioni anonime di disservizio.

- **Segnalazione impropria**

È una segnalazione riferita a un evento che non è imputabile alla responsabilità dell'Azienda sanitaria. Non di competenza: può trattarsi di un reclamo, un rilievo, un elogio/apprezzamento, un suggerimento/proposta.

- **Suggerimento/proposta**

Segnalazione dei cittadini/utenti che ha lo scopo di fornire indicazioni esplicite al soggetto erogatore affinché fornisca un servizio più vicino alle loro esigenze.

Struttura organizzativa

Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta (DPR 14/1/1997). È configurata dall'esistenza di funzioni di direzione gestionale, tecnica, organizzativa (a volte anche amministrativa).

Si articola in configurazione organizzativa o organigramma *[vedi]*.

Allegato 3.

Confronti fra Aziende partecipanti e media del campione (qualità percepita in degenza)

In questo Allegato vengono messe a confronto le Aziende che hanno alimentato la banca dati regionale sulla qualità percepita nelle strutture di degenza rispetto alle medie degli indicatori sintetici descritti nel Paragrafo 3.5. "Verifica della validità di costruito del questionario", ad alcuni *item* specifici e alla valutazione complessiva. I risultati di seguito illustrati non vanno interpretati come misurazioni dirette di *performance* strutturali e/o professionali delle Aziende e dei loro operatori, ma come espressione della valutazione di adeguatezza (soddisfazione) dell'utenza rispetto alle diverse dimensioni che compongono i Servizi di degenza.

Le Figure A.1-A.13 riportano in istogramma i punteggi medi di ogni Azienda. In alcuni casi la colonna dell'istogramma è assente in quanto il questionario usato dall'Azienda non contiene *item* riferiti a quella specifica area confrontabili con quelli del questionario regionale.

Sono stati condotti T-Test a campione unico utilizzando come riferimento la media generale del campione simbolizzata graficamente da una linea tratteggiata. Le Aziende che riportano medie significativamente più elevate della media regionale sono colorate in verde; le Aziende che riportano medie significativamente più basse della media regionale sono colorate in rosso; le Aziende che riportano medie non significativamente differenti rispetto alla media regionale sono colorate in blu.

Dato che tutti i punteggi rilevati sono superiori al punto 4 (corrispondente alla valutazione di adeguatezza/soddisfazione), la scala dei grafici ignora i punteggi dall'1 al 3. Si ricorda che questo significa che i pazienti di ciascuna Azienda risultano mediamente soddisfatti in ogni aspetto del ricovero. Le differenze riscontrate sono spesso minime, ma comunque in molti casi significative a livello statistico.

Le specifiche dei T-Test condotti e le corrispondenze delle Aziende anonimizzate nei grafici sono disponibili facendone richiesta all'Agenzia sanitaria e sociale regionale all'indirizzo mail gragazzi@regione.emilia-romagna.it

Figura A.1.. Valutazione dell'item "Come valuta il tempo che è trascorso tra la prenotazione e il suo ricovero effettivo?" (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

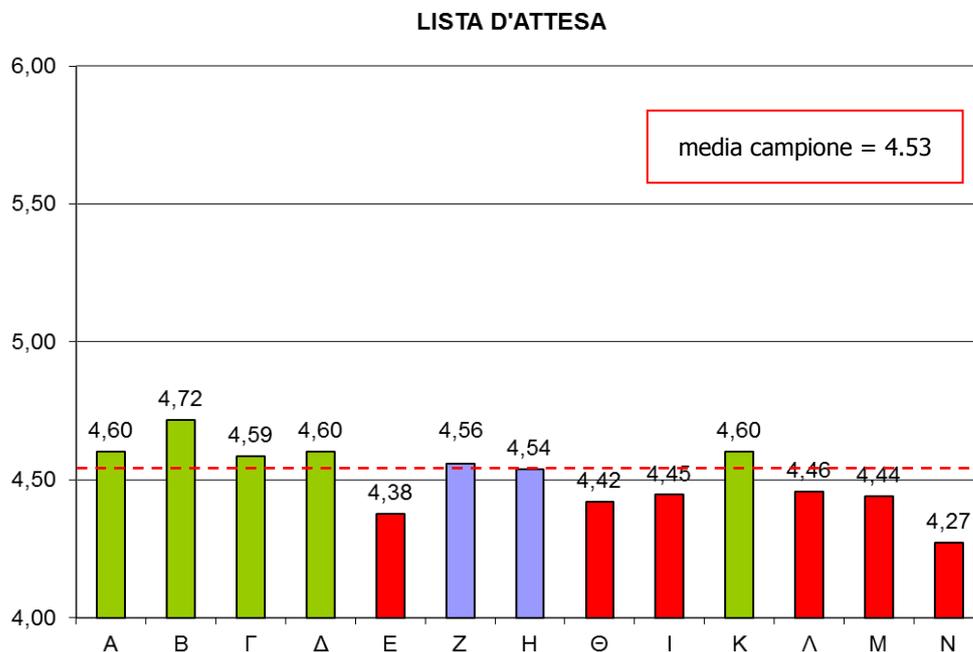


Figura A.2. Valutazione della dimensione ACCOGLIENZA/RICOVERO (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

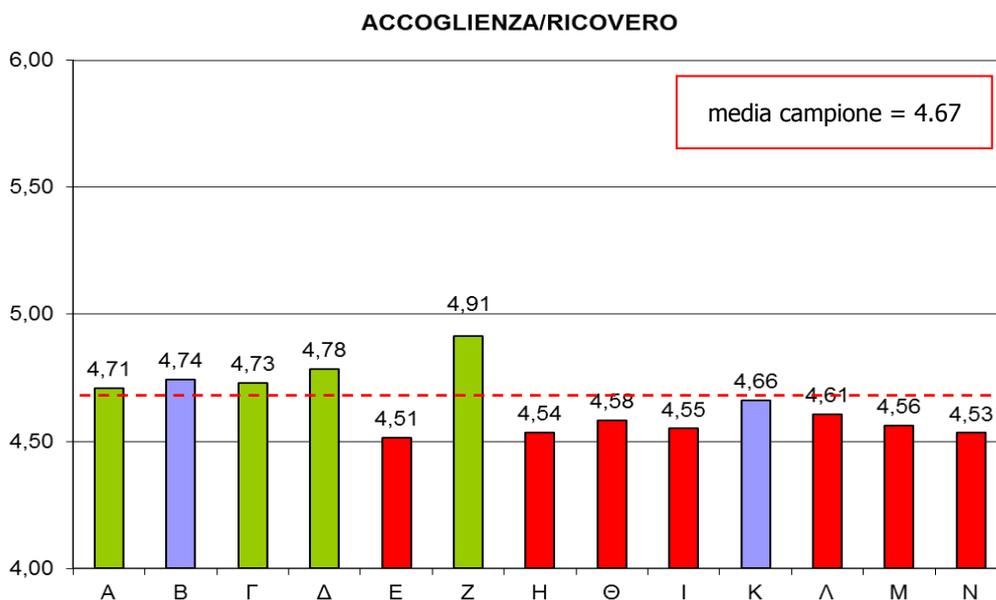


Figura A.3. Valutazione della dimensione PERSONALE MEDICO (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

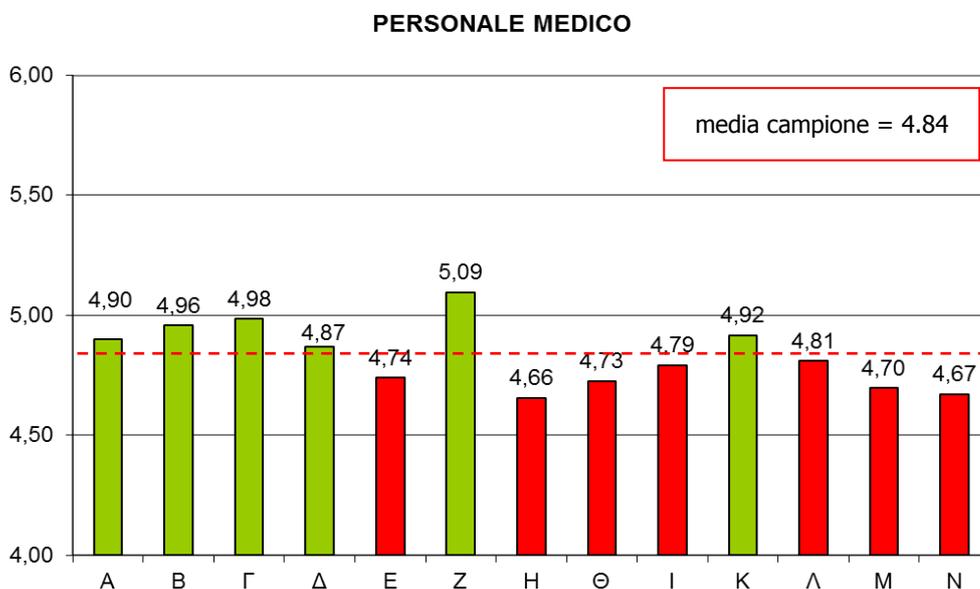


Figura A.4. Valutazione della dimensione PERSONALE INFERMIERISTICO (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

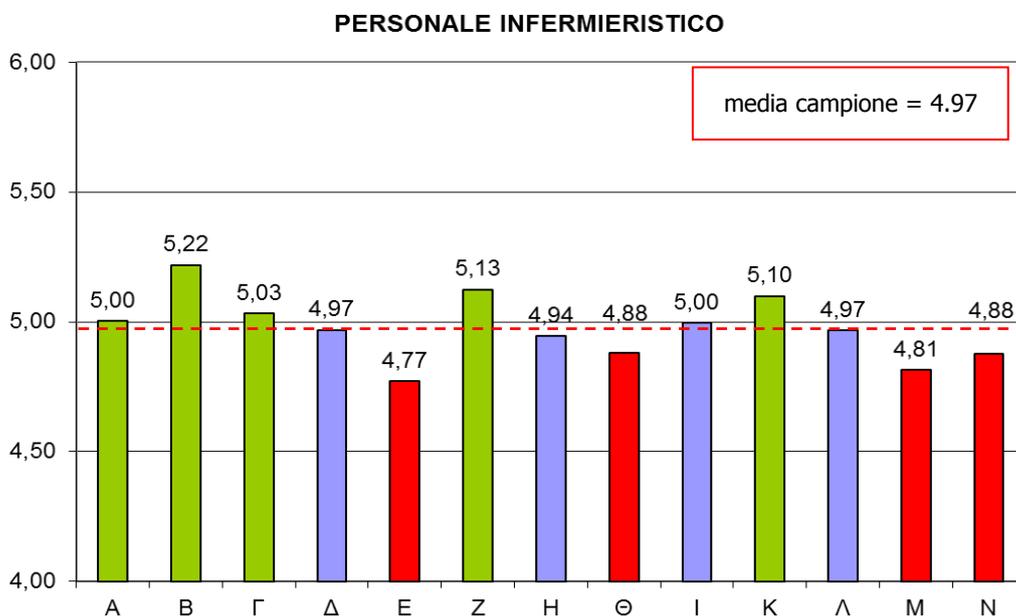


Figura A.5. Valutazione dell'item "Come valuta l'aiuto ricevuto dal personale dell'ospedale per la sua igiene personale?" (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

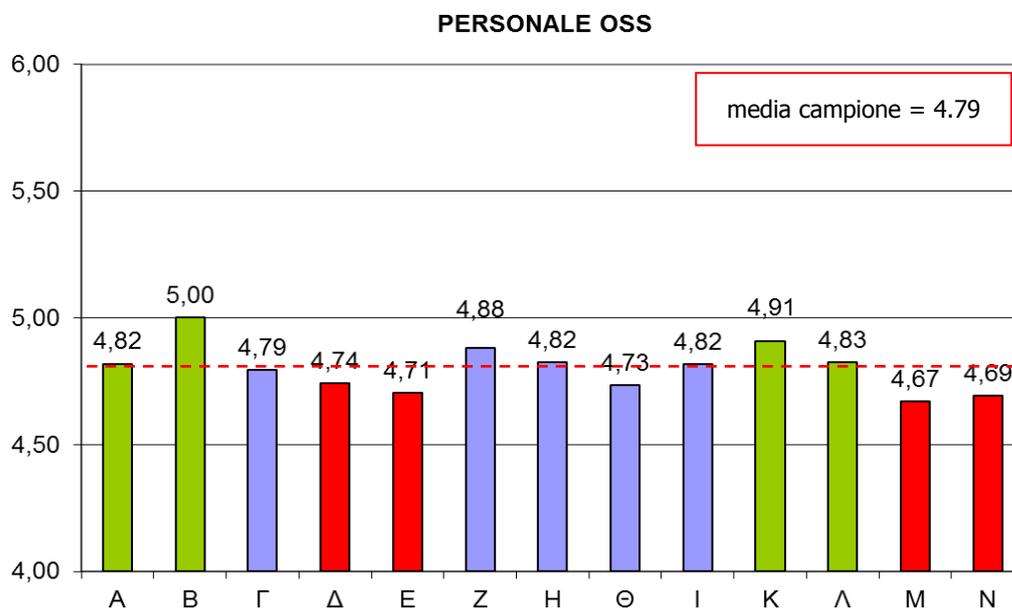


Figura A.6. Valutazione della dimensione PRIVACY (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

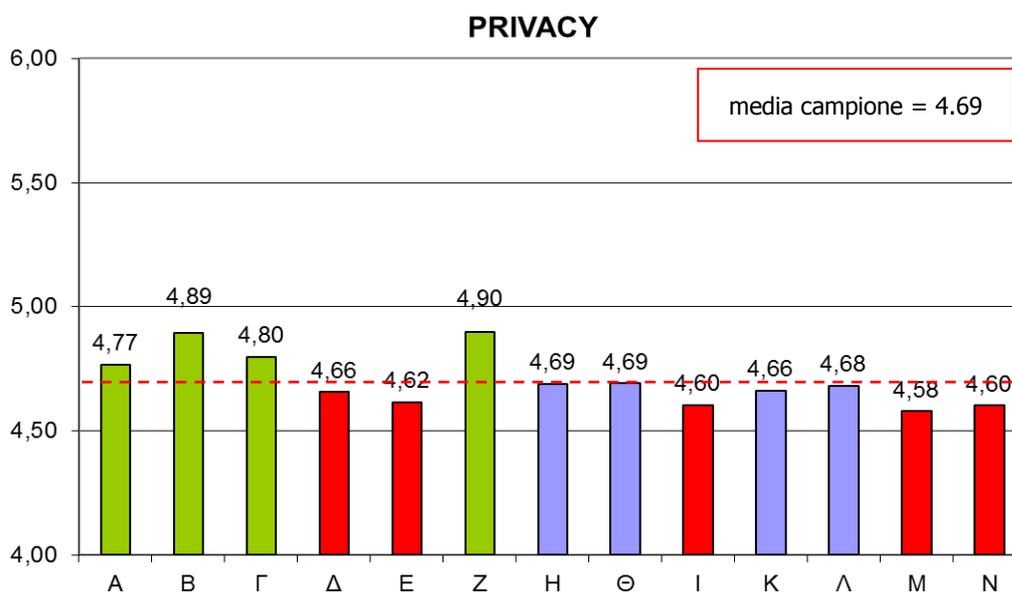


Figura A.7. Valutazione dell'*item* "Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?" (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

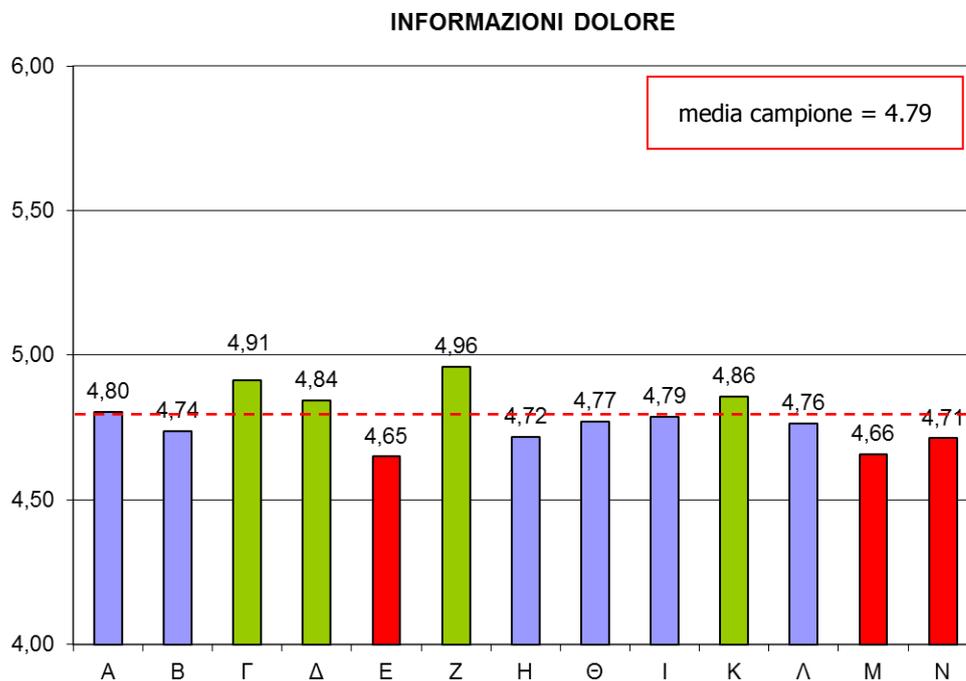


Figura A.8. Valutazione dell'*item* "Come valuta la terapia antidolorifica che ha ricevuto?" (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

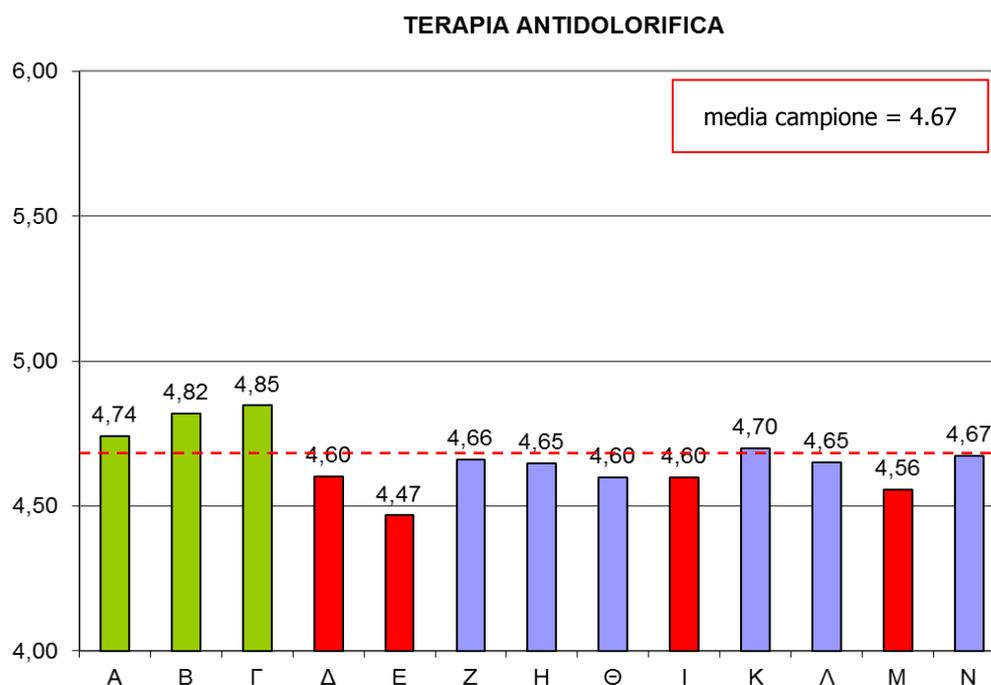


Figura A.9. Valutazione della dimensione ASPETTI ORGANIZZATIVI (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

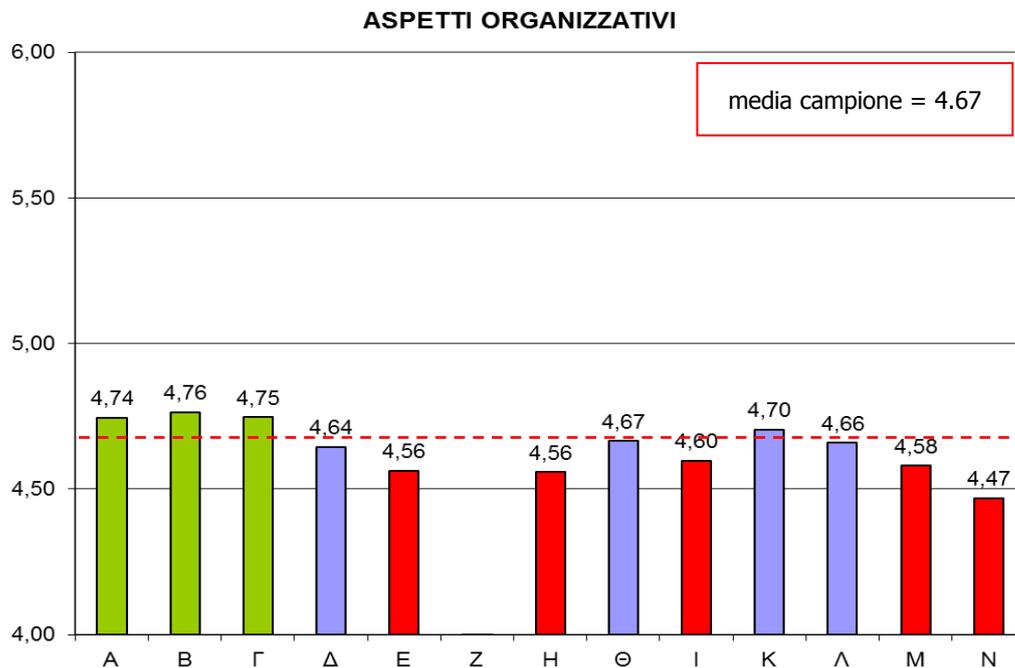


Figura A.10. Valutazione della dimensione AMBIENTI (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

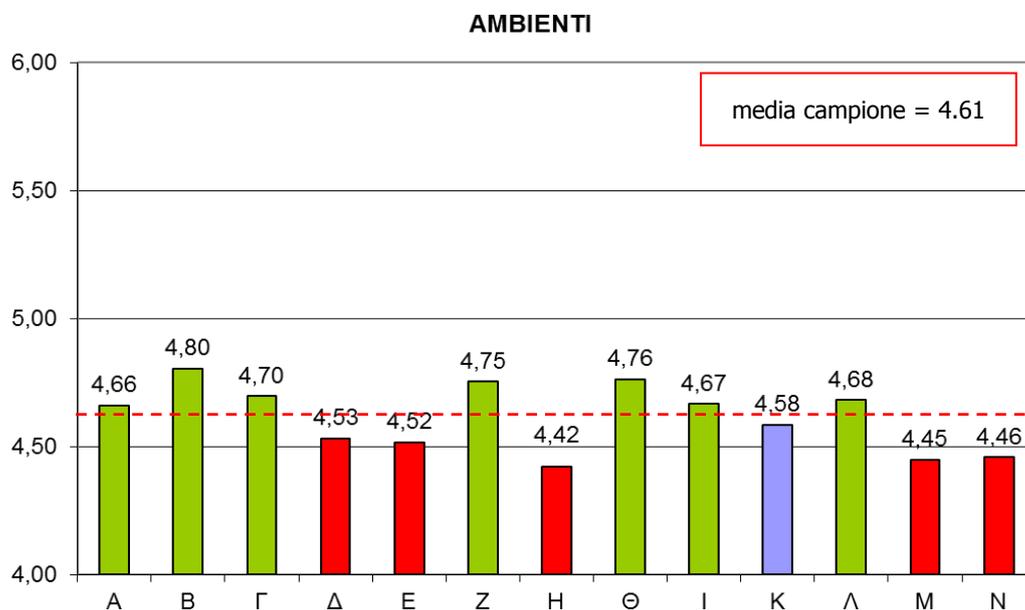


Figura A.11. Valutazione della dimensione SERVIZI ALBERGHIERI (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)

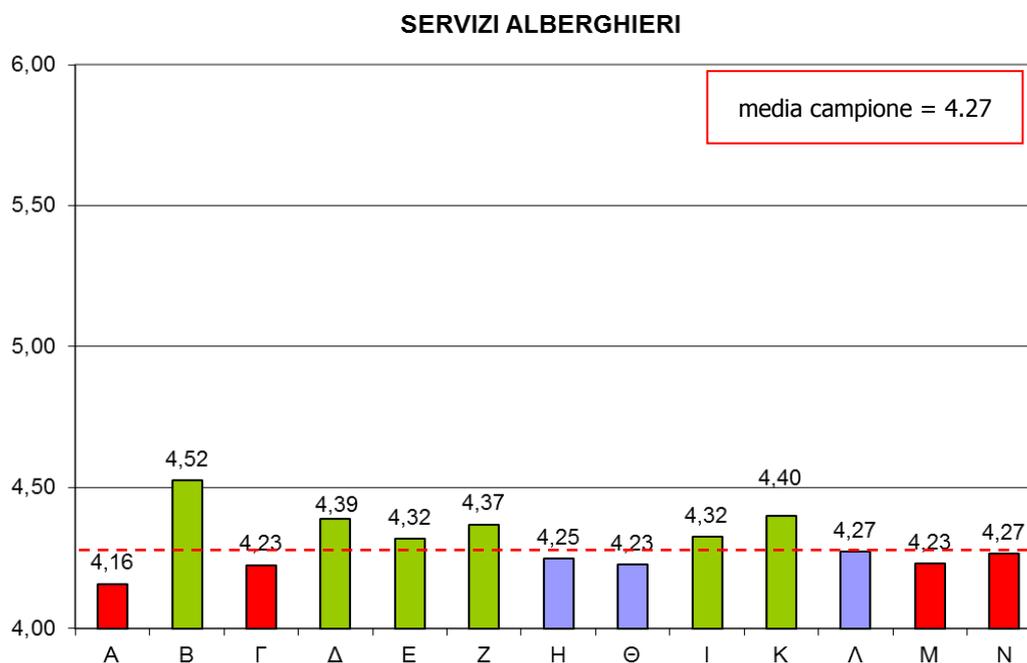
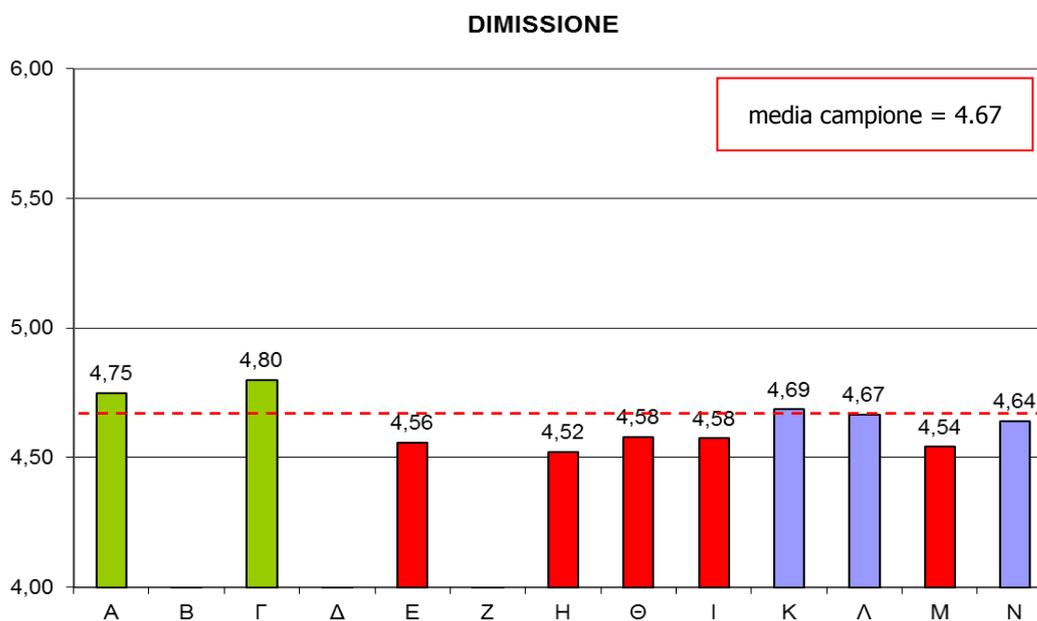
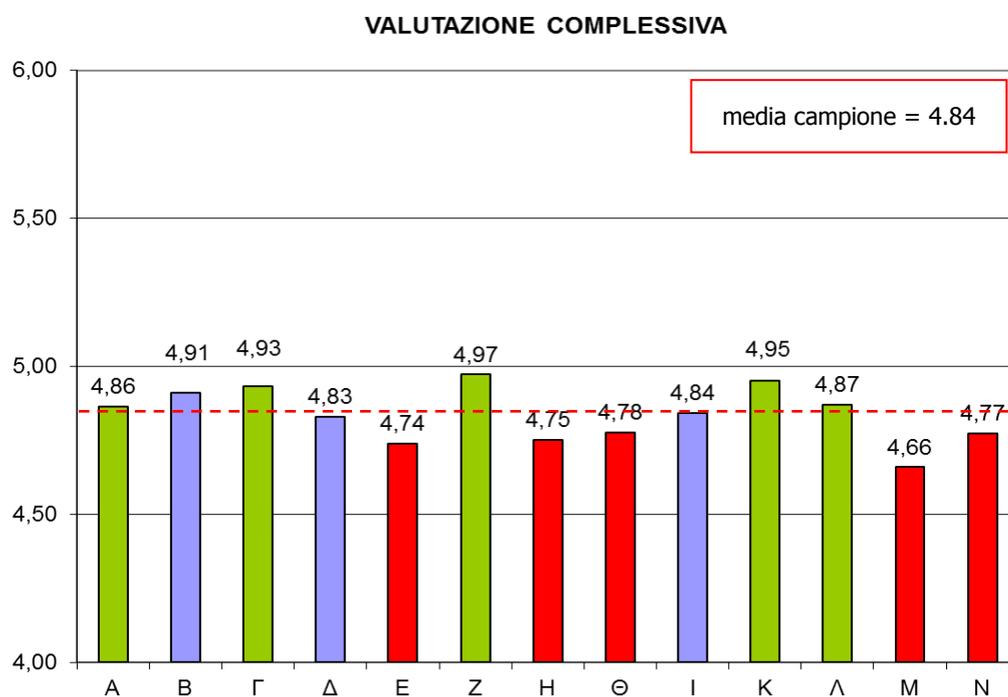


Figura A.12. Valutazione della dimensione DIMISSIONE (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)



FiguraA.13. Valutazione complessiva (valori medi delle Aziende a confronto con media del campione)



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 chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)

- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di care 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. (*)
- 245.** Chi ascolta, cambia! Segnalazioni dei cittadini e qualità percepita nelle Aziende sanitarie. Bologna. (*)

