

Il punto di vista del cittadino nella valutazione dei sistemi sanitari

PROPOSTA DI UN SET MINIMO DI INDICATORI

Il documento è stato predisposto all'interno del Progetto Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Redazione è a cura di

**Vittoria Sturlese
Giovanni Ragazzi
Maria Augusta Nicoli**

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

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
maggio 2018

Copia del documento può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/>

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

Un ringraziamento particolare va ai Referenti civici regionali, alla Cabina di regia regionale, al Centro regionale di informazione sul benessere ambientale (CRIBA) e a tutti i referenti aziendali della ricerca per il contributo alla elaborazione del documento (le affiliazioni si riferiscono al momento dello svolgimento delle ricerche e dei progetti presentati)

Vera Serra	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Michele Dal Pozzo	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Diletta Priami	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Francesca Terri	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Vanessa Vivoli	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Ottavio Nicastro	Direzione generale cura della persona, salute e welfare
Elisa Porcu	Direzione generale cura della persona, salute e welfare
Viola Damen	Direzione generale cura della persona, salute e welfare
Piera Nobili	Centro regionale di informazione sul benessere ambientale (CRIBA)
Gabriella Fabbri	Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
Giuseppina Poletti	Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
Remo Martelli	Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
Alessandra Affatato	Azienda USL della Romagna
Mario Azzali	Azienda USL di Piacenza
Giuseppina Bergamini	Azienda USL di Modena
Nunzia Boccaforno	Azienda USL della Romagna
Francesca Bravi	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Laura Biagetti	Azienda USL di Bologna
Giovanna Campaniello	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
Filippo Caniglia	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Mirella Cantaroni	Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
Sara Castellari	Azienda USL di Ferrara
Elisabetta Cattozzi	Azienda USL di Ferrara
Paola Delle Donne	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Sabina De Feo	Azienda USL di Piacenza
Loris Dirani	Maria cecilia Hospital
Sara Milani	Maria cecilia Hospital
Loretta Muraro	Azienda USL di Bologna
Antonella Padovani	Azienda USL di Imola
Andrea Paltrinieri	Istituti Ortopedici Rizzoli
Anna Pavani	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Maria Puddu	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
Claudia Reggiani	Azienda USL di Reggio Emilia
Giorgia Valpiani	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

INDICE

PREMESSA	7
1. MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL PUNTO DI VISTA DEL CITTADINO.....	9
2. L'ASCOLTO DEL CITTADINO IN UNA PROSPETTIVA NAZIONALE E INTERNAZIONALE	11
3. IL SISTEMA DI ASCOLTO DEL CITTADINO IN EMILIA-ROMAGNA.....	13
4. PROPOSTA DI UN SET MINIMO REGIONALE PER LA VALUTAZIONE DELLE <i>PERFORMANCE</i> DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA DAL PUNTO DI VISTA DEL CITTADINO: LE MISURE SELEZIONATE IN EMILIA-ROMAGNA	19
4.1. Checklist di indicatori per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.....	20
4.2. Indicatori per valutare il grado di qualità percepita delle strutture di ricovero	27

PREMESSA

La letteratura ha ampiamente rilevato che un'organizzazione - in particolare quelle dedicate alla produzione di servizi alla persona - non può esimersi dal mettersi in ascolto. Diverse sono le ragioni per cui questo elemento costituisce oggi un aspetto essenziale per chi gestisce e offre servizi. In ambito sanitario le organizzazioni sono costantemente sfidate da differenze culturali, da condizioni e gradi diversi di benessere sociale oltre che da quadri epidemiologici mutati, che impongono un rapporto più stretto con le persone e negoziazioni quotidiane.

Sul fronte del sistema dei servizi si sta modulando un percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera che è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbilità), e in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Ciò si traduce nella implementazione di modalità organizzative e strumenti per il rafforzamento della presa in carico territoriale, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, e della integrazione socio-sanitaria (le Case della salute, gli Ospedali di comunità, i percorsi assistenziali, i percorsi dedicati alle cure palliative e al fine vita).¹ Tutto ciò avviene in funzione dei mutamenti socio-demografici (invecchiamento, sfaldamento delle reti familiari di supporto con conseguente aumento della vulnerabilità sociale) e dei mutamenti epidemiologici (malattie croniche, co-morbosità).

Pertanto, nella fase attuale di forte cambiamento organizzativo-istituzionale da un lato e sociale-demografico dall'altro, è necessario considerare le attività di ascolto e coinvolgimento dei cittadini come azione organizzativa per rinegoziare i valori e gli obiettivi del sistema sanitario regionale. In tale ottica si devono predisporre momenti e tempi organizzativi da dedicare all'ascolto dei diversi attori sociali che popolano la scena della cura (utenti, familiari, operatori, associazioni...), prevedendo modalità e strumenti diversificati in funzione del grado di coinvolgimento che si intende raggiungere.² La normativa vigente e i programmi nazionali e regionali 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 e 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.

¹ *Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019* (approvato dall'Assemblea legislativa regionale con delibera n. 120 del 12 luglio 2017, su proposta della Giunta regionale (delibera n. 643 del 15 maggio 2017). <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario-la-programmazione> (ultimo accesso maggio 2018)

² Marti-Costa S, Serrano-Garcia I. Needs assessment and community development: an ideological perspective. *Prevention in Human Services*, 2(4): 75-88, 1983.

1. MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL PUNTO DI VISTA DEL CITTADINO

Una delle priorità riconosciute per un buon funzionamento delle organizzazioni è quello di dotarsi di modalità che consentano di ascoltare e di mettersi in dialogo con i propri utenti e professionisti.

La letteratura ha prodotto diversi approcci e strumenti; si è andati dalle prime formulazioni legate all'approccio della qualità totale (*total quality management*) ad approcci che assumono l'idea che un'organizzazione preposta alla salute deve avere al centro del proprio interesse la persona (*patient-centred approach*). Ecco quindi che da metodologie ispirate alla soddisfazione, si stanno oggi identificando strumenti che permettono di cogliere meglio quanto l'organizzazione è in grado di rispondere ai bisogni dei soggetti che la popolano (utenti e professionisti) in quanto persone.

L'approccio adottato in questi anni all'interno dei programmi dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale può essere definito multidimensionale e polifonico ovvero:

- vengono promosse modalità di ascolto che tengono conto di una variabilità di fattori,³ come l'insieme degli eventi o della cura che gli utenti ricevono, le preferenze personali, i valori, le aspettative⁴
- vengono utilizzati differenti strumenti di valutazione, declinati in base agli obiettivi organizzativi e al grado di coinvolgimento che si desidera ottenere.

Tra le modalità di *assessment* (valutazione) dell'ascolto/coinvolgimento, alcuni autori⁵ classificano l'uso che si può fare dei diversi strumenti di ascolto in base al livello di coinvolgimento degli attori che si desiderano raggiungere (*Figura 1*).

Si parte quindi da un basso livello di coinvolgimento, nel quale i flussi informativi correnti (banche dati, ad esempio la SDO - Scheda di dimissione ospedaliera) e indagini campionarie (ad esempio indagine Multiscopo Istat) possono fornire informazioni utili, e si arriva ad un alto livello di coinvolgimento, tramite l'uso di metodiche qualitative (interviste non strutturate, focus group, ...) che vedono gli utenti protagonisti nel definire priorità, indicazioni e soluzioni per il miglioramento e la valutazione.

Ad un basso livello di coinvolgimento si trovano le tecniche di osservazione (ad esempio quelle di osservazione etnografica, o quelle che usano lo strumento dell'audit civico), mentre a un medio livello di coinvolgimento si posizionano i questionari di soddisfazione o di qualità percepita (contenenti prevalentemente domande chiuse e scale di valutazione).

³ Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med*, 38: 509-516, 1994.

⁴ LinderPelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 16: 577-582, 1982.

Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues & concepts. *Soc Sci Med*, 45: 1829-1843, 1997.

⁵ Marti-Costa S, Serrano-Garcia I. Needs assessment and community development: an ideological perspective. *Prevention in Human Services*, 2(4): 75-88, 1983.

Figura 1. Valutazione dei bisogni e sviluppo della comunità: grado di coinvolgimento



Il presente documento si focalizza in particolare sulla valutazione della qualità condotta tramite indagini campionarie nazionali (es. Multiscopo Istat) o indagini regionali con questionario (ad esempio indagini di qualità percepita). Esse infatti permettono di raccogliere un gran numero di dati e opinioni rispetto ad alcuni elementi di qualità dei servizi oggetto di indagine; questi dati possono essere analizzati statisticamente al fine di descrivere e comparare i risultati.

L'enfasi è sull'analisi di *trend* e modelli, per capire COSA ha sperimentato l'utente, o il grado di soddisfazione rispetto a ciò che ha sperimentato. In generale gli elementi di forza sono riconducibili ai seguenti aspetti:

- possibilità di standardizzazione (replicabilità dello strumento, metodologicamente validato, "n" volte);
- possibilità di raccogliere in poco tempo un gran numero di dati (compresi dati demografici) a costi relativamente ridotti;
- ridotto rischio di *bias* dovuti alla presenza del ricercatore;
- produzione di indicatori sintetici e misurabili.

2. L'ASCOLTO DEL CITTADINO IN UNA PROSPETTIVA NAZIONALE E INTERNAZIONALE

Ad oggi, diversi Paesi (tra cui Danimarca, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Canada, Stati Uniti d'America) possiedono programmi nazionali di raccolta sistematica della valutazione degli utenti, secondo regolari intervalli temporali e con strumenti standardizzati. A questi programmi si aggiungono le iniziative di confronto tra Paesi, condotte da diverse istituzioni ed enti di ricerca quali l'Organization for Economic Cooperation and Development (OCSE), l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO), l'Health Consumer Powerhouse, l'Eurobarometer, il Commonwealth Fund e il Picker Institute Europe.

I principali ambiti assistenziali di confronto sono rappresentati da degenza ospedaliera, assistenza primaria (in particolare quella affidata al medico di medicina generale) e specialistica. A causa delle notevoli differenze nell'organizzazione dei servizi sanitari, tuttavia, non è semplice effettuare confronti tra Paesi per quanto riguarda, in particolare, l'esperienza dei pazienti relativa ad assistenza primaria e specialistica, mentre risulta più facile nell'ambito della degenza ospedaliera.

Nel Servizio sanitario nazionale italiano la prospettiva del cittadino/utente è stata ed è tuttora frequentemente declinata in termini di qualità percepita, soddisfazione, coinvolgimento, partecipazione, umanizzazione delle cure, *empowerment*.⁶ Alla molteplicità dei concetti si affianca la costellazione di indagini condotte con carattere episodico e non sistematico (ad eccezione di quelle condotte dall'Istat), a livello per lo più regionale e/o locale ma non nazionale; in generale inoltre ci si scontra con una limitata disponibilità di dati utilizzabili per confronti internazionali.

Tra le ragioni di tali criticità va inclusa *in primis* l'assenza di un quadro concettuale condiviso rispetto a che cosa si intenda per "punto di vista del paziente" e come lo si voglia misurare (*Tabella 1*).

Al riguardo, nell'ambito delle attività del gruppo interregionale per l'*empowerment* l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AgeNaS) ha costruito un sistema di valutazione e miglioramento partecipati del grado di umanizzazione, attualmente in fase di implementazione presso le Regioni/Province Autonome.

⁶ Ministero della salute. *Rapporto sui risultati del progetto ministeriale: "Sviluppare strumenti idonei ad assicurare il coinvolgimento attivo dei pazienti e degli operatori e di tutti gli altri soggetti che interagiscono con il S.S.N.* 2010. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1322_listaFile_itemName_0_file.pdf (ultimo accesso maggio 2018)

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute.* Anno XI, n. 30, 2012. http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/Monitor_30.pdf (ultimo accesso maggio 2018)

Tabella 1. Dimensioni esplorate dalle principali fonti informative internazionali e nazionali

AMBITO ASSISTENZIALE	DIMENSIONE	OCSE	Italia	
		OCSE	ISTAT	ER
Azienda sanitaria (apertura sportello)	Attesa in coda (in minuti)		X ¹	X ³
	Giudizio sull'orario (comodità)		X ¹	X ³
	Preferenza sull'orario (va bene/non so)		X ¹	
RICOVERO OSPEDALIERO (livello di soddisfazione)	Assistenza medica		X ¹	X ³
	Assistenza infermieristica		X ¹	X ³
	Vitto		X ¹	X ³
	Servizi igienici		X ¹	X ³
Ambulatory care (medico)	Tempo dedicato per la visita	X ²		X ³
	Chiarezza informazioni	X ²		X ³
	Disponibilità al dialogo (es. opportunità di fare domande)	X ²		X ³
	Coinvolgimento nelle decisioni.	X ²		

Legenda

¹ Fonte Istat. Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana".

² Fonte OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing; 2013.

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (ultimo accesso maggio 2018)

Si precisa che nel documento non viene esplicitato a quali specifici servizi sanitari si faccia riferimento

³ Fonte Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Progetto Innovazione sociale "Indagini di qualità percepita"

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/ascolto-cittadini-comunita>

(ultimo accesso maggio 2018)

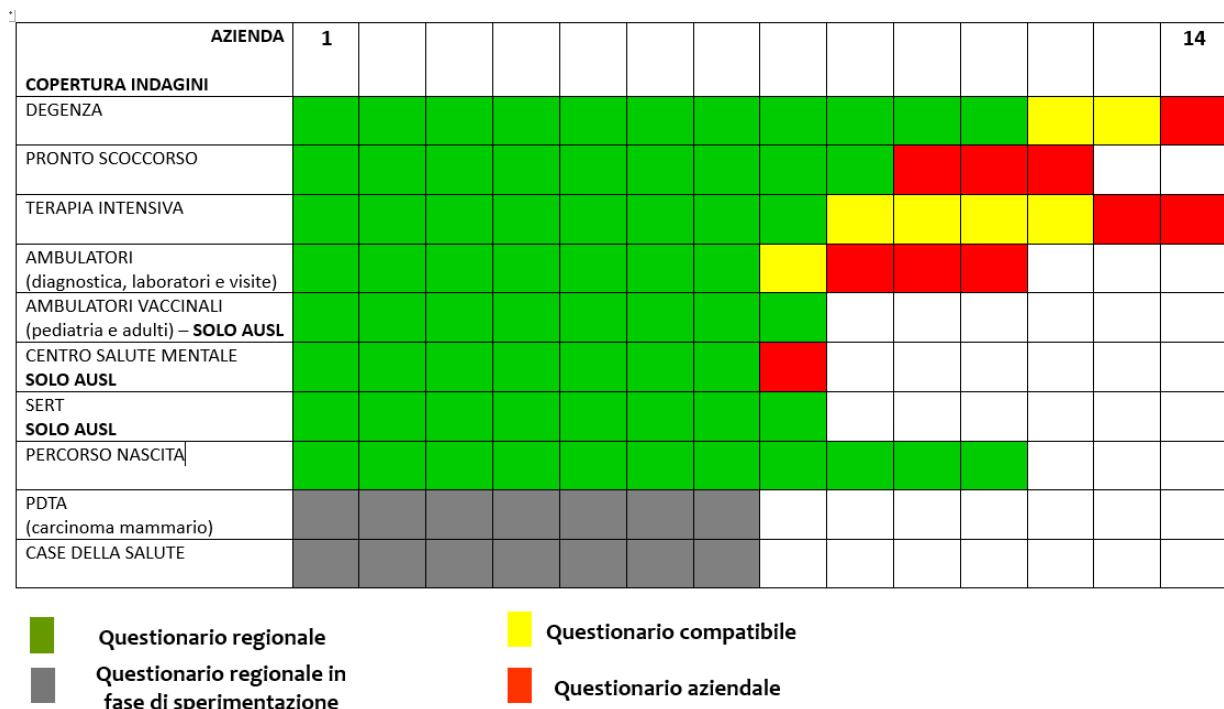
3. IL SISTEMA DI ASCOLTO DEL CITTADINO IN EMILIA-ROMAGNA

Il Piano sociale e sanitario 2017-2019 della Regione Emilia-Romagna ribadisce quale obiettivo del sistema dei servizi sanitari e sociosanitari “quello di assicurare un welfare inclusivo, aperto, abilitante, integrato e accessibile, che mette al centro le persone, le famiglie e i loro diritti, riaffermando i principi fondamentali di universalismo ed equità per contrastare le ricadute sociali della crisi economica”; si invoca un “sistema di welfare più coeso, dinamico e partecipato, che si pone l’obiettivo di aggredire i problemi anche attraverso la ricostruzione delle reti sociali, chiamando alla corresponsabilità gli utenti oltre che gli operatori”.⁷

La Regione Emilia-Romagna è stata una delle Regioni che ha creduto da oltre un ventennio in questo approccio, sviluppando molti interventi (indagini e ricerche) legati al tema dell’ascolto dal punto di vista/dal lato del cittadino. In termini sintetici, l’orientamento è verso una concezione dell’ascolto condivisa da tutti gli attori del Servizio sanitario regionale, potendo contare su un bagaglio di risorse umane e strumentali presente in molte Aziende.

Nel 2012 la Regione è giunta al termine di una fase quadriennale che ha visto la costruzione e validazione degli strumenti di rilevazione e delle metodologie di implementazione nelle Aziende sanitarie. Si sono poste quindi solide basi metodologiche per una rilevazione sistematica dell’ascolto attraverso lo strumento del questionario (Figura 2).

Figura 2. Copertura regionale rilevazione della qualità percepita attraverso questionario in relazione alla tipologia di servizio assistenziale (2010-2016)



⁷ Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 (approvato dall’Assemblea legislativa regionale con delibera n. 120 del 12 luglio 2017, su proposta dalla Giunta regionale (delibera n. 643 del 15 maggio 2017). <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario-la-programmazione> (ultimo accesso maggio 2018)

La Regione Emilia-Romagna ha inoltre partecipato al Progetto di ricerca corrente 2012 e al Progetto di ricerca autofinanziata 2015 (promosse da AgeNaS) “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”, tramite la rilevazione della qualità da parte di *équipe* miste aziendali - composte da operatori e cittadini - che hanno utilizzato una *checklist* costituita da indicatori sviluppati *ad hoc*. L’indagine nazionale si sviluppa in coerenza con i criteri per l’accreditamento condivisi a livello nazionale e regionale, con particolare riguardo al criterio n. 8 “Umanizzazione” (“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture”) indicato nel Disciplinare tecnico per la revisione della normativa dell’accreditamento.⁸ La partecipazione della Regione Emilia-Romagna al Progetto AgeNaS è connotata da una serie di attività, finalizzate anche a definire un set minimo di indicatori di valutazione delle strutture di degenza dal punto di vista del cittadino, a partire dall’analisi e implementazione della *checklist* per la rilevazione del grado di umanizzazione nelle strutture ospedaliere proposta da AgeNaS.

Inoltre, a partire dal 2014 la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare dell’Emilia-Romagna ha fornito alle Aziende sanitarie indirizzi tesi a garantire uniformità e sistematicità nell’utilizzo degli strumenti di ascolto⁹ e ha inviato raccomandazioni di adottare a livello aziendale il documento *Programma per l’ascolto e il coinvolgimento del cittadino - Linee guida*.¹⁰

L’Agenzia sanitaria e sociale regionale ha quindi sviluppato delle attività di accompagnamento alle Aziende per l’implementazione del Programma a livello aziendale, in particolare:

- schede tecniche di approfondimento ai diversi strumenti di rilevazione dell’ascolto,¹¹
- attività di analisi e monitoraggio in riferimento all’attuazione del programma a livello aziendale.

Infine l’attuale modello di accreditamento dell’Emilia-Romagna, approvato con Delibera della Giunta regionale n. 1943/2017,¹² ha definito i nuovi requisiti generali di accreditamento, prendendo atto dei criteri indicati dagli Accordi Stato-Regioni: essi prevedono di fatto un coinvolgimento attivo del cittadino nel

⁸ Intesa Stato-Regioni, Rep. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012, recepito con Delibera di Giunta regionale dell’Emilia-Romagna n. 1311/2014

http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038866_259%20csr%20-%204.pdf (ultimo accesso maggio 2018)

[http://servizissir.regione.emilia-](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p)

[romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p)
[rotocollo=GPG/2014/1382&ENTE=1](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p) (ultimo accesso maggio 2018)

⁹ Raccomandazione recepita nella Delibera della Giunta regionale dell’Emilia-Romagna n. 217/2014 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2014”, ALL.B Par. 2.22.3.

[http://servizissir.regione.emilia-](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p)

[romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p)
[rotocollo=GPG/2014/124&ENTE=1](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_p) (ultimo accesso maggio 2018)

¹⁰ Agenzia sanitaria e sociale regionale, 2014.

[http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/linee-guida-ascolto-cittadini-](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/linee-guida-ascolto-cittadini-2014)
[2014](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/linee-guida-ascolto-cittadini-2014) (ultimo accesso maggio 2018)

¹¹ <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/ascolto-cittadini-comunita>
(ultimo accesso maggio 2018)

¹² <http://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=09be893823194f5d8a4ecea509f205d>
(ultimo accesso maggio 2018)

processo assistenziale e di cura, nel ruolo non solo di fruitore di servizi che il sistema sanitario regionale garantisce, ma come co-responsabile del sistema; tanto è vero che i criteri n. 2, 5, 7 e 8 dimostrano quanto sia di interesse il tema all'interno del nuovo modello (*Tabella 2*).

L'accreditamento rappresenta pertanto lo strumento di sistema e la cornice normativa all'interno della quale trovano spazio metodologie di lavoro che favoriscono l'integrazione e l'ascolto di tutte le componenti, creando una cultura che valorizza un approccio all'ascolto di diversi attori e lo mette a sistema attraverso i processi di miglioramento.

Questo elemento consolida ancor più l'attenzione della Regione Emilia-Romagna al tema dell'ascolto, del coinvolgimento, della progettazione di percorsi di cura, in cui la consapevolezza di tutti gli attori gioca un fondamentale ruolo proattivo nel perseguimento di elevati standard qualitativi delle *performance* e di migliori esiti sullo stato di salute dei cittadini.

Tabella 2. Modello di accreditamento della Regione Emilia-Romagna: criteri in cui si prevede un coinvolgimento attivo del cittadino ed elementi di valutazione

CRITERIO	REQUISITO	ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE
2 Prestazioni e servizi	<p>La struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza.</p> <p>La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali</p> <p>L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza.</p>	<p>Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.</p> <p>La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi.</p>
5 Comunicazione	<p>L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai <i>caregiver</i> e ai cittadini.</p> <p>L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e <i>caregiver</i> delle scelte clinico - assistenziali e delle attività di promozione della salute.</p> <p>L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, <i>caregiver</i>) ai fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale - migliorare i percorsi assistenziali - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente - prevenire i disservizi. - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale - migliorare i percorsi assistenziali - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente - prevenire i disservizi 	<p>Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione.</p> <p>Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.</p> <p>È prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.</p> <p>Sono in uso strumenti di ascolto interni all'azienda, promossi dalla Regione, derivanti dalla letteratura (es: indagini qualità percepita, focus group, indagini etnografiche, ecc.).</p> <p>Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, <i>caregiver</i> e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento). È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi.</p> <p>Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.</p> <p>Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il ri-accadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.</p> <p>Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza</p>
7 Processi di miglioramento e d'innovazione	<p>7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.</p>	<p>È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici</p>

(continua)

CRITERIO	REQUISITO	ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE
<p>8 Umanizzazione</p>	<p>8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.</p>	<p>Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità.</p> <p>È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali.</p> <p>Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti.</p> <p>È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA.</p>

4. PROPOSTA DI UN SET MINIMO REGIONALE PER LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA DAL PUNTO DI VISTA DEL CITTADINO: LE MISURE SELEZIONATE IN EMILIA-ROMAGNA

La proposta di un set minimo per la valutazione delle performance dell'assistenza ospedaliera dal punto di vista del cittadino si inserisce a due livelli:

- il livello aziendale comprende necessità che vanno dall'adempimento previsto nell'accreditamento alla necessità di monitoraggio per procedere con azioni di miglioramento;
- il livello regionale ha la necessità di avere un monitoraggio sul "polso" dei cittadini/utenti in relazione ai servizi, attraverso l'utilizzo di indicatori di sintesi che consentano confronti fra servizi a livello regionale, nazionale (ad esempio tramite il sistema "bersaglio" o gli indicatori di umanizzazione del Progetto di ricerca corrente AgeNaS) e internazionale (ad esempio tramite i modelli di valutazione promossi dall'Organizzazione mondiale della sanità).

Il set minimo (Tabella 3) si compone da due ambiti di misurazione:

- GRADO DI UMANIZZAZIONE - *checklist* di indicatori
- GRADO DI QUALITÀ PERCEPITA - indicatori di qualità percepita misurati mediante questionario regionale "La qualità della cura in ospedale" e Sistema informativo Segnalazioni in sanità.

Tabella 3. Set minimo regionale per la valutazione delle performance dell'assistenza ospedaliera dal punto di vista del cittadino

AMBITI DI MISURAZIONE	STRUMENTI DI RILEVAZIONE	NUMERO DI INDICATORI	LIVELLO DI VALUTAZIONE
grado di umanizzazione	checklist indicatori (+ modulo sicurezza del paziente) - AgeNaS	56	nazionale, regionale e aziendale
	checklist indicatori - RER	15	regionale e aziendale
grado di qualità percepita	questionario regionale "La qualità della cura in ospedale" - RER	12	regionale e aziendale
	Sistema informativo Segnalazioni in sanità - RER	9	

In tal modo si verrebbe a configurare un sistema di valutazione della qualità dal lato del cittadino composto da indicatori oggettivi (valutazione grado di umanizzazione) e da indicatori soggettivi (valutazione grado di qualità percepita). Essi potranno essere assunti per la valutazione della qualità ai fini del miglioramento e in altri processi di programmazione e di valutazione, di livello sia regionale sia aziendale (PSSR, Piano strategico, Piano delle azioni, obiettivi per le Aziende, SIVER).

Di seguito vengono esposte in sintesi le dimensioni che entrano nella rilevazione del grado di umanizzazione e nella rilevazione del grado di qualità percepita.

4.1. Checklist di indicatori per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

La Ricerca AgeNaS “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero” ha reso disponibile una **checklist di indicatori** (Tabella 4) per valutare l’umanizzazione dei servizi. Nel corso delle edizioni 2012 e 2015 della Ricerca sono state condotte alcune azioni cruciali che hanno permesso la costruzione, revisione e validazione degli strumenti di rilevazione. In particolare:

- **riduzione del numero di item della checklist AgeNaS** tramite uno studio di *priority setting*. Il *priority setting* è stato svolto da *équipe* miste cittadini/operatori a cui è stato chiesto di mettere in ordine di importanza criteri e *item* (142 *item* contenuti nella *checklist* fornita da AgeNaS), attribuendo le priorità in base al grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. Gli *item* risultati prioritari sono 40 (46 se si considerano le specifiche);
- **integrazione degli item della checklist AgeNaS con indicatori** (principalmente proporzioni), per esplorare gli stessi ambiti di qualità in maniera quantificabile. L’analisi si è concentrata sui 46 *item* emersi come prioritari, al fine di trasformarli in indicatori. Per circa 20 di questi *item* è stato possibile definire: numeratore e denominatore, livello organizzativo su cui effettuare la misurazione (Azienda, UO, ...), tipo di indicatore (proporzione, media, ...), un possibile valore soglia.;
- **conduzione di uno studio di fattibilità**, che ha visto l’Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara come primo campo di sperimentazione per la rilevazione degli indicatori contenuti nel set minimo in base alla procedura partecipata (*équipe* mista cittadini/operatori) proposta da AgeNaS;
- **rilevazione della checklist di indicatori tramite procedura partecipata** nei 13 stabilimenti ospedalieri che hanno aderito alla ricerca nel 2017;
- **revisione della checklist e scelta degli indicatori** che è opportuno e prioritario rilevare.

In Tabella 4 è possibile visualizzare tutti gli indicatori selezionati dalla *checklist* AgeNaS e, per alcuni di essi, i corrispondenti indicatori sviluppati in Emilia-Romagna.

Le due liste di indicatori (AgeNaS e RER) consentono di utilizzare misure diverse:

- **indicatori AgeNaS** - la rilevazione avviene attraverso la misura della presenza/assenza di una caratteristica; inoltre si mantiene un collegamento con la rilevazione nazionale (confronto fra regioni);
- **indicatori RER** - la rilevazione avviene attraverso la misura di un rapporto che consente di approfondire il risultato e/o l’utilizzo in riferimento alla stessa caratteristica; ciò consente di rilevare le specificità del contesto regionale (confronto fra Aziende sanitarie).

Tabella 4. Checklist di indicatori per rilevare il grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero

Nota: la checklist è suddivisa in 4 aree di valutazione indicate con 4 colori diversi (Area 1: verde; Area 2: rosa; Area 3: azzurro; Area 4: viola; Modulo sulla "sicurezza del paziente": giallo)

AREA 1 - PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA	
LIVELLO VALUTAZIONE: NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE	LIVELLO VALUTAZIONE: REGIONALE E AZIENDALE
Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici	
Presenza di progetti/attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/adolescente	Numero di pazienti in età scolare (5/14 anni) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza, che hanno usufruito di progetti (attività) scolastica / Numero di pazienti in età scolare (5/14 anni) ricoverati in reparti pediatrici con almeno 7 giorni di degenza
Presenza di uno o più progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino e promuoverne le emozioni positive	Numero di ore dedicate in una settimana a progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino da parte di associazioni di volontariato operanti in ambito pediatrico / 280 ore in una settimana (al netto delle ore di riposo, vitto e cura)
Orario di visita della struttura sanitaria nei giorni feriali	Numero di ore di apertura giornaliera di ciascuna U.O. (giorni feriali) / totale UU. OO. di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione
Possibilità per un genitore di assistere il proprio figlio ricoverato senza limiti di orario	Numero di posti letto con dotazione di poltrona-letto (si considera incluso l'accesso alla mensa) per genitore nelle UU.OO. Pediatrie / Numero di posti letto nelle UU.OO. pediatrie
Presenza di uno o più protocolli per il trattamento del dolore nelle Unità Operative di medicina generale, chirurgia generale, e oncologia	Numero di cartelle contenenti la scala (NRS) compilata (U.O di medicina generale/Chirurgia Generale e Oncologia) / Numero cartelle consultate nello stesso periodo Numero di pazienti con dolore inferiore a 3 (scala NRS) dopo effettuazione di terapia analgica (U.O di medicina generale/Chirurgia Generale e Oncologia) / Numero di pazienti con rilevazione del dolore superiore a 3 (scala NRS)
Presenza di attività/iniziative di informazione circa il diritto delle donne a partorire in anonimato	
Presenza di materiale (depliant, scheda, modulo, ecc.) per informare coloro che accedono al Pronto Soccorso (se coscienti e capaci) della possibilità di fornire indicazioni circa il soggetto che possono essere informati della prestazione di Pronto Soccorso	

LIVELLO VALUTAZIONE: NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE	LIVELLO VALUTAZIONE: REGIONALE E AZIENDALE
Presenza di materiale (depliant, scheda, modulo, ecc.) per informare i ricoverati (se coscienti e capaci) della possibilità di decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza	
Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità Operativa di medicina generale	
Possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)	
Possibilità di assistenza religiosa per cattolici (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)	
Possibilità di Onoranze Religiose consone alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza	
Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)	Numero di richieste per assistenza di mediazione evase per ciascuna U.O (anno)/ totale dei pazienti ricoverati nati all'estero (anno) per ciascuna U.O
Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ecc.)	Numero di Unità Operative nelle quali sono presenti una o più procedure operative (software, checklist dimissioni, case manager o operatore di riferimento), attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ecc.) / totale UU. OO. di degenza per le quali è stata effettuata la rilevazione

AREA 2 - ACCESSIBILITÀ FISICA, VIVIBILITÀ E COMFORT DEI LUOGHI DI CURA

LIVELLO VALUTAZIONE: NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE	LIVELLO VALUTAZIONE: REGIONALE E AZIENDALE
Presenza di un Piano aziendale di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali	
Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura	
Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione	
Presenza di collegamenti che consentono: - ai ricoverati dell'Unità Operativa di chirurgia generale di raggiungere il blocco operatorio con un percorso interno	
Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità Operativa di medicina generale	
Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni nell'Unità Operativa di chirurgia generale	
Unità Operative pediatriche dotate di sala attrezzata per il gioco e di angoli lettura/biblioteca	
Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto Soccorso	
Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera	
Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona	
Presenza di un bar	
Sala d'attesa del Pronto Soccorso con: - ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)	
Sala d'attesa del Pronto Soccorso con: - presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul n. di pazienti in attesa per ogni codice di triage	

AREA 3 - ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA

LIVELLO VALUTAZIONE: NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE	LIVELLO VALUTAZIONE: REGIONALE E AZIENDALE
Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite: telefono	
Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite: proprio MMG (Medico di Medicina Generale)	
Presenza di una o più procedure di semplificazione del percorso pre-operatorio	Numero di pazienti operati che hanno usufruito del percorso preoperatorio in un unico accesso (escl. urgenze) / Numero pazienti operati (escl. urgenze)
Presenza di una qualsiasi documentazione inerente agli obblighi relativi alla prescrizione e alla consegna dei farmaci per i pazienti visitati o in dimissione	Numero di pazienti con prescrizione in dimissione da ricovero ordinario che hanno usufruito del servizio di erogazione diretta dei farmaci / Numero di pazienti dimessi da ricovero ordinario
Possibilità di ricevere online referti di esami di laboratorio	
Presenza di un numero telefonico aziendale e/o della struttura sanitaria per l'informazione al pubblico	
Presenza nel sito web aziendale di: elenco dei servizi online disponibili nel sito web	
Presenza nel sito web aziendale di: tempi di attesa per le prestazioni sanitarie	

AREA 4 - CURA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE/CITTADINO

LIVELLO VALUTAZIONE: NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE	LIVELLO VALUTAZIONE: REGIONALE E AZIENDALE
Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato	
Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per i medici	Numero di medici che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto negli ultimi 36 mesi / Numero di medici della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi
Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per gli infermieri	Numero di infermieri che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto negli ultimi 36 mesi / Numero di infermieri della struttura ospedaliera negli ultimi 36 mesi
Realizzazione negli ultimi 24 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione della fase del fine vita per gli operatori sanitari	Numero di operatori sanitari (Medici/Infermieri/OSS) che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sulla gestione della fase del fine vita nelle UU.OO. Rianimazione, Oncologia, Medicina e Pediatria negli ultimi 36 mesi / Numero di operatori sanitari (Medici/Infermieri/OSS) in servizio nelle UU.OO. Rianimazione, Oncologia, Medicina e Pediatria negli ultimi 36 mesi
Disponibilità della Carta dei Servizi su sito web	
Presenza della Carta dei Servizi contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni	Numero di UU.OO che forniscono materiale informativo (collegato o meno alla Carta dei Servizi) sui servizi forniti e modalità di accesso e fruizione delle prestazioni/ Numero totale di UU.OO.
Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche: contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni	
Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)	
Realizzazione di una o più azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata sui reclami pervenuti	Numero di azioni/progetti di miglioramento realizzate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi / Numero totale di azioni/progetti di miglioramento programmate a seguito dell'analisi effettuata sui reclami pervenuti negli ultimi 24 mesi
Predisposizione della Carta dei servizi per il percorso nascita	
Presenza di un Punto informazioni nell'atrio dell'ingresso principale	

MODULO sulla “sicurezza del paziente”

LIVELLO VALUTAZIONE: NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE	
Presenza di un sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi errori (<i>near misses</i>)	
Presenza di un sistema aziendale codificato per consentire agli utenti della struttura sanitaria di segnalare incidenti e situazioni di rischio alle quali hanno assistito	
Il sistema di cui al punto 2 è esplicitamente previsto e comunicato dall'organizzazione in documenti/ avvisi/ poster accessibili al pubblico	
Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari	
Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari e nello specifico di: chi e quando deve comunicare l'accadimento dell'evento avverso	
Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari: dove e come deve essere comunicato l'accadimento dell'evento avverso	
Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari e nello specifico dei contenuti della comunicazione (la descrizione dei fatti, cosa si sta facendo per limitare e mitigare le conseguenze dell'evento, le misure intraprese dalla struttura sanitaria)	
Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari e nello specifico di: modalità di presa in carico del paziente nel post evento e azioni di sostegno/supporto per pazienti e familiari	
Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni su soggetti e modalità con cui si forniscono a pazienti e familiari informazioni rispetto alla gestione di una eventuale controversia	
Presenza nel Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio del riferimento alla presenza di politiche, procedure e attività relative alla partecipazione dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico e al loro coinvolgimento per il miglioramento del livello di sicurezza delle cure	

4.2. Indicatori per valutare il grado di qualità percepita delle strutture di ricovero

Gli indicatori per valutare il grado di qualità percepita dell'assistenza ospedaliera sono rilevabili attraverso due modalità:

- questionario regionale “La qualità della cura in ospedale” finalizzato alla rilevazione della qualità percepita dell'assistenza. Ad oggi le rilevazioni di qualità percepita riguardanti la degenza possono essere ritenute a regime. Il questionario è strutturato su dimensioni della qualità percepita e deriva dal paradigma teorico SERVQUAL¹³ basato sulla teoria dei Gap.

Gli indicatori selezionati¹⁴ sono 10 (*Tabella 5*).

Tabella 5. Fattori di qualità/indicatori tratti dal questionario regionale “La qualità della cura in ospedale”

FATTORI DI QUALITÀ/INDICATORI

1. **accoglienza**
 2. **personale medico** (rispetto, gentilezza, informazioni su benefici e rischi delle cure)
 3. **personale infermieristico** (rispetto, gentilezza, informazioni, ...)
 4. **personale ausiliario** (rispetto, aiuto nell'igiene personale)
 5. **privacy** (rispetto riservatezza)
 6. **trattamento del dolore** (informazioni, terapia)
 7. **organizzazione** (collaborazione tra il personale, orari e spazi visite)
 8. **ambienti** (pulizia, tranquillità, disponibilità spazio)
 9. **vitto** (qualità, possibilità di scelta, orari)
 10. **dimissioni**
-

¹³ Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 1991, 67 (4): 420-50. La teoria dei Gap è un paradigma molto diffuso di qualità percepita, che definisce la qualità del servizio come il soddisfacimento delle aspettative dell'utente. 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.

¹⁴ Analisi fattoriale confermativa condotta con metodo robusto (MLR, Maximum likelihood estimation with robust standard errors) su circa 6.000 questionari somministrati in tre Aziende (anni 2015-2016).

- Sistema informativo Segnalazioni in sanità: grazie alla predisposizione di un *software* che rende possibile l'immediata visione dei dati (reclami, elogi e rilievi presentati spontaneamente dai cittadini agli Uffici per le relazioni con il pubblico), permette un utilizzo aziendale e regionale delle informazioni. Gli indicatori selezionati sono 9 e corrispondono alle macro-categorie di classificazione utilizzate da tutti gli URP della regione (*Tabella 6*).

Tabella 6. Fattori di qualità/indicatori tratti dal Sistema informativo Segnalazioni in sanità

FATTORI DI QUALITÀ/INDICATORI

1. **aspetti strutturali**
 2. **informazione**
 3. **aspetti organizzativi burocratici amministrativi**
 4. **aspetti tecnici professionali**
 5. **umanizzazione e aspetti relazionali**
 6. **aspetti alberghieri e confort**
 7. **tempi**
 8. **aspetti economici**
 9. **adeguamento alla normativa (ticket, L.E.A.)**
-

I principali criteri considerati per la selezione delle misure sono stati:

- implicazioni per l'azione, intendendo una preferenza per misure che possano concorrere a orientare la programmazione di interventi di miglioramento, privilegiando in questo senso gli aspetti critici di un fenomeno (es. proporzione di utenti insoddisfatti della chiarezza delle informazioni fornite dai professionisti), più che positivi;
- unicità dell'informazione, intendendo la presenza di dati non altrimenti ricavabili da altre fonti informative;
- fattibilità e qualità dei dati correnti disponibili, e quindi orientamento verso sistemi di rilevazione a regime, più che in fase di consolidamento.