



Manuale tecnico dell'Analisi Partecipata della Qualità

TERZA STESURA

di

*Luciano d'ANDREA,
Giancarlo QUARANTA, Gabriele QUINTI*

con il contributo e la collaborazione della
Agenzia per i servizi sanitari regionali

LABORATORIO DI SCIENZE DELLA CITTADINANZA

Roma, giugno 1996

Avvertenza

Il presente "Manuale tecnico dell'Analisi Partecipata della Qualità" nella sua prima stesura (gennaio 1996) è stato rivolto principalmente ai partecipanti al Corso pilota di specializzazione sulla APQ.

La seconda stesura è stata il frutto di un lavoro di integrazione avvenuto a seguito del Corso, sia sulla base di una riflessione ulteriore circa la teoria e la tecnica dell'APQ, sia sulla base delle osservazioni e delle proposte dei partecipanti. Rispetto alla prima stesura del "Manuale tecnico" sono state apportate consistenti modifiche, in particolare per quanto riguarda gli strumenti tecnici, che hanno raggiunto un totale di 215 pagine. È stato, inoltre, preparato un altro testo, in cui si è raccolto, sotto forma di dispensa, il materiale presentato dai docenti durante il Corso.

Questa terza stesura tiene conto delle osservazioni avanzate dal Comitato tecnico scientifico della Agenzia per i servizi regionali.

L'operazione relativa alla edizione dei tre testi è stata curata dalla équipe didattica del Corso sotto la direzione scientifica di Giancarlo Quaranta e di Gabriele Quinti.

Editing a cura di Maria Letizia Coen Cagli e Barbara Bagli

INDICE

Prefazione <i>di Giancarlo Quaranta</i>	1
Introduzione	5
1. L'analisi delle politiche pubbliche	5
2. La valutazione della qualità	8
3. APQ, politiche pubbliche e movimento della qualità	12
4. Le linee di sviluppo dell'APQ	14
Capitolo primo Qualità tecnica, dimensione interpersonale e comfort a fronte di strutture, processi ed esiti	15
1. La questione della qualità dei servizi sanitari	16
2. Che cosa si intende per qualità nell'APQ	24
3. Che cosa è l'APQ in sintesi	28
4. Qualità, efficacia, efficienza, pertinenza e impatto	29
Capitolo secondo Standard, eventi-sentinella, situazioni particolari di qualità, giudizi e opinioni	33
1. La valutazione della qualità attraverso elementi oggettivi	34
2. La valutazione della qualità attraverso elementi soggettivi	43
APPENDICE Parametri di riferimento dell'Analisi Partecipata della Qualità	48
1. Standard prescrittivi e orientativi - Medicina ospedaliera	
2. Eventi-sentinella - Medicina ospedaliera	
3. Situazioni particolari di qualità - Medicina ospedaliera	
4. Giudizi e opinioni - Medicina ospedaliera	

- 5. Disfunzioni - Medicina ospedaliera
- 6. Standard - Medicina ambulatoriale
- 7. Eventi-sentinella - Medicina ambulatoriale
- 8. Situazioni particolari di qualità - Medicina ambulatoriale
- 9. Giudizi/opinioni - Medicina ambulatoriale
- 10. Disfunzioni - Medicina ambulatoriale

Capitolo terzo	
Indici e indicatori	61
1. Indici e indicatori. Perché?	61
2. Indici e indicatori nell'APQ	63
3. Sintesi del procedimento di costruzione degli indici e degli indicatori	69
4. Regole generali per l'attribuzione di valori numerici agli indici e agli indicatori	71
APPENDICE	
Indicatori di base utilizzati nell'APQ per la medicina ospedaliera	72
Capitolo quarto	
Universi e campioni	85
1. Gli universi di riferimento	85
2. La costruzione dei campioni	91
APPENDICE	104
Capitolo quinto	
Gli strumenti tecnici	105
1. I tipi di strumenti tecnici utilizzati nell'APQ	105
2. Caratteristiche generali degli strumenti tecnici	107
3. Le griglie di osservazione	108
4. I questionari	110
5. Strumenti per il monitoraggio dell'APQ	112

Capitolo sesto	
La partecipazione nell'APQ	115
1. Il people raising	115
2. Le aziende sanitarie e il people raising	116
3. La pubblica amministrazione e la comunicazione pubblica	118
4. La presenza del volontariato, dell'associazionismo e della cittadinanza attiva nelle strutture sanitarie	123
5. Il people raising nell'APQ	126
6. Il ciclo del people raising	128
Capitolo settimo	
Aspetti organizzativi dell'APQ	153
1. Redazione del progetto operativo	153
2. Il monitoraggio nell'APQ	162
3. Lo schema operativo e i carichi di lavoro	167
4. Indicazioni operative	168
5. Varie	170
Capitolo ottavo	
Quadro culturale	175
1. La crisi dello stato e l'emergere delle soggettività sociali	176
2. La crisi e la riforma della pubblica amministrazione	179
3. La crisi e la riforma del welfare state	182
4. La crisi dei modelli professionali	184
5. Il movimento della qualità	187
6. Le forme della cittadinanza	189
Capitolo nono	
La redazione di rapporti	193
1. Il rapporto: aspetti generali	193
2. Il rapporto: aspetti di contenuto	195
3. Il rapporto: aspetti formali	199
4. L'indice: possibili elementi costitutivi	200

APPENDICE 1**Strumenti tecnici per l'Applicazione Sperimentale
della Analisi Partecipata della Qualità**

- Griglia di osservazione istantanea - GO1-A - Modulo generale per i complessi sanitari
- Griglia di osservazione istantanea - GO1-B - Modulo specifico per le divisioni di degenza
- Griglia di osservazione istantanea - GO1-C - Modulo specifico per i servizi ambulatoriali
- Griglia di osservazione periodica - GO2-A - Modulo generale per i complessi sanitari
- Griglia di osservazione periodica - GO2-B - Modulo specifico per le divisioni di degenza
- Griglia di osservazione periodica - GO2-C - Modulo specifico per i servizi ambulatoriali
- Questionario degenti
- Questionario utenti
- Questionario operatori ospedalieri
- Questionario operatori servizi ambulatoriali
- Questionario amministrativi

APPENDICE 2**Guida per l'applicazione sperimentale della Analisi
Partecipata della Qualità**

Prefazione

di *Giancarlo Quaranta*

Questo manuale è il frutto di circa cinque anni di ricerche e di studi attraverso i quali è stato possibile mettere in campo nella valutazione dei servizi sanitari il contributo della sociologia. Al riguardo si possono fare tre rilievi. L'approccio sociologico, innanzi tutto, ha consentito di sottoporre a osservazione rigorosa l'insieme delle configurazioni delle relazioni umane delle quali è costituita una e qualsiasi unità del servizio o lo stesso servizio sanitario nel suo insieme o nelle sue articolazioni territoriali. Il che ha portato a compimento quel processo di penetrazione nei meccanismi più profondi delle attività sanitarie che ha avuto ed ancora ha la sua massima espressione nelle ricerche e nelle formalizzazioni teoriche di Avedis Donabedian, il grande medico americano, la cui concezione della qualità tecnica in campo sanitario rappresenta un serio progresso sulla strada della razionalizzazione e della riduzione dei margini di arbitrio nelle valutazioni. L'apporto di quella che volentieri chiamerei nuova sociologia sanitaria, allora, è stato di rendere questo processo più stabile e fecondo. Più stabile, perché la sociologia è in grado, come ho già detto, di mettere meglio a fuoco le molteplici configurazioni che assumono le relazioni umane di interdipendenza, in un contesto complesso e opaco come quello dei servizi sanitari, attraverso una intersoggettivazione più controllata, sia sul piano metodologico, sia su quello teorico-osservativo, delle rappresentazioni della realtà. Più fecondo, perché la sociologia offre alla valutazione di qualità una tematizzazione o una problematizzazione della stessa realtà, da sottoporre a valutazione, fortemente arricchite in senso pluralistico dai filoni di ricerca che oggi di più la caratterizzano, che vanno dalla sociologia dell'organizzazione alla sociologia della conoscenza, dalla sociologia della professioni alla sociologia politica, e che si sostanziano, in particolare, nella possibilità di mettere a fuoco l'esistenza, l'azione e il ruolo dei soggetti agenti in un contesto sociale dato.

La seconda osservazione, circa questi cinque anni di ricerca e le sue conseguenze, riguarda il peso culturale dell'operazione APQ. Non si tratta, infatti, solo di una nuova (e poi nemmeno tanto) applicazione della sociologia ad un'area o ad una funzione della società contemporanea,

quale è la valutazione di una politica, ma anche e soprattutto di un salto innovativo nella ricerca sociologica che apre nuovi campi di osservazione e di intervento. Qualcosa di analogo avvenne nella sociologia sanitaria all'inizio degli anni ottanta, quando fu evidente il passaggio tematico dallo studio della "medicina" e delle strutture sanitarie o della "sanità" allo studio delle tematiche della "salute", fortemente interrelate con i temi degli stili di vita e della soggettività sociale, da una parte, e con la questione ambientale, dall'altra. Oggi s'impongono o si affiancano altri fenomeni e quindi altri interrogativi. La crisi del welfare, la questione dell'effettivo accesso ai servizi e ai benefici dell'assistenza sanitaria, la prepotente domanda di qualità che investe i consumi sociali, la rivoluzione del "total quality management" dell'impresa privata, l'emergere di imprese sociali non profit orientate all'erogazione di servizi di utilità pubblica, le trasformazioni del mercato del lavoro e delle professioni, le strategie di riforma della pubblica amministrazione come risposta in atto alla oramai cronica crisi della statualità e della dimensione pubblica: al centro di questo insieme di questioni, o per meglio dire di spinte e contropinte, si impone l'adozione di un criterio interpretativo unitario che può essere svolto proprio dal tema della qualità, sia per quella che chiamerei una sua maturità osservativa, raggiunta anche grazie all'APQ, ma non solo, sia per la sua capacità di collegare in un modo o nell'altro la maggior parte dei temi prima segnalati in un quadro suscettibile di una interpretazione unitaria. Ciò è possibile, a mio avviso, anche in virtù dell'applicazione della cosiddetta "legge della situazione", di cui parla John Naisbitt e della conseguente identificazione della effettiva "situazione" in cui si "situa" l'APQ. E qui passerei alla terza osservazione e a quello che qualcuno ha chiamato scherzosamente, ma non tanto, il fattore "P", cioè il fattore "partecipazione".

Cinque anni di ricerche sulla crisi dello stato di fronte alle opportunità e alle sfide del tempo presente, ma con un occhio anche al futuro, hanno convinto i protagonisti di questa esperienza che senza una presenza attiva di un "terzo" attore - terzo rispetto a istituzioni e professioni pubbliche - non ci fosse nessuna speranza di cambiamento. Di qui l'iniziativa di promuovere un ente di ricerca come Laboratorio di scienze della cittadinanza, che scommettesse sulla possibilità di attuare "politiche", sia pure "sui generis", della cittadinanza e quindi ne studiasse le condizioni teoriche ed empiriche di praticabilità. Nel quadro di Laboratorio è coerentemente nata l'iniziativa del corso APQ, che ovviamente non si sarebbe mai potuta realizzare senza un riferimento forte ai soggetti della cittadinanza attiva, tra i quali spicca il Movimento federativo democratico - Tribunale per i diritti del malato, soprattutto per le sue dichiarate

intenzionalità riformatrici e di collaborazione, critica ma fattiva, con le stesse pubbliche amministrazioni. E' dunque, con l'individuazione del fattore "P" che i più importanti risultati della ricerca sociologica si sono coagulati nell'APQ, dando sbocco non solo a un punto di vista, quello dei cittadini, ma anche a una prassi improntata al diritto e ai diritti, caratterizzata da un'attitudine alla eliminazione degli sprechi e alla risoluzione dei conflitti di tipo professionale e sindacale, nonché ispirata dalla convinzione che nelle stesse pubbliche amministrazioni vi fossero riserve preziose di risorse umane, sulle quali fosse possibile puntare per azioni positive di immediata implementazione.

Ma il fattore "partecipazione" rimarrebbe al livello di un buon ragionamento o di una esigenza etico-politica se non "situassimo" l'APQ in un contesto culturale diverso da quello della sola riforma dei servizi pubblici, che tra l'altro oramai tendono ad essere gestiti, non "per accidens" ma "per essenza", sia pure con una prevalenza del pubblico, anche da soggetti privati e da soggetti non profit. Questo contesto culturale, a mio avviso, è inevitabilmente quello dei consumi sociali e della effettiva tutela del cittadino, che di fronte a tali consumi, però, non può ovviamente essere trattato riduzionisticamente come un mero consumatore o un cliente.

Tuttavia in queste posizioni riduttive c'è - come hanno notato alcuni intelligenti osservatori - un qualche elemento di forza o, mi si perdoni la parola, di egemonia che deve poter essere trasferito nell'area dei consumi sociali. Non si tratta del fatto che l'utente o il cliente in quanto soggetti paganti possano far valere la loro condizione o il loro status meglio di chi è un semplice beneficiario. Proprio la ricerca empirica ha messo in evidenza che mere definizioni o soli dati culturali, anche se giusti, non incidono assolutamente sui comportamenti e sulle prassi delle amministrazioni. E' invece possibile che il modello del consumatore, legato com'è alla cultura d'impresa, si tiri dietro gli effetti di un movimento di massa di dimensioni mondiali, che ha investito nell'ultimo decennio questa cultura, quale è quello della qualità, che pone al suo centro le esigenze, le aspirazioni e il punto di vista dell'utente. Ed è questo ciò che sta avvenendo sotto i nostri occhi, anche in Italia, nel quadro dell'applicazione dei decreti delegati della recente riforma sanitaria. I limiti e i pericoli del processo, però, sono evidenti e consistenti. Non solo c'è il rischio che l'esito di questo imponente lavoro sia l'affermarsi di un modello tardo aziendalista che è all'opposto dalla qualità, ma soprattutto che la stessa qualità sia confusa con i suoi fantasmi, vale dire con una qualità solo immaginata o semplicemente con la qualità percepita, magari

dagli utenti. La prima s'incontra nelle grandi dichiarazioni di principio e talvolta nelle Carte dei servizi, a cui non seguono i fatti e le trasformazioni necessarie. La seconda è quella che si accontenta di ciò che appare, assolutizzando il giudizio o la soddisfazione degli utenti che, come è ampiamente dimostrato nella letteratura in materia, sono in campo sanitario solitamente molto generosi nella valutazione delle prestazioni ricevute.

È invece il rapporto che si realizza tra qualità e partecipazione quello che consente di superare i limiti e i rischi connessi all'assunzione acritica del modello della qualità. Tale rapporto non è un ibrido. Esso al contrario pone all'ordine del giorno il tema di una qualità concreta, praticata anche nei processi meno visibili del servizio sanitario, con i suoi ineludibili problemi di effettiva attuazione degli obiettivi di programmazione e con l'applicazione quotidiana di standard adeguati.

Certo, l'APQ è alla fine solo una tecnica di valutazione, anche se una tecnica in grado di attivare un circolo virtuoso, di cui però gli attori del servizio sanitario possono e, in un certo senso, devono "approfittare", per attuare quel cambiamento effettivo della sanità italiana che tutto sommato dipende in gran parte dal loro impegno.

Introduzione

1. L'ANALISI DELLE POLITICHE PUBBLICHE

L'Analisi Partecipata della Qualità (APQ) rappresenta una metodologia di valutazione della qualità dei servizi che ha alle spalle una storia relativamente recente. Sebbene le prime sperimentazioni del metodo siano state realizzate agli inizi degli anni '80, la sua formalizzazione risale a pochi anni fa.

Le radici culturali dell'APQ, tuttavia, vanno più indietro nel tempo. In effetti, l'APQ si pone all'incrocio di due differenti tradizioni che hanno una lunga storia alle spalle: la tradizione connessa con l'analisi delle politiche pubbliche e quella relativa alla valutazione della qualità.

La prima tradizione, quella dell'analisi delle politiche pubbliche, ha origine in alcuni rami delle scienze economiche (in particolare, in quella che oggi viene definita l'economia del welfare) e in alcuni filoni teorici delle scienze delle finanze.

I primi studi orientati alla pianificazione e alla valutazione di programmi di intervento pubblico furono condotti negli Stati Uniti, all'epoca del **New Deal**, in relazione ai grandi schemi di bonifica e ai grandi progetti idrici funzionali all'irrigazione e alla produzione di energia elettrica.

E' tuttavia negli anni '50 che vennero definite le prime metodologie per la predisposizione e la valutazione di investimenti pubblici e, in alcuni casi, di investimenti privati di importanza nazionale.

Fino ad allora, i progetti pubblici venivano elaborati e valutati essenzialmente sulla base di criteri di profittabilità economica e finanziaria, mentre raramente rientravano nell'analisi i cosiddetti obiettivi di economicità pubblica (ad esempio, i livelli di occupazione nelle aree interessate dal progetto, gli effetti ambientali, le relazioni del progetto con la bilancia dei pagamenti).

L'inserimento di queste metodologie e tecniche in una nuova prospettiva, quella della "**economia dello sviluppo**", che proprio in quegli anni andava maturando, ha consentito di superare progressivamente questo approccio, focalizzato sui benefici ottenuti dall'ente (pubblico o privato) che realizza l'investimento, per adottarne uno che tenesse conto principalmente del contributo generale dell'investimento allo sviluppo del paese e della collettività.

In tal modo, lo spettro di ambiti sottoposti ad analisi ha cominciato a crescere rapidamente, andando al di là di quelli prettamente economici. Sono stati infatti incorporati, all'interno delle analisi dei programmi pubblici, prima gli aspetti tecnici, istituzionali e amministrativi e, successivamente, quelli organizzativi e manageriali connessi con la realizzazione degli interventi.

A partire dalla seconda metà degli anni '60, l'approccio alla pianificazione e alla valutazione degli interventi pubblici perse il carattere unitario che aveva mantenuto fino a quel momento, per dare vita a differenti linee di sviluppo, sempre più autonome l'una dall'altra.

Una **prima linea di sviluppo** si ebbe nell'ambito delle stesse valutazioni economiche e finanziarie degli investimenti pubblici. In questo settore, grazie soprattutto ai lavori di Little e Mirlees (*Manual of Industrial Project Analysis*, 1969) e di Dasgupta, Sen e Marglin (*Guidelines for Project Evaluation*, 1972), venne superato il precedente approccio, orientato a misurare la sola efficienza dell'investimento, inserendo per la prima volta, come fattori centrali della progettazione o della valutazione, elementi non riconducibili alla sfera economica.

La classica analisi costi-benefici - che rappresentava il principale strumento di valutazione allora utilizzato - venne progressivamente modificata, al fine di considerare aspetti di natura sociale, ecologica e politica, anche quando essi non erano direttamente esprimibili in termini monetari (è per rispondere a questa esigenza, ad esempio, che venne coniato il concetto di "prezzo sociale") e si dette, nel contempo, anche maggiore risalto alle conseguenze degli investimenti dal punto di vista dei processi di redistribuzione del reddito e di riduzione dell'ineguaglianza sociale.

Una **seconda linea di sviluppo** è rappresentata dalla valutazione di impatto ambientale (VIA). Tale approccio ha origine nel 1969, anno in cui viene introdotto, nella legislazione statunitense, il "National

Environmental Policy Act" (Nepa), con il quale è fatto obbligo a tutti gli enti del Governo federale di "adottare un approccio sistematico ed interdisciplinare al fine di assicurare l'uso integrato, sia delle scienze sociali e naturali, che della progettazione ambientale, nella pianificazione e nei processi decisionali, capaci di interessare l'ambiente umano".

Questa normativa ebbe un impatto rilevante, non solo nell'ambito dell'analisi dei rischi ambientali, ma più in generale nel campo della valutazione degli interventi pubblici. In particolare, ci si riferisce a tre effetti importanti:

- favorì un incremento degli investimenti nell'ambito della ricerca valutativa;
- introdusse l'idea di una pianificazione e di una valutazione fondate su una visione interdisciplinare dei problemi (e quindi non più ancorata alle teorie e alle metodologie delle scienze economiche e finanziarie);
- rese possibile un progressivo ampliamento dell'ambito di applicazione delle procedure di pianificazione e di valutazione, in quanto orientò l'attenzione, non più sul singolo progetto, ma sulle politiche pubbliche adottate dai differenti soggetti.

Una **terza linea di sviluppo** può essere rintracciata nella valutazione di impatto sociale (SIA), sorta sulla scia della valutazione di impatto ambientale, da cui tuttavia si differenziò progressivamente, assumendo una propria autonomia. Infatti, se inizialmente la valutazione di impatto sociale era utilizzata per coprire gli aspetti "residuali" non considerati dalla VIA, a partire dalla fine degli anni '80 essa assunse un obiettivo più ampio, quello cioè di fornire ai decisori informazioni di carattere predittivo sugli effetti sociali connessi ai processi decisionali. Questa ridefinizione di obiettivi spinse gli scienziati sociali ad adottare un ampio ventaglio di nuove metodologie di analisi, da quelle incentrate sulla quantificazione dei fenomeni e sulla oggettivizzazione delle loro reciproche relazioni (quali i differenti modelli di simulazione computerizzati) a quelle più empatiche e qualitative (quale il cosiddetto Metodo Delphi, fondato su una consultazione, realizzata secondo procedure controllate, di un panel di esperti).

Una **quarta linea di sviluppo** si può rintracciare nell'ambito della cooperazione internazionale. In questo settore, in effetti, sono andate rapidamente formalizzandosi, tra la fine degli anni '70 e gli inizi degli anni '80, procedure di Project Monitoring & Evaluation (M&E) che hanno

assunto in misura crescente caratteristiche proprie rispetto al filone originario dell'analisi degli investimenti pubblici. In particolare, queste procedure accentuarono alcuni aspetti oggi divenuti centrali nel contesto più generale dell'analisi delle politiche pubbliche, quali:

- l'integrazione tra i differenti soggetti (pubblici e privati, nazionali e internazionali) operanti sullo stesso territorio;
- l'integrazione tra le politiche e tra gli interventi adottati in differenti settori (agricoltura, industria, sanità, istruzione, cultura);
- la partecipazione dei beneficiari degli interventi e delle politiche ai processi decisionali che li riguardano.

Più di recente (e siamo così arrivati alle soglie degli anni '90) si stanno registrando numerosi tentativi per arrivare a un **metodo "unificato"** per l'analisi delle politiche pubbliche, che tenga conto dei contributi provenienti dai differenti filoni della progettazione e della valutazione.

Il più promettente tentativo operato in questa direzione è forse quello che tende a collegare i diversi approcci utilizzando, come criterio unificante, il **concetto di rischio**. Nato inizialmente per ricongiungere tra loro la VIA e il SIA, la Risk Analysis assume oggi, tra i propri obiettivi, anche lo studio degli effetti delle politiche pubbliche sull'intero spettro dei fattori di esclusione sociale, compresi quelli che hanno una origine economica (la mancanza di occupazione, il mancato accesso al credito, l'inflazione, ecc.) e politica (il grado di libertà personale, il grado di tutela dei diritti individuali, ecc.).

Nella stessa direzione - quella, cioè, di un approccio "unificato" alla gestione dei programmi e delle politiche pubbliche - si muove anche l'approccio del *project management*, che trova il suo punto di forza nella capacità di integrare in sé prospettive e tecniche diverse (scelta strategica e momento valutativo, controllo delle variabili interne e previsione/gestione di quelle esterne, ecc.).

2. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ

La seconda tradizione cui l'APQ si riconnette è quella della valutazione della qualità.

Differentemente dall'analisi delle politiche pubbliche, la valutazione della qualità trae origine dal mondo dell'industria, quando, a partire dalla fine degli anni '60, ma soprattutto agli inizi degli anni '70, si avviò un profondo mutamento delle strutture produttive in tutti i paesi avanzati, sulla spinta dell'evoluzione tecnologica (in particolare nel settore della informatizzazione e della robotizzazione dei processi produttivi) e della crescente terziarizzazione, ma soprattutto come effetto di più ampi mutamenti sociali che incominciarono a determinare con sempre maggiore frequenza forti variazioni nella domanda di mercato.

Questo processo - che oggi viene indicato come passaggio dall'economia di scala all'economia flessibile o, più sinteticamente, dal fordismo al toyotismo - rappresentò, sin dagli inizi, il luogo di incubazione del **"movimento della qualità"**.

L'emergere della qualità come tema centrale del management aziendale si può far risalire agli anni '60 nel contesto della rinascita economica del Giappone. Inizialmente, il riferimento alla qualità era collegato esclusivamente alla questione della riduzione dei difetti di fabbrica nei prodotti, in modo da renderli più competitivi rispetto a quelli che uscivano dalle industrie nord-americane o europee. La definizione e la diffusione di metodi di controllo della qualità del prodotto e delle sue componenti nelle varie fasi di lavorazione portò già nel 1975 l'industria giapponese a superare, in termini di qualità, quelle occidentali.

Ben presto, tuttavia, la necessità di dare risposta a questa esigenza tecnica venne progressivamente ad assumere i caratteri di una vera e propria filosofia manageriale, quella della **"qualità totale"**, con la quale si spostò l'accento dalla qualità del prodotto alla qualità dell'intero processo produttivo. Attraverso questo passaggio, assunsero in tal modo rilevanza aspetti precedentemente considerati marginali: i valori, la cultura aziendale, le logiche gestionali; i processi decisionali; le tecniche e le metodologie applicate dal personale; il "clima", inteso come insieme delle percezioni che i membri del personale hanno sulle relazioni aziendali, sui meccanismi organizzativi o sulle stesse politiche assunte dall'azienda; le motivazioni e la soddisfazione del personale; l'immagine dell'azienda; le relazioni tra cliente e azienda, non solo nel contesto della vendita del prodotto, ma per tutta la durata della sua utilizzazione.

Il successo economico giapponese degli anni '70 indusse le industrie europee e, soprattutto, quelle nord-americane a prendere più seriamente in considerazione la questione della qualità totale, inizialmente ritenuta

scarsamente rilevante o comunque poco applicabile in un contesto culturale e sociale diverso da quello di origine.

Rappresentarono un punto di svolta, in questa direzione, gli studi condotti agli inizi degli anni '80 negli Stati Uniti sulle aziende "eccellenti", quelle, cioè, che, nel loro campo, presentavano i più alti livelli di efficienza, nel tentativo di identificare una via "occidentale" alla qualità. Uno dei risultati di questi studi fu quello di scoprire che i prodotti e i beni materiali che tali aziende fornivano incorporavano una parte importante di "servizi", vale a dire di beni immateriali, quali l'assistenza al cliente o l'offerta di prestazioni personalizzate, i quali tendevano anche a veicolare l'idea di un "obiettivo sociale dell'impresa".

L'introduzione di un approccio improntato alla qualità, avvenuta inizialmente attraverso l'iniziativa di alcune grandi *companies* americane ed europee, divenne ben presto oggetto di politiche pubbliche da parte di alcuni governi (nel maggio del 1983, ad esempio, il Primo Ministro britannico Margareth Thatcher dette avvio alla Campagna Nazionale per la Qualità; una campagna simile fu realizzata, nello stesso periodo, dalla presidenza Reagan, che, tra l'altro, portò alla proclamazione del mese di ottobre come "Mese Nazionale della Qualità").

Grazie anche all'azione dei governi, a partire dalla metà degli anni '80, la qualità entrò così nell'ambito dei servizi.

Uno dei primi settori interessati da questo processo fu quello dei servizi sanitari. Le nuove metodologie di analisi della qualità, mutate dall'impresa privata, vennero adattate alle specifiche necessità di controllo e di valutazione delle strutture sanitarie, trovando spesso forme di integrazione con le metodologie di valutazione (come il Clinical Audit) già adottate, almeno negli Stati Uniti e nel Regno Unito, già negli anni '70. Questo processo contribuì ad ampliare lo spettro di fenomeni presi in considerazione dalle valutazioni di qualità, che non si limitarono più ai soli aspetti diagnostico-terapeutici, ma incorporarono in misura crescente anche aspetti relativi alla più generale condizione dei malati all'interno dei servizi.

In Italia, la "scoperta" della qualità avvenne tardivamente rispetto ad altri paesi europei. Le prime iniziative risalgono, infatti, al 1985 (se non si considerano alcuni tentativi sporadici, soprattutto sul tema dei "circoli di qualità", avvenuti tra il 1981 e il 1983), ma un impegno sistematico in campo industriale si incominciò a registrare solo a partire dal 1988, grazie

all'azione di alcuni enti, quali l'Associazione Italiana Produttori (AIP) o la Federazione delle Associazioni Scientifiche e Tecniche (FAST) e, più recentemente, di importanti aziende (come la FIAT) e di alcune istituzioni pubbliche (come l'INPS).

Occorre, tuttavia, rilevare come l'assunzione di modelli strategici e di valutazione improntati sulla qualità incontri ancora oggi notevoli resistenze, soprattutto nell'ambito delle pubbliche amministrazioni, in cui l'introduzione dei principi della qualità si scontra con pratiche professionali e organizzative meno flessibili e, pertanto, più impermeabili al cambiamento di quelle dominanti nel settore privato.

Nondimeno - ed è questo lo scenario che sembra caratterizzare gli anni '90 - si avverte ormai anche all'interno di questi settori la presenza di un "movimento della qualità" che coinvolge in misura crescente gli operatori e le dirigenze delle agenzie erogatrici di servizi pubblici, movimento che sembra costituire ormai, per dirla in termini sociologici, una vera e propria "agency", vale a dire un sistema di comportamenti collettivi, basati su un insieme di rappresentazioni, idee e valori, che si pongono come fattori propulsivi del cambiamento.

Uno degli effetti da ricollegare a questo movimento è lo sviluppo di metodi e strumenti di controllo della qualità dei servizi che, in modo a volte sordinato, vengono tuttavia proposti all'interno delle entità pubbliche e private che erogano prestazioni alla collettività. Si possono, in proposito, citare la diffusione delle Carte dei servizi (anche sulla spinta delle iniziative assunte dal governo Ciampi tra il 1992 e il 1993) o la introduzione di principi di qualità del servizio nell'ambito di importanti settori (come quello sanitario, quello pensionistico o quello dei servizi idrici).

L'interesse nei confronti della qualità dei servizi è peraltro rintracciabile anche nella tendenza, sempre più avvertita in questi anni, ad estendere progressivamente al settore terziario l'applicazione delle norme internazionali di certificazione (ISO 9000-EN 46000), norme originariamente concepite per la valutazione di qualità nell'ambito della sola produzione industriale. Si tratta di un filone destinato, peraltro, a crescere di peso sulla spinta delle politiche assunte dall'Unione Europea in questa materia (si consideri, in proposito, la direttiva comunitaria 93/42

che prevede la certificazione obbligatoria per i prodotti per i quali si intende apporre il marchio CE)¹.

Anche il tema dell'accreditamento delle strutture sanitarie interagisce in qualche misura con quello della qualità, se non altro perché tocca la questione dei requisiti minimi di qualità, sebbene in una prospettiva ben differente da quella di tipo valutativo, la quale mira ad attivare meccanismi di miglioramento continuo nella produzione e nella erogazione delle prestazioni².

3. APQ, POLITICHE PUBBLICHE E MOVIMENTO DELLA QUALITÀ

Come si è detto, l'APQ si pone alla confluenza di queste due tradizioni, quella delle analisi delle politiche pubbliche e quella della analisi della qualità.

In effetti, l'APQ prende dalla seconda tradizione il concetto stesso di qualità, assumendolo, tuttavia, non solo come elemento strategico o come criterio valutativo, ma soprattutto come **obiettivo centrale delle politiche pubbliche**, in particolare quando queste riguardano la produzione di servizi di interesse collettivo.

La qualità dei servizi, infatti, costituisce oggi **il principale punto di snodo dei rapporti tra i cittadini e le agenzie erogatrici di tali servizi**. Da questo punto di vista, il tema della qualità incorpora altre questioni di grande rilevanza quali la tutela dei diritti dei cittadini, la trasparenza delle procedure amministrative o la protezione degli individui dai principali fattori di esclusione sociale; questioni che rappresentano oggetti propri delle politiche pubbliche.

In tal senso, l'APQ deve essere interpretata come un programma che si pone due obiettivi diversi.

L'obiettivo più immediato è quello di favorire un miglioramento della qualità dei servizi (anche differenti da quelli sanitari, essendo un metodo

¹ CERTIMEDICA, *Qualità e certificazione ISO 9000 nel settore sanitario*, 1995.

² Archibald J., *Project Management*, Milano, Franco Angeli, 1991; Ricci A., *Gestione di progetti*, in AA.VV., *La qualità globale*, Milano, Sperling & Kupfer, 1995.

di analisi e di misurazione della qualità applicabile, attraverso procedure di semplice adattamento, in tutti i settori).

Allo stesso tempo, però, l'APQ è orientata verso finalità più generali, relative alla definizione di politiche pubbliche che tengano adeguatamente conto dell'accresciuto peso dei cittadini e delle loro organizzazioni nelle società contemporanee e della rilevanza dei servizi quale luogo prioritario in cui questo peso si manifesta.

4. LE LINEE DI SVILUPPO DELL'APQ

Chiarito il *back-ground* culturale da cui l'APQ prende le mosse, occorre soffermarsi brevemente su quelle che rappresentano le possibili linee di sviluppo future di questo approccio.

Come si è detto, l'APQ può essere considerata un programma, con proprie specifiche finalità; si tratta, tuttavia, di un programma aperto, per almeno due buoni motivi.

Il primo è legato alla stessa strategia di diffusione dell'APQ, che trova proprio nel presente Manuale tecnico uno dei principali punti di forza. Il fine ultimo di questa strategia è quello di trasferire alle aziende sanitarie locali e a quelle ospedaliere una tecnologia di analisi della qualità che le sostenga in una indispensabile azione di monitoraggio e di valutazione delle prestazioni offerte e consenta loro di ottenere un set di informazioni necessarie per orientare i propri investimenti e le proprie scelte organizzative.

L'assunzione di questo ruolo primario da parte delle aziende sanitarie potrà avere molteplici effetti. Indubbiamente, uno di questi riguarderà proprio il versante tecnico, in quanto è lecito aspettarsi che un maggiore ricorso all'APQ in uno spettro più ampio di contesti differenti potrà consentire un suo miglioramento verso direzioni che, al momento attuale, non sono prevedibili.

Nel contempo, è possibile ritenere che l'APQ dovrà necessariamente trovare forme di interazione, se non di vera e propria integrazione, con quei metodi di valutazione della qualità complementari ad essa, in quanto essi considerano aspetti non approfonditi nell'ambito dell'APQ ma,

viceversa, non tengono conto di elementi che sono invece oggetto specifico dell'APQ.

In campo sanitario, quindi, questo secondo processo comporterà la definizione di modalità di integrazione dell'APQ con altri metodi, alcuni dei quali già formalizzati, come la VRQ (che focalizza l'attenzione sulle pratiche e le procedure sanitarie) e i DRG (che sono orientati a operare un controllo sui centri di costo), e altri da sviluppare, quali quelli volti alla valutazione della qualità delle strutture sanitarie in quanto imprese (in questa direzione, si sta già sperimentando un metodo, l'Analisi Partecipata della Qualità Allargata o APQA, che assume gli stessi principi dell'APQ) o i metodi di valutazione della qualità delle prestazioni dei servizi sanitari dal punto di vista dell'impatto sul territorio, in termini epidemiologici e socio-sanitari.

Si tratta insomma di cogliere l'APQ, non come una tecnica rigidamente definita, di per sé conchiusa e autoreferenziale. Al contrario, la diffusione dell'APQ e il tipo di retroazioni che da questa diffusione potranno derivare sono determinanti per lo sviluppo del metodo e per un suo crescente radicamento nel SSN. In questa prospettiva, oltre alla questione dell'integrazione dell'APQ con altri metodi di valutazione, si porrà in misura crescente anche quella dell'interazione tra l'APQ e altri strumenti di gestione strategica dei servizi, sia al livello locale (si pensi, a questo proposito, alle Carte dei servizi), sia al livello nazionale (ambito nel quale, ad esempio, si pone il tema delle relazioni tra APQ e normativa dell'accreditamento dei servizi sanitari).

CAPITOLO PRIMO

Qualità tecnica, dimensione interpersonale e comfort a fronte di strutture, processi ed esiti

Nell'introduzione di questo manuale, si è avuto modo di vedere come l'Analisi Partecipata della Qualità (APQ) si ponga alla confluenza di due correnti di pensiero (o procedure di analisi dei servizi di carattere pubblico e sociale):

- quella della valutazione degli interventi pubblici;
- quella dell'analisi della qualità.

In poche parole, si potrebbe dire che l'APQ consiste in un'analisi di tipo valutativo (o meglio in una valutazione) della qualità che si applica ai servizi di carattere pubblico e sociale, sia in quanto tali, sia in quanto espressione di *policies*.

In questo manuale si illustra come l'APQ possa essere applicata, ai suoi vari livelli (generale, regionale, locale), al più grande intervento pubblico mai attuato in Italia: il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Al riguardo, va detto che in questo momento il SSN è coinvolto in profonde e radicali trasformazioni di cui l'APQ deve tenere conto e delle quali, si presume, il lettore sia a conoscenza.

1. LA QUESTIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI

1.1. Gli approcci valutativi (o analitici)

L'approccio strutturale

Così come in altri settori (trasporti, servizi idrici, igiene urbana, ecc.), anche nell'ambito dei servizi sanitari le prime analisi a carattere valutativo della qualità hanno riguardato essenzialmente, o meglio, esclusivamente, **le strutture**. Con questo termine, per quanto concerne la sanità, si intendono "le caratteristiche relativamente stabili degli amministratori e degli operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici e organizzativi in cui operano"¹. Con il termine "struttura", ci si riferisce, quindi, essenzialmente alle risorse umane (numero, distribuzione e qualifiche degli operatori), fisiche (numero, dimensioni, attrezzature e collocazione geografica degli ospedali e degli altri servizi sanitari) e finanziarie necessarie alla erogazione dell'assistenza sanitaria.

Appare evidente che disporre di strutture adeguate rappresenta una condizione *sine qua non* per una erogazione di buona qualità delle prestazioni dei servizi sanitari. Ed è quindi ovvio che tale componente sia stata presa subito in esame nell'ambito delle prime valutazioni della qualità dei servizi sanitari (che sono state effettuate negli USA negli anni '50).

E' da sottolineare, peraltro, come lo studio delle strutture sia relativamente semplice, trattandosi sostanzialmente di un'analisi statica. Se esiste una buona amministrazione, i dati relativi alle strutture dovrebbero essere tutti disponibili; altrimenti, essi sono comunque facilmente reperibili.

Ci si è via via resi conto, però, che, seppure essenziale, l'analisi delle strutture non è tuttavia sufficiente per valutare la qualità. I dati relativi alle strutture, infatti, non dicono nulla riguardo alle modalità di erogazione delle prestazioni e ai risultati di queste ultime. Come si è detto, infatti, tale tipo di analisi è di carattere statico, mentre un servizio sanitario costituisce una realtà dinamica.

¹ A. Donabedian, *La qualità dell'assistenza sanitaria*. Firenze, NIS, 1990 (ed. orig.: 1980).

strutture processi ed esiti

Quanto appena esposto appare, per così dire, autoevidente. Tuttavia, per molti anni (fino agli anni '60 in alcuni paesi, come gli Stati Uniti; fino alla fine degli anni '80 in Italia), l'analisi della qualità dei servizi sanitari si è limitata all'esame delle strutture.

Il primo tentativo di superamento dell'approccio strutturalista nella valutazione dell'assistenza sanitaria era stato, nel 1951, quello di H.B. Makover², secondo il quale alla componente strutturale si deve aggiungere quella relativa al processo, ovvero inerente al servizio medico effettivamente reso o, se si preferisce, all'assistenza sanitaria che viene prodotta dalla interazione tra le risorse nello svolgimento delle attività e delle procedure all'interno del servizio.

Nonostante il lavoro di Makover risalga all'inizio degli anni '50, solo venti anni dopo si è iniziato (peraltro quasi esclusivamente negli USA, in Canada e in Australia) a occuparsi seriamente della dimensione processuale nell'analisi della qualità dell'assistenza sanitaria. Si riteneva, infatti, che considerare tale dimensione rendesse l'esercizio valutativo molto più oneroso, e quindi non compatibile con la generale scarsa importanza che veniva comunque attribuita alla valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.

Sempre alla fine degli anni '60, è stata proposta una terza dimensione nella valutazione della qualità: quella degli esiti. Con questo termine si intende il cambiamento nello stato di salute del paziente che può essere attribuito a un intervento di assistenza (ovvero a una prestazione sanitaria, includendovi, sia gli aspetti fisici e fisiologici, sia, più avanti, quelli psicologici e sociali).

Anche la considerazione degli esiti ha avuto un antecedente alla metà degli anni '50. Nel 1955, M.C. Sheps³ aveva proposto la seguente suddivisione per la valutazione della qualità ospedaliera:

- esame dei requisiti essenziali o dei "desiderata" relativi a un'assistenza adeguata;
- esame degli elementi della prestazione;

² H.B. Makover, *The quality of medical care*, in "American Journal of Public Health", 1951.

³ M.C. Sheps, *Approaches to the quality of hospital care*, Public health report, 1955.

- valutazioni cliniche;
- esame degli effetti della assistenza.

In termini molto grossolani, si potrebbe dire che la prima delle quattro categorie di Sheps può corrispondere alla "struttura", la seconda e la terza al "processo" e la quarta agli "esiti".

Le tre componenti di struttura, processo ed esito sono state considerate congiuntamente per la prima volta da A. Donabedian nel 1966⁴, il quale, così facendo, intendeva sottolineare i limiti dell'approccio strutturalista ritenuto senz'altro utile a fini di programmazione, ma del tutto insufficiente (per i motivi già detti) per il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi sanitari.

Questa tripartizione della qualità è stata fatta propria, con integrazioni e correzioni, dal metodo APQ e viene ulteriormente illustrata nel par. 2.

il superamento della qualità tecnica

Si sarà forse notato che in tutti gli approcci alla valutazione della qualità dei servizi sanitari a cui si è fatto cenno sinora, l'attenzione si è concentrata sull'assistenza (e/o sulle prestazioni) sanitaria. Sembrerebbe che, per molti anni, nelle valutazioni di qualità dei servizi sanitari ha prevalso quello che potrebbe essere denominato "paradigma biomedico" o "paradigma tecnicistico", secondo il quale l'unica cosa che conta è il miglioramento delle condizioni di salute (in termini fisici e fisiologici) dell'utente dei servizi sanitari e, quindi, l'applicazione adeguata della scienza e della tecnologia medica, nonché delle altre discipline sanitarie alla gestione di un problema individuale di salute.

In campo medico, è stato A. Donabedian⁵ a mettere in evidenza i limiti di un approccio fondato esclusivamente sugli aspetti tecnici e sanitari (ovvero sulla qualità tecnica in senso stretto). Donabedian sottolinea l'importanza, innanzi tutto della dimensione interpersonale, ovvero "della gestione, in tutti i suoi aspetti, dell'interazione sociale e psicologica tra utente e operatore"⁶ e, quindi, del livello di comfort, inteso quest'ultimo come ambiente di vita e, allo stesso tempo, come insieme degli aspetti più

⁴ A. Donabedian, *Evaluating the quality of medical care*, in "Miltbank Memorial Fund Quarterly", 1966.

⁵ A. Donabedian, *La qualità dell'assistenza sanitaria*, cit.

⁶ A. Donabedian, *ibidem*.

personali dell'erogazione del servizio sanitario⁷.

In campo giuridico-sociale, per lo meno in Italia, si è avviata una riflessione al riguardo, a partire dal 1980, connessa soprattutto alla formulazione delle Carte dei diritti del cittadino malato⁸. E' stata in particolare riconosciuta la rilevanza assunta, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, dagli aspetti relativi alla disponibilità delle informazioni, alle relazioni operatori/utenti, all'igiene, alle condizioni del vitto e dell'alloggio, alla riservatezza, ai rapporti con gli uffici amministrativi, in poche parole, a tutto ciò che, secondo la terminologia appena introdotta, fosse riconducibile alla dimensione interpersonale e al comfort. Si è anche messo in evidenza che, proprio in relazione a tali aspetti, avvengono quelle che si possono denominare "violazioni di micro-diritti"⁹ (cfr. "Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel SSN").

Oggi, la necessità di superare il paradigma biomedico o tecnicista nelle valutazioni di qualità dell'assistenza sanitaria è pressoché universalmente riconosciuta. E' in questo quadro che vanno considerati, peraltro, i dibattiti svoltisi negli anni '80 in Italia sui temi dell'umanizzazione dei servizi sanitari e della personalizzazione delle prestazioni, che attualmente si ritrovano nella formulazione delle Carte dei servizi socio-sanitari delle

⁷ Sempre in campo medico, una formulazione alternativa a quella di A. Donabedian è stata elaborata da Brook e Williams (*Quality of health care for disadvantaged*, in "Journal of Community Health", 1975), i quali distinguono l'assistenza tecnica, che consiste nell'adeguatezza dei processi diagnostici e terapeutici, dall'arte dell'assistenza, la quale si riferisce all'ambiente, ai modi e al comportamento che caratterizzano l'operatore sanitario quando eroga l'assistenza e comunica con il paziente.

⁸ La prima Carta dei diritti del cittadino malato (composta di 33 "diritti") è stata proclamata pubblicamente a Roma dal Tribunale per i diritti del malato, sulla base di un approfondito lavoro svolto da una Commissione istruttoria che ha analizzato centinaia di segnalazioni di cittadini e operatori relative a disfunzioni del servizio sanitario. Dopo quella di Roma, nei 10 anni successivi, sono state proclamate, ai livelli provinciale, locale o regionale circa altre 80 Carte.

⁹ Si usa la locuzione "micro-diritti" per indicare, senza entrare nel merito della discussione giuridica, quelle pretese o aspettative dell'utente o del cittadino che riguardano l'attuazione di situazioni giuridiche soggettive (interessi o legittime aspettative) di più ampia portata. Si tratta di una espressione usata più per comodità linguistica che per esigenze tecniche. Si dice, in questo senso, che le elencazioni presenti nelle Carte dei diritti del cittadino malato - le quali contengono indicazioni specifiche e concrete quali il diritto al cibo caldo, la dotazione di scopini e di carta igienica nei gabinetti, il diritto ad essere alloggiato in stanze con non più di quattro letti -, siano costituite da micro-diritti.

varie aziende USL e aziende ospedaliere d'Italia. Ed è ovviamente in questo stesso quadro che si colloca anche l'APQ.

Il metodo - elaborato da Luciano d'Andrea, Giancarlo Quaranta e Gabriele Quinti, sociologi del CERFE - è stato messo a punto, per la prima volta, in occasione dell'indagine nazionale sulla qualità dei servizi sanitari in Italia effettuata tra il 1990 e il 1991, in funzione della redazione del "Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale"¹⁰. Il metodo è stato successivamente testato al livello regionale (in particolare in Abruzzo e in Emilia-Romagna, tra il 1993 e il 1994) e a quello di una singola azienda sanitaria, nel 1994.

Nella prospettiva del superamento dell'approccio biomedico o tecnicistico si posizionano anche altri tre approcci utilizzati in Italia per l'analisi della qualità dei servizi sanitari:

- la VRQ (Quality assurance);
- i DRG (Diagnosis related groups);
- gli indicatori gestionali

LA VERIFICA E LA REVISIONE DELLA QUALITÀ (QUALITY ASSURANCE)

La VRQ viene definita dalla Società italiana di verifica e revisione della qualità come "un processo dinamico, metodologico e filosofico che, partendo dalla valutazione dei diversi aspetti qualitativi e reali dell'assistenza sanitaria, ne analizza le eventuali carenze, individua le soluzioni, introduce misure correttive e riorganizza il lavoro per ottenere un miglioramento delle prestazioni"¹¹. Essa è la versione italiana della *quality assurance*, che è finalizzata alla realizzazione di programmi di "miglioramento continuo" della qualità e di "minimizzazione dei rischi" connessi alle attività delle strutture sanitarie.

La VRQ valuta la qualità attraverso una verifica dei livelli di aderenza a protocolli, i quali vengono anche considerati come obiettivo del processo di revisione della qualità. In questo quadro, una particolare attenzione è dedicata alla valutazione della adeguatezza dei protocolli diagnostici e terapeutici.

¹⁰ CERFE, *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale*, Roma, Il pensiero scientifico, 1992.

¹¹"QA", n. 1/2, 1993, organo ufficiale della Società italiana di verifica e revisione della qualità.

In modo estremamente sommario (tra l'altro, si tenga conto che esistono molteplici accezioni della VRQ) si può dire che il processo di VRQ si articola nei seguenti punti. In primo luogo, è necessario determinare l'area di servizi da valutare, che può essere una divisione di degenza, un ambulatorio o una intera struttura ospedaliera. In secondo luogo, devono essere identificate le "unità operative" da valutare; si tratta, normalmente, di luoghi (reparti, farmacia, sala operatoria, ecc.), di funzioni (ammissione, gestione forniture, ecc.), di soggetti (personale infermieristico, personale medico, ecc.). In terzo luogo, è necessario fissare gli obiettivi generali della qualità (che possono essere legati alla efficacia, alla efficienza, alla accessibilità, alla minimizzazione dei rischi, ecc.); in quarto luogo, devono essere determinati per ciascun obiettivo e per ciascuna unità operativa gli indicatori e i relativi livelli di soglia. Le ultime due fasi del processo di VRQ riguardano la verifica dello stato attuale (applicazione del modello attraverso la raccolta delle informazioni) e la definizione di strategie per il miglioramento negli ambiti in cui ciò si riveli necessario.

La VRQ si muove, quindi, su un piano multidimensionale, vale a dire tende a cogliere tutti gli aspetti connessi al raggiungimento di obiettivi di qualità (pratica medica e chirurgica, costi, gradimento dei pazienti, accessibilità dei servizi, assistenza post-ricovero, ecc.). L'attività di valutazione periodica della qualità consiste nell'accreditamento, inteso come un processo volto a identificare e a riconoscere le strutture sanitarie che garantiscono un livello qualitativamente adeguato di assistenza. Le principali aree di interesse della VRQ sono: l'assistenza ospedaliera, la formazione, l'assistenza di base, la riabilitazione, l'emergenza, l'attività ambulatoriale.

I DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)

Un secondo approccio, collocabile nel quadro delle analisi di qualità dei servizi sanitari e riconducibile, contrariamente al precedente, a un'analisi del tipo costi/benefici, si basa sul metodo DRG "diagnosis related groups". Esso sta assumendo particolare importanza nella presente fase di ristrutturazione dei servizi sanitari, in quanto consente di valutare il peso economico delle singole prestazioni diagnostiche e terapeutiche e quindi di spostare l'attenzione da una analisi dei costi basata prevalentemente sul parametro delle giornate di degenza alla tariffazione da applicare ai diversi servizi offerti. In sostanza, in un sistema sanitario locale che verrà remunerato dallo stato e dalle regioni non più in base alle giornate di degenza effettuate, bensì alle prestazioni effettivamente erogate, diventa centrale disporre di un metodo di valutazione che consenta di attribuire un valore economico specifico a tali prestazioni. Attualmente, tale approccio viene utilizzato soprattutto per l'analisi costi-benefici della rete ospedaliera, per la valutazione economica delle cure mediche e per le problematiche economiche connesse alla diffusione delle nuove tecnologie.

I DRG sono classificazioni delle patologie, utilizzate negli Stati Uniti dall'organizzazione sanitaria "Medicare" per il pagamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di assistenza ospedaliera in regime di day-hospital, di assistenza residenziale e semi residenziale, di assistenza specialistica ambulatoriale, di pronto soccorso. Gli ospedali sono pagati per ogni prestazione con quote prefissate, corrispondenti al consumo medio delle risorse che è necessario impiegare per ciascuno dei circa 500 gruppi diagnostici definiti. Il prezzo pagato per le prestazioni deriva dal "prodotto del peso relativo (*relative weight - RW*) a ciascun DRG per un valore standard". I RW riportati nei manuali d'uso dei DRG sono quindi indicatori della quantità di risorse impegnate per il trattamento in regime di degenza di ogni singolo DRG. Ad esempio, per costruire un DRG devono essere presi in considerazione fattori quali il tempo dedicato dal medico per la cura di una determinata patologia, i farmaci utilizzati, l'uso delle attrezzature, ecc.

GLI INDICATORI GESTIONALI

Occupandosi di analisi della qualità, si può fare riferimento, in Italia, a un sistema di indicatori di tipo gestionale. Va subito precisato che nel corso degli ultimi anni, da quando cioè i criteri del contenimento della spesa e della garanzia di standard di qualità accettabili - sia per gli operatori che per gli utenti - hanno assunto un ruolo di primo piano, in molte strutture territoriali del SSN (al livello di ospedale, di Usl, ecc.) sono stati adottati, e spesso ideati autonomamente, modelli di valutazione delle attività. Attraverso l'uso di questi modelli, che non aspirano alla valutazione completa dei servizi prestati, ma si pongono piuttosto come strumenti di lavoro quotidiano, si rivolge l'attenzione soprattutto all'aspetto gestionale, proponendo indicatori di efficienza e di produttività.

All'interno di tali modelli è possibile inserire anche il sistema di indicatori per il controllo della qualità di cui all'art. 10 del DL 517/93 (elaborato dalla Commissione Nazionale della VRQ - vedi box precedente), che vengono intesi come "strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie (...) e rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali nei diversi livelli istituzionali".

Gli indicatori approntati dalla apposita Commissione nazionale istituita presso il Ministero della sanità non sembrano tuttavia rientrare nello spirito della VRQ, ma piuttosto nell'area della verifica gestionale, come rilevato dalla stessa Società italiana di VRQ.

Gli indicatori sono suddivisi in quattro categorie: indicatori di domanda e di accessibilità, indicatori di risorse, indicatori di attività, indicatori di risultato; una quinta categoria di indicatori riguarda il monitoraggio degli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1994-96. Ciascuna categoria di indicatori può essere applicata a una particolare area della domanda sanitaria. Quest'ultima è stata suddivisa in sei aree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza sanitaria distrettuale, assistenza ospedaliera, assistenza materno-infantile, servizi per la salute mentale e servizi per gli anziani.

Tali indicatori sono tutti di tipo macro-gestionale e non hanno punti di contatto con una valutazione che possa coinvolgere i soggetti protagonisti del processo diagnostico-terapeutico, in termini di soddisfazione, professionalità, personalizzazione. Sembra quasi che nella attuazione dell'articolo 10 del DL 517/93 si sia dimenticato, o comunque che esista una profonda frattura, lo spirito che anima l'articolo 14 del DL 517/93, dove si parla di "qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie"

Come si potrà notare dalla lettura delle pagine che seguono, l'APQ si distingue in modo considerevole dai tre approcci appena presentati.

1.2. Gli approcci strategici

Oltre che in sede di analisi e/o valutazione, il tema della qualità dei servizi sanitari viene affrontato nel quadro del cosiddetto. "movimento della qualità - *Total quality management*". Tale approccio (ma, in realtà, si tratta di una pluralità di approcci differenti: hanno proprie caratteristiche, infatti, per lo meno il modello americano e quello giapponese) aveva, in origine, relativamente poco a che vedere con la valutazione di programmi, progetti, interventi o servizi finanziati con fondi pubblici o prevalentemente pubblici. Di *total quality*, infatti, si parlava soprattutto all'interno del mondo delle imprese private.

Con *total quality* si definisce "una pratica del miglioramento continuo e simultaneo di tutti gli elementi che definiscono le logiche di funzionamento dell'impresa e dei suoi rapporti con l'esterno". Praticare la qualità totale vuol dire attivare una prassi di miglioramento costante dell'impresa, che coinvolga tutti i soggetti nel suo funzionamento in modo continuativo. Tale prassi è caratterizzata dal fatto che l'attenzione viene rivolta al processo produttivo nel suo corso e alla soddisfazione del

cliente/utente, piuttosto che non al risultato del processo produttivo "in sé". Ma soprattutto, in tale approccio, si enfatizza l'importanza degli aspetti immateriali del processo produttivo di beni e servizi.

I fautori della qualità totale hanno avuto, come si è detto, una notevole influenza all'interno del mondo delle imprese. Ma, sia pure in un secondo momento, di qualità totale o globale si è iniziato a parlare anche con riferimento ai servizi frutto di investimenti pubblici. A questo riguardo, solo per citarne alcuni, si può fare riferimento a R. Norman¹², a P. Eiglier e E. Langeard¹³, o allo stesso A. Donabedian¹⁴ che ha enfatizzato la funzione dell'approccio della qualità totale nell'avvio e nel potenziamento delle prassi di miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Solo per fare qualche esempio, circoli della qualità (dei quali, però, tendono a far parte solo medici o solo medici e infermieri) sono stati costituiti, negli USA o in Australia, anche all'interno dei complessi sanitari. Nella programmazione aziendale di tali complessi sono entrate nozioni come quella di produzione snella, di miglioramento continuo, di autonomia dei gruppi di lavoro, di eliminazione dei nodi intermedi nel passaggio delle informazioni, di trasparenza dei processi, ecc.

Come si è già accennato, l'approccio della *total quality* non ha funzioni analitiche, bensì strategiche, e per questo può congiungersi con qualsiasi approccio valutativo, come la VRQ o la stessa APQ.

2. CHE COSA SI INTENDE PER QUALITÀ NELL'APQ

Per la determinazione della nozione di qualità nell'ambito dell'APQ sono state prese in considerazione, principalmente, le seguenti definizioni.

J.M. Juran¹⁵ identifica (in tutt'altro campo, con riferimento al funzionamento delle aziende) la qualità tramite sei aree fondamentali di applicazione, e precisamente:

¹² R. Norman, *La gestione strategica dei servizi*. Milano, 1985.

¹³ P. Eiglier, E. Langeard, *Il marketing strategico dei servizi*. Milano, 1988.

¹⁴ A. Donabedian, *cit.*

¹⁵ J.M. Juran, *La perfezione possibile*. Milano, 1989.

-
- la qualità del servizio in senso stretto (riduzione dei tempi di attesa, rendimento del servizio, condizioni di comfort e sicurezza di fruizione, ecc.);
 - la qualità del personale addetto (professionalità, preparazione, disponibilità, cortesia, ecc.);
 - la qualità e la funzionalità delle strutture/attrezzature impiegate nella erogazione del servizio;
 - il grado di partecipazione dell'utenza (con particolare riferimento alla possibilità di influenzare le modalità di consumo dei servizi);
 - il grado di accessibilità del servizio (vicinanza alle abitazioni dei potenziali utenti, organizzazione degli spazi interni, disponibilità di informazioni sulle procedure da seguire, orari di apertura al pubblico, ecc.);
 - il mantenimento degli standard qualitativi nel tempo e nelle differenti articolazioni del servizio.

Secondo A. Donabedian¹⁶, la **qualità** deve essere ripartita in tre componenti:

- **qualità tecnica**, inerente agli aspetti che fanno riferimento alla prestazione del servizio in senso stretto;
- **qualità interpersonale**, connessa ai rapporti intercorrenti tra utenti e operatori del servizio;
- **comfort**, ovvero ciò che riguarda l'ambiente di vita (cfr. par. 1.1.).

Inoltre, sempre secondo questo autore, come si è già accennato, esistono tre diverse modalità di valutazione della qualità:

- una valutazione di carattere dinamico relativa al **processo**, vale a dire alle caratteristiche delle attività e delle procedure che si svolgono all'interno del servizio;
- una valutazione di carattere statico sugli "input", inerente alla **struttura**, ovvero alle caratteristiche tendenzialmente stabili del servizio;
- una valutazione di carattere statico sugli "output", relativa agli **esiti**, cioè ai risultati raggiunti attraverso il servizio.

Un ulteriore approccio al quale si può fare ricorso è quello dei già citati P. Eiglier e E. Langeard¹⁷, secondo i quali la qualità va suddivisa, tra l'altro,

¹⁶ A. Donabedian, *cit.*

¹⁷ P. Eiglier, E. Langeard, *cit.*

in "qualità oggettiva", che si riferisce alle componenti fisiche del prodotto o del servizio, e in "qualità soggettiva" legata, invece, alla soddisfazione dell'utente, dal punto di vista della sua percezione, delle sue attese e delle caratteristiche che attribuisce al servizio.

A partire dagli elementi che ognuno degli autori suddetti ha prodotto, è stato possibile, per la prima volta nel già menzionato Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale (e successivamente in ulteriori indagini sulla qualità dei servizi sanitari ai livelli regionale o di azienda sanitaria), montare un meccanismo parzialmente nuovo anche grazie, come si vedrà in seguito, all'uso di concetti come "evento-sentinella" e "situazione particolare di qualità", da una parte, e di "standard orientativo" dall'altra.

La novità del meccanismo consiste soprattutto nella sua impostazione matriciale, nel senso che esso si basa sul funzionamento e sulla interazione di due matrici. Con la prima, si individuano le 9 aree teoriche della qualità da valutare (le quali si riducono a otto effettive dal momento che non viene messo in relazione il comfort con gli esiti) e, quindi, le 8 classi effettive di fenomeni sui quali è necessario avere informazioni; con la seconda matrice, a partire dalla considerazione delle 5 componenti costitutive della base empirica e osservativa dell'APQ (vale a dire - cfr. cap. 2 - rispetto o violazione di standard, disfunzioni, eventi-sentinella, situazioni particolari di qualità, giudizi e opinioni), si individuano le 40 aree da cui ricavare le classi dei fenomeni indicatori direttamente osservabili tramite la rilevazione dei dati, attraverso strumenti tecnici.

Per quanto riguarda le 8 aree della qualità, è stato quindi determinato, con riferimento all'APQ, l'insieme (potenziale) degli oggetti da prendere in esame (sia in termini di qualità oggettiva che di qualità soggettiva) quando si parla di qualità dei servizi sanitari. Nel caso della medicina ospedaliera, tali "oggetti" sono i seguenti.

Qualità tecnica per strutture: strutture fisiche, spazi, servizi, attrezzature; quantità, qualificazione, trattamento economico e opportunità formative e di aggiornamento del personale; gamma delle prestazioni offerte; accessibilità tecnica (secondo l'esistenza di servizi); dimensione professionale; ecc.

Qualità tecnica per processo: caratteristiche dell'utilizzazione dei servizi e delle strutture; assistenza sanitaria; forme di lavoro di équipe e circolazione delle informazioni tra gli operatori sanitari; tempestività nella

risposta alle richieste di assistenza; accessibilità tecnica (secondo la disponibilità dei servizi); ecc.

Qualità tecnica per esiti: esiti sanitari (mortalità, invalidità, morbilità, complicazioni varie, guarigioni).

Dimensione interpersonale per struttura: presenza di meccanismi atti a raccogliere i suggerimenti e le lamentele degli utenti; opportunità di partecipazione degli stessi alla conduzione della struttura; presenza di strutture e strumenti che favoriscano la comunicazione tra operatori sanitari e tra operatori sanitari e utenti; presenza di strumenti che permettano la circolazione delle informazioni; presenza di strumenti che facilitino l'accesso ai servizi sanitari.

Dimensione interpersonale per processo: comportamento dei medici e degli altri operatori sanitari verso i pazienti; circolazione delle informazioni (di carattere, sia sanitario, sia logistico) e loro comprensibilità; interesse, cortesia, rispetto della volontà del malato, disponibilità a fornire chiarimenti, ecc.; impiego di quantità di tempo sufficiente nei rapporti con utenti e parenti; astensione dall'esprimere giudizi sul paziente, sulla sua malattia o sul suo comportamento.

Dimensione interpersonale per esiti: livello di comprensione della malattia da parte del paziente; osservanza del regime di cura; cambiamenti nelle modalità di ricorso ai servizi in seguito all'esperienza terapeutica all'interno della struttura.

Comfort per strutture: strutture di alloggio e di ristorazione; telefoni; servizi igienici e dotazioni; strutture di accoglienza; strutture per la garanzia della *privacy*; spazi di socializzazione; servizi per il transito interno; servizi annessi (giornalaio, spaccio, ecc.); cappella; accessibilità e fattori geografici e territoriali; servizi pubblici che favoriscono l'accesso; ecc.

Comfort per processo: gestione del tempo anche in relazione alle procedure amministrative; funzionamento dell'alloggio e della ristorazione; qualità e quantità del cibo; condizioni igieniche; funzionamento dei telefoni e dei servizi annessi; orari di visita dei parenti e modalità di deroga; ecc.

L'insieme degli item appena elencati rappresenta gli aspetti della qualità che in linea di massima vengono presi in esame effettuando l'APQ. Nelle

due aree relative alla qualità tecnica per struttura e alla qualità tecnica per processo, si sarebbero potuti inserire alcuni ulteriori item, quali le risorse economiche disponibili, l'esistenza di protocolli diagnostici e terapeutici, le risorse finanziarie utilizzate per centro di costo, il grado di adeguatezza dell'assistenza sanitaria rispetto ai protocolli diagnostici e terapeutici.

In relazione alle modalità operative di applicazione dell'APQ ai servizi sanitari (cfr. capp. 6 e 7) questi aspetti, però, non vengono, se non, talvolta in misura parziale, trattati; essi, invece, sono efficacemente approfonditi da altri approcci all'analisi della qualità e, in particolare dalla VRQ o dai DRG.

E' opportuno specificare che tra le tre componenti della qualità (qualità tecnica, dimensione interpersonale e comfort) vi sono possibili aree di sovrapposizione. Le "strutture per la garanzia della privacy" ad esempio, possono essere classificate, sia nel comfort (dal momento che tali strutture fanno parte dell'ambiente di vita), sia nella dimensione interpersonale (dal momento che concernono anche il rapporto operatori/utenti). La presenza del bagno per disabili potrebbe essere considerata, sia nel comfort (come elemento dell'ambiente di vita), sia nella qualità tecnica (come struttura essenziale per garantire la possibilità di erogare prestazioni sanitarie ai soggetti deboli). Tali aree di sovrapposizione rappresentano, come si potrà notare esaminando (nei capitoli seguenti) la lista di indicatori considerati nell'APQ, eccezioni, per le quali, caso per caso, è stata effettuata una scelta convenzionale, decidendo di considerare l'aspetto in questione in una delle due aree dove era possibile collocarlo.

Per quanto riguarda, infine, la questione degli indicatori, essi saranno costruiti nei prossimi due capitoli a partire, come si è già detto, dalle 5 componenti costitutive della base osservativa dell'APQ (standard, disfunzioni, eventi-sentinella, situazioni particolari di qualità, giudizi e opinioni).

3. CHE COSA E' L'APQ IN SINTESI

Da quanto illustrato finora, si sarà senz'altro compreso che l'Analisi Partecipata della Qualità è una procedura di valutazione di servizi pubblici e sociali (che qui si considera con riferimento ai servizi sanitari), la quale si interessa a tre grandi aree della qualità: la qualità tecnica (con esclusione di ciò che attiene alle risorse economiche e all'adeguatezza dell'assistenza rispetto ai protocolli diagnostici e terapeutici), la dimensione

interpersonale e il comfort. In estrema sintesi (cfr. par. 2), nell'APQ per qualità tecnica si intende essenzialmente l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria, la effettiva disponibilità e apertura dei servizi, l'adeguatezza dell'organizzazione del lavoro, la soddisfazione professionale degli operatori, ecc.; con dimensione interpersonale si fa riferimento, sia ai rapporti, di qualunque genere essi siano, esistenti tra operatori e utenti, sia alla circolazione dell'informazione di carattere logistico e sanitario; con il termine comfort ci si riferisce alla adeguatezza delle condizioni igieniche, di vitto, di alloggio; alla presenza e al funzionamento di servizi annessi - dal telefono all'ufficio postale; all'adeguatezza degli aspetti burocratici.

Come si dirà meglio in seguito (cfr. capp. 6 e 7) l'APQ è un'analisi di tipo partecipativo, la quale, peraltro, comporta il coinvolgimento di più soggetti: le amministrazioni, lo staff tecnico (direzione dell'indagine), gli operatori (sanitari, amministrativi, ecc.) dei servizi e i cittadini, a doppio titolo: come membri dello staff tecnico e come soggetti di informazione.

L'APQ comporta (si vedano al riguardo i capp. 2 e 3), inoltre, un'analisi, da effettuare con l'ausilio di una ampia batteria di indicatori e di indici sintetici, sia di aspetti "particolari", quali quelli appena citati, sia relativi alla qualità nel suo insieme, con riferimento, tanto a singoli "luoghi" (una divisione di degenza, un ambulatorio, una farmacia, ecc.), quanto a insiemi di servizi, raggruppabili per settore (ad esempio, tutte le divisioni di degenza di medicina generale) o per territorio (ad esempio, l'azienda USL Roma D). L'elaborazione degli indicatori di base viene realizzata, non solo calcolando distanze rispetto a standard (prescrittivi e orientativi) e registrando eventi-sentinella, disfunzioni e situazioni particolari di qualità, ma anche rilevando opinioni, valutazioni e narrazioni di fatti che riguardano cittadini e operatori. La rilevazione dei dati avviene attraverso l'utilizzazione di un ampio set di strumenti tecnici (cfr. cap. 5).

4. QUALITÀ, EFFICACIA, EFFICIENZA, PERTINENZA E IMPATTO

Si è già avuto modo di accennare che, pur essendo funzionale all'attivazione e al potenziamento di strategie per il miglioramento della qualità dei servizi, l'APQ, in sé, rappresenta una metodica funzionale alla valutazione della qualità dei servizi (dei servizi sanitari per quel che interessa in questa sede).

E' utile sottolineare però che, nell'ambito delle teorie e delle metodiche di valutazione (di interventi pubblici, di programmi, ecc.) il termine "qualità" è comparso solo recentemente, mentre i parametri "tradizionalmente" utilizzati erano e sono altri: in primo luogo, la pertinenza, l'efficienza, l'efficacia e l'impatto; in secondo luogo, la rilevanza, la sostenibilità o durabilità, la coerenza, la congruità, lo sforzo.

E' opportuno entrare nel merito per lo meno dei primi quattro termini, che sono quelli più frequentemente impiegati:

- * con il termine **pertinenza** si intende, normalmente, il rapporto tra gli obiettivi specifici di un programma, di un intervento, di una *policy* e il contesto, inteso nel suo senso più ampio (sociale, economico, istituzionale, politico, ecc.) in cui tale programma, intervento o *policy* viene realizzato;
- * con il termine **efficacia** si intende il rapporto tra i risultati che si ottengono (o che ci si auspica di ottenere) attraverso la realizzazione di un programma, di un intervento o di una *policy* e gli obiettivi specifici che erano stati prestabiliti al riguardo;
- * con il termine **efficienza** si intende il rapporto tra i risultati che si ottengono (o che ci si auspica di ottenere) attraverso la realizzazione di un programma, di un intervento o di una *policy* e le risorse impiegate (o da impiegare) per raggiungerli;
- * con il termine **impatto** si intende l'insieme di effetti duraturi (ovvero non occasionali o temporanei) connessi alla realizzazione di un programma, di un intervento o di una *policy*; secondo una ulteriore accezione con tale termine ci si riferisce al grado di assenso espresso nei confronti di un programma, di un intervento o di una *policy* o, se si preferisce, al livello di consonanza tra tale programma e le aspettative dei suoi potenziali (e/o reali) beneficiari in merito.

Il confronto tra queste quattro definizioni e quella del termine qualità, così come è stata espressa nel par. 2, permette di constatare che:

- la nozione di qualità non comprende quella di pertinenza; si può avere, infatti, una struttura eccellente per tutti gli item citati nelle 8 aree della qualità, la quale, però, potrebbe risultare poco pertinente in quanto, ad esempio, ha come obiettivo la cura di patologie del tutto secondarie nel contesto territoriale in cui essa opera; si avrebbe quindi una situazione

di qualità ottima e di pertinenza nulla;

- la nozione di qualità include, in parte, quella di efficienza, qualora agli item elencati nel par. 2 si aggiungano quelli presi in esame nel quadro dei DRG; se non si compie questa operazione, anche la nozione di efficienza risulterebbe non inclusa in quella di qualità; si può avere, infatti, una struttura eccellente per tutti gli item citati nelle 8 aree della qualità, la quale, però, non è sostenibile in termini economici (e non sono poche le strutture sanitarie che si trovano oggi in questa condizione);
- la nozione di qualità comprende pienamente quella di efficacia; posto anche il solo obiettivo del miglioramento delle condizioni di salute dei propri utenti (obiettivo che un servizio sanitario non può non avere), un generale basso livello di qualità non può non comportare risultati inadeguati a questo riguardo (e quindi una bassa efficacia);
- la nozione di qualità è incompatibile con la prima delle due definizioni proposte per il termine impatto, in quanto quest'ultimo si applica a valutazioni retrospettive (le uniche per le quali si può ragionare in termini di effetti duraturi), mentre le analisi della qualità si concentrano sul tempo presente (magari con confronti con il passato) e con proiezioni nel futuro immediato; comprende, invece, completamente la seconda definizione del termine impatto, che potrebbe corrispondere alla dimensione soggettiva della qualità (come si vedrà meglio nel prossimo capitolo).

Tutto ciò lascia pensare che i tre principali approcci alla valutazione della qualità dei servizi sanitari di cui si è parlato in questo capitolo (APQ, VRQ, DRG) non siano alternativi e, in nessun modo, si escludano a vicenda. Sarebbe opportuno, avviare (come, in piccola parte, si è già iniziato a fare) un processo di integrazione per arrivare alla determinazione di un metodo unificato che potrebbe denominarsi Analisi partecipativa e globale della qualità.

"LE DUE MATRICI"

LA MATRICE DELLA QUALITA'			
	<i>Qualità tecnica</i>	<i>Dimensione interpersonale</i>	<i>Comfort</i>
Strutture	QT x S	DI x S	C x S
Processi	QT x P	DI x P	C x P
Esiti	QT x E	DI x E	-----

LA MATRICE "AREE FENOMENICHE X STRUMENTI"						
	<i>Standard</i>	<i>Disfunz.</i>	<i>Eventi sentinella</i>	<i>Situazioni part. qualità</i>	<i>Opinioni utenti</i>	<i>Opinioni operatori</i>
QT x S	QTxSxS	QTxSxD	-----	QTxSxQ	QTxSxU	QTxSxO
QT x P	QTxPxS	QTxPxD	QTxPxE	QTxPxQ	QTxPxU	QTxPxO
QT x E	QTxExS	-----	-----	-----	QTxExU	QTxExO
DI x S	DIxSxS	DIxSxD	-----	DIxSxQ	DIxSxU	DIxSxO
DI x P	DIxPxS	DIxPxD	DIxPxE	DIxPxQ	DIxPxU	DIxPxO
DI X E	DIxExS	-----	-----	-----	DIxExU	DIxExO
C x S	CxSxS	CxSxD	-----	CxSxQ	CxSxU	CxSxO
C xP	CxPxS	CxPxD	CxPxE	CxPxQ	CxPxU	CxPxO

CAPITOLO SECONDO

Standard, eventi-sentinella, situazioni particolari di qualità, giudizi e opinioni

Come si è accennato nel capitolo precedente sono 5 le componenti della base empirica o osservativa dell'APQ. Quattro di esse (standard, disfunzioni, eventi-sentinella e situazioni particolari di qualità) hanno un carattere oggettivo, mentre la quinta (giudizi e opinioni) è dotata di un carattere soggettivo.

1. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ATTRAVERSO ELEMENTI OGGETTIVI

Per poter valutare i servizi sanitari (così come ogni altro servizio di utilità sociale) attraverso elementi oggettivi, è necessario identificare alcuni parametri di riferimento. Nell'ambito della APQ si considerano tre insiemi di parametri. Si procede infatti:

- a una comparazione con **standard** (e alla registrazione di **disfunzioni**);
- alla registrazione di **eventi-sentinella**;
- alla registrazione di **situazioni particolari di qualità**.

1.1. Gli standard

definizione di standard

Uno **standard** si definisce a partire da tre componenti:

- un indicatore;
- un valore-soglia;
- una norma.

Per indicatore si intende uno strumento di misurazione che si può riferire agli aspetti più svariati (dal numero di posti-letto per bagno al tempo

massimo che può intercorrere tra la chiamata di un paziente e l'arrivo di un infermiere) che, all'interno di ogni unità elementare della porzione del servizio sanitario che si sta valutando, potranno essere presi in considerazione (cfr. i vari item elencati e classificati secondo le 8 aree della qualità menzionate nel capitolo precedente). Un indicatore può esprimersi anche in termini qualitativi. Si tratta, in questi casi, di verificare la presenza/assenza di determinate strutture, attrezzature, ecc. o anche il manifestarsi (o meno) di determinati eventi.

Quando si fa riferimento a standard, a ogni indicatore va fatto corrispondere un valore-soglia. Si tratta di un valore in senso stretto, quando si ha a che fare con indicatori quantitativi (numero di posti-letto per bagno inferiore o al massimo uguale a 4; tempo che può intercorrere tra la chiamata di un paziente e l'arrivo dell'infermiere non superiore ai 5 minuti; ecc.); si tratta di un valore 0 o 1 (secondo il sistema binario) in caso di indicatori qualitativi (ad esempio, valore-soglia = 1, equivalente a dire che esiste effettivamente un bagno per il personale nella divisione di degenza).

Determinare un indicatore e, rispetto ad esso, un valore-soglia, tuttavia, non è sufficiente per avere uno standard. E' necessario che la determinazione di questi due elementi abbia un carattere normativo, almeno in senso lato: indicatore e valore-soglia, in altre parole, debbono essere menzionati (in termini prescrittivi o anche solo orientativi) in una legge o in un decreto nazionale, in una legge regionale, in una risoluzione internazionale; o anche in testi che, pur non essendo normativi in senso stretto, godono di un riconoscimento pubblico (come una Carta dei servizi socio-sanitari o una Carta dei diritti del cittadino malato).

In poche parole, quindi, uno standard è un indicatore per il quale viene determinato da un testo avente un carattere normativo o comunque riconosciuto pubblicamente un valore-soglia, a partire dal quale lo standard si considera rispettato.

standard prescrittivi e standard orientativi

Gli standard sono prescrittivi qualora abbiano un carattere di obbligatorietà e cioè quando sono espressi in termini di doveri e/o divieti da una fonte che deve essere rispettata (ad esempio, una legge nazionale, un decreto, ecc.).

Gli standard sono, viceversa, orientativi qualora non abbiano il carattere di obbligatorietà e cioè quando, pur essendo contenuti in una fonte che deve essere rispettata, siano espressi in termini di indirizzo, ovvero quan-

do sono contenuti in una fonte che, pur essendo dotata di autorevolezza (per l'ente a cui si riferisce e/o per il suo riconoscimento pubblico), non deve essere, per forza, rispettata.

le fonti degli standard

Le fonti (o perlomeno quelle principali) da cui sono stati tratti gli standard che si prendono in esame quando si effettua l'APQ sono le seguenti:

- la legislazione nazionale
- la legislazione regionale
- la normativa internazionale
- la normativa di altri paesi (rispetto all'Italia)
- gli atti amministrativi
- le Carte dei diritti
- le Carte dei servizi

Le prime tre fonti possono contenere standard prescrittivi. Questi ultimi, in particolare, si concentrano nella legislazione nazionale.

procedure erranee nella costruzione degli standard

Nella determinazione degli standard (ovvero nella scelta degli standard da considerare fra quelli che sono menzionati nelle varie fonti possibili in base a quanto detto finora) si possono effettuare due tipi di errore:

- il primo è quello di definire/scegliere standard che sono la "fotografia" di valori medi (ad esempio, si calcola la media dei tempi di attesa per i ricoveri programmati e questa media diventa il valore-soglia, che viene quindi inserito in una norma con carattere o meno di obbligatorietà);
- il secondo errore consiste nel definire/scegliere standard impossibili da ottemperare (per mancanza di risorse o per altre ragioni), per cui diventa "normale" non rispettarli anche quando questo rappresenti una illegalità.

In un caso e nell'altro, l'utilizzazione dello strumento "standard" diviene inefficace; nel primo, il rispetto dello standard dovrebbe essere quasi ovvio, mentre nel secondo è pressoché impossibile.

Si possono, poi, determinare parametri che assomigliano a standard orientativi seguendo anche un'altra strada: effettuare la "fotografia" della realtà e poi, *ex-post*, fare la media delle situazioni migliori (la media dei valori del decile o del quartile superiore - o inferiore - secondo i casi). E' necessario percorrere questa via per quegli aspetti (fra quelli elencati in relazione alle otto aree della qualità - cfr. cap. 1) per i quali i tipi di fonti precedentemente elencate non contengono nessun standard. Si noti bene che, adottando questa procedura, non si cade in nessuno dei due errori definiti in precedenza: i parametri che verrebbero definiti non sono impossibili da raggiungere, visto che sono rispettati da qualcuno; ma non sono nemmeno la fotografia dell'esistente, dal momento che si tratta del 10% o del 25% delle situazioni migliori. Si tratta, in ogni caso, di una procedura residuale utilizzata solo per situazioni specifiche e marginali, nel caso in cui non è possibile il ricorso a standard già definiti secondo i criteri precedentemente descritti.

E' opportuno sottolineare che questa strada, pur essendo legittima, non è esente da un grave problema teorico: i parametri che vengono così definiti, infatti, "mancano" (a meno che non gli venga attribuito a posteriori) del carattere normativo o per lo meno pubblico che è parte integrante della definizione di standard qui adottata. E' per questo motivo che in relazione a tali parametri non si utilizza la locuzione standard. Si dirà che, laddove essi non siano rispettati, si verificano **disfunzioni**. Questa stessa nozione si utilizzerà in relazione a quei parametri che non sono standard (perché manca il carattere normativo o pubblico) e non vengono nemmeno determinati attraverso una procedura di *benchmarking*, ma sono dettati dal senso comune. Per ovvi motivi, tali parametri sono estremamente rari nel metodo APQ; ne esistono tuttavia alcuni (ad esempio, assenza di badanti o di altre persone estranee che svolgono funzioni di assistenza ai ricoverati) che non si possono eliminare, pena il trascurare elementi oggettivi di grande rilevanza nella valutazione della qualità.

verifica del rispetto di uno standard

Una volta definiti gli standard da utilizzare (nei riquadri che seguono sono contenuti alcuni esempi, mentre la lista completa di quelli che vengono attualmente utilizzati nell'APQ applicata alla medicina ospedaliera e ai servizi ambulatoriali si trova nelle appendici n. 1 e n. 5 di questo capitolo), bisogna verificare se e in che misura essi vengono rispettati nei complessi sanitari dove si sta realizzando l'APQ.

Per effettuare tale verifica si seguono procedure diverse a secondo delle caratteristiche tecniche dello standard.

Primo caso: *standard che contiene un valore-soglia differente da 0*

In questo caso, lo standard si considera rispettato qualora il valore registrato dell'indicatore contenuto nello standard sia superiore (o inferiore, a secondo dei casi) al valore-soglia. Ad esempio, per lo standard "non più di 4 posti-letto a stanza nelle divisioni di degenza" è rispettato se, nella divisione di degenza osservata, tutte le stanze hanno 4 o meno di 4 posti-letto; lo standard "non meno di 15mq di superficie per il pubblico delle farmacie", lo standard è rispettato se effettivamente l'area per il pubblico della farmacia è più estesa di 15mq.

In questo caso, qualora lo standard non sia rispettato (ad esempio, se ci sono stanze con più di 4 posti-letto o l'area per il pubblico delle farmacie è inferiore a 15mq) si dovrà calcolare la "distanza" tra la situazione di fatto e il valore-soglia (di tutto ciò si parlerà nel cap. 3).

Secondo caso: *standard che contiene un valore-soglia = 0 o di tipo presenza/assenza*

Se lo standard indica la necessità della presenza di qualcosa (ad esempio, presenza, in ogni divisione di degenza, di un ripostiglio per il deposito temporaneo della biancheria sporca; presenza, in tutti i gabinetti della divisione di degenza, dello scopino), lo standard sarà rispettato se questa presenza è effettiva (o viceversa, se lo standard indica l'assenza: ad esempio, assenza, in ogni divisione di degenza, di porte troppo strette per permettere il passaggio di una barella).

Anche in questo caso, quando lo standard non è rispettato (ad esempio, non c'è il ripostiglio per il deposito temporaneo della biancheria sporca; ci sono gabinetti senza scopino), si dovrà calcolare la "distanza" tra la situazione di fatto e il valore-soglia (il valore-soglia sarà = 0 o 1, se è richiesta l'assenza o la presenza di una entità unica - come il ripostiglio; e = x se è richiesta la presenza "sempre" di un determinato oggetto - ad esempio, se ci sono x bagni, ci dovranno essere x scopini, uno per ognuno).

ESEMPI DI STANDARD RELATIVI ALLA MEDICINA OSPEDALIERA**Qualità tecnica**

- * Tempo di attesa per la consegna della cartella clinica non superiore a 10 gg. dalla richiesta (L.R. della Lombardia 16.9.1988, n. 48)
- * Assenza di porte strette nelle divisioni di degenza per permettere il passaggio delle barrelle (DCG del 20.7.1939)
- * Esistenza di apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di emergenza (DL 19.9.1994, n. 626)
- * Presenza di macchina lavapadelle funzionante (Carte dei diritti del cittadino malato)

Dimensione interpersonale

- * Esistenza, in ogni complesso ospedaliero, dell'Ufficio delle relazioni con il pubblico (URP) (DL del 12.5.1995, n. 163)
- * Pubblicizzazione dei giorni e delle ore durante i quali gli operatori forniscono informazioni sullo stato di salute del degente, salvo parere contrario dello stesso (L.R. della Toscana 1.6.1983, n. 36; L.R. dell'Abruzzo 2.4.1985, n. 20; L.R. della Lombardia 16.9.1988, n. 48)

Comfort

- * Numero di letti a stanza (o ad area isolata attraverso divisori) non superiore a 6 (DCG del 20.7.1939) o a 4 (Carte dei diritti del cittadino malato)
- * Dotazione di carta igienica in tutti i gabinetti (Carte dei diritti del cittadino malato)
- * Dotazione di una sedia per ogni posto-letto (Carte dei diritti del cittadino malato)
- * Esistenza di un bidet ogni 15 posti-letto (DCG del 20.7.1939)
- * Esistenza negli ospedali di una stanza per ogni corsia adibita alla vita sociale (L.R. della Toscana 1.6.1983, n. 36; L.R. dell'Abruzzo 2.4.1985, n. 20)

**ESEMPI DI STANDARD RELATIVI AI SERVIZI
AMBULATORIALI E TERRITORIALI****Qualità tecnica**

- * Tempo di attesa della visita ambulatoriale all'interno dell'ambulatorio non superiore ai 15 minuti
- * Assenza di oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza, le vie di circolazione e le porte che vi danno accesso (DL 19.9.1994, n. 626)
- * Rispetto dell'orario di apertura, con disponibilità del personale sanitario addetto (Carte dei diritti del cittadino malato)

Dimensione interpersonale

- * Presenza di un ufficio informazioni all'ingresso
- * Esistenza, per tutti i servizi, di un cartello recante l'indicazione degli orari di apertura (Carte dei diritti del cittadino malato)

Comfort

- * Macchina per la distribuzione dei numeri per la prenotazione
- * Esistenza della sala di attesa (DPCM del 10.2.1984)
- * Dotazione di divisorii e box per mantenere isolata ogni visita (Carte dei diritti del cittadino malato)

*1.2. Gli eventi-sentinella***definizione di evento-sentinella**

Un evento-sentinella è un fatto che, anche quando accade una sola volta, può ritenersi sintomo di una grave disfunzione (ad esempio, di un dissesto organizzativo) all'interno del servizio che si sta valutando. A differenza di quanto previsto da D.D. Rutstein (che per primo ha messo a punto, in campo sanitario, questa terminologia; si veda più avanti), si tratta di accadimenti che possono anche non avere un carattere di eccezionalità. Da un punto di vista normativo, gli eventi-sentinella, nell'accezione sopra proposta, possono consistere in violazioni di norme di carattere generale, di tipo penale, civile, amministrativo o deontologico¹. Gli eventi-sentinella sono anche denominati "eventi o accadimenti di primo allarme".

In base a quanto detto finora, risulta evidente che il verificarsi, anche una sola volta, di un evento-sentinella all'interno di una divisione di degenza, di un servizio ambulatoriale, ecc. è sintomo di cattiva qualità.

le fonti degli eventi-sentinella

Le fonti (o perlomeno le fonti principali) da cui sono stati tratti gli eventi-sentinella che si prendono in esame quando si effettua l'APQ sono le seguenti:

¹ Naturalmente, non ogni evento-sentinella ha sempre questo significato, perché anche nelle migliori organizzazioni possono verificarsi fatti incresciosi senza che questo comporti effetti sistemici o sia il segno di gravi mancanze.

- segnalazioni effettuate al Tribunale per i diritti del malato e/o da altre associazioni riguardanti a violazioni di norme di carattere generale relative, ad esempio, all'igiene, alla riservatezza, al pudore, all'imparzialità, alla deontologia professionale e alla dignità personale;
- denunce alla magistratura in relazione a norme dello stesso genere;- situazioni che costituiscono violazioni di norme dello stesso genere rilevate e segnalate da operatori sanitari sulla base della propria esperienza;
- eventi particolari registrati in precedenti applicazioni dell'APQ nel SSN.

Gli eventi-sentinella secondo D. D. Rustein

Il termine di evento-sentinella è stato introdotto in campo sanitario per la prima volta da D.D. Rutstein², il quale ha identificato una serie di avvenimenti che non dovrebbero mai accadere (in particolare, morti evitabili, ovvero morti che la medicina può tranquillamente debellare come la morte per appendicectomia, la morte per malattie dell'apparato respiratorio, le morti per tifo trasmesso da pulci o da pidocchi, le morti per sifilide congenita, ecc.) e/o che dovrebbero verificarsi eccezionalmente, ma che, anche quando accadono una sola volta, sono indicatori di malfunzionamento di una struttura sanitaria o sintomo di assenza di prevenzione sanitaria, di insufficiente presenza di alcuni servizi sul territorio, ecc.

Nei riquadri che seguono sono contenuti alcuni esempi di eventi-sentinella, mentre le liste complete di quelli che vengono attualmente utilizzati nell'APQ applicata alla medicina ospedaliera e ai servizi ambulatoriali sono riportate nelle appendici n. 2 e n. 6 di questo capitolo).

² D.D. Rutstein et al., *Measuring the quality of medical care*, in "New England Journal of Medicine", n. 294, 1976

**ESEMPI DI EVENTI-SENTINELLA RELATIVI
ALLA MEDICINA OSPEDALIERA**

Qualità tecnica

- * Elargizione, da parte dei degenti, di somme di denaro in favore di operatori sanitari per prestazioni dovute
- * Presenza di degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza nell'alimentazione
- * Assenza di personale infermieristico di notte in una divisione di degenza

Dimensione interpersonale

- * Osservazioni ingiuriose nei confronti di degenti
- * Percosse ai degenti

Comfort

- * Lettura della cartella clinica da parte di estranei
- * Presenza duratura (oltre 30') di biancheria sporca e/o di medicazioni in luogo improprio
- * Presenza di topi

**ESEMPI DI EVENTI-SENTINELLA RELATIVI
AI SERVIZI AMBULATORIALI E TERRITORIALI**

Qualità tecnica

- * Elargizione, da parte degli utenti, di somme di denaro in favore di operatori sanitari per prestazioni dovute
- * Litigi tra il personale in presenza di utenti

Dimensione interpersonale

- * Appellativi impropri agli utenti
- * Litigi tra operatori e utenti

Comfort

- * Indicazioni a personale estraneo su dettagli relativi alle condizioni di salute
- * Mancanza d'acqua nei servizi igienici

1.3. Le situazioni particolari di qualità

**definizione di situazione
particolare di qualità**

Le situazioni particolari di qualità possono essere considerate come l'opposto degli eventi-sentinella. Si tratta di accadimenti che dimostrano una specifica attenzione (non richiesta, né da norme di carattere generale, né da norme specifiche quali quelle relative agli standard, né dalla consuetudine), nel servizio che si sta valutando, al miglioramento della qualità.

**le fonti delle situazioni
particolari di qualità**

Le fonti (o perlomeno le fonti principali) da cui sono state tratte le situazioni particolari di qualità che si prendono in esame quando si effettua l'APQ sono le seguenti:

- segnalazioni effettuate al Tribunale per i diritti del malato e/o ad altre associazioni relative a *best practices* concernenti i vari aspetti della vita all'interno del SSN;
- situazioni di *best practices* rilevate e segnalate da operatori sanitari sulla base della propria esperienza;
- eventi particolari registrati in precedenti applicazioni dell'APQ nel SSN.

Nei riquadri che seguono sono contenuti alcuni esempi di situazioni particolari di qualità, mentre le liste complete di quelle che vengono attualmente utilizzate nell'APQ applicata alla medicina ospedaliera e ai servizi ambulatoriali sono presentate nelle appendici n. 3 e n. 7 di questo capitolo.

**ESEMPI DI SITUAZIONI PARTICOLARI DI QUALITÀ'
RELATIVI ALLA MEDICINA OSPEDALIERA****Qualità tecnica**

- * Presenza di gruppi attivi che si occupano di analisi della qualità con attività continuate
- * Presenza della cartella clinica informatizzata

Dimensione interpersonale

- * Presenza di un servizio di interpretariato (anche affidato a volontari) per facilitare la comunicazione con pazienti che non comprendono l'italiano
- * Distribuzione di materiale informativo (ad esempio, una guida relativa al complesso sanitario)

Comfort

- * Installazione di un telefono almeno ricevente per ogni posto-letto
- * Dotazione di un set per l'igiene personale a ogni degente

**ESEMPI DI SITUAZIONI PARTICOLARI DI QUALITA'
RELATIVI AI SERVIZI AMBULATORIALI E TERRITORIALI**

Qualità tecnica

- * Presenza di schede (informatizzate) relative agli utenti abituali del servizio

Dimensione interpersonale

- * Presenza di cartelli in più lingue straniere contenenti indicazioni relative all'ubicazione dei vari servizi

Comfort

- * Presenza di quotidiani del giorno e riviste della settimana nella sala di attesa
- * Esistenza di uno spazio attrezzato per l'intrattenimento dei bambini mentre i genitori stanno effettuando una visita specialistica

2. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ATTRAVERSO ELEMENTI SOGGETTIVI

Per poter valutare i servizi sanitari (così come ogni altro servizio di utilità sociale), oltre agli elementi di carattere oggettivo, è necessario considerare anche quelli di tipo soggettivo. Anzi, è opportuno sottolineare che, in alcuni casi, le valutazioni di qualità "dal punto di vista degli utenti" vengono condotte, erroneamente, considerando unicamente elementi soggettivi (si veda il box appresso riportato).

Il paradosso della soddisfazione nella sanità

L'inchiesta sulla qualità effettuata in relazione alla predisposizione del "Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale" ha messo in evidenza numerose situazioni più o meno marcate di non adeguatezza rispetto a standard, di manifestazione di disfunzioni e di eventisentinella. Eppure, l'84,2% dei ricoverati intervistati si è dichiarato soddisfatto o molto soddisfatto dell'assistenza sanitaria. Questo risultato, un po' sorprendente, concorda con quelli di altri studi condotti in Italia come all'estero.

Secondo l'indagine ISTAT sulle condizioni di salute delle popolazioni e sul ricorso ai servizi sanitari del 1986-88, l'82% dei cittadini giudica abbastanza o molto soddisfacente l'assistenza medica e infermieristica nei servizi ospedalieri. Anche alcuni studi della Società italiana di VRQ mettono in evidenza l'alto gradimento degli utenti delle strutture sanitarie. In una rilevazione effettuata nel 1988 a Trieste, ad esempio, il 94,5% dei degenti si riteneva soddisfatto dell'assistenza ricevuta.

Del "paradosso della soddisfazione degli utenti" si è interessato anche A. Donabedian, il quale cita numerose ricerche svolte negli USA negli ultimi trent'anni che hanno dato risultati univoci. I dati maggiormente interessanti sono quelli della indagine pubblicata effettuata nel 1978, a cura della Robert Wood Johnson Foundation dove, da una parte, il 61% dei cittadini intervistati sottolinea l'esistenza di "una crisi del sistema sanitario", ma, dall'altra, l'87% di questi stessi intervistati si dichiara soddisfatto dell'assistenza ricevuta. Si può quindi notare che, a prescindere dalle situazioni di fatto, è piuttosto raro che gli utenti esprimano, in termini generali, uno scarso gradimento circa l'assistenza sanitaria ricevuta.

Come si sottolinea nel "Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale", invece, il livello di gradimento degli utenti, riguardo a questioni specifiche come la pulizia dei bagni, la disponibilità dei telefoni, la quantità di infermieri disponibili, può essere molto inferiore.

Gli elementi soggettivi che vengono considerati nell'ambito dell'APQ consistono in giudizi e opinioni.

a chi vengono richiesti giudizi e opinioni

Contrariamente a quanto indicato da P. Eiglier e E. Langaerd secondo i quali la "qualità soggettiva" sarebbe legata solo alla soddisfazione dell'u-

tente, nell'ambito dell'APQ giudizi e opinioni riguardo ai vari aspetti menzionati nelle otto aree della qualità (elencate nel cap. 1) vengono richiesti a tutte le categorie di attori interessati. Nello specifico, si possono considerare le seguenti categorie:

*** Cittadini suddivisi in:**

- degenti comuni
- degenti che hanno un rapporto "periodico" con le strutture sanitarie in relazione alle loro condizioni di salute
- utenti comuni
- utenti che hanno un rapporto "periodico" con le strutture sanitarie in relazione alle loro condizioni di salute
- cittadini "non utenti"

*** Operatori suddivisi in:**

- medici (con le distinzioni connesse alla posizione professionale)
- infermieri (con le distinzioni connesse alla posizione professionale)
- tecnici (con le distinzioni connesse alle qualifiche e alla posizione professionale)
- laureati non medici (con le distinzioni connesse alle qualifiche - farmacisti, biologi, psicologi, sociologi, ecc. - e alla posizione professionale)
- personale amministrativo (con le distinzioni connesse alle qualifiche)
- personale ausiliario (con le distinzioni connesse alla posizione professionale).

Queste categorie di attori rappresentano quindi le fonti dei giudizi e delle opinioni.

quali giudizi e/o opinioni vengono richiesti

I giudizi e le opinioni che vengono richiesti vanno espressi in modo standardizzato. A tal fine si impiegano le scale normalmente utilizzate nell'ambito della ricerca sociale, come:

* ottimo/buono/discreto/scadente/pessimo;

- * molto soddisfacente/soddisfacente/abbastanza soddisfacente/abbastanza insoddisfacente/insoddisfacente/molto insoddisfacente;
- * molto soddisfacente/soddisfacente/insoddisfacente/molto insoddisfacente;
- * adeguato/parzialmente adeguato/parzialmente inadeguato/inadeguato.

Si può notare che vengono richiesti giudizi di valore o opinioni concernenti l'adeguatezza di questo o di quello aspetto, oppure i livelli di soddisfazione.

Nei riquadri che seguono sono contenuti alcuni esempi di giudizi e/o opinioni che vengono richiesti a cittadini (C) e/o a operatori (O), mentre le liste complete di quelli che vengono attualmente utilizzati nell'APQ applicata alla medicina ospedaliera e ai servizi ambulatoriali si trovano nelle appendici n. 4 e n. 8 di questo capitolo.

ESEMPI DI GIUDIZI/OPINIONI RELATIVI ALLA MEDICINA OSPEDALIERA

Qualità tecnica

- * La preparazione dei medici (C/O)
- * La preparazione degli infermieri (C/O)
- * La dotazione di macchinari e di strumenti di diagnosi (O)
- * La manutenzione delle attrezzature (O)
- * La dotazione di materiale sanitario di consumo (O)

Dimensione interpersonale

- * Il modo in cui i medici trattano i degenti (C/O)
- * La disponibilità degli infermieri ad assistere i degenti (C/O)
- * L'identificabilità del personale (C/O)
- * Le informazioni avute sugli aspetti logistici (chiarezza e completezza) (C/O)
- * La corrispondenza tra organizzazione comunicata e organizzazione effettiva (C)

Comfort

- * Il locale del ricovero (C/O)
- * Il livello di pulizia dei servizi igienici (C/O)
- * La qualità del cibo (C/O)
- * I rapporti con gli uffici amministrativi (C/O)

ESEMPI DI GIUDIZI/OPINIONI RELATIVI

AI SERVIZI AMBULATORIALI E TERRITORIALI

Qualità tecnica

- * La quantità di medici (C/O)
- * La preparazione professionale dei tecnici sanitari (C/O)
- * Il rapporto tra il medico specialista e il medico curante dell'utente (O)

Dimensione interpersonale

- * Le informazioni ricevute sulle cure da effettuare (chiarezza e completezza) (C)
- * La segnaletica (chiarezza e completezza delle informazioni riportate) (C/O)
- * La disponibilità e cortesia del personale del CUP (C)

Comfort

- * Orari di apertura e chiusura dei servizi (C/O)
- * La disponibilità dei telefoni (C/O)
- * Il livello di pulizia della sala di attesa (C/O)

APPENDICE*

Parametri di riferimento dell'AnalisiPartecipata della Qualità

1. STANDARD PRESCRITTIVI E ORIENTATIVI

MEDICINA OSPEDALIERA

Qualità tecnica

* Attesa del ricovero programmato	15 gg. oppure da determinare in base alla media delle situazioni migliori da determinare per tipologia
* Lista di attesa per ricoveri programmati consultabile e centralizzata	presenza
* Procedura formale consenso trasfusioni	esistenza
* Barriere architettoniche	assenza
* Ricettario in divisione	presenza
* Porte troppo strette rispetto alla larghezza di una barella	assenza
* Ascensori porta-lettighe per edifici a più piani	presenza
* Ascensori montacarichi	presenza
* Tempo di attesa consegna cartella clinica	10 gg.
* Consegna lettera dimissioni al termine del ricovero	per ogni malato
* Presenza cartella infermieristica	per ogni malato
* Campanello di allarme funzionante	tutti i letti
* Campanello di allarme funzionante	tutti i bagni
* Presenza di un bagno per disabili	ogni divisione
* Luoghi specifici o protocolli per il ricovero di malati infetti	presenza in ogni complesso
* Laboratorio per gli esami clinici	presenza
* Sala mortuaria (agibilità)	presenza
* Tavolino per l'emergenza	ogni divisione
* Deambulatori	ogni divisione
* Set per l'emergenza	ogni divisione
* Protocolli scritti per l'emergenza	presenza
* Erogatore di ossigeno	ogni divisione
* Stanza per le visite mediche	in tutte le divisioni

* Gli elenchi che seguono contengono standard, eventi-sentinella, situazioni particolari di qualità e giudizi/opinioni utilizzati nell'ambito di Analisi partecipata della qualità effettuate finora. Tali elenchi possono, ovviamente, essere integrati in base alla consultazione ulteriore di fonti di informazione quali Carte dei servizi, segnalazioni, ecc.

* Macchina lavapadelle funzionante	in ogni divisione
* Sedia a rotelle	in ogni divisione
* Sedia "comoda"	in ogni divisione
* Documento contenente una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute, l'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione e il programma di attuazione di tali misure	esistenza
* Responsabile del servizio di prevenzione e protezione	esistenza
* Piano di evacuazione	esistenza
* Conoscenza del Piano di evacuazione	tutti gli operatori
* Porte di uscita di emergenza chiuse a chiave, se non in casi specificatamente autorizzati	assenza
* Oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza, le vie di circolazione e le porte che vi danno accesso	assenza
* Apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di emergenza	presenza in tutti i servizi
* Svolgimento almeno settimanale di riunioni di staff del personale medico e infermieristico	in tutte le divisioni di degenza
* Porte e portoni apribili nei due versi devono essere trasparenti o muniti di pannelli trasparenti e muniti di segno indicativo all'altezza degli occhi	
* Disponibilità di spogliatoi distinti fra i due sessi, dotati di attrezzature che consentano a ogni lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro	
Dimensione interpersonale	
* Dotazione di cartellino o altro strumento di riconoscimento	tutti gli operatori
* Presenza di segnaletica orizzontale e verticale per l'ubicazione di tutti i servizi, sia all'ingresso del complesso ospedaliero, sia ai vari piani e/o presso i vari padiglioni	presenza
* Targa visibile all'ingresso	presenza
* Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	presenza nel complesso
* Ufficio informazioni all'ingresso	presenza
* Punto di accoglienza	presenza nel complesso
* Informazioni sullo stato di salute	tutti i degenti
* Informazioni sulla diagnosi	tutti i degenti
* Informazioni sulla terapia	tutti i degenti
* Informazioni sugli aspetti logistici (vitto, orario, ecc.)	tutti i degenti
* Affissione menù settimanale in un luogo accessibile	tutte le divisioni
* Cartello con orario di ricevimento del personale sanitario in luogo accessibile	tutte le divisioni
* Cartello con l'organico in luogo accessibile	tutte le divisioni

-
- * Consenso informato presenza
 - * Possibilità per i degenti di leggere la cartella clinica tutti i degenti

Comfort

- * Numero di letti a stanza 4
- * Superficie per letto di degenza 7m2 (5m2 per pediatria)
- * Finestre sull'esterno 1
- * Ascensori negli edifici a più piani presenza
- (* Numero di PL donna per gabinetto 10)
- (* Numero di PL uomo per gabinetto 15)
- * Numero di PL per gabinetto 4³
- * Gabinetto separato per il personale per divisione di degenza 1
- * Numero di PL per doccia/vasca 15
- * Numero di PL per bidet 15
- * Numero di PL (malati) per getto d'acqua 5
- * Ripostiglio per deposito temporaneo biancheria sporca tutte le divisioni
- * Temp. minima sale degenza e soggiorno 20°
- * Temp. minima sale visita e medicazione 22°
- * Dotazione di carta igienica tutti i gabinetti
- * Dotazione di tavolette tutti i gabinetti
- * Dotazione di scopino tutti i gabinetti
- * Meccanismo chiusura (o altro: segnalazione di occupato) tutti i gabinetti
- * Dotazione di specchio tutti i bagni
- * Dotazione di attaccapanni tutti i bagni
- * Dotazione di asciugamano monouso tutti i bagni
- * Dotazione di sapone liquido tutti i bagni
- * Disponibilità acqua calda tutti i bagni
- * Frequenza pulizia bagni 2/gg.
- * Bagni puliti non sporchi per oltre 30 min.
- * Frequenza cambio biancheria 1/4gg.
- * Rifacimento dei letti 1/gg
- * Dotazione di posate tutti i pasti
- * Dotazione di bicchiere tutti i pasti
- * Servizio del pasto in piatti o contenitori separati tutti i pasti
- * Spazio-mensa tutte le divisioni
- * Dotazione di comodino tutti i letti
- * Dotazione di punto-luce funzionante tutti i letti
- * Dotazione di biancheria, coperte, cuscino, materasso in buone condizioni forniti dalla struttura ospedaliera tutti i letti
- * Dotazione di sedia tutti i letti

³ Nell'APQ si utilizza lo standard 4 dal momento che si tratta di un valore-soglia determinato più recentemente; si segnalano, tuttavia, anche i due standard 10 e 12 in quanto essi hanno un valore prescrittivo, mentre il valore 4 è orientativo.

* Dotazione di armadietto o anta di armadio	tutti i letti
* Distanza minima del letto dal pavimento	40 cm
* Dotazione di cestino dei rifiuti	tutti i letti
* Presenza aree vita sociale	tutte le divisioni degenza
* Dotazione telefoni pubblici	tutte le div. degenza (o in prossimità)
* Dotazione telefoni pubblici funzionanti	tutte le div. degenza (o in prossimità)
* Dotazione bar	tutti gli ospedali
* Dotazione giornalaio	tutti gli ospedali
* Dotazione spaccio	tutti gli ospedali
* Dotazione biblioteca	tutti gli ospedali
* Dotazione barbiere	tutti gli ospedali
* Dotazione Bancomat	tutti gli ospedali
* Orario cena	dopo le 18,30
* Aree riservate per potersi cambiare privatamente	tutte le divisioni
* Distributore schede telefoniche	1 a presidio
* Distributore schede telefoniche funzion.	1 a presidio
* Cambio banconote	1 a presidio
* Dotazione di carrello telefonico	tutte le divisioni

2. EVENTI-SENTINELLA

MEDICINA OSPEDALIERA

Qualità tecnica

- * Elargizione, da parte dei degenti, di somme di denaro in favore degli operatori per prestazioni dovute
- * Presenza di degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza:
 - nella deambulazione
 - nella alimentazione
 - nella pulizia personale
 - nell'espletamento di bisogni fisiologici
 - nella mobilitazione
- * Esercizio di funzioni da parte di personale che non ha una specifica abilitazione professionale⁴
- * Litigi tra il personale in presenza dei degenti
- * Cadaveri lasciati per lungo tempo nel letto o in luoghi impropri
- * Somministrazione irregolare o mancata somministrazione della terapia nei giorni festivi e/o di notte

⁴ Ci si riferisce a situazioni palesi e "pericolose" di esercizio di funzioni da parte di persone non abilitate, che possono pertanto essere rilevate anche da una semplice osservazione (per esempio, attività infermieristiche svolte da personale ausiliario). Va messo in evidenza, in effetti, che, al di là di casi quali quelli citati, si possono identificare situazioni ambigue, dipese dalla inadeguatezza del mansionario professionale, soprattutto di quello infermieristico, le quali, ovviamente, non rappresentano eventi-sentinella.

- * Risposte del personale dopo oltre 5 minuti dalla chiamata
- * Effettuazione dell'intervento di emergenza dopo oltre 5 minuti
- * Assenza del servizio di disinfezione/disinfestazione
- * Mancata somministrazione di un farmaco di fascia A
- * Mancata disponibilità di un presidio
- * Assenza di personale infermieristico di notte in una divisione di degenza
- * Assenza di personale infermieristico di giorno festivo in una divisione di degenza
- * Assenza (anche temporanea) di personale medico in un complesso di notte o di giorno festivo
- * Presenza di letti al di fuori delle aree adibite alla degenza
- * Letti aggiunti nelle stanze di degenza
- * Presenza di ricoverati in luoghi impropri (su barelle)

Dimensione interpersonale

- * Utilizzazione di appellativi impropri per i degenti
- * Insulti ai degenti
- * Osservazioni ingiuriose
- * Percosse ai degenti
- * Litigi sostenuti tra operatori e degenti
- * Suicidio o tentativo di suicidio di un degente (non terminale)
- * Denunce di molestie sessuali

Comfort

- * Ricoverati spogliati di fronte a personale non addetto
- * Commenti lesivi del pudore
- * Lettura della cartella clinica da parte di estranei
- * Indiscrezioni su particolari delle condizioni di salute dei degenti
- * Presenza di topi
- * Presenza di scarafaggi e/o blatte
- * Presenza duratura di rifiuti abbandonati (oltre 30 minuti)
- * Presenza duratura di biancheria sporca e/o di medicazioni usate (oltre 30 minuti)
- * Presenza duratura di pappagalli e padelle fuori posto (oltre 30 minuti)
- * Imperfette condizioni igieniche del cibo
- * Apparecchi telefonici guasti per più di 3 giorni
- * Mancanza di acqua calda
- * Acquisto di cibo per integrare la dieta

3. SITUAZIONI PARTICOLARI DI QUALITA'

MEDICINA OSPEDALIERA

Qualità tecnica

- * Presenza di cartella clinica informatizzata
- * Inserimento dell'autotrasfusione nei programmi aziendali

- * Presenza di gruppi attivi che si occupano di verifica della qualità con attività continuate
- * Presenza di un prontuario terapeutico ospedaliero
- * Organizzazione attività infermieristica per gruppi di pazienti

Dimensione interpersonale

- * Presenza di un servizio di interpretariato (anche affidato a volontari) per facilitare la comunicazione con pazienti che non conoscono l'italiano
- * Presenza di registri per la valutazione di aree critiche delle attività e dei problemi
- * Esistenza di protocolli di intesa con associazioni di volontariato
- * Esistenza di un registro dell'aggiornamento professionale

Comfort

- * Installazione di un telefono, almeno ricevente, per ogni posto-letto
- * Disponibilità di telefoni portatili (senza carrello) per i degenti
- * Presenza di quotidiani e riviste del giorno (o della settimana) nelle aree di socializzazione delle divisioni di degenza
- * Presenza di spazi attrezzati per l'intrattenimento-animazione di bambini
- * Dotazione di un set per l'igiene personale a ogni degente
- * Dotazione di cuffia per radiodiffusione in ogni posto-letto
- * Dotazione di televisori con cuffia in ogni stanza
- * Dotazione di uno sportello bancario
- * Presenza di un telefax disponibile per gli utenti
- * Disponibilità macchina per la distribuzione delle bevande
- * Sistema di informazione audiovisiva funzionante
- * Distribuzione di materiale informativo ed educativo

4. GIUDIZI E OPINIONI

MEDICINA OSPEDALIERA

Aspetti generali

- * L'assistenza sanitaria in generale
- * Il ricovero nel suo insieme

Qualità tecnica

- * La preparazione dei medici
- * La preparazione degli infermieri
- * La quantità di infermieri presenti
- * La quantità di medici presenti
- * Il rapporto tra il medico ospedaliero e il medico curante del paziente
- * Le attrezzature sanitarie
- * Dotazione di macchinari e di strumenti di diagnosi
- * Uso di tecnologie avanzate
- * Dotazione di materiale sanitario di consumo

- * Manutenzione delle attrezzature
- * Rifornimenti materiale sanitario di consumo
- * La continuità terapeutica tra ricovero e domicilio
- * La durata della degenza
- * Cure ricevute durante la degenza

Dimensione interpersonale

- * Il modo in cui i medici trattano i degenti
- * La disponibilità dei medici verso i degenti
- * Il modo in cui gli infermieri trattano i degenti
- * La disponibilità degli infermieri ad assistere i degenti
- * Il modo in cui il personale ausiliario tratta i degenti
- * Il modo in cui l'altro personale tratta i degenti
- * L'identificabilità del personale
- * Le informazioni avute sulla diagnosi (chiarezza e completezza)
- * Le informazioni avute sulla terapia (chiarezza e completezza)
- * Le informazioni avute sugli aspetti logistici (chiarezza e completezza)
- * Le informazioni avute sui tempi degli accertamenti, degli esami, della somministrazione della terapia (chiarezza e completezza)
- * Le informazioni avute sulle cure da effettuare dopo le dimissioni (chiarezza e completezza)
- * La segnaletica (chiarezza e completezza delle informazioni riportate)
- * La tutela della riservatezza
- * Corrispondenza tra organizzazione comunicata ed effettiva

Comfort

- * Il locale del ricovero
- * Lo spazio a disposizione
- * Il livello di pulizia del locale del ricovero
- * La manutenzione del locale di ricovero
- * La disponibilità di servizi igienici
- * La distanza dei servizi igienici dal letto
- * Il livello di pulizia dei servizi igienici
- * Gli orari della giornata
- * La qualità del cibo
- * La quantità del cibo
- * Le possibilità di accesso dei parenti
- * La tranquillità del locale di ricovero
- * La temperatura e l'aerazione del locale di ricovero
- * La disponibilità di telefoni
- * I rapporti con gli uffici amministrativi
- * La localizzazione dell'ospedale
- * La considerazione delle proprie abitudini di vita
- * L'accessibilità degli ascensori (tempi di attesa)

5. DISFUNZIONI

MEDICINA OSPEDALIERA

Si riportano di seguito alcuni esempi relativi alle disfunzioni della medicina ospedaliera. Dal momento che le disfunzioni non vengono stabilite a partire da norme definite a-priori (sia di tipo prescrittivo, sia di tipo orientativo), l'elenco che segue può essere ampliato e deve quindi ritenersi del tutto esemplificativo.

- * inadeguatezza del numero di padelle per divisione di degenza
- * manifestazioni di sprechi di tempo
- * assenza di divise differenziate fra gli operatori secondo le qualifiche
- * mancata informazione preventiva ai degenti che debbono subire un trattamento disagiata
- * cattiva qualità del cibo

6. STANDARD PRESCRITTIVI E ORIENTATIVI

MEDICINA AMBULATORIALE

Qualità tecnica

- | | |
|--|--|
| * Tempi di attesa per la visita dal momento della prenotazione | da determinare in base alla media delle situazioni migliori da determinare per tipologia |
| * Rispetto dell'orario di apertura con disponibilità del personale sanitario addetto | |
| * Procedura formale consenso trasfusioni | esistenza |
| * Barriere architettoniche | assenza |
| * Campanello di allarme funzionante | tutti i bagni |
| * Bagno per disabili | presenza |
| * Predisposizione di una relazione scritta per il medico curante | per ogni utente |
| * Registro delle prenotazioni consultabile e centralizzato | presenza |
| * Compilazione schede o cartella ambulatoriale | per ogni utente |
| * Numeratore | presenza |
| * Documento contenente una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute, l'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione e il programma di attuazione di tali misure | esistenza |
| * Responsabile del servizio di prevenzione e protezione | esistenza |
| * Piano di evacuazione | esistenza |
| * Conoscenza del Piano di evacuazione | tutti gli operatori |

* Porte di uscita di emergenza chiuse a chiave, se non in casi specificatamente autorizzati	assenza
* Oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza, le vie di circolazione e le porte che vi danno accesso	assenza
* Apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di emergenza	presenza in tutti i servizi
* Porte e portoni apribili nei due versi devono essere trasparenti o muniti di pannelli trasparenti e muniti di segno indicativo all'altezza degli occhi	
* Disponibilità di spogliatoi distinti fra i due sessi, dotati di attrezzature che consentano a ogni lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro	

Dimensione interpersonale

* Dotazione di cartellino o altro strumento di riconoscimento	tutti gli operatori
* Divise differenziate per qualifica	tutti gli operatori
* Presenza di segnaletica orizzontale e verticale per l'ubicazione di tutti i servizi, sia all'ingresso del complesso, sia ai piani	presenza
* Targa visibile all'ingresso	presenza
* Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	presenza nel complesso
* Ufficio informazioni all'ingresso	presenza
* Punto di accoglienza	presenza nel complesso
* Informazioni sullo stato di salute	tutti gli utenti
* Informazioni sulla diagnosi	tutti gli utenti
* Informazioni sulla terapia	tutti gli utenti
* Informazioni preventive su trattamenti disagiati	tutti gli utenti
* Cartello con l'organico in luogo accessibile	presenza

Comfort

* Sala d'attesa	presenza
* Numero sedie nella sala d'attesa	tali da permettere che tutti gli utenti si possano sedere (da determinare in base al numero medio delle visite)
* Finestre sull'esterno	1
* Ascensori negli edifici a più piani	presenza
* Gabinetto separato per il personale	1
* Bagni	1 ogni 3 sale visita
* Dotazione di carta igienica	tutti i gabinetti
* Dotazione di tavolette	tutti i gabinetti
* Dotazione di scopino	tutti i gabinetti
* Meccanismo chiusura (o altro: segnalazione di occupato)	tutti i gabinetti
* Dotazione di asciugamani monouso	tutti i bagni

* Dotazione di sapone liquido	tutti i bagni
* Bagni puliti (non sporchi per oltre 30 minuti)	
* Dotazione telefoni pubblici	1 ogni 4 sale/visita
* Dotazione telefoni pubblici funzion.	1 ogni 4 sale/visita
* Dotazione di divisori e box	per isolare ogni visita
* Aree riservate per potersi cambiare privatamente	presenza
* Cartello con indicazione degli orari	tutti i servizi
* Cartello indicante numero da chiamare per prenotazione telefonica	presenza
* Tempi di attesa nel complesso per la visita con appuntamento	15 min. oppure da determinare in base alla media delle situazioni migliori da determinare per tipologia
* Appuntamenti differenziati, per limitare i tempi di attesa	
* CUP	presenza
* Distributore schede telefoniche	1 a presidio
* Distributore schede telefoniche funzion.	1 a presidio
* Cambio banconote	1 a presidio
* Macchina per la distribuzione dei numeri per la prenotazione	1 a presidio
* Macchina per la distribuzione dei numeri per la prenotazione funzionante	1 a presidio
* Display per la visualizzazione del numero di entrata	1 a servizio
* Display per la visualizzazione del numero di entrata funzionante	1 a servizio
* Pannelli divisori per tutelare la privacy al momento della prenotazione	presenza

7. EVENTI-SENTINELLA

MEDICINA AMBULATORIALE

Qualità tecnica

- * Elargizione, da parte degli utenti, di somme di denaro in favore degli operatori per prestazioni dovute
- * Esercizio di funzioni da parte di personale non autorizzato che non ha, in proposito, una specifica abilitazione professionale
- * Litigi tra il personale in presenza degli utenti
- * Chiusura di un servizio o mancanza del personale in un giorno in cui risulta aperto e funzionante

Dimensione interpersonale

- * Utilizzazione di appellativi impropri per gli utenti
- * Osservazioni ingiuriose
- * Litigi sostenuti tra operatori e utenti

Comfort

- * Ricoverati spogliati di fronte a personale non addetto
- * Commenti lesivi del pudore
- * Indiscrezioni su particolari delle condizioni di salute
- * Presenza di topi
- * Presenza di scarafaggi e/o blatte
- * Presenza duratura di rifiuti abbandonati (oltre 30 minuti)
- * Apparecchi telefonici guasti per più di 3 giorni

8. SITUAZIONI PARTICOLARI DI QUALITA'*MEDICINA AMBULATORIALE***Qualità tecnica**

- * Presenza di gruppi attivi che si occupano con continuità di verifica della qualità
- * Svolgimento almeno settimanale di riunioni in staff del personale medico e infermieristico
- * Presenza di schede informatizzate

Dimensione interpersonale

- * Presenza di un servizio di interpretariato (anche affidato a volontari) per facilitare la comunicazione con pazienti che non conoscono l'italiano
- * Presenza di registri per la valutazione di aree critiche delle attività e dei problemi
- * Protocolli di intesa con associazioni di volontariato
- * Esistenza di un registro dell'aggiornamento professionale

Comfort

- * Presenza di quotidiani e riviste del giorno (o della settimana) nelle sale di attesa
- * Presenza di un telefax disponibile per gli utenti
- * Disponibilità macchina per la distribuzione delle bevande
- * Esistenza di una zona o spazio attrezzato per i bambini
- * Sistema di informazione audiovisiva
- * Distribuzione di materiale informativo ed educativo
- * Dotazione di un meccanismo automatizzato per i pagamenti

9. GIUDIZI/OPINIONI

MEDICINA AMBULATORIALE

Aspetti generali

L'assistenza sanitaria in generale

Qualità tecnica

La preparazione dei medici

La preparazione degli infermieri

La preparazione dei tecnici sanitari

La quantità di infermieri presenti

La quantità di medici presenti

La quantità di tecnici sanitari

Il rapporto tra il medico specialista e il medico curante dell'utente

Le attrezzature sanitarie

Dotazione di macchinari e di strumenti di diagnosi

Uso di tecnologie avanzate

Dotazione di materiale sanitario di consumo

Manutenzione delle attrezzature

Rifornimenti di materiale sanitario di consumo

Dimensione interpersonale

Il modo in cui i medici trattano gli utenti

La disponibilità dei medici verso gli utenti

Il modo in cui gli infermieri trattano gli utenti

La disponibilità degli infermieri verso gli utenti

L'identificabilità del personale

Le informazioni avute sulla diagnosi (chiarezza e completezza)

Le informazioni avute sulla terapia (chiarezza e completezza)

Le informazioni avute sulle cure da effettuare (chiarezza e completezza)

La segnaletica (chiarezza e completezza delle informazioni riportate)

La tutela della riservatezza

Corrispondenza tra organizzazione comunicata ed effettiva

Disponibilità e cortesia del personale del CUP

Comfort

Il locale (luogo di cura)

Orari di apertura e chiusura

Il livello di pulizia del locale

La disponibilità di servizi igienici

Il livello di pulizia dei servizi igienici

La temperatura e l'areazione del locale

La disponibilità di telefoni
I rapporti con gli uffici amministrativi
L'accesso alle pratiche amministrative
La localizzazione del complesso
La localizzazione degli uffici amministrativi

10. DISFUNZIONI

MEDICINA AMBULATORIALE

Si riportano di seguito alcuni esempi relativi alle disfunzioni della medicina ambulatoriale. Dal momento che le disfunzioni non vengono stabilite a partire da norme definite a-priori (sia di tipo prescrittivo, sia di tipo orientativo), l'elenco che segue può essere ampliato e deve quindi ritenersi del tutto esemplificativo.

- * manifestazioni di sprechi di tempo
- * assenza di divise differenziate fra gli operatori secondo le qualifiche
- * mancata informazione preventiva ai degenti che devono subire un trattamento disagiata
- * affollamento eccessivo della sala di attesa

CAPITOLO TERZO

Indici e indicatori

1. INDICI E INDICATORI. PERCHE'?

Nel primo capitolo di questo testo è stata presentata la nozione di qualità alla quale si fa riferimento nel metodo APQ e si è potuto constatare l'elevato numero di aspetti che vengono presi in considerazione. Nel capitolo successivo si è visto come, nell'ambito di tale metodo, la valutazione della qualità avvenga attraverso elementi, sia oggettivi (verifica del rispetto o meno di standard e manifestazione di disfunzioni; manifestazione di eventi-sentinella; manifestazione di situazioni particolari di qualità), sia soggettivi (opinioni e giudizi espressi dalle varie categorie di cittadini e di operatori).

E' facile comprendere allora, anche prima di entrare nel merito degli aspetti tecnici (che saranno affrontati nei capp. 4 e 5), che, attraverso l'APQ si dispone, rispetto a ogni "luogo" oggetto di analisi, di una grande quantità di dati che debbono essere trasformati in informazioni fruibili da chi è interessato, sia a una valutazione dei servizi sanitari, sia alla messa a punto, all'avvio e/o al potenziamento di interventi e *policies* per il miglioramento di tali servizi.

E' necessario disporre, innanzi tutto, di informazioni analitiche (relative ai vari aspetti della qualità dei servizi - cfr. cap. 1), ma anche di informazioni sintetiche circa aree della qualità più o meno complesse, quali, a un livello più basso, l'igiene, il vitto, l'assistenza medica e infermieristica, la disponibilità e la circolazione di informazioni concernenti gli aspetti sanitari, la dimensione professionale, ecc. o, a un livello più elevato, tutti gli aspetti della qualità tecnica, tutti quelli della dimensione interpersonale, tutti quelli del comfort o, a un livello ancora più elevato, tutti quelli delle tre componenti della qualità considerate congiuntamente.

E' per questo motivo che il metodo APQ comporta, fra le altre cose, la costruzione di indicatori ed indici, finalizzati alla misurazione, in termini

via via più sintetici, dei vari aspetti della qualità che vengono presi in considerazione.

Disporre di indicatori ed indici permette, inoltre, di comparare i livelli di qualità (dai più particolari - ad esempio, il rapporto postiletto/gabinetti, a quelli più generali come l'indice generale di comfort) fra "luoghi" differenti (ad esempio, fra tutte le divisioni di medicina generale esaminate; fra tutti i servizi specialistici di otorinolaringoiatria considerati; ecc.) e, per uno stesso "luogo", fra momenti temporali differenti.

Indici e indicatori

Nelle pagine precedenti si è vista l'importanza della costruzione di indici e indicatori per sintetizzare le informazioni disponibili, per avere informazioni su variabili complesse come l'"igiene" o la "dimensione interpersonale" nel suo insieme, per disporre di risultati comparativi, ecc. E' bene precisare, però, che indicatori e indici sono "semplici" strumenti metodologici che possono essere utilizzati solo se, a monte, esiste un apparato teorico in base al quale si definisce e, poi, si comprende, che cosa si intende misurare. Nel caso specifico, tenuto conto di quanto è illustrato nei due capitoli precedenti, si vuole valutare la qualità (attraverso un indice generale), intesa come la congiunzione di tre grandi fenomeni costitutivi (la qualità tecnica, la dimensione interpersonale e il comfort), che si possono considerare "fenomeni indicati" (e a ognuno di essi corrisponde un indice).

Ogni fenomeno indicato viene misurato attraverso una serie di variabili (ad esempio, per il comfort, le variabili sono l'igiene, il vitto, l'alloggio, gli orari di vita, le aree di socializzazione, ecc.), le quali rappresentano i "fenomeni indicatori" dei "fenomeni indicati". Ma a loro volta, tali variabili sono descritte attraverso "fenomeni indicatori di base" (ad esempio, per l'igiene si tratta di alcuni standard, come il numero di PL per gabinetto che deve essere inferiore a 4, di eventi-sentinella come la presenza di scarafaggi o blatte, di situazioni particolari di qualità come la dotazione di un set personale a ogni degente, di giudizi/opinioni come quelle degli utenti e degli operatori circa la pulizia del locale del ricovero, ecc.).

Senza l'apparato teorico e metodologico descritto nei primi due capitoli di questo manuale, la costruzione degli indicatori e degli indici sarebbe impossibile.

E' opportuno specificare la differenza, in senso tecnico, fra il termine "indicatore" e il termine "indice". Un indicatore è un rapporto quantitativo fra variabili determinabile in modo univoco (ad esempio, numero di posti-letto per bidet) che si ottiene da due dati: il numero dei posti-letto e il numero dei bidet; un indice è una misura più complessa che comporta operazioni di tipo "soggettivo" quali la definizione di algoritmi, le ponderazioni, ecc.; un indice, pertanto, è determinabile in modo univoco solo dopo che siano state definite alcune convenzioni (circa l'algoritmo, le ponderazioni, ecc.).

2. INDICI E INDICATORI NELL'APQ

L'APQ, come si è appena ripetuto, prende in considerazione molteplici aspetti della qualità, ognuno dei quali viene documentato da uno o più **indicatori**. Complessivamente, allo stato degli atti, sono oltre 210 gli indicatori di base che vengono impiegati nel metodo APQ per la medicina ospedaliera e 115 quelli inerenti ai servizi ambulatoriali. Il numero sarebbe ancora maggiore considerando separatamente le varie categorie di operatori e di cittadini (non calcolando, cioè un solo indicatore di soddisfazione degli operatori relativo alla qualità del cibo, ma considerando, su questo aspetto, un indicatore di soddisfazione dei medici, uno degli infermieri, uno dei tecnici, ecc.).

Ogni singolo indicatore farà, alternativamente, riferimento a:

- uno standard (misurando, qualora esso non risulti rispettato, la distanza riguardo al valore-soglia);
- una disfunzione (misurandone la frequenza);
- un evento-sentinella;
- una situazione particolare di qualità;
- un giudizio o un'opinione (misurando, secondo i casi, il livello di soddisfazione o di gradimento o le rappresentazioni dell'adeguatezza).

Ogni indicatore è la misurazione di un fenomeno indicatore delle variabili e dei grandi fenomeni costitutivi della qualità (cfr. box precedente), nonché della qualità in generale (ad esempio, l'adeguatezza del numero di bagni - che si ottiene dall'indicatore "numero di posti-letto per bagno" è un fenomeno indicatore per la variabile "igiene", per il fenomeno indicato "comfort" e per la qualità del servizio in generale).

Gli indicatori si ricavano direttamente dai dati (il numero dei posti-letto e il numero dei bagni rispetto all'indicatore appena citato) che vengono raccolti attraverso gli strumenti tecnici (questionari e griglie di osservazione) di cui si parlerà nel cap. 5.

A partire da questi indicatori (attraverso operazioni di sintesi - cfr. par. 3) si calcolano **indici settoriali** relativi, quando l'APQ si applica alla medicina ospedaliera, alle variabili della qualità esposte nel riquadro che segue:

VARIABILI DELLA QUALITA' RELATIVE ALLA MEDICINA OSPEDALIERA

(per quanto concerne la qualità tecnica)

- assistenza sanitaria (medica e infermieristica)
- presenza e funzionamento dei servizi
- disponibilità di spazi
- condizioni tecniche di accesso ai servizi sanitari
- attrezzature sanitarie
- organizzazione del lavoro
- dimensione professionale
- ritardi e sprechi di tempo

(per quanto concerne la dimensione interpersonale)

- informazioni relative all'accesso ai servizi
- disponibilità dell'informazione sanitaria agli utenti
- disponibilità dell'informazione sugli aspetti logistici agli utenti
- identificabilità del personale
- rapporti utenti/operatori

(per quanto concerne il comfort)

- igiene
- vitto
- alloggio
- aree di socializzazione
- condizioni logistiche di accesso ai servizi sanitari
- disponibilità e funzionamento di servizi annessi
- orari di vita
- riservatezza

Quando l'APQ si applica all'analisi ai servizi ambulatoriali (e territoriali), le variabili della qualità rispetto alle quali si calcolano indici settoriali sono le seguenti.

**VARIABILI DELLA QUALITÀ RELATIVE AI SERVIZI
AMBULATORIALI E TERRITORIALI**

(per quanto concerne la qualità tecnica)

- assistenza sanitaria (medica e infermieristica)
- presenza e funzionamento dei servizi
- disponibilità di spazi
- condizioni tecniche di accesso ai servizi sanitari
- attrezzature sanitarie
- organizzazione del lavoro
- dimensione professionale
- ritardi e sprechi di tempo

(per quanto concerne la dimensione interpersonale)

- informazioni relative all'accesso ai servizi
- disponibilità dell'informazione sanitaria agli utenti
- identificabilità del personale
- rapporti utenti/operatori

(per quanto concerne il comfort)

- igiene
- aree di attesa
- disponibilità e funzionamento di servizi annessi
- condizioni logistiche di accesso ai servizi sanitari
- riservatezza

Ogni variabile della qualità, come si è detto, è misurata attraverso un indice settoriale che è calcolato a partire dagli indicatori di sua competenza (ovvero dagli indicatori che misurano i fenomeni indicatori della variabile). L'indice settoriale relativo alla variabile igiene per la medicina ospedaliera, ad esempio, si ricava dagli indicatori esposti nel riquadro che segue.

**ESEMPIO DI INDICATORI PER IL CALCOLO
DELL'INDICE SETTORIALE RELATIVO ALLA VARIABILE
IGIENE NELLA MEDICINA OSPEDALIERA**

(indicatori corrispondenti a standard)

- * Numero di PL per gabinetto (distanza rispetto al valore-soglia 4)
- * Numero di gabinetti separato per il personale per divisione di degenza (distanza dal valore-soglia 1)
- * Numero di PL per doccia/vasca (distanza dal valore-soglia 15)
- * Numero di PL per bidet (distanza dal valore-soglia 15)
- * Numero di PL per getto d'acqua (distanza dal valore-soglia 5)
- * Esistenza del ripostiglio per il deposito temporaneo di biancheria sporca in tutte le divisioni
- * Dotazione di carta igienica (media delle percentuali di gabinetti sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Dotazione di tavolette dei water (media delle percentuali di gabinetti sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Dotazione di scopino (media delle percentuali di gabinetti sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Dotazione di specchio (media delle percentuali di bagni sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Dotazione di attaccapanni (media delle percentuali di bagni sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Dotazione di asciugamano monouso (media delle percentuali di bagni sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Dotazione di sapone liquido (media delle percentuali di bagni sprovvisti durante tutte le osservazioni)
- * Disponibilità di acqua calda (media delle percentuali di bagni sprovvisti durante tutte le osservazioni effettuate)
- * Frequenza della pulizia dei bagni (distanza dal valore-soglia di 2 volte al giorno)

(indicatori corrispondenti a disfunzioni)

- * Ritardo nella pulizia dei bagni (numero relativo di casi in cui la pulizia del bagno avviene dopo 30 minuti da quando è stato sporcato)

(indicatori corrispondenti a eventi-sentinella, di tipo 0/1)

- * Presenza di topi
- * Presenza di scarafaggi e/o blatte
- * Presenza duratura di rifiuti abbandonati
- * Presenza duratura di biancheria sporca e/o di medicazioni usate
- * Presenza duratura di pappagalli e padelle fuoriposto

(indicatori corrispondenti a situazioni particolari di qualità, di tipo 1/0)

- * Dotazione di un set per l'igiene personale per ogni degente

(indicatori corrispondenti a giudizi-opinioni dei degenti)

- * Livello di soddisfazione circa la pulizia del locale del ricovero
- * Livello di soddisfazione circa la disponibilità di servizi igienici
- * Livello di soddisfazione circa la distanza dei servizi igienici dal letto
- * Livello di soddisfazione circa la pulizia dei servizi igienici

(indicatori corrispondenti a giudizi-opinioni degli operatori)

- * Livello di soddisfazione circa la pulizia del locale del ricovero
- * Livello di soddisfazione circa la disponibilità di servizi igienici
- * Livello di soddisfazione circa la distanza dei servizi igienici dal letto
- * Livello di soddisfazione circa la pulizia dei servizi igienici.

Le variabili precedentemente elencate sono, a loro volta, fenomeni indicatori delle tre grandi aree della qualità (qualità tecnica, dimensione interpersonale e comfort) che rappresentano i fenomeni indicati per eccellenza (o fenomeni indicati costitutivi) dell'APQ. Ognuno di questi tre fenomeni indicati si misura attraverso un indice generale, che si calcola a partire da tutti gli indicatori di base. I **3 indici generali** sono:

- un indice generale di qualità tecnica;
- un indice generale relativo alla dimensione interpersonale;
- un indice generale relativo al comfort.

Dalla media aritmetica dei tre indici precedenti, si ricava quindi l'**indice sintetico di qualità**.

informazioni complementari

Il percorso appena tratteggiato (dai dati bruti ai fenomeni indicatori, alle variabili della qualità, ai fenomeni indicati costitutivi della qualità, alla qualità in generale o, se si preferisce, dai dati bruti agli indicatori di base, agli indici settoriali, agli indici generali e all'indice sintetico di qualità) rappresenta l'iter indispensabile da compiere ogni qual volta si effettui l'APQ. Si possono, però, calcolare ulteriori indici, che forniscono informazioni complementari in relazione alla qualità dei servizi sanitari. Si descrivono di seguito alcuni di questi indici, senza alcuna pretesa di esaustività. Effettuando l'APQ, si dispone, infatti, di un giacimento di informazioni piuttosto ampio che può essere sfruttato "a piacere".

Se si riprende la distinzione già presentata tra "qualità oggettiva" e "qualità soggettiva" si possono, conseguentemente, calcolare altri **7 indici** relativi a:

(circa la qualità soggettiva)

- la soddisfazione degli operatori (quale media aritmetica di tutti gli indicatori relativi al livello di soddisfazione degli operatori circa i vari aspetti considerati);
- la soddisfazione dei cittadini (quale media aritmetica di tutti gli indicatori relativi al livello di soddisfazione dei cittadini circa i vari aspetti considerati);
- la soddisfazione di tutti i soggetti implicati (quale media aritmetica dei due indici precedenti);

(circa la qualità oggettiva)

- l'adeguatezza media rispetto agli standard (ricavato dalla sintesi di tutti gli indicatori di adeguatezza agli standard considerati);
- la rilevanza degli eventi-sentinella (ricavato dalla sintesi degli indicatori 0/1 relativi a tali eventi);
- la rilevanza delle situazioni particolari di qualità (ricavato dalla sintesi degli indicatori 1/0 relativi a tali eventi);
- la rilevanza degli eventi particolari (ricavato dalla sintesi degli indicatori 0/1 relativi agli eventi-sentinella e 1/0 inerenti alle situazioni particolari di qualità).

A partire dai 7 indici appena citati, può essere calcolato, infine, un **indice sintetico di congruenza** per ogni "luogo" in cui si effettua l'APQ (il quale misura la conformità tra giudizi dei cittadini e giudizi degli operatori, nonché tra giudizi degli uni e degli altri e i vari elementi oggettivi della qualità).

Si possono poi calcolare indici tematici. Ad esempio, si può calcolare un indice di accessibilità facendo riferimento a una variabile della qualità tecnica (le condizioni tecniche di accesso ai servizi sanitari), una variabile della dimensione interpersonale (informazioni relative all'accesso ai servizi) e una variabile del comfort (condizioni logistiche di accesso ai servizi sanitari) e, quindi, a partire dai fenomeni indicatori corrispondenti.

**indici e indicatori di un servizio
indici e indicatori di più servizi**

Tutta la batteria di indicatori e di indici che è stata sommariamente descritta sinora va (o può essere) calcolata per ogni "luogo" in cui si effettua l'APQ, ovvero per ogni complesso sanitario (ospedaliero o extra-ospedaliero) o per parte di esso (ad esempio, una divisione di degenza).

Si calcolano quindi, se necessario, indici relativi a più complessi sanitari o a più parti di un complesso (ad esempio, tutte le divisioni di medicina generale di un'azienda USL, oppure a tutte le divisioni di degenza di un complesso ospedaliero) da raggruppare per settore (ad esempio, più divisioni di degenza, più poliambulatori, più farmacie, ecc.) e per territorio (tutti i servizi sanitari di una USL, di una regione, ecc.).

3. SINTESI DEL PROCEDIMENTO DI COSTRUZIONE DEGLI INDICI E DEGLI INDICATORI

Nel paragrafo precedente si è descritto, anche attraverso alcuni esempi, il percorso compiuto a partire dai dati che, effettuando l'APQ in alcuni servizi sanitari, si ricavano dallo spoglio dei vari strumenti tecnici compilati (questionari e griglie di osservazione) fino ad arrivare all'indice sintetico di qualità, passando per i fenomeni indicatori (misurati attraverso gli indicatori di base), le variabili della qualità (misurate tramite gli indici settoriali), i fenomeni indicati (misurati grazie agli indici generali). Questo percorso è peraltro rappresentato in forma grafica nello schema seguente.

SCHEMA GENERALE SUGLI INDICI E GLI INDICATORI FONDAMENTALI NELL'APQ

DATI BRUTI

adeguatezza rispetto a standard
disfunzioni
eventi-sentinella
situazioni particolari di qualità
giudizi e opinioni

FENOMENI INDICATORI INDICATORI DI BASE

VARIABILI DELLA QUALITA' INDICI SETTORIALI

**FENOMENI INDICATI COSTITUTIVI
INDICI GENERALI SUI 3 ASPETTI DELLA QUALITA'**

- indice generale di qualità tecnica
- indice generale di dimensione interpersonale
- indice generale di comfort

INDICI SINTETICI DI QUALITA'

- indice sintetico di qualità

Esempi di indici complementari dell'APQ

Indici inerenti alla qualità soggettiva

- indice di soddisfazione dei cittadini
- indice di soddisfazione degli operatori
- indice di soddisfazione generale

Indici inerenti alla qualità oggettiva

- indice di adeguatezza rispetto agli standard
- indice di rilevanza degli eventi-sentinella
 - indice di rilevanza delle SPQ
- indice di rilevanza degli ES e delle SPQ
- indice sintetico di congruenza

4. REGOLE GENERALI PER L'ATTRIBUZIONE DI VALORI NUMERICI AGLI INDICI E AGLI INDICATORI

Senza entrare nei dettagli più minuziosi del percorso sopra descritto (esiste infatti un programma informatico da "adattare" eventualmente, di volta in volta, quando si effettua l'APQ in un'azienda ospedaliera, in un'azienda USL o in parte di essa, il quale permette di "passare" automaticamente dai dati bruti a tutti gli indicatori e a tutti gli indici) si accenna, qui appresso, ad alcune delle principali regole adottate nella costruzione degli indicatori e degli indici.

Si è stabilito, innanzi tutto, che ogni indicatore e ogni indice che fa riferimento alla soddisfazione dei cittadini e degli operatori, nonché alle situazioni particolari di qualità, viene standardizzato secondo un campo di variazione 0/10 dove 0 corrisponde alla situazione maggiormente negati-

va e 10 alla situazione maggiormente positiva. Ogni indicatore o indice fa-
cente riferimento all'adeguatezza rispetto agli standard, alla presenza o
meno di disfunzioni o di eventi sentinella viene, invece, standardizzato
secondo un campo di variazione (-10, 0), dove -10 corrisponde alla situa-
zione maggiormente negativa e 0 a quella positiva.

Ad esempio, un indicatore di soddisfazione (di operatori o cittadini)
sarà pari a 0 se tutti gli intervistati hanno dato il giudizio "pessimo" o
"molto insoddisfacente" o "molto inadeguato" (a seconda della scala che si
sta utilizzando), mentre sarà pari a 10 se tutti gli intervistati hanno dato il
giudizio "ottimo" o "molto soddisfacente" o "molto adeguato".

Un indicatore relativo a un evento-sentinella è pari a -10 se l'evento si
verifica anche una sola volta ed è pari a 0 se non si verifica mai; ci si com-
porta in maniera opposta per gli indicatori relativi alle situazioni partico-
lari di qualità.

Per gli indicatori relativi a disfunzioni o ai livelli di adeguatezza rispet-
to a standard, le procedure di calcolo sono più complesse.

In termini generali (senza entrare cioè nei singoli casi specifici), se si
tratta di disfunzioni e di adeguatezza rispetto a standard del tipo presen-
za/assenza, si calcola la percentuale di casi, fra quelli osservati o comun-
que documentati, in cui si verifica la disfunzione o in cui si rileva una
situazione inadeguata rispetto allo standard. Tale percentuale viene
quindi divisa per 10. Pertanto, quando non vi è alcuna disfunzione (o
quando la situazione è sempre adeguata rispetto allo standard),
l'indicatore è pari a 0. Viceversa, quando una disfunzione si verifica in
tutti i casi osservati (o documentati in altro modo) o la situazione è sempre
inadeguata rispetto allo standard, l'indicatore è uguale a -10.

Nel caso di adeguatezza rispetto a standard con valore-soglia differente
da 0, si calcola la media delle distanze da tale valore-soglia per tutte le si-
tuazioni osservate (o documentate in altro modo). In caso di rispetto dello
standard la distanza sarà ovviamente pari a 0. Questa distanza media
viene quindi rapportata alla distanza massima teorica o effettiva e multi-
plicata per -10. Quanto più tale distanza media sarà elevata, tanto più il
valore dell'indicatore sarà quindi prossimo a -10. Viceversa, quando tale
distanza media è uguale 0 (perché lo standard è sempre rispettato), l'indi-
catore è, anch'esso pari a 0.

Nella costruzione degli indici settoriali, intermedi e generali si adottano poi le seguenti regole:

- a) nella costruzione di ogni indice si attribuisce un "peso" pari al 50% agli elementi oggettivi della qualità (adeguatezza rispetto agli standard, presenza o meno di disfunzioni, eventi-sentinella e situazioni particolari di qualità) e un peso pari al 50% agli elementi soggettivi della qualità (giudizi e opinioni);
- b) ovunque vengano considerati congiuntamente, si attribuisce un peso pari al 50% ai giudizi e alle opinioni degli operatori e altrettanto a quelli dei cittadini (cumulando gli elementi oggettivi e gli elementi soggettivi della qualità, pertanto, i giudizi e le opinioni dei cittadini hanno, nell'APQ, un peso del 25%, così come quelli degli operatori);
- c) le tre grandi aree della qualità (qualità tecnica, dimensione interpersonale e comfort) hanno un peso uguale, pari cioè al 33,33%;
- d) all'interno di ognuna delle sub-aree, fatto salvo il rispetto delle regole a) e b), ogni indicatore ha un peso uguale.

L'indice sintetico di qualità, come si è già accennato, si ricava dalla media aritmetica dei tre indici generali relativi alla qualità tecnica, alla dimensione interpersonale e al comfort.

L'indice sintetico di congruenza, infine, si ottiene dalla media delle differenze tra i quattro indici intermedi calcolati per ognuna delle tre grandi aree della qualità.

APPENDICE*

Indicatori di base utilizzati nell'APQ per la medicina ospedaliera

QUALITA' TECNICA

* indicatori inerenti alla soddisfazione dei degenti

- grado di soddisfazione nei confronti della quantità di infermieri presenti nel servizio
- grado di soddisfazione nei confronti della quantità di medici presenti nel servizio
- grado di soddisfazione nei confronti della professionalità degli infermieri
- grado di soddisfazione nei confronti della professionalità dei medici
- grado di soddisfazione nei confronti dei rapporti tra medici ospedalieri e medici curanti
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità delle attrezzature sanitarie
- grado di soddisfazione nei confronti della durata della degenza
- grado di soddisfazione riguardo alle cure ricevute durante la degenza

* indicatori inerenti alla soddisfazione degli operatori

- grado di soddisfazione nei confronti della quantità di infermieri presenti nel servizio
- grado di soddisfazione nei confronti della quantità di medici presenti nel servizio
- grado di soddisfazione nei confronti della professionalità degli infermieri
- grado di soddisfazione nei confronti della professionalità dei medici
- grado di soddisfazione nei confronti della dotazione di macchinari e di strumenti diagnostici
- grado di soddisfazione nei confronti dell'uso di tecnologie avanzate
- grado di soddisfazione nei confronti della dotazione di materiale sanitario di consumo
- grado di soddisfazione nei confronti dei rifornimenti di materiale sanitario di consumo
- giudizi nei confronti dell'adeguatezza delle procedure di scambio di informazioni
- livello generale di soddisfazione professionale
- grado di soddisfazione professionale con riferimento agli orari e ai tempi di lavoro
- grado di soddisfazione professionale con riferimento al grado di autonomia
- grado di soddisfazione professionale con riferimento al trattamento economico
- grado di soddisfazione professionale con riferimento alle opportunità di aggiornamento professionale
- grado di soddisfazione professionale con riferimento alle possibilità di carriera
- grado di soddisfazione professionale con riferimento ai rapporti con i colleghi
- giudizio degli operatori sull'adeguatezza della durata della degenza
- grado di soddisfazione nei confronti degli esiti sanitari
- grado di soddisfazione nei confronti della durata della degenza
- grado di soddisfazione riguardo alle cure date durante la degenza

* Cfr. nota a pag. 48

*** indicatori di adeguatezza agli standard o relativi alla manifestazione di disfunzioni**

- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata la presenza di badanti o di altro personale estraneo o di familiari che svolgono funzioni di assistenza ai ricoverati
- percentuale di degenti che usufruiscono sempre o spesso dell'assistenza di badanti di giorno
- percentuale di degenti che usufruiscono sempre o spesso dell'assistenza di badanti di notte
- percentuale di complessi sanitari dove è assente l'organizzazione di pronto soccorso
- percentuale di complessi sanitari dove è assente il laboratorio per gli esami clinici
- percentuale di complessi sanitari dove è assente una lista di attesa per ricoveri programmati consultabile e centralizzata
- percentuale di complessi sanitari dove viene praticata la procedura del formale consenso circa le trasfusioni
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente la stanza per le visite mediche
- percentuale di degenti che hanno atteso più di 15 gg. per ricoveri programmati (oppure più di x giorni, con x determinato in base alla media delle situazioni migliori per tipologia)
- percentuale di complessi sanitari in cui sono state notate barriere architettoniche
- percentuale di divisioni di degenza con porte non sufficientemente larghe per permettere il passaggio di letti
- numero di posti-letto per padella nelle divisioni di degenza
- percentuale di divisioni di degenza sprovviste di macchina lavapadelle
- numero di posti-letto per sedia a rotella nelle divisioni di degenza
- numero di posti-letto per sedia comoda nelle divisioni di degenza
- numero di posti-letto per supporti per flebo nelle divisioni di degenza
- numero di posti-letto per deambulatori nelle divisioni di degenza
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente il tavolino per l'emergenza
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente il ricettario
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente l'erogatore di ossigeno
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente il set per l'emergenza
- percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di protocolli scritti per l'emergenza
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente una apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di emergenza
- percentuale di divisioni di degenza dove si notano porte di uscita di emergenza chiuse a chiave in casi non specificatamente autorizzati
- percentuale di divisioni di degenza dove si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza, le vie di circolazione e le porte che vi danno accesso
- percentuale di divisioni di degenza dove si notano porte e portoni apribili nei due versi che non sono trasparenti e/o che non sono muniti di un segno indicativo all'altezza degli occhi
- percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di spogliatoi distinti fra i due sessi, dotati di attrezzature che consentano a ogni lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro
- percentuale di divisioni di degenza che non dispongono del bagno per disabili
- percentuale di complessi sanitari dove è assente il documento relativo alla sicurezza e alla prevenzione previsto dal DL n. 626 del 19.9.1994
- percentuale di complessi sanitari dove è assente il piano di evacuazione
- percentuale di complessi sanitari dove manca il responsabile del servizio di prevenzione e protezione

- percentuale di medici che non vengono periodicamente convocati a riunioni di staff
- percentuale di infermieri che non vengono periodicamente convocati a riunioni di staff
- percentuale di divisioni di degenza dove non è utilizzata la cartella infermieristica per tutti i degenti
- percentuale di degenti che denunciano sprechi di tempo
- percentuale di operatori che denunciano sprechi di tempo
- percentuale di degenti che denunciano ritardi nella consegna dei referti
- percentuale di operatori che denunciano ritardi nella consegna dei referti
- percentuale di edifici a più piani in un complesso sanitario sprovvisti di ascensori porta-let-tighe;
- percentuale di edifici a più piani in un complesso sanitario sprovvisti di monta-carichi
- percentuale di divisioni di degenza dove non viene compilata giornalmente la cartella clinica o il diario clinico
- percentuale di divisioni di degenza dove non viene consegnata la lettera di dimissioni al termine del ricovero
- percentuale di divisioni di degenza con posti-letto non dotati di campanello di allarme funzionante
- percentuale di divisioni di degenza con gabinetti non dotati di campanello di allarme funzionante
- percentuale di divisioni di degenza dove non esistono luoghi specifici (o dove non sono in vigore protocolli specifici) per il ricovero di malati infetti
- percentuale di complessi sanitari privi di sala mortuaria funzionante

*** indicatori relativi a eventi-sentinella**

- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata l'assenza di personale infermieristico di notte
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata l'assenza di personale infermieristico di giorno festivo
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata l'assenza oppure la presenza di una sola unità di personale infermieristico
- percentuale di degenti che hanno elargito somme di denaro rilevanti nella speranza di ricevere prestazioni migliori
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notate risposte del personale infermieristico alle chiamate dei degenti dopo oltre 5 minuti
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati interventi di emergenza attivati dopo oltre 5 minuti dalla manifestazione di quest'ultima
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati cadaveri lasciati per lungo tempo nel letto o in luoghi impropri
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza durante la deambulazione
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza durante l'alimentazione
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza durante la pulizia personale
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente

non autosufficienti privi di assistenza durante la pulizia degli indumenti

- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza durante le crisi diurne
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza durante le crisi notturne
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza durante l'espletamento di bisogni fisiologici
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati degenti ricoverati su barelle o brandine o comunque fuori dalle stanze di degenza
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati letti aggiunti nelle stanze di degenza
- percentuale di divisioni di degenza dove si sono notati litigi tra il personale in presenza di degenti
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata la somministrazione irregolare o la mancata somministrazione della terapia (anche a un solo malato) nei giorni festivi o di notte
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notato l'esercizio di funzioni da parte di personale senza una specifica abilitazione professionale al riguardo
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata la mancata somministrazione di un farmaco perché assente
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata la mancata utilizzazione di un presidio perché non disponibile
- percentuale di divisioni di degenza dove è assente il servizio di disinfezione/disinfe-stazione

*** indicatori relativi a situazioni particolari di qualità**

- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata la presenza della cartella clinica informatizzata
- percentuale di divisioni di degenza dove si è notata la pratica della tecnica dell'autotrasfusione
- percentuale di divisioni di degenza dove l'attività infermieristica è organizzata per gruppi di pazienti
- percentuale di divisioni di degenza dove è presente un prontuario terapeutico ospedaliero
- percentuale di complessi sanitari dove sono presenti gruppi attivi che si occupano con attività continuate della verifica e del miglioramento della qualità

DIMENSIONE INTERPERSONALE

*** indicatori inerenti alla soddisfazione dei degenti**

- grado di soddisfazione nei confronti dell'identificabilità degli operatori sanitari
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità dei medici
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità degli infermieri
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità del personale ausiliario
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui i medici trattano i degenti
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui gli infermieri trattano i degenti

- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui il personale ausiliario tratta i degenti
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui l'altro personale tratta i degenti
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni avute sulla diagnosi
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni avute sulla terapia
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni avute sugli aspetti logistici
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni avute sui tempi degli esami, degli accertamenti e della terapia
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni avute sulle cure da effettuare dopo le dimissioni
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni riportate sulla segnaletica interna ed esterna al complesso sanitario
- grado di soddisfazione circa la tutela della riservatezza
- grado di soddisfazione circa la corrispondenza tra organizzazione comunicata ed effettiva

*** indicatori inerenti alla soddisfazione degli operatori**

- grado di soddisfazione nei confronti dell'identificabilità degli operatori sanitari
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità dei medici
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità degli infermieri
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità del personale ausiliario
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui i medici trattano gli utenti
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui gli infermieri trattano gli utenti
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui il personale ausiliario tratta gli utenti
- grado di soddisfazione nei confronti del modo in cui l'altro personale tratta i degenti
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite ai degenti sulla diagnosi
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite ai degenti sulla terapia
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite ai degenti sugli aspetti logistici
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite ai degenti sui tempi degli esami, degli accertamenti e della terapia
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite ai degenti sulle cure da effettuare dopo le dimissioni
- grado di soddisfazione circa la chiarezza e la completezza delle informazioni riportate sulla segnaletica interna ed esterna al complesso sanitario
- grado di soddisfazione circa la tutela della riservatezza dei degenti

*** indicatori di adeguatezza agli standard o relativi alla manifestazione di disfunzioni**

- percentuale di divisioni di degenza dove non è presente un cartello sul quale sia indicato l'orario di ricevimento del personale
- percentuale di divisioni di degenza dove non è presente un cartello sul quale sia indicato

l'organico del personale

- percentuale di divisioni di degenza dove non è presente un cartello sul quale sia indicato il menù settimanale
- percentuale di degenti informati circa la durata della degenza
- percentuale di degenti informati circa la propria malattia e/o la diagnosi
- percentuale di degenti informati circa la terapia
- percentuale di degenti informati circa l'orario dei pasti
- percentuale di degenti informati circa l'orario delle visite mediche
- percentuale di degenti informati circa l'orario delle pulizie
- percentuale di degenti non informati preventivamente nel caso in cui debbano subire trattamenti disagiati
- percentuale di degenti che hanno (o hanno avuto) la possibilità di leggere la propria cartella clinica
- percentuale di complessi sanitari sprovvisti di cartellonistica stradale che ne indichi l'ubicazione
- percentuale di complessi sanitari sprovvisti di targa all'entrata
- percentuale di complessi sanitari privi di cartellonistica interna
- percentuale di complessi sanitari privi di addetti all'ingresso in grado di fornire informazioni ai cittadini (ufficio informazioni)
- percentuale di complessi sanitari privi di Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP)
- percentuale di complessi sanitari privi di punto di accoglienza per il pubblico
- percentuale di divisioni di degenza con medici sprovvisti di cartellino o altro strumento per il riconoscimento
- percentuale di divisioni di degenza con infermieri sprovvisti di cartellino o altro strumento per il riconoscimento
- percentuale di divisioni di degenza dove non vengono utilizzate divise differenziate secondo la qualifica

*** indicatori relativi a eventi-sentinella**

- percentuale di divisioni di degenza dove sono stati osservati litigi tra operatori e utenti
- percentuale di divisioni di degenza dove sono stati osservati operatori che percuotono utenti
- percentuale di divisioni di degenza dove sono stati osservati operatori che formulano osservazioni ingiuriose nei confronti dei degenti
- percentuale di degenti che sono stati chiamati con il "tu" dagli operatori (o con altri appellativi impropri)
- percentuale di degenti che sono stati insultati da operatori
- percentuale di divisioni di degenza dove sono avvenuti suicidi di degenti negli ultimi 12 mesi

*** indicatori relativi a situazioni particolari di qualità**

- percentuale di complessi sanitari dove è presente un servizio di interpretariato
- percentuale di complessi sanitari dove sono presenti registri per la valutazione di aree critiche delle attività e dei problemi

- percentuale di complessi sanitari dove esiste un registro dell'aggiornamento professionale
- percentuale di complessi sanitari dove sono vigenti protocolli di intesa con associazioni di volontariato

COMFORT

*** indicatori inerenti alla soddisfazione dei degenti**

- grado di soddisfazione nei confronti dell'igiene dei bagni
- grado di soddisfazione nei confronti del locale del ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti dello spazio a disposizione
- grado di soddisfazione nei confronti dell'igiene dei locali di ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti della quantità del cibo
- grado di soddisfazione nei confronti della qualità del cibo
- grado di soddisfazione nei confronti della tranquillità del luogo di ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti del grado di areazione e della temperatura del luogo di ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità e del funzionamento dei telefoni
- grado di soddisfazione nei confronti degli orari della giornata
- grado di soddisfazione nei confronti delle condizioni di riservatezza
- grado di soddisfazione nei confronti della distanza del letto dai servizi igienici
- grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione dei locali
- grado di soddisfazione nei confronti delle possibilità di accesso dei parenti dei degenti
- grado di soddisfazione nei confronti della localizzazione dell'ospedale
- grado di soddisfazione nei confronti dei rapporti con gli uffici amministrativi
- grado di soddisfazione nei confronti dell'accessibilità degli ascensori
- grado di soddisfazione nei confronti della considerazione, in ospedale, delle abitudini di vita dei degenti

*** indicatori inerenti alla soddisfazione degli operatori**

- grado di soddisfazione nei confronti dell'igiene dei bagni
- grado di soddisfazione nei confronti dell'igiene dei locali di ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti del locale del ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti dello spazio a disposizione
- grado di soddisfazione nei confronti della quantità del cibo
- grado di soddisfazione nei confronti della qualità del cibo
- grado di soddisfazione nei confronti della tranquillità del luogo di ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti del grado di areazione e della temperatura del luogo di ricovero
- grado di soddisfazione nei confronti della disponibilità e del funzionamento dei telefoni
- grado di soddisfazione nei confronti della distanza del letto dai servizi igienici
- grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione dei locali
- grado di soddisfazione nei confronti delle possibilità di accesso dei parenti dei degenti
- grado di soddisfazione nei confronti della localizzazione dell'ospedale

- grado di soddisfazione nei confronti dei rapporti con gli uffici amministrativi
- grado di soddisfazione nei confronti dell'accessibilità degli ascensori
- grado di soddisfazione nei confronti della considerazione in ospedale delle abitudini di vita dei degenti

*** indicatori di adeguatezza agli standard o relativi alla manifestazione di disfunzioni**

- percentuale di divisioni di degenza con stanze con più di 6 (o 4) letti senza divisori (o distanza tra la media di letti a stanza e il valore 6 o 4)
- percentuale di complessi sanitari dove ci sono edifici a più piani privi di ascensore
- superficie media dei letti di degenza (distanza dallo standard di 7mq)
- temperatura media delle sale di degenza e soggiorno (distanza dallo standard di 20°)
- temperatura media delle sale visite e medicazioni (distanza dallo standard di 22°)
- distanza media dallo standard di 1 gabinetto ogni 12 posti-letto
- distanza media dallo standard di 1 vasca (o doccia) ogni 15 posti-letto
- distanza media dallo standard di 1 bidet ogni 15 posti-letto
- distanza media dallo standard di 1 getto d'acqua ogni 5 ricoverati
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati gabinetti sprovvisti di carta igienica
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati gabinetti sprovvisti di copri-water
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati gabinetti sprovvisti di tavoletta
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati gabinetti sprovvisti di scopini
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati gabinetti rotti o inaccessibili
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati gabinetti sporchi per oltre 30 minuti
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di specchio
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di mensola
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di attaccapanni
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di tappeti anti-scivolo
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di acqua calda
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di sapone liquido
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati bagni sprovvisti di asciugamani monouso
- percentuale di divisioni di degenza dove i bagni vengono puliti meno di 2 volte al gg.
- percentuale di divisioni di degenza sprovviste di ripostigli per deposito temporaneo della biancheria sporca e delle medicazioni
- percentuale di divisioni di degenza in cui i degenti non dispongono di spazi-mensa esterni alla corsia
- percentuale di divisioni di degenza che non dispongono del bagno separato per il personale
- percentuale di divisioni di degenza in cui ci sono posti-letto sprovvisti di tavolinetto mobile

-
- percentuale di divisioni di degenza in cui non si utilizza un carrello scalda-vivande
 - percentuale di divisioni di degenza in cui resta sul carrello oltre la metà del cibo
 - percentuale di divisioni di degenza dove tutti i degenti non vengono regolarmente muniti di posate
 - percentuale di divisioni di degenza dove tutti i degenti non vengono regolarmente muniti di bicchiere
 - percentuale di divisioni di degenza dove il servizio del pasto non avviene in piatti o contenitori separati
 - percentuale di divisioni di degenza con stanze sprovviste di finestre
 - percentuale di divisioni di degenza con finestre con vetri rotti o che non si chiudono
 - percentuale di divisioni di degenza dove si notano segni di fatiscenza alle pareti
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di armadietto
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di impianto di servizio testa-letto o di luce elettrica
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di sedia
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di comodino
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di lenzuola o con lenzuola lacerate
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di coperta o con coperte troppo piccole o sporche
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di materassi o con materassi troppo sottili o sudici
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto privi di cuscini o con cuscini troppo piccoli o sottili o sudici o sprovvisti di federa
 - percentuale di divisioni di degenza con posti-letto a meno di cm 40 dal pavimento
 - percentuale di divisioni di degenza dove i letti vengono rifatti meno di una volta al giorno
 - percentuale di divisioni di degenza in cui il cambio della biancheria avviene meno di una volta alla settimana
 - percentuale di divisioni di degenza dove si odono rumori assordanti
 - percentuale di complessi sanitari che non dispongono di un servizio interno di lavanderia
 - percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di salottino (o altri spazi attrezzati)
 - percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di un frigorifero dove i degenti possano tenere proprie bevande o alimenti
 - percentuale di complessi sanitari che non dispongono di un parcheggio accessibile anche agli utenti e ai visitatori
 - percentuale di complessi sanitari i cui parcheggi risultano sovraffollati
 - percentuale di complessi sanitari che non dispongono in prossimità di un parcheggio di taxi
 - percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di un telefono pubblico
 - percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di un telefono pubblico sempre funzionante
 - percentuale di divisioni di degenza che non dispongono di un telefono mobile o di altro apparecchio che permetta di comunicare senza alzarsi dal letto
 - percentuale di complessi sanitari sprovvisti di giornalaio
 - percentuale di complessi sanitari sprovvisti di bar
 - percentuale di complessi sanitari sprovvisti di spaccio
 - percentuale di complessi sanitari sprovvisti di bancomat
 - percentuale di complessi sanitari sprovvisti di distributore di schede telefoniche

- percentuale di complessi sanitari sprovvisti di distributore di schede telefoniche funzionante
- percentuale di divisioni di degenza dove la cena viene servita prima delle 18,30
- percentuale di divisioni di degenza dove i pasti non vengono serviti con puntualità
- percentuale di divisioni di degenza dove sono stati individuati gabinetti in cui nessun mezzo impedisce l'accesso a estranei quando sono occupati
- percentuale di divisioni di degenza sprovviste di spazi dove i degenti si possano cambiare con riservatezza

*** indicatori relativi a eventi-sentinella**

- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati topi
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati insetti, scarafaggi e blatte
- percentuale di divisioni di degenza in cui è stata notata la mancanza di acqua calda
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati biancheria sporca e/o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati osservati padelle o pappagalli abbandonati in spazi impropri (per oltre 30 minuti)
- percentuale di divisioni di degenza in cui sono stati notati elementi che permettono di mettere in dubbio la perfetta condizione igienica del cibo
- percentuale di degenti a cui è capitato di dover portare da casa utensili o generi lettereschi
- percentuale di degenti a cui è capitato di dover acquistare cibo per integrare la dieta
- percentuale di degenti a cui è capitato di doversi spogliare di fronte a soggetti professionalmente non coinvolti
- percentuale di degenti oggetto di commenti ad alta voce di operatori sanitari lesivi del pudore
- percentuale di degenti che ritengono che persone estranee abbiano letto la propria cartella clinica
- percentuale di degenti che ritengono che informazioni riservate su particolari della loro malattia siano stati riferiti a estranei senza il loro consenso

*** indicatori relativi a situazioni particolari di qualità**

- percentuale di divisioni di degenza dove tutti i posti-letto dispongono di un telefono almeno ricevente
- percentuale di divisioni di degenza dove sono disponibili (da parte dell'amministrazione) telefoni cellulari o telefoni portabili senza carrello
- percentuale di divisioni di degenza dove sono regolarmente disponibili nei salottini o in altre aree per la socializzazione quotidiani del giorno e riviste della settimana
- percentuale di divisioni di degenza dove sono regolarmente disponibili bevande nei salottini o in altre aree per la socializzazione (anche grazie alla presenza di una macchina per la distribuzione)
- percentuale di complessi dove esistono spazi attrezzati per l'intrattenimento-animazione dei bambini
- percentuale di complessi dove è disponibile uno sportello bancario

- percentuale di complessi muniti di un ufficio telefax (o di un telefax) disponibile per i degenti
- percentuale di divisioni di degenza dove tutti i ricoverati vengono muniti dall'amministrazione di un set per l'igiene personale
- percentuale di divisioni di degenza dove tutti i ricoverati vengono muniti dall'amministrazione di materiale informativo (ed educativo) sul complesso sanitario e sulla salute
- percentuale di divisioni di degenza dove tutti i ricoverati vengono muniti (se lo desiderano) dall'amministrazione di cuffia per la radiodiffusione
- percentuale di divisioni di degenza dove è presente un sistema di informazione audiovisivo funzionante
- percentuale di divisioni di degenza dove tutte le stanze sono munite di televisori con cuffia

CAPITOLO QUARTO

Universi e campioni

1. GLI UNIVERSI DI RIFERIMENTO

Non è casuale che questo capitolo del manuale si intitoli "universi e campioni". Si può infatti affermare che quando si intende effettuare un'APQ in un'azienda sanitaria si ha quasi più difficoltà nella definizione e nella costruzione degli universi che nell'estrazione dei campioni.

Un'azienda sanitaria (soprattutto un'azienda ospedaliera) rappresenta un "luogo" i cui confini sono solo parzialmente definibili *ex-ante*.

Se da una parte, infatti, è perfettamente definibile, in teoria ma non sempre in pratica, l'insieme di servizi (e/o di altre strutture) e gli operatori (sanitari e non) che fanno riferimento, direttamente o tramite convenzioni, a un'azienda sanitaria (ospedaliera o USL), è quasi del tutto indeterminabile il suo bacino di utenza. Nel caso di un'azienda USL esiste un bacino di riferimento, ma non è affatto detto (anzi non è quasi mai così, soprattutto nelle grandi aree urbane) che tutti i cittadini di quel territorio si rivolgano ai servizi di quell'azienda; viceversa, è probabile che vi si rivolgano cittadini residenti al di fuori di tale territorio. Nel caso di un'azienda ospedaliera, la questione è ancora più complessa, in quanto non esiste nemmeno un bacino territoriale di riferimento; infatti, spesso tali aziende hanno utenti che provengono da più regioni d'Italia.

In questa situazione di parziale indeterminazione, per la definizione degli universi l'APQ prevede una procedura articolata nel modo che segue.

ambiti di riferimento

In primo luogo, bisogna decidere quali saranno gli ambiti di riferimento dell'APQ che si intende effettuare.

Si ha a che fare con tre ambiti di riferimento:

- * un ambito istituzionale, in relazione al quale si stabilirà che l'APQ riguarderà i servizi di una o più determinate aziende sanitarie (ed eventualmente quelli convenzionati con tali aziende);
- * un ambito territoriale, in relazione al quale si potrà scegliere (non è obbligatorio) di occuparsi solo dei servizi localizzati in una porzione più o meno ampia del territorio dell'azienda (o delle aziende) considerata(e);
- * un ambito tipologico, in relazione al quale si potrà decidere di rivolgere l'attenzione solo ai servizi di un certo tipo (ad esempio, solo alla medicina ospedaliera, solo ai servizi ambulatoriali, solo alla medicina di base, solo alla farmaceutica, ecc.) o di alcuni tipi.

Riguardo a quest'ultimo punto, è bene precisare che, allo stato degli atti, l'APQ è stata sperimentata (ed è quindi utilizzabile come procedura tecnica senza un ulteriore lavoro preliminare di ricerca scientifica) esclusivamente per:

- la medicina ospedaliera;
- la medicina ambulatoriale (si possono trarre anche indicazioni per servizi rivolti a specifiche categorie di utenti);
- la farmaceutica.

e non per:

- la medicina di base;
 - i servizi rivolti a specifiche categorie di utenti (fatte salve le caratteristiche per le quali esse sono riconducibili alla medicina ospedaliera o a quella ambulatoriale);
 - i servizi domiciliari;
 - i servizi veterinari;
- ecc.

E', peraltro, oggetto di riflessione e di ricerca la possibilità di applicare l'APQ in quanto tale a tutti questi ulteriori segmenti del Servizio sanitario.

Al momento in cui viene presa la decisione di attuare l'APQ, è indispensabile una precisa definizione dell'universo di riferimento da un punto di vista, sia territoriale, sia istituzionale, sia tipologico, attuando - ove necessario - specifiche scelte. Le opzioni potranno anche avere un carattere convenzionale (ad esempio, considerare i servizi ambulatoriali di un ospedale nel quadro della medicina ospedaliera o, viceversa, escluderli) e tali convenzioni dovranno, però, essere poi tenute presenti durante tutto lo svolgimento dell'APQ.

universo dei complessi sanitari o strutture

Una volta determinati gli ambiti (quello istituzionale ed eventualmente quello territoriale e/o quello tipologico), è automaticamente definito l'universo di servizi sanitari a cui si applicherà l'APQ (si tratta dei servizi sanitari che rientrano nei tre ambiti).

Si tenga conto che, degli ospedali, andranno considerati anche i servizi ambulatoriali (e territoriali) esistenti al loro interno, qualora siano aperti anche ad utenti non ricoverati.

Ogni complesso sanitario rappresenta una unità di osservazione. I poliambulatori poi, si distingueranno in unità minime formate dai singoli servizi (medicina specialistica: cardiologia, fisioterapia, radiologia, ecografia, ecc.); le unità minime degli ospedali, invece, saranno le divisioni di degenza e i vari servizi degli ambulatori (distinti nello stesso modo). Come si dirà meglio in seguito, alcune di queste unità minime entreranno a far parte del campione che si utilizzerà nell'APQ. Tutta la raccolta dei dati, tramite questionari e tramite griglie di osservazione, dovrà avvenire all'interno delle unità minime scelte e effettivamente inserite nel campione. Attenzione: il rapporto tra i risultati dell'osservazione e i dati tratti dai questionari non è di tipo statistico, ma reale, pena la perdita di significatività dei risultati.

E' indispensabile determinare, a questo punto, gli universi degli "attori" e cioè:

- gli universi degli operatori (sanitari e non);
- gli universi dei cittadini.

universi dei cittadini

Come si è già accennato, la definizione di questi ultimi è particolarmente complessa.

A questo riguardo, si può dire che esistono più alternative fra le quali scegliere. Vi sono, infatti, i seguenti universi:

- a) l'universo dei degenti;
- b) l'universo degli utenti della medicina extra-ospedaliera;
- c) l'universo dei cittadini "non utenti" (ovvero di cittadini considerati non nel momento in cui usufruiscono di servizi sanitari).

Gli universi a) e b) sono universi che, allo stato degli atti, non si possono determinare con precisione *ex-ante*. Si tratta, infatti:

- dei degenti nell'ospedale X il giorno T1;
- degli utenti del servizio Y il giorno T2.

L'universo c), invece, è, almeno in teoria (ovvero disponendo dei dati necessari, il che in Italia è piuttosto semplice) ben definito e si può determinare *ex-ante* (si tratta dei residenti di un determinato territorio)

Paradossalmente, nell'APQ si tendono a utilizzare gli universi a) e b) e solo raramente l'universo c). Perché? Si possono individuare, essenzialmente, tre ragioni.

- 1) L'APQ è un'analisi della qualità dei servizi e non una indagine sui comportamenti sanitari o sull'accesso ai servizi dei cittadini. Nell'ambito dell'APQ, pertanto, i cittadini interessano in quanto utenti dei servizi sanitari. Si hanno, infatti, maggiori informazioni rivolgendosi agli utenti nel momento in cui sono tali, piuttosto che ai cittadini quando non usufruiscono dei servizi (peraltro, molti di essi potrebbero avere scarsissime informazioni in merito ai servizi sui quali si sta effettuando l'APQ).
- 2) L'APQ riguarda i servizi di un determinato ambito territoriale. Ciò che interessa è il punto di vista degli utenti e non quello dei cittadini che abitano il territorio corrispondente (alcuni dei quali si rivolgeranno senz'altro a servizi ubicati altrove, mentre ai servizi oggetto dell'APQ potranno ricorrere anche cittadini di altre aree territoriali). Così facendo, si tiene infatti conto delle piccole e grandi migrazioni sanitarie.
- 3) E' molto più agevole identificare utenti che non cittadini sul territorio.

Per questi motivi, l'universo di riferimento dei cittadini non può che essere quello degli utenti, con qualche eventuale correttivo da inserire in

sede di costruzione dei campioni.

Tale "scelta" per gli universi a) e b) rispetto all'universo c) comporta, però, limiti di carattere statistico. Infatti:

- è meglio estrarre un campione da un universo determinato piuttosto che da un universo fluido;
- si potrà verificare una non perfetta parità di condizioni (si tenderà, nella individuazione delle unità campionarie, a scegliere quelle con una maggiore propensione a fornire informazioni - ad esempio gli utenti che si recano con maggiore frequenza presso i servizi ambulatoriali -; ma nello spirito dell'APQ questo potrebbe anche essere un pregio).

Questi limiti, però, non sembrano influire in modo significativo sulla rappresentatività dei campioni che si estrarranno in seguito. La soluzione qui adottata, tuttavia, non può certo considerarsi ottimale. Si tratta, piuttosto, di una soluzione soddisfacente.

E comunque, quando è possibile (al livello regionale o nazionale), è bene considerare, sia gli universi di tipo a) e b) che quello di tipo c).

Quando è opportuno considerare anche il campione dei cittadini "non utenti"

Al di là degli aspetti tecnici, il motivo principale per il quale l'universo dei cittadini non utenti non va preso in considerazione quando si effettua l'APQ al livello di azienda sanitaria, dipende dalle "migrazioni sanitarie" e dalla indeterminazione dei bacini di utenza (per le aziende ospedaliere). Questo problema si attenua, qualora l'APQ venga effettuata al livello nazionale (in quanto le migrazioni con l'estero sono da ritenersi trascurabili, mentre i bacini delle aziende ospedaliere superano raramente quello del paese). Con la dovuta attenzione, il campione di tipo c) potrebbe anche essere utilizzato nell'applicazione dell'APQ al livello di grandi regioni.

universi degli operatori

Per gli operatori non si pone lo stesso problema che ci si trova ad affrontare per i cittadini: gli universi dei medici, degli infermieri, ecc. sono infatti costituiti da coloro che lavorano presso i servizi sanitari considerati nell'universo dei "luoghi", il quale, come si è detto, è perfettamente definito, una volta decisi gli ambiti territoriale, istituzionale e tipologico.

Si può porre, ovviamente, un problema di non perfetta corrispondenza tra pianta organica teorica e "realtà", ma esso può anche essere ritenuto irrilevante perché, di solito, questo scarto è trascurabile; tuttavia, è preferibile disporre dell'inventario esatto degli operatori che sono in servizio.

Quando si effettua un'APQ, si considerano, di solito, 6 universi di operatori:

- a) l'universo dei medici;
- b) l'universo degli infermieri;
- c) l'universo del personale ausiliario;
- d) l'universo dei tecnici;
- e) l'universo dei laureati non medici;
- f) l'universo del personale amministrativo.

Si può notare che, nella individuazione dei 6 universi precedenti, non si tiene conto, nell'esattezza, di alcune classificazioni adottate dalla Pubblica amministrazione (e, in particolare, della distinzione fra ruolo sanitario, ruolo tecnico, ruolo professionale e ruolo amministrativo¹), distinzione rilevante ai fini giuridici, ma non altrettanto ai fini funzionali.

Nella costruzione degli universi per lo svolgimento dell'APQ, si cerca, infatti, di tenere conto dei due criteri seguenti:

- * considerare la posizione degli operatori rispetto al servizio in termini di quantità e qualità di informazioni disponibili;
- * evitare una eccessiva settorializzazione (per questo, le tre categorie generali di "laureati non medici", di "tecnici", di "personale amministrativo").

¹ Nello specifico, i tecnici si dividerebbero tra ruolo tecnico e ruolo professionale e i laureati non medici tra ruolo sanitario, ruolo tecnico e ruolo professionale.

2. LA COSTRUZIONE DEI CAMPIONI

L'APQ viene effettuata utilizzando, in linea di massima (ovvero salvo quando si fa riferimento a universi molto piccoli), campioni stratificati di servizi sanitari, di operatori e di cittadini. A questo proposito, è bene ricordare che la stratificazione campionaria è utile per aumentare la significatività del campione nel suo insieme, ma la rappresentatività del campione rimane di carattere globale e non può essere affermata per ogni singolo strato e, tantomeno, per l'intersezione fra più strati. Inoltre, è opportuno richiamare che l'unità campionaria fondamentale dell'APQ è l'unità minima del Servizio sanitario (ambulatorio, divisione di degenza, ecc.), con le sue strutture, i suoi operatori e i suoi utenti (e non altri). L'unità minima, quindi, sarà innanzi tutto oggetto di osservazione per quei referenti (strutture, processi osservabili e, quando possibile, esiti osservabili) per i quali essa è necessaria o è lo strumento migliore. In secondo luogo, le unità minime sono il contesto all'interno del quale si reperiranno, sia gli operatori, sia gli utenti da intervistare. Salvo alcune eccezioni che riguardano figure che non lavorano al livello di tali unità, per le quali vige il criterio della competenza (ad esempio, si intervisterà lo psicologo che si occupa anche della divisione di degenza che fa parte del campione).

stratificazione dei servizi

La stratificazione dei servizi sanitari può essere effettuata secondo i criteri di seguito esposti (che possono essere adottati in toto o in parte, a seconda della dimensione dell'universo e dagli ambiti territoriale, settoriale e istituzionale che sono stati precedentemente stabiliti):

- * stratificazione secondo il tipo di complesso sanitario e di servizio
 - a un primo livello, distinguendo tra servizi ambulatoriali, medicina ospedaliera, ecc.;
 - a un secondo livello, distinguendo tra le divisioni di degenza (secondo la specialità), tra gli ambulatori (secondo la specialità), ecc.;
- * stratificazione secondo la dimensione del complesso sanitario (in particolare per i complessi ospedalieri);
- * stratificazione secondo il carattere pubblico/classificato o convenzionato del complesso sanitario (se si prendono in esame anche i complessi ospedalieri);
- * stratificazione per localizzazione territoriale.

stratificazione dei cittadini

Per quanto concerne i degenti (tenuto conto della parziale indeterminazione del loro universo) la stratificazione va effettuata secondo due criteri:

- * ospedale e divisione di degenza dove sono ricoverati;
- * caratteristiche demografiche (sesso e, se possibile, età).

Qualora non si disponga dell'elenco dei ricoverati, si possono utilizzare i dati concernenti la distribuzione dei posti-letto (e dei relativi tassi medi di occupazione) per divisione di degenza e fra uomo e donna. In tal caso, non si potrà tenere conto della stratificazione per età.

Nell'ambito dell'APQ, la stratificazione secondo l'età è stata effettuata, sinora, secondo queste 5 classi:

- * classe 16-29 anni;
- * classe 30-49 anni;
- * classe 50-64 anni;
- * classe 65-74 anni;
- * classe 75 anni in su.

Circa gli utenti dei servizi ambulatoriali si adottano gli stessi criteri. La stratificazione si effettua quindi:

- * secondo il tipo di servizio ambulatoriale a cui gli utenti si rivolgono;
- * secondo le caratteristiche demografiche.

La pressoché totale indeterminazione "ex-ante" di questo universo, però, rende particolarmente ardua l'applicazione della seconda stratificazione. Si può, tutto sommato, tenere conto della distinzione per sesso (adottando una proporzione presunta del 50% per ognuno dei due sessi, fatto salvo i casi di servizi particolari), ma non di quella per età.

Qualora si prenda in considerazione anche il terzo tipo di universo (quello dei cittadini "non utenti"), dal momento che esso è - almeno in teoria - perfettamente determinato, si può procedere a una stratificazione più accurata. Nello specifico, si deve tenere conto dei seguenti criteri:

- * il luogo di residenza (distinguendo il tipo di comune secondo caratteristiche morfologiche e demografiche);
- * il sesso;
- * l'età.

stratificazione degli operatori

Per quanto concerne le sei categorie di operatori elencate precedentemente, trattandosi invece di universi perfettamente determinati (almeno in teoria), si può procedere più agevolmente nella determinazione degli strati.

Nel dettaglio, per i medici si considerano (o si possono considerare) i seguenti criteri:

- * il servizio sanitario dove lavorano e ulteriori suddivisioni (divisione di degenza, servizio ambulatoriale, ecc.);
- * la posizione professionale (dirigente di II livello, primario o apicale; dirigente di I livello, aiuto o coadiutore; assistente);
- * la posizione rispetto al SSN (dipendente, convenzionato - interno/esterno).

Per gli infermieri, si considerano (o si possono considerare) i seguenti criteri:

- * il servizio sanitario dove lavorano e ulteriori suddivisioni (divisione di degenza, servizio ambulatoriale, ecc.);
- * la posizione professionale (infermiere dirigente, caposala, infermiere professionale specializzato, infermiere professionale, infermiere generico);

Per il personale ausiliario, si considerano (o si possono considerare) i seguenti criteri:

- * il servizio sanitario dove lavorano e ulteriori suddivisioni (divisione di degenza, servizio ambulatoriale, ecc.);
- * la posizione professionale (ausiliario socio-sanitario, ausiliario socio-sanitario specializzato);
- * la posizione rispetto al SSN (dipendente del SSN, dipendente di una ditta che ha un appalto).

Per i tecnici, si considerano (o si possono considerare) i seguenti criteri:

- * il servizio sanitario dove lavorano e ulteriori suddivisioni (divisione di degenza, servizio ambulatoriale, ecc.);
- * la posizione professionale (coordinatore, collaboratore);
- * la specializzazione (tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, assistente sociale, ecc.).

Per i laureati non medici, si considerano (o si possono considerare) i seguenti criteri:

- * il servizio sanitario dove lavorano e ulteriori suddivisioni (divisione di degenza, servizio ambulatoriale, ecc.);
- * la posizione professionale (dirigente, coadiutore, collaboratore);
- * la specializzazione (veterinario, farmacista, chimico, biologo, fisico, psicologo, sociologo, ingegnere, ecc.).

Per il personale amministrativo, infine, si considerano (o si possono considerare) i seguenti criteri:

- * il servizio sanitario dove lavorano e ulteriori suddivisioni (divisione di degenza, servizio ambulatoriale, ecc.);
- * la posizione professionale (dirigente, collaboratore, coadiutore).

Non è necessario applicare tutti i criteri di stratificazione indicati; dipende dagli ambiti di riferimento dell'APQ che si intende svolgere e dalla dimensione degli universi e dei campioni.

costruzione dei campioni - regole generali

Una volta determinati, in relazione ad ognuno degli universi di soggetti considerati, i criteri di stratificazione, si procede alla classificazione dei soggetti all'interno degli strati.

Per un ospedale composto da 5 divisioni di degenza (medicina generale, chirurgia generale, otorinolaringoiatria, ortopedia-traumatologia e ostetricia-ginecologia) in cui il giorno X sono ricoverati 328 degenti, si potrebbe avere, ad esempio, la seguente situazione di fatto.

	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	<i>totale</i>
Medicina generale	43	32	75
Chirurgia generale	46	39	85
Otorinolaringoiatria	18	22	40
Ortopedia-traumatol.	41	39	80
Ostetricia-ginecologia	-	48	48
TOTALE	148	180	328

Nello stesso ospedale, gli 82 medici potrebbero essere così distribuiti:

	<i>dir II</i>	<i>dir I</i>	<i>assistenti</i>	<i>totale</i>
Medicina generale	2	5	11	18
Chirurgia generale	2	5	10	17
Otorinolaringoiatria	1	4	7	12
Ortopedia-traumatol.	2	6	12	20
Ostetricia-ginecologia	1	4	10	15
TOTALE	8	24	50	82

E' da universi stratificati secondo schemi somiglianti a quelli sopra presentati che debbono essere estratti i campioni.

Nel compiere questa complessa operazione, è necessario tenere conto di due serie di esigenze:

* esigenze di carattere materiale, consistenti in:

- limiti di risorse finanziarie
- limiti di risorse umane
- limiti di tempo

* esigenze di tipo scientifico relative a:

- l'attendibilità dei dati (e quindi la rappresentatività dei campioni rispetto agli universi);
- la significatività (che comporta la necessità della contemporaneità di consultazione, in quanto gli universi si riferiscono a un istante "t"; ne conseguono, anche qui, limiti di tempo).

VANNO RISPETTATE LE REGOLE GENERALI APPRESSO DESCRITTE

1. In primo luogo, **non deve essere stabilita una proporzione lineare tra la numerosità degli universi e la numerosità dei campioni** (ad esempio, in linea di massima, per un universo di 500 persone, si potrà estrarre un campione di 100 unità e per uno di 2000 persone, con uno stesso livello di significatività e un pari intervallo di confidenza, si potrà estrarre un campione di 200 individui.

In appendice si riporta una tabella contenente la numerosità ideale dei campioni "n" secondo la numerosità effettiva (o presunta) "N" degli universi corrispondenti, a un livello di confidenza del 90% o del 95%, con un intervallo +/- 5% (ciò significa che se, ad esempio, un evento XXX viene riferito dal 34% dei degenti intervistati - ovvero dei degenti del campione - ci saranno 90 o 95 probabilità su 100 che l'evento XXX sia capitato a una percentuale dei degenti dell'universo compresa tra il 29% e il 39%) o del +/- 3% per eventi rari e/o molto frequenti (ovvero che accadano, presumibilmente, in meno del 10% dei casi o in più del 90% di essi).

Parlando di numerosità, è opportuno, a questo punto, mettere in evidenza che:

- gli universi degli operatori sono (fatto salvo qualche occasionale errore) perfettamente definiti e, pertanto, sono note le loro numerosità "N";
- l'universo dei degenti è parzialmente indeterminato; tuttavia, la sua numerosità "Nd" può essere stimata moltiplicando il numero di posti-letto per il loro tasso medio di occupazione;
- l'universo degli utenti è del tutto indeterminato; tuttavia, la sua numerosità "Nu" può essere ricavata calcolando il numero medio delle prestazioni giornaliere del servizio nel corso degli ultimi 12 mesi.

Si noterà, leggendo la tabella riportata in appendice che, come si è detto, mano mano che cresce N, n cresce più lentamente e, pertanto, il rapporto n/N (denominato "frazione campionaria") decresce.

2. Le numerosità "n" riportate in questa tabella fanno riferimento a campioni non stratificati. Ma, lo si ribadisce, nell'APQ si costruiscono, invece, campioni stratificati. Pertanto, rispettando tali numerosità si avranno, in realtà, tassi di significatività più elevati e/o intervalli di confidenza più ristretti, a condizione che, ovviamente, le stratificazioni del campione rispettino le stratificazioni dell'universo.

Che cosa vuol dire ciò?

Si pensi di dover estrarre un campione di 80 degenti dall'universo di 328 degenti presentato precedentemente.

Lo schema che segue contiene la distribuzione del campione per sesso e per divisione di degenza, laddove le stratificazioni dell'universo siano state rispettate.

	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	<i>totale</i>
Medicina generale	10	8	18
Chirurgia generale	11	10	21
Otorinolaringoiatria	5	5	10
Ortopedia-traumatol.	10	9	19
Ostetricia-ginecologia	-	12	12
TOTALE	36	44	80

Lo schema che segue contiene la distribuzione del campione per sesso e per divisione di degenza, laddove le stratificazioni dell'universo non siano state rispettate.

	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	<i>totale</i>
Medicina generale	12	6	18
Chirurgia generale	16	10	26
Otorinolaringoiatria	12	2	14
Ortopedia-traumatol.	10	2	12
Ostetricia-ginecologia	-	10	10
TOTALE	50	30	80

Si noterà che nel primo schema tutte le frazioni campionarie n/N relative ai vari strati tendono a essere uguali fra loro; nel secondo schema i valori di tali frazioni sono, invece, molto differenti.

E' evidente che nel secondo schema (contrariamente al primo) le stratificazioni rischiano di distorcere il campione che non è assolutamente una fotografia "più in piccolo" dell'universo.

In alcuni manuali di teoria dei campioni, oltre che il rispetto della stratificazione dell'universo, si suggeriscono altri criteri per aumentare la significatività di un campione e/o ridurre gli intervalli di confidenza e/o diminuirne la numerosità.

Il criterio più importante è quello della varianza. Si sostiene, corretta-

mente, che qualora sia noto, rispetto al fenomeno indagato, che un determinato strato del campione (ad esempio, gli assistenti medici di medicina generale) tende a esprimere una medesima opinione e/o a riferire uno stesso fatto, allora, per questo strato, si potrà abbassare la frazione campionaria. Il ragionamento è ovvio: se, *in extremis*, si potesse affermare che tutti gli assistenti di medicina generale esprimono le stesse opinioni e narrano gli stessi fatti, sarebbe sufficiente intervistarne uno solo (riducendo n a 1). Viceversa, relativamente agli strati per i quali la varianza tende a essere molto elevata, bisognerebbe utilizzare una frazione campionaria più alta.

Nel caso dell'APQ però:

- si considerano molteplici elementi, per cui è proprio difficile che, all'interno di uno strato, ci sia una situazione di unanimità; inoltre, la differenza di punti di vista tra soggetti in tutto assimilabili è, essa stessa, una informazione preziosa per l'APQ;
- non si dispone di una conoscenza *ex ante* circa la varianza interna di ogni categoria campionaria.

Pertanto, si pone la varianza uguale per tutti gli strati del campione o, in altre parole, non si tiene conto di questo criterio nella costruzione dei campioni.

Un secondo criterio (molto più discutibile) è quello dei costi, secondo il quale sarebbe opportuno utilizzare frazioni campionarie più basse per quegli strati del campione il cui costo di accesso è molto elevato e viceversa. Adottando questo criterio, a parità di risorse disponibili, diviene possibile alzare la numerosità del campione (o, se si preferisce, la frazione campionaria) e quindi, il grado di significatività del campione.

Nella costruzione dei campioni per la realizzazione dell'APQ non è quindi, né possibile, né opportuno, tenere conto della varianza interna ai singoli strati, e neppure del costo di accesso alle unità che li compongono. Pertanto, **la regola da rispettare (la seconda fin qui considerata) è: stratificare il campione in modo tale da renderlo il più possibile simile (in termini proporzionali) all'universo (e non occuparsi delle differenze tra varianza e costi di accesso per i diversi strati).**

3. Un'altra regola generale concerne l'indipendenza dei campioni. Si ponga (come di solito avviene) di effettuare un'APQ rivolgendosi alle

seguenti 8 categorie di soggetti:

- degenti;
- utenti dei servizi ambulatoriali;
- medici;
- infermieri;
- personale ausiliario;
- tecnici;
- laureati non medici;
- personale amministrativo.

Per ognuna di queste categorie si avrà una numerosità "N" dell'universo che è:

- nota per le ultime 6 categorie;
- deducibile dall'elenco dei ricoverati e/o dal numero dei posti-letto moltiplicato per il tasso di occupazione degli stessi, per la categoria dei degenti;
- deducibile, in modo indiretto, dal numero dalla serie numerica delle prestazioni giornaliere, per la categoria degli utenti dei servizi ambulatoriali.

In relazione a queste N (N1,N2,N3,N4,N5,N6,N7,N8) numerosità, si dedurranno le numerosità campionarie n (n1,n2,n3,n4,n5,n6,n7,n8). Ovviamente, in base a quanto si è detto finora, essendo N1, N2, ecc. differenti tra loro, differenti saranno anche le frazioni campionarie $n1/N1$, $n2/N2$, ecc.

Ne consegue, pertanto, che i risultati che si ottengono per ognuno dei campioni sono ovviamente confrontabili, ma non addizionabili tra loro (ovvero se 36 medici su 80 e 24 infermieri su 160 hanno detto XXX, si potrà dire che xxx è stato riferito dal 45% dei medici e dal 15% degli infermieri, ma non dal 30% $(45+15/2)$ o dal 25% $(36+24/80+160)$ degli operatori sanitari).

4. Un'altra regola di primaria importanza (la quale, però, non sempre viene rispettata) è quella della casualità. Secondo questa regola, sia per il campionamento dei "luoghi", sia per tutte le operazioni di campionamento delle varie categorie di soggetti, una volta stabilite le numerosità campionarie e definiti gli strati, le estrazioni delle unità campionarie vanno effettuate secondo criteri del tutto casuali (ovvero senza alcun tipo di condizionamento).

Entriamo nel merito di questa regola.

Per quanto concerne il campionamento dei luoghi, in alcuni casi, tale regola non può essere rispettata (o, meglio, viene rispettata in un modo *sui generis*):

- ad esempio, se esiste un solo complesso ospedaliero, si avrà uno strato composto da una sola unità, che entrerà, pertanto, a far parte "di diritto" del campione;
- allo stadio successivo, dovendo scegliere le divisioni di degenza nelle quali svolgere l'APQ, si potrebbero avere, ancora una volta, molti strati composti da una sola unità (mentre potrebbero esserci più divisioni di medicina generale, ce ne sarà probabilmente una sola di oculistica).

Comunque, nella definizione dei campioni di luoghi, entrano, di fatto (anche se bisognerebbe fare di tutto per evitarlo) in gioco condizionamenti di tipo logistico, scelte obbligate legate a problemi amministrativi, ecc. che ostacolano la casualità "pura" della scelta delle unità campionarie (*si ricorda che si sta parlando di "luoghi" e non ancora di persone*). Anche quando entrano in gioco tali fattori, è necessario tuttavia garantire che il campione dei "luoghi" sia, più in piccolo, la "fotografia" dei "luoghi" dell'universo.

Di solito, in un'**azienda ospedaliera**, si prenderanno in considerazione:

- * l'universo delle divisioni di degenza e se ne sceglieranno alcune, cercando di fare in modo:
 - che ce ne sia almeno una di tutte quelle più importanti e/o più numerose (e che la scelta della divisione campionata sia effettivamente casuale);
 - che ce ne sia qualcuna fra quelle meno numerose e/o meno importanti (e che la scelta di quelle campionate sia effettivamente casuale)
- * l'universo dei servizi non ospedalieri offerti dall'ospedale (qualora siano aperti a utenti non ricoverati), effettuando scelte analoghe (di tipo casuale).

In un'**azienda USL** ci si comporterà in modo molto differenziato a seconda dell'ambito tipologico prescelto nel quadro della definizione degli universi.

Si dia il caso che si sia scelto:

- di considerare, sia le strutture pubbliche, sia quelle convenzionate;
- di effettuare l'APQ solo relativamente alla medicina ospedaliera e ai servizi ambulatoriali.

Si prenderanno quindi in considerazione l'ospedale (o uno degli ospedali se ce ne è più di uno e, a questo stadio, potrebbe essere difficile effettuare una scelta casuale) per il quale si farà una operazione simile a quella sopra indicata (per la scelta casuale delle divisioni di degenza); si analizzeranno anche una o due case di cura convenzionate (una piccola e una grande oppure una totalmente e una parzialmente convenzionata).

Si includeranno nel campione, in linea di massima, gli ambulatori dell'ospedale e/o della (o di una delle) case di cura convenzionate scelte; altri 2 o 3 ambulatori esterni (di cui uno convenzionato, tenendo conto anche della loro ubicazione). Per gli ambulatori di ogni "luogo" ci si comporterà come per quelli dell'ospedale nel caso dell'azienda ospedaliera (ovvero si sceglieranno in modo casuale stratificato o causale semplice quelli sui quali indagare).

Quando il campione comprende più complessi sanitari differenti (il che avverrà sempre, ad eccezione delle aziende ospedaliere composte da un solo ospedale), si cercherà di fare in modo che vi sia un equilibrio per specialità tra le unità minime (singole divisioni di degenza e singoli servizi ambulatoriali).

Per la medicina ospedaliera, questo vuol dire che si cercherà il migliore equilibrio (ovvero la distribuzione più aderente all'universo) fra le singole divisioni di degenza scelte.

Ad esempio, se l'APQ si svolgerà in due ospedali O1 e O2, per ognuno dei quali saranno stati formati 6 strati:

- medicina generale;
- chirurgia generale;
- ostetricia-ginecologia;
- ortopedia-traumatologia;
- pediatria;
- altre divisioni;

e se, per quest'ultimo strato, in O1 verrà "estratta" la divisione di otorinolaringoiatria, si respingerà la scelta dello stesso tipo di divisione in O2, "estraendo" una divisione di una specialità differente.

Si procederà in modo analogo per i servizi ambulatoriali.

Per quanto concerne le persone che verranno intervistate all'interno dei luoghi campionati, la regola della casualità deve essere assolutamente rispettata. In alcuni casi, si potrà, anche qui, avere a che fare con strati composti da una sola persona e pertanto la scelta dell'unità campionaria sarà obbligata (ad esempio, il dirigente di II livello di una divisione di degenza).

Il rispetto della regola della casualità può essere garantito in vari modi.

- * Per gli operatori, la casualità può essere rispettata, sia estraendo un nominativo fra quelli possibili (a partire da elenchi predeterminati), sia attraverso altri criteri (ad esempio, la persona di turno alla ora X del giorno Y).
- * Per i degenti, la casualità può essere rispettata a partire, sia dall'estrazione di nominativi (consultando gli elenchi dei pazienti), sia dall'estrazione di luoghi ("il primo letto occupato della stanza S partendo dall'entrata a sinistra").
- * Per gli utenti dei servizi extra-ospedalieri, la casualità potrà essere difficilmente rispettata a partire dall'estrazione di nominativi (non si potrà quasi mai disporre di elenchi); si dovrà procedere all'estrazione di unità luogo/tempo (la ennesima, la 2ennesima, la 3ennesima persona che, a cominciare dall'ora X, si rivolge a quel determinato servizio).

sostituzioni delle unità campionarie

E' una questione che si pone riguardo ai campioni di persone e solo molto raramente nel caso di campioni di luoghi (tanto più quando l'APQ si effettua al livello di Azienda sanitaria).

Qualora, tuttavia, si dovesse procedere alla sostituzione di un "luogo" (ad esempio, la divisione X non ha nemmeno un degente, oppure l'ambulatorio Y è temporaneamente chiuso), è necessario riprendere in mano l'intero disegno campionario ed effettuare la sostituzione rispettando tutte le regole precedentemente enunciate. In particolare, bisognerà cercare di mantenere l'aderenza della distribuzione del campione ai vari strati in cui è stato suddiviso l'universo.

Come in qualunque ricerca, è invece molto probabile che si debba procedere alla sostituzione di persone, in quanto alcuni degli intervistati desi-

gnati si rifiuteranno di (o saranno, ad esempio per le loro condizioni fisiche, impediti a) collaborare. Bisogna quindi avere sempre a disposizione delle sostituzioni.

Per i degenti e gli utenti dei servizi extra-ospedalieri, il sostituto è sempre l'unità successiva, secondo lo schema adottato ("il primo letto dopo il primo e, quindi, il secondo letto occupato della stanza S partendo dall'entrata a sinistra" oppure, in caso di estrazione nominale, il nome successivo, nella lista, a quello estratto) e così via di seguito.

Anche riguardo agli operatori per i quali la scelta non è univoca, il sostituto è sempre l'unità successiva secondo lo schema adottato (in caso di estrazione nominale, il nome successivo, nella lista, a quello estratto; oppure la persona di turno successiva a quello dell'ora X del giorno Y).

Per i casi di scelta obbligata (ad esempio, il dirigente di II livello della divisione X), il sostituto non esiste. Bisogna quindi procedere a una modifica del disegno campionario. Se, ad esempio si estraggono come "luoghi" una sola divisione di medicina generale e una sola divisione di chirurgia generale, e in quella di medicina bisogna intervistare il dirigente di II livello (primario) che rifiuta (mentre in quella di chirurgia bisogna intervistare un dirigente di I livello, ovvero un aiuto, oltre a un assistente), allora si intervisterà il dirigente di II livello in chirurgia (oltre all'assistente), mentre si intervisterà il dirigente di I livello in medicina generale.

APPENDICE

Numerosità ideale dei campioni "n" secondo la numerosità effettiva (o presunta) "N" degli universi corrispondenti, a un livello di confidenza del 90%, e del 95% con un intervallo $\pm 5\%$ (per eventi totalmente ignoti ex-ante) e del $\pm 3\%$ (per eventi ritenuti rari - ovvero con frequenza inferiore al 10% - o molto frequenti - ovvero con frequenza superiore al 90%)

Numerosità popolazione (N)	Numerosità campione (n)	
	90%	95%
500	176	217
750	199	254
1000	213	278
1500	229	306
2000	238	322
2500	244	333
3000	248	341
3500	251	346
4000	253	350
4500	255	354
5000	257	357
6000	259	361
7000	261	364
8000	262	367
9000	263	368
10000	263	370
15000	266	375
20000	267	377
25000	268	378
50000	269	381
100000	270	383
200000	270	383
300000	270	384
400000	270	384
500000	270	384
1000000	271	384
infinita	271	384

CAPITOLO QUINTO

Gli strumenti tecnici

1. I TIPI DI STRUMENTI TECNICI UTILIZZATI NELL'APQ

L'APQ prevede l'adozione non di una sola, ma di più tecniche di osservazione della realtà (approccio multitecnico). Come si è già avuto modo di accennare nei capitoli precedenti, per effettuare l'APQ in un'azienda sanitaria (o anche ai livelli regionale o nazionale) è necessario utilizzare numerosi strumenti tecnici. Ma soprattutto - ed è questo l'aspetto più importante - si impiegano differenti generi di strumenti tecnici. In particolare:

- a) strumenti tecnici funzionali all'osservazione diretta della realtà;
- b) strumenti tecnici funzionali alla consultazione di soggetti e, quindi, ad una osservazione indiretta della realtà e alla raccolta di giudizi e opinioni.

Nell'ambito dell'APQ, gli strumenti di cui al punto a) consistono in griglie di osservazione e gli strumenti di cui al punto b) in questionari (ed eventualmente in griglie per la lettura dei documenti).

La "sacralizzazione" degli strumenti tecnici nella ricerca sociale

Come si sarà forse constatato leggendo questo testo, la redazione degli strumenti tecnici avviene solo in seguito allo svolgimento di molteplici operazioni relative alla definizione dei concetti da prendere in considerazione, alle teorie da utilizzare, alla comprensione delle relazioni tra fenomeni, alla costruzione di sistemi di astrazione per passare dai dati bruti alle informazioni sui fenomeni oggetto d'indagine, ecc. In poche parole, si arriva al livello tecnico dopo aver "trattato" quello teorico e quello metodologico.

Nella ricerca sociale, invece, a volte, ci si preoccupa troppo presto della redazione degli strumenti tecnici, "omettendo" quasi i due livelli teorico e metodologico. Più che di strumenti tecnici, poi, si tende a occuparsi di uno solo di essi, il questionario, quasi come se le altre tecniche di rilevazione dei dati non esistessero.

Normalmente, nell'ambito dell'APQ (si ipotizza una APQ relativa a una azienda ospedaliera o a una azienda USL nella quale si considerano solo la medicina ospedaliera e la medicina ambulatoriale) si utilizza il set seguente di strumenti tecnici.

A - Strumenti per l'osservazione diretta

1. Griglie di osservazione istantanea

1.1. Griglia di osservazione istantanea del complesso sanitario (in generale da utilizzare per ogni complesso sanitario, sia ospedaliero, sia non ospedaliero);

1.2. Griglia di osservazione istantanea di divisione di degenza (da utilizzare per ogni divisione di degenza che si considera nell'ambito della medicina ospedaliera);

1.3. Griglia di osservazione istantanea di servizio ambulatoriale (da considerare per ogni servizio ambulatoriale preso in esame, sia nei complessi ospedalieri, sia nei complessi extra-ospedalieri);

2. Griglie di osservazione longitudinale

2.1. Griglia di osservazione longitudinale del complesso sanitario (in generale da utilizzare per ogni complesso sanitario, sia ospedaliero, sia non ospedaliero)

2.2. Griglia di osservazione longitudinale di divisione di degenza (da utilizzare per ogni divisione di degenza che si considera nell'ambito della medicina ospedaliera)

2.3. Griglia di osservazione longitudinale di servizio ambulatoriale (da considerare per ogni servizio ambulatoriale preso in esame, sia nei complessi ospedalieri, sia nei complessi extra-ospedalieri)

B - Strumenti per l'osservazione indiretta e per la dimensione soggettiva della realtà

3. Questionario per interviste a degenti

4. Questionario per interviste a utenti

5. Questionario per interviste a operatori della medicina ospedaliera

(contenente sezioni specifiche rivolte solo ad alcune categorie di intervistati, quali i medici, gli infermieri, il personale ausiliario, i laureati non medici, i tecnici)

6. Questionario per interviste a operatori dei servizi ambulatoriali
(contenente sezioni specifiche rivolte solo ad alcune categorie di intervistati, quali i medici, gli infermieri, i laureati non medici, i tecnici)

7. Questionario per interviste al personale amministrativo

C - Strumenti per il monitoraggio dell'APQ

8. Griglia-calendario

9. Scheda censimentaria per i cittadini

2. CARATTERISTICHE GENERALI DEGLI STRUMENTI TECNICI

Per comodità di utilizzazione (e, in seguito, di lettura) tutti gli strumenti tecnici impiegati nell'APQ sono suddivisi in sezioni. Nel caso dei questionari, le domande di alcune sezioni vanno rivolte solo a una parte degli intervistati.

Tutti gli strumenti tecnici sono composti da item (domande, prescrizioni di osservare, ecc.) predisposti in forma "chiusa" (ovvero sono già determinate le risposte) o "aperta" (ovvero le risposte sono libere) o, infine, "parzialmente aperta" (vengono suggerite delle risposte, ma si possono aggiungere ulteriori indicazioni).

Tutti gli strumenti tecnici sono dotati di una **copertina** contenente le seguenti indicazioni:

- titolo della ricerca ("Analisi partecipata della qualità nell'azienda sanitaria...");
- enti principali coinvolti a vario titolo nella realizzazione dell'APQ;
- tipo di strumento tecnico: questionario per degenti, questionario per utenti dei servizi ambulatoriali, griglia per l'osservazione delle divisioni di degenza, ecc.;
- codice: ogni strumento tecnico deve avere un numero che permetta di identificarlo immediatamente in modo inequivocabile rispetto a ogni altro strumento tecnico della stessa ricerca; un codice contiene normalmente una sigla che serve a identificare lo strumento (ad esempio, QD per i questionari per degenti) e un numero progressivo; se l'APQ si effet-

- tua in un territorio vasto, si può aggiungere una sigla ulteriore che serve a identificare il luogo in cui lo strumento viene utilizzato;
- eventuali simboli, logo, ecc.

Tutti gli strumenti tecnici sono dotati di un **frontespizio** (comunque la seconda facciata disponibile) dove vanno riportate le seguenti indicazioni:

- servizio in cui viene utilizzato lo strumento (nome dell'ospedale, del servizio ambulatoriale, ecc.);
- suddivisione del servizio in cui viene utilizzato lo strumento (nome della divisione di degenza, ecc.);
- ubicazione del servizio (comune, ecc.);
- nome della persona (o delle persone) che compilano lo strumento (e/o che hanno collaborato);
- recapito/telefono del compilatore (o del principale compilatore) dello strumento;
- firma del compilatore (o del principale compilatore);
- giorno e ora di compilazione dello strumento (inizio e termine);
- eventuale avvertenza (in cui si spiega che lo strumento tecnico in questione è parte del più ampio set di strumenti tecnici, che sono utilizzati nell'ambito dell'APQ; a questo segue la loro descrizione).

Tutti gli strumenti tecnici hanno una **parte finale** che potrà contenere

- osservazioni dell'intervistato (se si tratta di un questionario);
- osservazioni del(i) compilatore(i).

3. LE GRIGLIE DI OSSERVAZIONE

Come si è detto, nell'ambito dell'APQ, si utilizzano 6 tipi di griglie di osservazione: tre griglie per l'osservazione istantanea (GI) e tre griglie per l'osservazione longitudinale (GL)¹.

Le GI servono alla registrazione di dati, fatti, eventi, ecc. che tendono a rimanere costanti nel tempo (per lo meno nel breve periodo), quali: il numero di gabinetti in una divisione di degenza; l'orario dei pasti; l'esistenza

¹ L'osservazione longitudinale è una metodica applicata nelle scienze sociali (fra l'altro dall'antropologia culturale) per studiare i mutamenti che caratterizzano determinati gruppi umani. Si deve applicare in un ambito determinato per un arco di tempo anche piuttosto lungo (pure qualche anno).

di un parcheggio di taxi vicino all'ospedale; il numero di telefoni installati nell'ambulatorio. Le GL, invece, vengono impiegate per la registrazione di dati, fatti ed eventi che tendono a (o che possono) modificarsi anche nel breve periodo, quali: numero di unità del personale infermieristico presenti alla ora X; presenza della carta igienica in tutti i gabinetti; numero di telefoni funzionanti presenti nell'ambulatorio.

Nell'ambito di un'APQ è sufficiente registrare una volta sola fatti, eventi e dati che tendono a rimanere costanti nel breve periodo; e quindi le GI si compilano, durante l'APQ, una volta per tutte. E' necessario osservare più volte, invece, cosa succede riguardo a fatti ed eventi che sono variabili nel breve periodo. Pertanto, durante l'APQ, le GL si compilano non una volta per tutte, ma in più passaggi "ripetitivi" (nel senso che ad ogni passaggio si osservano le stesse cose).

In linea di massima, per la medicina ospedaliera, si effettuano 6 passaggi nell'arco di almeno 15 giorni:

- un passaggio in giorno feriale prima del pranzo;
- un passaggio in giorno feriale durante l'ora pomeridiana di visita dei parenti;
- un passaggio in giorno feriale il pomeriggio, non durante la visita dei parenti;
- un passaggio in giorno feriale dopo le ore 22,00;
- un passaggio in giorno festivo durante le visite mattutine dei parenti;
- un passaggio in giorno festivo, il pomeriggio.

Per i servizi ambulatoriali (sia quelli situati all'interno di un ospedale e aperti a utenti non ricoverati, sia quelli esterni), si effettuano 3 passaggi, sempre nell'arco di 15 giorni:

- due passaggi in giorno feriale, la mattina;
- un passaggio in giorno feriale, il pomeriggio.

In appendice al presente testo, è riportato il prototipo di ognuno dei sei tipi di griglie di osservazione che vengono utilizzate nell'ambito dell'APQ.

Si può notare che le griglie di osservazione sono articolate in più sezioni di tipo tematico. GI e GL hanno le stesse sezioni, anche se ovviamente le questioni affrontate sono diverse:

- quelle che tendono a non comportare mutamenti nel breve periodo sono inserite in quelle istantanee;

- quelle che possono subire tali mutamenti in quelle longitudinali.

Le griglie di osservazione del complesso sanitario comprendono le seguenti sezioni:

- localizzazione del complesso sanitario
- accessibilità
- presenza di servizi, divisioni e uffici
- pronto soccorso/accettazione sanitari
- servizio mortuario
- sistema delle prenotazioni (se unificato al livello di complesso)
- sistema di pagamento del ticket (se unificato al livello di complesso)

Le griglie di osservazione delle divisioni di degenza si articolano nelle sezioni appresso indicate:

- igiene
- vitto
- alloggio
- aree di socializzazione, telefoni e altre dotazioni
- assistenza medica e infermieristica
- qualità tecnica: dotazione di alcuni locali e alcuni strumenti
- orari.

Le griglie di osservazione dei servizi ambulatoriali sono così suddivise:

- servizi esistenti (dati di base sul servizio)
- locali (sale di attesa, ecc.)
- igiene
- telefoni e altre dotazioni.

4. I QUESTIONARI

I questionari per i cittadini (così come quelli per gli operatori) vanno somministrati in un'unica soluzione, salvo il verificarsi di cause di forza maggiore (il degente che si sente male; l'utente in attesa che viene chiamato per la prestazione; l'infermiere o altro operatore sanitario che viene chiamato per una urgenza; ecc.). In questi casi, si può interrompere, ma per riprendere appena possibile. Un questionario, comunque, non è valido se non viene completata la sua somministrazione nell'arco di 48 ore. Si ri-

corda, inoltre, che un questionario non è valido se non è compilato in tutte le sue parti. Può ovviamente accadere (anzi, accade spesso) che un intervistato non risponda ad alcune domande; ma tutte le domande, comunque, debbono essergli poste.

Oltre alla copertina e al frontespizio, prima di entrare nel merito delle varie questioni di interesse per l'APQ, ogni questionario (rivolto, sia a cittadini, sia ad operatori) ha una prima parte riservata alle generalità dell'intervistato e alle sue caratteristiche socio-demografiche:

- sesso
- età
- stato civile
- titolo di studio
- composizione del nucleo familiare
- professione (condizione lavorativa, posizione professionale e occupazione - solo per i cittadini)
- residenza
- azienda USL di appartenenza.

Le questioni del titolo di studio e dell'occupazione vengono, ovviamente, trattate in modo differente nei questionari rivolti agli operatori e in quelli somministrati ai cittadini (cfr. prototipi di questionari in appendice al capitolo).

questionari per i cittadini

Come si è già avuto modo di dire, quando si effettua l'APQ i possibili universi di riferimento di cittadini sono tre. Ad ognuno di essi corrisponde un tipo specifico di questionario.

Si potranno quindi avere:

- * il questionario per i degenti;
- * il questionario per gli utenti;
- * il questionario per i cittadini "non utenti" (questo terzo tipo di questionario non viene pressoché mai utilizzato - cfr. cap. 4).

In appendice viene riportato un prototipo di questionario per degenti e di questionario per gli utenti. L'articolazione in sezioni è particolarmente complessa; si rimanda, pertanto, alla lettura dello strumento.

questionari per gli operatori

Benché esistano, invece, ben 6 universi di riferimento di operatori, quando si effettua l'APQ si utilizzano solo 3 tipi di questionari:

- * il questionario per gli operatori sanitari che viene somministrato a medici, infermieri, tecnici, personale ausiliario, laureati non medici della medicina ospedaliera; si utilizza un solo questionario in quanto molte delle domande che vengono poste a queste 5 categorie di intervistati sono identiche; tuttavia, ci sono alcune domande che vanno rivolte solo a specifiche categorie di intervistati e pertanto il questionario ha delle sezioni riservate;
- * il questionario per gli operatori sanitari dei servizi ambulatoriali;
- * il questionario per il personale amministrativo.

In appendice viene riportato un prototipo di questionario per gli operatori della medicina ospedaliera, di questionario per gli operatori dei servizi ambulatoriali e di questionario per il personale amministrativo.

5. STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO DELL'APQ

Degli strumenti dedicati al monitoraggio dell'APQ (ovvero al controllo quotidiano e alla documentazione di tutte le operazioni che si effettuano per la realizzazione dell'APQ in una azienda sanitaria, dei problemi che si incontrano e di come sono stati risolti, nonché delle risorse che si utilizzano) si parlerà nei capp. 6 e 7. Tali strumenti tecnici, i quali consistono in una griglia-calendario e in una scheda censimentaria dei cittadini che prendono parte attiva (come membri di gruppi di monitoraggio, come intervistatori, ecc.) all'APQ, non sono infatti funzionali alla verifica della qualità dei servizi sanitari.

RICAPITOLAZIONE

Per ogni complesso ospedaliero, si avranno:

1 Griglia di osservazione istantanea del complesso sanitario
1 Griglia di osservazione longitudinale del complesso sanitario

X Griglie di osservazione istantanea di divisione di degenza
X Griglia di osservazione longitudinale di divisione di degenza (dove X = numero di divisioni di degenza considerate nel campione dei "luoghi" per quel complesso ospedaliero)

(e inoltre, se l'ospedale dispone di servizi ambulatoriali accessibili anche a utenti non ricoverati)

Y Griglie di osservazione istantanea di servizio ambulatoriale
Y Griglie di osservazione longitudinale di servizio ambulatoriale (dove Y = numero di servizi ambulatoriali considerati nel campione dei "luoghi" per quel complesso ospedaliero)

Z1 questionari a degenti
Z2 questionari a utenti non ricoverati *(se l'ospedale dispone di servizi ambulatoriali accessibili anche a utenti non ricoverati)*
Z3 questionari a operatori della medicina ospedaliera
Z4 questionari a operatori di servizi ambulatoriali (qualora si distinguono da quelli della medicina ospedaliera)
Z5 questionari a personale amministrativo

RICAPITOLAZIONE

Per ogni complesso non ospedaliero, si avranno:

1 Griglia di osservazione istantanea del complesso sanitario
1 Griglia di osservazione longitudinale del complesso sanitario

Y Griglie di osservazione istantanea di servizio ambulatoriale
Y Griglie di osservazione longitudinale di servizio ambulatoriale (dove Y = numero di servizi ambulatoriali considerate nel campione dei "luoghi" per quel complesso sanitario)

Z5 questionari a utenti non ricoverati (*se l'ospedale dispone di servizi ambulatoriali accessibili anche a utenti non ricoverati*)
Z6 questionari a operatori dei servizi ambulatoriali
Z7 questionari a personale amministrativo

RICAPITOLAZIONE

Per ogni APQ, si avranno, infine:

1 Griglia-calendario;
N schede censimentarie dei cittadini (dove **N** = numero di cittadini che collaborano attivamente alla realizzazione dell'APQ)

CAPITOLO SESTO

La partecipazione nell'APQ

1. IL PEOPLE RAISING

Per people raising si intende il processo per il quale una organizzazione convoca, recluta ("recruitment") e conserva ("retaining") risorse umane volontarie per il perseguimento dei propri fini. Nel presente capitolo viene fatto un continuo ricorso a termini provenienti dalla letteratura inglese o americana a causa del fatto che, sino ad oggi, non è stato ancora realizzato un serio lavoro di traduzione in italiano della terminologia proveniente dall'ambito del fund raising (da cui è tratto molto di ciò che viene esposto) e la mera traduzione letterale rischia di ridurre o di travisare i concetti espressi.

La messa a punto di un programma di people raising fa riferimento a diverse letterature, necessarie per costruire la "borsa degli attrezzi" di cui deve munirsi chi vuole analizzare o progettare una strategia di people raising. Tra queste letterature si possono ricordare:

- la letteratura sul settore non profit (ad esempio Smith, Bucklin & associates¹) che analizza soprattutto le motivazioni all'azione, le tecniche per raccogliere i volontari e il loro management, il rapporto, non sempre facile, tra volontari e staff retribuiti;
- la letteratura sul fund raising (P. Kotler, A.R. Andreasen²), dal momento che molte tecniche del fund raising - riguardanti la messa a punto del case statement, la fidelizzazione, la segmentazione dei pubblici - sono state applicate anche al people raising;

¹ Smith, Bucklin & Associates, *The Complete Guide to Nonprofit Management*, John Wiley & Sons, 1994.

² Kotler P., Andreasen A.R., *Strategic Marketing for Non profit Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliff, New Jersey, 1991

- *la sociologia dei movimenti sociali*, con particolare riferimento alla scuola della mobilitazione delle risorse (D. Snow, L. Zurcher, D. Friedman e D. Mc Adam³), che ha analizzato le variabili psicologiche/motivazionali degli individui che partecipano ai movimenti e il rapporto tra il *recruitment* e l'identità collettiva del movimento sociale;
- *gli studi sociologici sull'agency* (in particolare T. Burns e M. Archer⁴) che offrono un contributo sul versante della "identificazione" delle risorse umane sul territorio, analizzando le condizioni nelle quali un attore (individuo o gruppo) diviene il promotore di una azione cosciente orientata a modificare le regole sociali;
- *la network analysis*, per quanto riguarda in particolare il ruolo dominante delle reti (sociali, amicali e familiari) nel reclutamento dei volontari;
- *l'adult education*, soprattutto per quanto riguarda la parte relativa all'orientamento e alla formazione di volontari;
- *il marketing sociale*, che, a partire dagli anni '70, ha introdotto l'uso di principi e di tecniche di marketing per proporre, non più un prodotto commerciale ma un cambiamento, un'idea o un comportamento sociale, mettendo a punto una tecnologia che comprende la progettazione, l'esecuzione e il controllo di programmi destinati a facilitare l'accettazione di una idea o di una pratica sociale in uno o più gruppi di utenti designati.

2. LE AZIENDE SANITARIE E IL PEOPLE RAISING

Prima di passare ad analizzare il ciclo del people raising, è necessario misurarsi con il problema di applicare tale strategia, non ad una organizzazione non profit, ma ad un soggetto della pubblica amministrazione e, nel caso dell'APQ, ad una azienda sanitaria.

Per evitare un approccio al people raising di tipo generico e/o demagogico o il mero trasferimento di metodi di azione dal contesto non profit

³Snow D., Zurcher L.A., Eklund-Olson S., "Social networks and social movements. A microstructural approach to differential recruitment", in *American Sociological Review*, May, 1980

⁴ Burns T.R., Griffor E., Meeker D., *The Theory of Social Action: Actors, Institutions and Game Processes*, Institute of Technology, Uppsala 1994; Archer M.S. *Culture and Agency: The Place of Culture in Social Theory*, Cambridge University Press 1988

statunitense alla pubblica amministrazione italiana (si potrebbe parlare di caduta tecnicistica), è necessario analizzare il quadro di riferimento generale (il macroambiente) nell'ambito del quale per una azienda sanitaria è possibile progettare una strategia di people raising e identificare i principali attori del people raising per l'APQ. Si tratta di analizzare:

- da una parte la pubblica amministrazione (nel caso particolare le aziende sanitarie), esaminando l'orientamento verso la comunicazione pubblica;
- dall'altra, le risorse umane della cittadinanza potenzialmente disponibili (il volontariato, l'associazionismo e le organizzazioni di tutela dei diritti nel campo sanitario).

Per quanto riguarda il contesto in cui l'azienda sanitaria può considerare praticabile un programma di people raising, è possibile elencare alcuni aspetti che rendono oggi questa strada percorribile in modo significativo. A questo proposito, possono essere richiamati i seguenti elementi:

a) di carattere generale

- la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni non profit come tassello di una possibile risposta alla crisi del welfare state, in una prospettiva di welfare mix;

b) di carattere istituzionale nella sanità

- la definizione di un ruolo dei cittadini, delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti nel servizio sanitario in un itinerario che idealmente va dalla L. 833/78 alle Carte dei servizi, passando attraverso la L. 517/93;

c) di carattere strategico-operativo

- la partecipazione dell'utente alla gestione dei servizi, oltre che alle altre fasi programmatiche e decisionali, come innovazione sociale fondamentale per la qualità dei servizi pubblici;
- la partecipazione dell'utente come antidoto concreto all'insorgere di dinamiche autoreferenziali all'interno del servizio e come elemento decisivo per la riforma dei modelli professionali;

d) di carattere organizzativo/finanziario

- il riconoscimento della partecipazione dei cittadini come strategia attiva per ridurre i costi;
- l'introduzione - nell'ambito della pianificazione delle risorse umane - di modelli organizzativi atti a gestire la risorsa umana "utenti" al pari della risorsa umana "personale".

3. LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E LA COMUNICAZIONE PUBBLICA

Anche dagli elementi di contesto sopra richiamati, si può vedere come l'orientamento all'utente/cliente/cittadino è una linea che va affermandosi in Italia (si pensi, a questo proposito, alle attività promosse dall'ex ministro della Funzione pubblica Sabino Cassese).

L'itinerario di carattere legislativo piuttosto ampio che ha caratterizzato questo processo (si consideri, ad esempio, la L. 241/90, che riconosce e disciplina il diritto all'informazione del cittadino riguardo al procedimento amministrativo; la L. 142/90, con la conseguente elaborazione di statuti per gli enti comunali che prevedono la promozione del diritto del cittadino all'informazione intesa come mezzo efficace per partecipare più attivamente alla gestione della comunità; il dl. 3 febbraio 1993 n. 29, che stabilisce, tra l'altro, il principio della comunicazione come servizio e come modalità organizzativa di ciascuna amministrazione) è stato affiancato - ed è ciò che qui interessa ricordare - dallo sviluppo di studi e di analisi nel campo della comunicazione pubblica.

La comunicazione pubblica si è misurata con il problema di applicare all'area di servizi che spesso agiscono in regime di monopolio, criteri e tecniche mutuati dal campo delle organizzazioni for profit, stabilendo una equivalenza imperfetta tra il prodotto da piazzare sul mercato e il servizio da erogare, ben consci, però, delle differenze che vi sono tra "la clientela" dei servizi for profit e l'utenza dei servizi pubblici, e del fatto che il servizio pubblico viene concepito, sia da parte di chi lo eroga, sia da parte di chi lo riceve, come un servizio "dovuto" e non come "voluto".

Può essere utile richiamare alcuni principi fondamentali relativi a cosa è e a cosa non è la comunicazione pubblica.

A - La comunicazione pubblica è un processo che ha in sé una dinamica relazionale (o bidirezionale)

La comunicazione pubblica non si identifica con la mera trasmissione di informazioni da parte della amministrazione ai cittadini; non è quindi un processo unidirezionale. Essa è, al contrario, una comunicazione diadica, di scambio, biunivoca e gestita nella logica della dialettica fra le parti. Nei processi di comunicazione dell'amministrazione con l'ambiente assume particolare rilievo il meccanismo dei feedback, la cui funzione tipica è quella di governare gli interscambi che hanno luogo in questo contesto. Il feedback condiziona il rapporto che l'ente erogatore del servizio riesce a stabilire con l'utente fruitore del servizio stesso. In questo senso, la comunicazione pubblica può essere definita come *quella relazione che vive della trasmissione di informazione, intendendo per informazione il messaggio che viene recepito come qualcosa di "nuovo" (anche se in assoluto non lo è) e di utile in quel momento e in quella situazione.*

ELEMENTI DI UN PROCESSO DI COMUNICAZIONE

Emittente: è chi deve comunicare. Il suo primo lavoro sarà di definire i propri obiettivi

Destinatario: è il vero protagonista del processo. Solo se risponderà sapremo se il nostro messaggio ha avuto effetto

Canale e mezzo: il modo (orale, visuale, scritto, audiovisivo) scelto; lo strumento più idoneo, per le sue caratteristiche, ad inviare il messaggio

Codice: l'insieme dei linguaggi e dei segni che emittente e destinatario hanno in comune

Decodifica: l'interpretazione del messaggio da parte del destinatario

Retro-azione: il possibile ed eventuale messaggio di ritorno; emittente e destinatario si scambiano i ruoli; sarà il secondo a porre domande, a farsi protagonista e a "rilanciare" la comunicazione come processo

Rumori: tutto ciò che disturba la "qualità" della informazione e ne distorce l'effetto.

B - La comunicazione pubblica intesa come sistema

La "comunicazione pubblica" non è riconducibile semplicemente alla comunicazione verbale faccia a faccia e non riguarda esclusivamente il personale front-line. La "comunicazione pubblica" è un sistema che riguarda la percezione di tutto ciò che fa parte del servizio, compreso il luogo in cui esso viene prodotto ed erogato.

C - La comunicazione pubblica è un programma di azione permanente che prevede il coordinamento degli strumenti e dei mezzi come dei contenuti

La comunicazione pubblica non si identifica con la realizzazione di una o più "campagne sociali", non è una "attività contingente" cui è possibile indulgere in particolari occasioni, ma è un impegno permanente per la pubblica amministrazione. In particolare, dal punto di vista del marketing sociale, essa deve soddisfare una serie di principi (P. Eiglier, E. Langeard⁵) qui di seguito schematizzati.

PRINCIPI DI UNA STRATEGIA DI COMUNICAZIONE

- **principio di esistenza:** una strategia di comunicazione deve essere scritta, conosciuta e accettata, sia da tutti coloro che sono direttamente coinvolti all'interno (...), sia da partner esterni;
- **principio di continuità:** una delle qualità essenziali di una strategia di comunicazione è di essere concepita per durare; sviluppare una immagine chiara è un processo che richiede anni;
- **principio di differenziazione:** una buona comunicazione deve differenziarsi rispetto ad altri input;
- **principio di chiarezza:** una buona comunicazione deve essere chiara;
- **principio di realismo:** non fissare obiettivi sproporzionati rispetto ai mezzi di cui si dispone;
- **principio di declinazione:** una strategia di comunicazione deve potersi adattare senza perdere vigore alle diverse forme di comunicazione;
- **principio di coerenza;**
- **principio di accettabilità interna:** è necessario che la comunicazione e i suoi messaggi siano raccolti e compresi dal pubblico interno.

⁵Eiglier P., Langeard E., *Il marketing strategico dei servizi*, Etas Libri, Milano, 1988.

D - La comunicazione pubblica come servizio pubblico

La comunicazione pubblica non è la mera trasposizione di principi e di strumenti mutuati dalle imprese, ma aggiunge ad essi elementi di specificità quali: un corretto garantismo comunicativo, la neutralità istituzionale, la tutela dei diritti. In questo senso, l'attività di comunicazione pubblica è, in quanto tale, un servizio di pubblica utilità e non solo uno strumento di gestione delle istituzioni pubbliche (G. Fiorentini⁶).

Le modalità di comunicazione della pubblica amministrazione secondo uno schema (G. Fiorentini) che riprende le classificazioni proposte dal marketing sociale (P. Kotler⁷) sono configurabili come segue.

**MODALITÀ DI COMUNICAZIONE
DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

CONTATTO DIRETTO: rapporto verbale tra un operatore della Pubblica amministrazione e cittadino (face to face);

CONTATTO INDIRETTO GENERALIZZATO: comunicazione tramite media rivolgendosi ad ampi strati della popolazione; tale contatto si esplica per mezzo di:

* **pubblicità:** qualsiasi forma di presentazione e promozione di idee, beni e servizi da parte della pubblica amministrazione a pagamento e non personalizzata;

* **promozione istituzionale:** la capacità di una istituzione pubblica di diffondere importanti notizie, a mezzo stampa o tramite radio, televisione o altri mezzi, senza corrispettivo economico da parte del promotore; al concetto di promozione istituzionale possono essere correlati elementi quali:

- *la sponsorizzazione;* si crea una collaborazione tra il soggetto privato e l'ente pubblico che permette la amplificazione di informazioni utili;

- *il clima e le atmosfere;* la progettazione di ambienti di produzione, erogazione e fruizione del servizio pubblico tali da produrre specifici effetti cognitivi ed emotivi sui cittadini fruitori;

- *gli incentivi;* elementi che abbiano valore monetario o simbolico, gratificanti o punitivi, che sono aggiunti ad una offerta per ottenere una determinata risposta comportamentale;

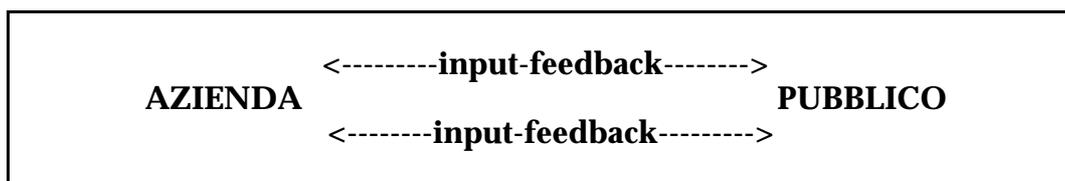
⁶ Fiorentini G., *Organizzazioni non profit e di volontariato*, EtasLibri, Milano, 1992.

⁷ Kotler P., E.L. Roberto, *Il marketing sociale*, Edizioni Comunità, Milano.

messaggi e questa reazione costituisce a sua volta un messaggio all'azienda, di cui essa deve tenere conto nella programmazione del suo modo di operare e di produrre nonché trasmettere ulteriori informazioni.

Il rischio insito in questo schema, soprattutto quando esso si applica a situazioni di gestione dei servizi pubblici, è che si produca un effetto di paralisi dell'attività dell'azienda a causa dell'eccesso di input di tipo critico o negativo che esso genera (ad esempio il moltiplicarsi di istanze e di domande in contrasto tra loro).

Dal momento che il modo di evitare questo rischio non è quello di tornare alla informazione autoreferenziale, ma quello di superare lo schema della mera comunicazione conservandone il carattere di reciprocità che lo caratterizza, è opportuno assumere un ulteriore schema operativo, quello della attivazione del pubblico, che, in analogia con quanto fatto sopra, si potrebbe raffigurare come segue.



Tale schema è caratterizzato, non solo dalla reciprocità, ma anche dalla parità. Si tratta, in pratica, di fare del pubblico dell'azienda un soggetto attivo e responsabile in ordine al miglioramento del servizio, in modo da rendere i cittadini utenti una risorsa anziché un problema o un ostacolo.

4. LA PRESENZA DEL VOLONTARIATO, DELL'ASSOCIAZIONISMO E DELLA CITTADINANZA ATTIVA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Che nella sanità vi sia un ampio panorama di soggetti non profit che a vario titolo operano quotidianamente perché le cose vadano avanti è un dato di fatto.

Si tratta di una realtà composita, e gli studi fatti sino ad oggi non sono purtroppo ancora sufficienti a fare chiarezza circa le definizioni operative delle diverse aree, producendo spesso vistose oscillazioni nei conteggi sul numero di volontari.

Qui basta mettere in evidenza alcuni elementi che sembrano, almeno ad una analisi sommaria, emergere in modo comune nelle diverse ricerche realizzate in questo campo.

A - La presenza a vario titolo dei cittadini nelle strutture sanitarie è un fenomeno in crescita.

Una grande parte dei cittadini associati o cittadini volontari trova spazio nell'area dei settori socio-assistenziali e socio-sanitari. Tutti gli studi, anche quelli che, nell'area dell'associazionismo sociale, hanno registrato una flessione dell'associazionismo a partire dagli anni 90, concordano nel dare in ogni caso in ascesa l'impegno nel settore sanitario.

B - Esiste un forte interscambio tra organizzazioni di volontariato, associazioni e organismi di tutela dei diritti, da una parte, e Unità sanitarie locali dall'altra

Le Unità sanitarie locali sono in assoluto, sia per quanto si registra sul fronte dell'associazionismo sociale, sia per quel che si rileva sul fronte del volontariato, il soggetto della pubblica amministrazione che intesse più rapporti con l'associazionismo e il volontariato nel loro complesso (considerando non solo, quindi, il settore sanitario). Molte sono le convenzioni e i finanziamenti ai soggetti del volontariato. Resta da definire se tali fenomeni abbiano ricevuto più impulso dalle difficoltà poste dalla crisi fiscale piuttosto che dalla ricerca di una risposta adeguata alle nuove sfide sociali.

RAPPORTI TRA ASSOCIAZIONISMO E AMMINISTRAZIONI

L'Iref ha analizzato i rapporti tra associazionismo e amministrazioni nel settore sanitario mettendo a punto una scala di intensità definita sui seguenti livelli:

- **Riconoscimento:** le amministrazioni si limitano a sancire il riconoscimento formale della utilità e del valore del ruolo delle associazioni;
- **Vigilanza** (autorizzazione all'esercizio, sorveglianza, controllo): in particolari settori di intervento, l'esercizio di attività assistenziali viene subordinato alla concessione di autorizzazioni di esercizio;
- **Affidamento di attività assistenziali** all'interno di servizi gestiti dal settore pubblico: si evidenzia, in tal senso, il ruolo ausiliario in particolare delle associazioni di volontariato;

- **Delega per la gestione di attività assistenziali** attraverso meccanismi di convenzionamento;
- **Coinvolgimento delle formazioni associative nella programmazione** territoriale dei sistemi assistenziali: è la modalità di rapporto di più recente affermazione, che interessa tanto le associazioni (cooperative, di volontariato) che prestano servizi di assistenza alla popolazione, tanto quelle che tutelano o comunque rappresentano i diritti degli utenti.

C - La presenza dei cittadini nelle strutture sanitarie è oggi differenziata rispetto alle forme più tradizionali

Le diverse ricerche registrano, nel quadro della tradizionale e centenaria presenza di volontari nelle strutture sanitarie, l'esistenza di alcuni trend quali:

- la nascita di forme di aggregazione di tipo nuovo, prevalentemente legate al self help e al mutuo aiuto nonché ad ambiti di intervento diversi da quelli dell'intervento di assistenza in senso stretto, quali la prevenzione o la tutela dei diritti;
- la crescente presenza di volontari che agiscono individualmente, non inquadrati all'interno di una organizzazione strutturata; si tratta di un fenomeno che alcuni hanno interpretato come regressivo, ma che comunque esiste.

D - Il volontario tipo ha una istruzione di grado elevato e ha tra i 30 - 45 anni

Sebbene con alcune oscillazioni, i diversi studi e censimenti del volontariato e dell'associazionismo identificano con il volontario tipo un cittadino di circa 40 anni, di livello di istruzione più elevato rispetto alla media, con un equilibrio tra maschi e femmine.

Emerge come volontario un cittadino che si potrebbe definire "forte", ben lontano dagli stereotipi abituali. Questo profilo non contraddice, anzi trova conferma nella maggior parte delle analisi sul fenomeno associativo condotte in Europa e nel Nord America.

Per quanto riguarda il tempo offerto dal singolo volontario, diversi studi concordano su una media di 6 ore la settimana per 40 settimane annue.

E - Gli albi del volontariato raccolgono solo una parte delle organizzazioni di volontariato

Secondo un censimento del volontariato (Fivol), solo il 59% delle organizzazioni ha notificato formalmente, attraverso un atto legale, la propria identità (atto notorio, atto notarile, iscrizione al registro regionale, altre forme di riconoscimento). Solo il 24,78% delle organizzazioni censite risulta iscritta al registro degli organismi di volontariato (istituito in base alla L. 266/91). Del 75% che ha risposto di non essere iscritto, il 35,48% adduce ragioni molto oggettive ("non esiste registro"); esprime l'intenzione di farlo entro breve tempo il 29,17%; esplicita invece un orientamento negativo (non intende iscriversi) l'11,92%, tenendo conto che si tratta di una minoranza notevole pari a 797 associazioni.

5. IL PEOPLE RAISING NELLA APQ

Attraverso il people raising, si intende conseguire l'obiettivo di reclutare un determinato numero di persone, dotate di caratteristiche tali da realizzare l'attività prevista per l'analisi di qualità sul campo, disponibili a sottoporsi ad un addestramento e a produrre un determinato numero di ore-uomo di lavoro. Il people raising non serve come escamotage per trovare forza-lavoro a costo zero, ma si fonda sulla valorizzazione del ruolo dei cittadini in quanto tali, osservando e mettendo a fuoco, a partire dal loro punto di vista, aspetti della realtà sanitaria connessi all'analisi della qualità e che altrimenti potrebbero sfuggire.

Per definire ulteriormente l'obiettivo della ricerca di volontari, si possono identificare in modo più definito i soggetti che qui si ricercano:

- individui disponibili a titolo personale che abbiano già avuto una esperienza nel campo sanitario, di carattere individuale o in quanto componenti di un gruppo;
- individui disponibili a titolo personale che svolgano un ruolo professionale nel servizio sanitario;
- individui disponibili in rappresentanza di organizzazioni di cittadini attive nel settore della sanità.

Evidentemente, queste definizioni producono una forte restrizione del campo, legata alla esperienza nel settore sanitario. Si tratta di una restrizione prudenziale che può essere utile per selezionare risorse umane già dotate di un back-ground riguardo all'ambiente in cui svolgere l'APQ.

E' comunque bene che il luogo in cui si realizza l'esperienza dell'APQ non sia lo stesso nel quale gli individui disponibili normalmente operano;

- se si tratta di operatori, essi verranno pertanto destinati, nella attività APQ, ad un altro servizio rispetto a quello in cui essi svolgono o hanno svolto la loro attività professionale;
- se si tratta di un cittadino che ha avuto una esperienza personale, si farà altrettanto;
- se si tratta di una organizzazione che raccoglie i particolari utenti di un servizio sanitario (ad esempio i dializzati), la si destinerà ad un servizio diverso da quello dove tali utenti ricevono le prestazioni sanitarie, cercando però di mettere a frutto la loro esperienza in tale settore.

A questo punto, è indispensabile avere presente la tipologia delle figure necessarie alla realizzazione della APQ. Esse sono definibili nel modo che segue.

- **Attivisti**, ovvero persone che possono essere impegnate nella organizzazione delle attività di APQ (gestione delle sedi, distribuzione degli incarichi, pubblicizzazione, organizzazione dei corsi di formazione, consegna, custodia e raccolta degli strumenti tecnici, ecc.). Gli attivisti possono essere individuati tra coloro che hanno maggiori capacità organizzative e, allo stesso tempo, tra le persone che, per impedimenti di diverso genere, non siano adatte o non desiderino rivestire il ruolo di monitore o di intervistatore. Il ruolo di attivista può essere facilmente ricoperto anche da persone che non abbiano grande esperienza nel settore sanitario.
- **Intervistatori**, ovvero persone che possono essere impegnate nella somministrazione dei questionari e che danno una disponibilità più limitata rispetto agli attivisti, dal punto di vista degli orari o della responsabilità di coordinare un gruppo di lavoro. E' utile che abbiano una certa conoscenza della struttura sanitaria, anche se inferiore a quella necessaria alla figura del monitore.
- **Monitori**, ovvero persone che potranno comporre i gruppi di monitoraggio delle strutture, compiendo tutte le attività legate alla osservazi-

one. Essi sono da reclutare tra coloro che hanno maggiore conoscenza e pratica della struttura ospedaliera, che possono assicurare un impegno più continuativo e che sono disposti a garantire una attività di coordinamento del gruppo.

- **Formatori**, ovvero persone particolarmente addestrate nello spiegare ad altri il modo di realizzare le singole operazioni legate alla attività di APQ, in particolare le interviste e l'osservazione.

Quale disponibilità di tempo chiedere ai cittadini, tenuto conto dell'insieme delle operazioni da realizzare all'interno della attività di APQ? Si può comunque prevedere:

- una soglia minima legata alla partecipazione a un incontro di formazione e alla somministrazione di uno strumento tecnico (questionario, circa 2 ore; griglia di osservazione, da 2 a 4 ore per ogni "passaggio" realizzato all'interno di una struttura o di un servizio);
- un impegno medio che potrebbe aggirarsi sulle due mezze giornate settimanali (8 ore a settimana) di lavoro effettivo (escludendo, quindi, gli spostamenti, ecc.), per un periodo di quattro settimane (32 ore totali);

un impegno massimo, che, tendenzialmente, potrebbe non avere limiti, ma che va comunque tenuto sotto controllo, onde evitare il rischio che tutto il lavoro venga realizzato esclusivamente da pochi individui.

6. IL CICLO DEL PEOPLE RAISING

La metodologia del "ciclo" e molte delle sue componenti sono state riprese dal ciclo del fund raising definito dai principali teorici di tale disciplina per il settore non profit (H. Rosso, E. Brilliant⁸). E' questo il motivo per cui si noterà, come si è già detto, un continuo ricorso a termini provenienti dalla letteratura inglese o americana.

Le fasi del ciclo sono:

⁸ Rosso H., *Achieving Excellence in Fund Raising*, Jossey Bass, San Francisco, 1991; Brilliant E., *The United Way. Dilemmas of Organized Charity*, New York, 1990.

1. identificazione della buona causa - costruzione del case statement
2. analisi dell'ambiente interno: analisi delle forze e delle debolezze; la definizione dei possibili benefits da mettere a disposizione
3. analisi dell'ambiente esterno: i pubblici, i pericoli, le opportunità
4. definizione del piano operativo di people raising
5. convocazione e reclutamento
6. selezione
7. definizione di intese
8. orientamento/procedure di accreditamento
9. addestramento
10. coordinamento e monitoraggio delle attività
11. analisi e verifica dei risultati
12. fidelizzazione dei volontari.

6.1. Identificazione della buona causa - costruzione del case statement

Utilizzando il linguaggio del fund raising, si può dire che è necessario identificare la "buona causa" attorno alla quale il soggetto collettivo impegnato nel people raising si è costituito ed intende operare, si tratti della difesa di una specie animale in via di estinzione, della promozione di una campagna contro il fumo, della individuazione di chance operazionali nell'area dei servizi mediante la costituzione di una cooperativa, della promozione della musica o del teatro, o altro ancora.

Va tenuto presente che questo è un passaggio ineliminabile per la messa a punto di una politica di people raising. La validità della **buona causa** della organizzazione che convoca è infatti, al di là di tutte le tecniche utilizzabili, un elemento decisivo per decretare il successo di una simile iniziativa. La validità della buona causa è fondata sul legame che essa ha con la verità del soggetto e va scoperta continuamente. Il people raising è strettamente legato all'esibire la "verità" del soggetto, la quale si deve at-

tualizzare mediante un processo che coinvolga l'organizzazione stessa.

Lo sbocco del processo di attualizzazione di questa verità diviene, in termini di fund raising, il **case statement** (il punto della situazione) dell'organizzazione, vale a dire i buoni motivi per cui l'organizzazione chiede di ottenere fondi.

Il case statement può essere definito come una presentazione o istruttoria della causa che viene sostenuta da una organizzazione e in virtù della quale essa si costituisce, elabora strategie, agisce. E' un ragionamento, un costrutto logico che definisce obiettivi, strategie e azioni di una organizzazione per rispondere a determinati bisogni o questioni sociali volto, in particolar modo, a comunicare tali aspetti ad una pluralità di soggetti. Allo stesso tempo, il case statement è una espressione delle motivazioni o un chiaro e completo elenco di tutte le ragioni per le quali chi riceve il messaggio deve essere portato a contribuire al raggiungimento di una causa. Il case statement diventa poi, alla fine, una presentazione ragionata della organizzazione e della sua richiesta di supporto che può poi sostanzarsi in una lettera, in uno spot televisivo, in una brochure, nel testo di un discorso, etc. Nel contesto del fund raising, questa presentazione è finalizzata a promuovere una donazione; nel contesto del people raising è orientata invece a promuovere una mobilitazione. Essa non va confusa con una comunicazione pubblicitaria, ma ne è il presupposto.

Per la definizione della buona causa, si usa fare riferimento a tre elementi essenziali, ognuno dei quali discende logicamente dall'altro:

GLI ELEMENTI DI UNA BUONA CAUSA

Mission: il traguardo, la causa generale di una organizzazione, il suo fine ultimo;

Obiettivi strategici: relativi ad un piano di azione su larga scala e indispensabili per raggiungere la mission;

Obiettivi operativi: legati a scelte tattiche, o solamente di tipo tecnico, e necessari a mettere in opera le strategie.

Una buona causa deve essere fattibile, motivante e distintiva; fattibile (realistica, i cui obiettivi appaiono ragionevolmente raggiungibili), motivante (che spinge a mobilitarsi, a fare un atto, ossia che ha un impatto in quanto dimostra che è urgente o necessario fare qualcosa per), distintiva (che ha elementi di accentuata distinzione da altre buone cause).

"INDICE" DI UN BUON CASE STATEMENT

Gli elementi che costituiscono, potremmo dire, l'"indice" di un buon case statement, sono i seguenti:

- la buona causa (mission, obiettivi strategici e obiettivi operativi);
- il contesto, quadro di riferimento;
- le attività;
- i destinatari;
- il fabbisogno (in questo caso di personale volontario);
- le iniziative svolte, successi ottenuti;
- i sistemi di verifica;
- come vengono reperite e utilizzate le risorse finanziarie.

Inoltre, il case statement, deve rispettare alcune regole elementari di comunicazione quali il realismo, la chiarezza, la concisione, la logicità.

La procedura di costruzione di un case statement richiede quindi attività di elaborazione e di formalizzazione che potrebbero essere così suddivise:

- raccolta e analisi di materiale (dal quale trarre informazioni, dati, elementi della identità);
- brainstorming (riflessione su dati ed elaborazione, coinvolgendo dirigenti della organizzazione, volontari, consulenti);
- redazione di un testo intermedio;
- test di verifica del case statement (verso un pubblico interno ed esterno);
- messa a punto del case statement.

La costruzione del case statement ha forti riflessi interni, mette in gioco l'organizzazione in quanto tale. In questo senso, è un elemento di internal

marketing, ovvero va inserito nel quadro delle azioni rivolte al mercato interno, atte a migliorare il clima interrelazionale e organizzativo, sviluppando la partecipazione attiva di ogni singolo lavoratore. Può risultare, ad esempio, particolarmente spiacevole e irritante, per membri del personale di contatto, essere informati di una azione della loro impresa tramite la pubblicità o magari tramite i clienti.

6.2. Analisi dell'ambiente interno

Una volta definita la mission, occorre valutare quali siano, all'interno della organizzazione, le opportunità e i problemi che possono favorire o ostacolare il suo raggiungimento.

Le **debolezze** si possono verificare in due forme. In primo luogo, vi sono debolezze connesse a costrizioni ambientali o organizzative legate a quello che una organizzazione è abilitata a fare. Rientrano in campo anche limitazioni di carattere legale o amministrativo. Un secondo tipo di debolezza è maggiormente affrontabile. Essa riguarda aspetti della struttura organizzativa, della strategia e delle tattiche che possono non essere sufficientemente buone.

Per quanto riguarda le **forze**, esse sono costituite dalle offerte della organizzazione a fronte della richiesta di impegno volontario.

Risulta centrale, in questo quadro, il **concetto di scambio**. Lo "scambio", secondo P. Kotler, può essere definito come l'interazione tra due o più parti in possesso di un bene che abbia valore per l'altra. Per bene si intende un prodotto, un servizio o una informazione.

I componenti di un target che costituisce la audience dell'organizzazione vengono invitati a scambiare qualcosa per qualche beneficio fornito dalla organizzazione. E' importante, in ogni caso, sottolineare che tale scambio avviene comunque, anche se è gestito in modo inconsapevole. Il concetto di scambio va qui ribadito per sostenere che una organizzazione non può ritenere che la sua buona causa automaticamente si trasformi in un fattore scatenante di mobilitazione. Accanto alla verità della buona causa è necessario in ogni caso verificare quale beneficio, quale bene anche immateriale l'organizzazione è in grado di fornire.

Le motivazioni dell'azione volontaria contemporanea sono, secondo gli studi dell'Independent Sector, legate al desiderio di:

- cambiare la società;
- fare una esperienza professionale (formazione);
- aiutare una specifica causa (ambiente, tutela dei deboli, ecc.);
- condividere le esperienze di un gruppo umano;
- prepararsi una carriera di lavoro volontario una volta in pensione;
- controllare come agisce una organizzazione volontaria.

Nel campo del marketing sociale è stato analizzato il tema degli incentivi quando il soggetto che li offre è una azienda pubblica. Per superare le difficoltà oggettive che incontra l'ente o l'azienda nella realizzazione di un processo di partecipazione degli utenti, è necessario creare un **sistema di convenienze** per gli utenti che li stimoli in questa direzione. Il sistema di incentivi alla partecipazione può fare riferimento a tre opzioni che possono anche coesistere o vivere separatamente, a seconda del tipo di servizio che viene erogato e/o dell'ambiente in cui si opera.

La prima opzione si riferisce alle **convenienze economiche/materiali**, che si possono tradurre, ad esempio, in una riduzione delle tariffe o del consumo di tempo per gli utenti che partecipano attivamente.

La seconda opzione fa riferimento a **convenienze di tipo sociale**, che possono consistere in un maggior controllo operato dall'utente sulle scelte di gestione delle modalità con cui si eroga il servizio e delle sue finalità.

Infine, per favorire la partecipazione si potrebbe sperimentare un **incentivo di tipo culturale**, legato ai processi di apprendimento che si possono realizzare attraverso l'interazione tra azienda o ente ed utente. "Il problema spesso - per un'azienda - è decidere se fornire al cliente un servizio oppure il know-how".

Va considerato, inoltre, che gli incentivi servono a **ridurre i costi**, monetari e non monetari, che gli utenti devono affrontare per adottare un determinato comportamento o per realizzare una impresa e i rischi percepiti. I rischi percepiti, nel caso dell'APQ, potrebbero essere, ad esempio: **rischi di natura sociale** (il rischio di "compromettersi" con l'azienda); al livello personale, si possono percepire **rischi di natura psicologica** (l'invadenza nei confronti dei ricoverati da intervistare, l'imbarazzo ad approcciare sconosciuti), **rischi di natura fisica** (si pensi all'osservazione serale delle strutture).

INCENTIVI

- CONVENIENZE ECONOMICHE/MATERIALI
- CONVENIENZE SOCIALI
- CONVENIENZE CULTURALI

Qui di seguito, semplicemente a titolo di esempio, viene proposta una lista di possibili benefits da attribuire a chi viene convocato a fare l'APQ, dividendo tra gruppi organizzati, cittadini comuni e operatori.

GRUPPI DI CITTADINI ORGANIZZATI

INCENTIVI DI TIPO MATERIALE

- * piccola donazione di strumenti per le attività (macchina da scrivere, fax, segreteria telefonica, ma anche altri strumenti di attività per le organizzazioni di volontariato)
- * donazione in denaro
- * possibilità di utilizzo di strutture dell'azienda (sale, fotocopiatrici, ecc.)
- * miglioramenti nelle condizioni logistiche di lavoro
- * utilizzo della banca dati con i nominativi di coloro che si sono offerti di collaborare all'APQ
- * possibilità di diffondere, all'interno delle strutture sanitarie, materiale per la raccolta fondi della organizzazione

INCENTIVI DI TIPO SOCIALE

- * piano di utilizzo comune dei dati raccolti con l'APQ
- * incontri periodici con il direttore generale dell'azienda
- * incontro con un gran numero di operatori e di cittadini, nonché con altre organizzazioni che partecipano alla iniziativa
- * inserimento in comitati o gruppi permanenti sulla qualità del servizio
- * rafforzamento dell'identità del gruppo: presenza dei responsabili alla conferenza stampa di lancio dell'APQ; nome e logo dell'associazione sul materiale dell'APQ; possibilità di inserire questa iniziativa nel curriculum dell'associazione

INCENTIVI DI TIPO CULTURALE

- * corso di formazione sull'analisi partecipata della qualità
- * accesso alla documentazione legislativa e di altro tipo presente nella struttura
- * incontri di formazione su singoli aspetti, anche alla luce dei risultati del monitoraggio sul campo

CITTADINI COMUNI

INCENTIVI DI CARATTERE MATERIALE

- * fringe benefits per i giorni del monitoraggio quali: possibilità di accesso alla mensa interna; permesso macchina per parcheggio interno (soprattutto per il monitoraggio da realizzarsi la sera); concessione di titoli di viaggio

INCENTIVI DI CARATTERE SOCIALE

- * essere inseriti nella banca dati dell'azienda per ricevere informazioni periodiche (ad esempio nell'indirizzario di news letter, inviti a iniziative, ecc.)
- * essere convocati a partecipare alle varie iniziative di valutazione dei risultati della analisi
- * essere inseriti in un circuito di comunicazione (incontri, anche informali, con chi coordina le attività e con gli altri cittadini che vi partecipano)
- * incentivi di rafforzamento della identità personale:
 - * conferimento di un attestato di partecipazione
 - * conferimento di un cartellino di identificazione con la qualifica

INCENTIVI DI CARATTERE CULTURALE

- * corso di formazione sull'APQ
- * acquisizione di competenze sulla somministrazione di questionari e la compilazione di altri strumenti di ricerca
- * accesso alla documentazione legislativa e di altro tipo presente nella struttura
- * incontri di formazione su singoli aspetti, anche alla luce dei risultati del monitoraggio sul campo

OPERATORI

INCENTIVI DI CARATTERE ECONOMICO/MATERIALE

- * fringe benefits (spese di trasporto e mensa)

INCENTIVI DI CARATTERE SOCIALE

- * partecipazione attiva alla gestione dei risultati del monitoraggio

- * attestato di partecipazione
- * incarico di illustrare i risultati all'interno di conferenze dei servizi nell'azienda o nell'ambito di altre iniziative di formazione
- * pubblicizzazione dei nominativi dei partecipanti all'interno di materiale dell'azienda (newsletter, houseorgan e altro)
- * messa in comunicazione con gli utenti dei servizi, tramite le interviste, l'osservazione e la collaborazione con organizzazioni di cittadini

INCENTIVI DI CARATTERE CULTURALE

- * approfondita conoscenza della analisi di qualità nel settore sanitario
- * occasioni di riflessione sulla propria figura professionale
- * presa di contatto sul mondo sanitario dal punto di vista dei cittadini utenti

6.3. *Analisi dell'ambiente esterno*

L'analisi dell'ambiente esterno si compone, almeno di tre elementi: analisi dei pubblici; analisi della concorrenza/avversari; analisi del macroambiente.

Analisi dei pubblici: la mappa delle risorse umane

La costruzione della mappa delle risorse umane da cui attingere per il reclutamento dei cittadini volontari deve tenere conto in primo luogo della centralità dei network nel people raising (molte ricerche condotte sui militanti dei movimenti mostrano che tra il 70% e il 90% dei membri vengono reclutati di solito tramite network) e, in secondo luogo, della molteplicità e della varietà di questi network, tale per cui le reti sono considerate e denominate in modo assai diverso tra loro (una ricerca curata nel 1994 da D. Mezzana e M. C. Costantini del CERFE, nell'ambito di un archivio internazionale sulla cittadinanza attiva, ha individuato ben 231 denominazioni diverse per riferirsi ad organizzazioni e reti dei cittadini sociali, culturali e politiche).

A partire da questi presupposti, una volta definita una soglia di accesso (che tipo di gruppo si sta cercando), è possibile procedere alla costruzione dell'inventario dei soggetti da coinvolgere.

Un inventario di gruppi, in particolare può essere formulato in base a fonti sia documentarie che orali.

Un gruppo può essere identificato:

- in virtù di un riconoscimento amministrativo (iscrizione ad albi, ecc.);
- in virtù di un riconoscimento associativo (citazione in repertori di associazioni, ecc.);
- in virtù di un riconoscimento definibile come "cognitivo" in senso lato (essere noto ad altri gruppi, ad operatori sociali, ecc.).

Per quanto concerne questo ultimo tipo di identificazione, può essere utilizzata anche una procedura usualmente prevista dalle metodologie censimentarie, denominata "snowball" (o "palla di neve"), che comporta la consultazione di un insieme casuale di soggetti finiti, dal quale si cerca di risalire ad altri insiemi, fino a quando non vengono più rintracciati soggetti non ancora identificati. In sostanza, si tratta di chiedere direttamente ai gruppi identificati informazioni su altre aggregazioni di cui siano a conoscenza.

E' quindi importante operare, sui vari gruppi inventariati attraverso una metodologia "estrinseca", una verifica di tipo "intrinseco", effettuando una ricognizione diretta sulle attività del gruppo. Per costruire una mappa delle risorse umane presenti sul territorio, è possibile utilizzare i seguenti criteri di analisi:

- le **potenzialità**: chi sono i soggetti portatori di "pacchetti di informazioni" per lo sviluppo locale (competenze professionali, produzione di servizi, ecc.)?
- le **opportunità**: quale spazio di manovra hanno i soggetti locali, dal punto di vista dell'accesso a beni, servizi, strutture, tecnologie (opportunità comunicative, tecnologiche, culturali, finanziarie, ecc.)?
- l'**intenzionalità**: quali sono i soggetti o i gruppi che hanno una attitudine particolare ad impegnarsi in attività sociali?

Le fasi di contatto con i gruppi possono essere così schematizzate:

- **identificazione del gruppo**: semplice reperimento della denominazione e di un recapito, sulla base di repertori e di altre fonti documentarie;
- **individuazione**: quando è stato possibile prendere contatto con qualche membro o comunque verificare l'effettiva esistenza di un aggregato umano realmente attivo;
- **attivazione**: manifestazione, da parte del gruppo, della disponibilità a collaborare, secondo forme di volta in volta concordate;

- **integrazione**: presa di contatto con i responsabili e definizione degli impegni.

Analisi dei gatekeepers

Il rapporto con i target prescelti sarà comunque influenzato da una serie di agenzie che potrebbero essere definite di mediazione, chiamate in vario modo "gatekeepers" (guardiani del tempio), opinion maker, gruppi di pressione e centri di influenza. Per attivare una campagna di people raising occorre identificare tre tipi di gruppi di influenza: i gruppi alleati, i gruppi avversari e i gruppi neutrali. Gli alleati sono quelli che appoggiano - in modo diretto o indiretto - gli obiettivi della campagna. I gruppi avversari sono quelli a cui potrebbe nuocere una particolare campagna di cambiamento; i gruppi neutrali sono quelli i cui interessi non vengono direttamente toccati da una particolare campagna. Questo non significa che tali gruppi si terranno necessariamente in disparte ed è quindi necessario conquistare il loro appoggio morale.

E' comunque essenziale analizzare le motivazioni specifiche di alleati e di avversari. P. Kotler e A. R. Andreasen hanno diviso le motivazioni degli alleati in tre grandi categorie per il fund raising.

MOTIVAZIONI DEI GRUPPI ALLEATI PER IL FUND RAISING

Responsabilità ("collaboriamo anche senza che ci venga chiesto")

1. Bisogno di autostima.
2. Bisogno di riconoscimento.
3. Preoccupazione di carattere umanitario.
4. Bisogno altruistico.

Sensibilità alla richiesta ("diamo quando ci viene chiesto")

5. L'abitudine di dare.
6. Dare perché si è infastiditi.

Ragionevolezza ("diamo perché sotto pressione")

7. La paura di un pericolo.
8. Cedere alla pressione.

Per quanto riguarda gli avversari, essi possono sussistere per almeno due motivi: interesse personale (che riguarda la potenziale perdita in caso

di insuccesso della campagna) e paura di quello che il cambiamento porterà (minaccia per le vecchie maniere di agire).

L'interesse personale riguarda la potenziale perdita in caso di insuccesso della campagna.

La paura del cambiamento consiste nella minaccia per le vecchie maniere di agire.

A questi due motivi se ne potrebbe aggiungere un terzo: avversari che diventano tali per errori nella strategia di comunicazione del soggetto (frintendimento nelle motivazioni).

Le strategie e le tattiche per mobilitare i gruppi di influenza sono basate sulla analisi delle motivazioni, sia degli alleati che degli oppositori e delle risposte necessarie per superare gli ostacoli e ottenere l'appoggio.

Circa questo ultimo punto, il marketing sociale ha elaborato vere e proprie strategie di potere per ottenere il sostegno di gruppi di influenza in una campagna (ad esempio sull'Aids, sulla qualità del cibo nelle mense scolastiche, ecc.) attraverso cinque strumenti base: ricompense, coercizione, competenze o informazione, legittimità e prestigio.

Le strategie di potere si riferiscono al modo in cui intervenire efficacemente su un gruppo di influenza attraverso l'uso degli elementi sopra ricordati. Tra le strategie vi sono: la **strategia facilitativa**, che cerca di minimizzare i costi o i disagi del cambiamento che un gruppo di influenza può avvertire; la **strategia identificativa**, in base alla quale si cerca di creare una omogeneità tra gli interessi del gruppo di influenza e quelli della campagna di cambiamento sociale.

6.4. Il piano operativo di people raising

Tutti gli elementi del ciclo sopra indicati entrano a far parte di un piano operativo di people raising. Accanto ad essi, prima di passare all'azione, vanno inseriti alcuni altri aspetti, che vengono qui di seguito rapidamente analizzati:

- il target
- gli oggetti promozionali
- gli strumenti della comunicazione che verranno utilizzati
- strutturagramma e organigramma
- il budget necessario

- i tempi (le fasi previste).

il target

Il target verrà definito in base alla mappa delle risorse elaborata (v. punto precedente).

In merito, è utile tenere presente il seguente piano mezzi.

PIANO MEZZI PER DEFINIRE IL TARGET	
Contatto diretto	assemblea pubblica partecipazione a incontri riunioni ristrette conferenze servizi incontri didattici incontri informali contatti telefonici numero telefonico
Contatto indiretto generalizzato	conferenza stampa articoli/interviste annunci radio/tv affissione locandine in luoghi strategici distribuzione depliant in luoghi strategici messaggi telematici
Contatto indiretto personalizzato	spedizione postale house organ (eventuale numero unico)

gli oggetti promozionali

A questo punto occorrerà decidere come il case statement elaborato prenderà corpo in materiale di propaganda. Si potrà chiedere un sostegno ad una agenzia pubblicitaria oppure agire in proprio. Il materiale può essere anche molto sobrio, ma comunque chiaro e ben fatto. Gli strumenti necessari per il people raising sono illustrati nella scheda seguente.

**REPERTORIO DI OGGETTI
PROMOZIONALI PER IL PEOPLE RAISING**

Contatto diretto	scheda esplicativa depliant relazione-tipo (con supporti grafici)
Contatto indiretto generalizzato	nota stampa manifesto volantino testo radio coupon di adesione
Contatto indiretto personalizzato	testo mail testo per house organ numero unico house organ

**strutturagramma e organigramma,
budget, tempi**

Strutturagramma e organigramma, budget e tempi riguardano semplicemente la definizione del programma. Il punto fondamentale da tenere presente è la necessità di sintonia: se parte, ad esempio, l'annuncio, la linea telefonica deve essere già disponibile; se si sono chiesti alcuni spazi di affissione occorre che i manifesti siano pronti. Un ulteriore punto importante è la attribuzione precisa di responsabilità.

6.5. Convocazione/reclutamento

Una volta definito questo programma, si può passare alla fase della convocazione e del reclutamento in senso stretto.

Anche al momento della convocazione - che può avvenire per telefono, magari preceduta da una lettera - va messo in evidenza lo scambio che si propone e i benefits che si intendono attribuire a chi parteciperà volonta-

riamente alla impresa.

6.6. Selezione

Come nel caso del personale a pagamento, anche i volontari vanno selezionati. Una volta realizzata la fase di avvio del reclutamento, i potenziali volontari devono essere esaminati e collocati. In molti casi, lo strumento migliore per compiere questa operazione è quello di realizzare un colloquio.

Un colloquio ha molti vantaggi:

- assicura il potenziale volontario che la organizzazione vuole conoscere i suoi desideri e le sue aspettative;
- consente all'intervistato di chiarire le aspettative della organizzazione;
- aiuta a comprendere le competenze del volontario, il suo temperamento e le sue motivazioni.

Spesso, all'aspirante volontario viene chiesto di scrivere su un formulario alcune informazioni di base che possono essere utilizzate prima o al posto del colloquio. Tale scheda può contenere:

- nome, indirizzo, numero di telefono, data del colloquio;
- nome e telefono di due referenti;
- esperienze di volontariato già realizzate, incluso il nome delle organizzazioni, il periodo, le responsabilità ricoperte, contatti di persone;
- la disponibilità di tempo;
- che cosa il volontario spera di ottenere da questa esperienza;
- aree particolari di interesse che possono essere rilevanti per definire l'assegnazione di un incarico;
- esperienze di lavoro retribuito realizzate, inclusa l'attuale professione;
- competenze particolari, comprese lingue, dattilografia, uso del computer;
- livello di istruzione.

Per quanto riguarda la realizzazione dell'APQ, se si è individuata una associazione di particolare valore sul territorio, si può anche affidare a quest'ultima il reclutamento dei volontari.

E' necessario individuare, tra i volontari, un coordinatore delle attività. Molte organizzazioni non profit hanno una simile figura che viene utilizzata come una sorta di portavoce dei volontari, in modo da favorire nei

responsabili della organizzazione la consapevolezza dell'importanza rivestita dai volontari stessi. Il coordinatore dei volontari viene integrato nella organizzazione ai massimi livelli e deve ricevere collaborazione da parte dello staff e dei diversi dipartimenti. Ha, inoltre, la responsabilità generale nella ricerca e nella destinazione dei volontari, e nella mediazione tra i loro desiderata e quelli della organizzazione.

Uno dei principali problemi che il coordinatore dei volontari può gestire riguarda la conclusione di un rapporto di collaborazione non soddisfacente. C'è un vecchio detto secondo il quale il volontario è uno che lavora gratis e quindi non può essere allontanato. Questo non è vero. Di certo, la situazione va gestita con grande attenzione. Il primo passo per il coordinatore è quello di raccogliere tutti gli elementi e di valutare con calma i reclami pervenuti. Qualche volta il problema può risiedere nel fatto che il volontario non è stato sufficientemente formato o non ha ricevuto una supervisione adeguata oppure non gli è stato detto in modo chiaro che c'era un problema. In questi casi, può essere opportuno per il coordinatore far fronte a queste difficoltà e dare al volontario un'altra chance. Alternativamente, il volontario può essere riassegnato ad un incarico meno impegnativo e più appropriato. In casi estremi, l'incarico può essere soppresso per un periodo oppure si può semplicemente dire al volontario che il suo servizio non è più richiesto. Queste operazioni sono difficili ma occorre farle.

6.7. Intese

La definizione dei rapporti con le organizzazioni dei cittadini, o tutti coloro che partecipano come volontari alla APQ, può essere effettuata attraverso lo strumento dei protocolli di intesa bilaterali, che preveda poi specifici accordi da assumere con associazioni o gruppi per la gestione di incarichi di coordinamento od altro.

Il protocollo di intesa:

- è uno strumento di negoziazione;
- presuppone il riconoscimento di una pari dignità tra i soggetti che lo stipulano;
- deve essere chiaro e circostanziato;
- è finalizzato al raggiungimento di un obiettivo comune e non determina altre forme di vincolo tra i soggetti sottoscrittori.

Gli elementi da considerare in ogni caso nella sua stesura sono i seguenti:

- identificazione dei soggetti che stipulano il protocollo;
- il case statement, con particolare riferimento agli aspetti della buona causa, che coincidono con le finalità delle organizzazioni (strategia identificativa);
- la chiara definizione degli impegni reciproci (per conto dell'azienda: l'uso comune dei risultati dell'attività, l'utilizzo dei dati raccolti per interventi a sostegno della qualità; per le organizzazioni: l'impegno a custodire il materiale raccolto e a non diffonderlo in modo non organizzato; l'impegno a rispettare vincoli di carattere legale);
- un riferimento ai benefit, almeno a quelli di carattere più generale, legati alla azienda;
- verifiche periodiche degli impegni.

Con i cittadini singoli, si può realizzare una lettera di missione, contenente reciproci impegni, per l'azienda e per il cittadino stesso.

6.8. Orientamento e procedure di accreditamento

Una volta che il volontario è stato selezionato, va fatta nei suoi confronti un'opera di orientamento e di formazione. Per quanto riguarda l'orientamento, esso generalmente prevede le seguenti operazioni.

- Un pacchetto di informazioni sull'organizzazione (ad esempio il *report* annuale della organizzazione, una rassegna stampa, brochure o depliant, una lista degli uffici con i relativi responsabili, la carta dei servizi, la carta organizzativa dei volontari, se esiste, assieme con lo statuto e il regolamento).
- Materiale di background da leggere, dato che è importante offrire informazioni aggiuntive per favorire l'inserimento dei volontari.
- Una visita alla struttura dove opereranno i volontari.
- Una visita agli uffici direttivi e un incontro con lo staff dirigente.
- Filmati, diapositive, dimostrazioni pratiche spesso sono i mezzi migliori attraverso i quali i volontari possono cogliere il senso del posto dove saranno inseriti.
- Incontri di gruppo e dibattiti.

Dopo questo orientamento generale, o assieme ad esso, ha inizio la formazione all'incarico particolare che il volontario dovrà svolgere. Essa varia a seconda della complessità dell'incarico e del background del vo-

lontario. Si dovrebbe sempre iniziare con una discussione sulla descrizione scritta dell'incarico, che serva a rispondere ad alcune domande chiave:

- in cosa consiste questo incarico?
- perché esso è necessario, che cosa si propone, e come esso contribuisce alla vita complessiva dell'organizzazione?
- come viene realizzato, quali particolari strumentazioni o esperienze sono necessarie e quali sono i passaggi da effettuare per il suo compimento?
- con chi il volontario si troverà a lavorare e a chi il volontario dovrà rendere conto?
- quanto tempo sarà necessario, quante ore (o giorni o mesi) il volontario dovrà lavorare e quando il lavoro sarà completato?

6.9. Addestramento

L'attività di formazione e di training viene schematizzata nelle seguenti tavole.

OBIETTIVI DEL CORSO DI FORMAZIONE

- * fornire una gestalt sull'iniziativa
- * addestrare i partecipanti alle operazioni necessarie per la realizzazione dell'APQ
- * definire le responsabilità dei singoli partecipanti

ATTIVITA' DI TRAINING

- * iniziative di orientamento
- * briefing generale
- * briefing specifici per:
 - organizzatori/attivisti
 - formatori
- * attività di sostegno

ORGANIZZAZIONE DEL BRIEFING

Parte prima

- * Presentazione del contesto dell'iniziativa
 - dati e informazioni sul territorio
 - dati e informazioni sulla attività dell'azienda e sulla sua struttura
- * Presentazione generale dell'iniziativa
 - chi la promuove
 - chi vi partecipa
 - quando è stata avviata
 - che obiettivi si pone
 - quanto tempo dura
 - perché si convocano i cittadini e le loro organizzazioni
- * Presentazione dei possibili sviluppi futuri
 - chi gestisce i risultati
 - che ruolo svolgeranno i differenti attori
 - quale iter di gestione dei risultati è previsto

Parte seconda

- * Presentazione generale dell'APQ
- * Presentazione specifica delle operazioni previste
- * Organizzazione e tempi
- * Descrizione della collaborazione richiesta

Parte terza

- * Regole generali di comportamento
 - criteri e modalità di contatto e presentazione/comportamenti in caso di rifiuto
 - tipi di domande contenuti negli strumenti tecnici
 - domande aperte
 - domande chiuse
 - domande numeriche
 - come porre le domande (nel caso delle interviste)
 - come realizzare le osservazioni
 - comportamenti in caso di errore
 - come reagire di fronte ai differenti problemi

- * Presentazione degli strumenti tecnici
- * Lettura in comune degli strumenti tecnici
- * Risoluzione delle situazioni dubbie

Parte quarta

- * Verifica delle disponibilità personali
- * Definizione dell'accordo e consegna dell'ordine di missione e del cartellino di riconoscimento
- * Consegna degli strumenti tecnici
- * Consegna della/e guida/e

Per quanto riguarda i contenuti dell'accordo, si può fare riferimento al seguente schema.

CONTENUTI DELL'ACCORDO

- * Nomi delle due parti
- * Contenuti dell'impegno assunto dall'intervistatore (numero interviste/osservazioni da effettuare; caratteristiche delle persone da intervistare; reparto; tempi di riconsegna degli strumenti)
- * Diritti (accesso alle strutture; eventuali benefit, assicurazione, ecc.)
- * Doveri (riservatezza, custodia dei materiali consegnati)

E' opportuno ipotizzare anche la redazione di una apposita guida che potrebbe avere i seguenti contenuti.

INDICE DELLA GUIDA

- * Elementi di contesto
- * Descrizione generale degli strumenti tecnici
- * Indicazioni generali per la compilazione degli strumenti tecnici
- * Descrizione in dettaglio degli strumenti tecnici
- * Glossario dei termini tecnici

il supporto normativo

Nella realizzazione di attività di Analisi Partecipata della Qualità si possono incontrare alcuni problemi di natura squisitamente giuridica, come quello dell'accesso o quello della tutela della privacy. Simili difficoltà possono presentarsi, ad esempio, nel momento in cui si tratta di ottenere, nelle fasi preparatorie della attività di APQ, l'elenco dei servizi dell'azienda o lo strutturagramma e l'organigramma della medesima.

In mancanza di norme specifiche si può fare riferimento ad alcune norme più generali. In particolare, i riferimenti normativi della APQ possono essere rintracciati nell'articolo 14 della L. 517/93, nella Carta dei servizi sanitari e nella L. 241/90.

Per quanto riguarda l'articolo 14 della L. 517/93, esso può essere invocato per almeno quattro questioni:

- la "legittimazione" del metodo APQ;
- la congruità dei fini dell'attività di APQ con quelli del servizio sanitario ("costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni");
- la diretta partecipazione in attività di verifica della qualità, di soggetti "esterni" al servizio stesso, come nel caso di gruppi e associazioni che collaborano alla attività di APQ;
- la attenzione che le amministrazioni devono dare a questioni non strettamente normative o amministrative, ma, in senso lato, sociologiche (possono essere interpretati in questo senso alcuni degli aspetti di interesse della APQ).

Per quanto riguarda la Carta dei servizi sanitari, essa può essere utile:

- nella affermazione della necessità della compresenza di più punti di vista, compreso quello degli utenti, nella formulazione degli standard e nella verifica della attuazione della Carta stessa;
- nel riconoscimento della necessità di una continua verifica e di un continuo adeguamento dei servizi erogati.

Per quanto riguarda la L. 241, essa è di particolare importanza per la questione dell'accesso. Secondo tale normativa, infatti, consentire l'accesso alle attività della pubblica amministrazione è da considerarsi la regola, mentre il diniego dello stesso è da ritenersi come l'eccezione. Lo stesso rifiuto, del resto, può non essere integrale, se si tratta di proteggere un interesse meritevole (ad esempio, la tutela della incolumità di una persona fisica). Si può pertanto favorire l'accesso ai documenti, magari omettendo ("omissis") quelle parti - presumibilmente non utili ai fini della attività di APQ - che potrebbero ledere gli interessi di singoli individui o turbarne la privacy oppure risultare calunniosi o poco veritieri. Per quanto riguarda tali materie si può fare anche riferimento al DPR 25/6/92 n. 352 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 177 del 29/7/92). Tale decreto regolamenta, tra l'altro, ciò che è immediatamente ostensibile, ovvero tutto ciò che sia stato già pubblicato in un albo, e ciò che non è ostensibile (ad esempio, segreto di stato, ordine pubblico, vita privata).

**il riconoscimento formale
della attività di APQ**

E' opportuno che l'APQ venga eseguita non come attività informale, ma come attività a pieno titolo riconosciuta e fatta propria dalla azienda nel suo insieme.

A tale fine è auspicabile che il Direttore generale faccia una specifica delibera nella quale siano contenuti:

- la individuazione e il riconoscimento dei singoli e delle realtà organizzate che partecipano alla attività di APQ;
- l'autorizzazione al rilascio di n. x di cartellini di riconoscimento da esibire, a cura di chi partecipa alla APQ, alle strutture presso cui si svolgerà l'indagine;
- l'ufficio e la persona responsabile del procedimento;
- i tempi e i luoghi di realizzazione della attività di APQ;
- le risorse umane, tecniche e materiali stanziare per la esecuzione di detta attività.

Tale delibera andrà poi portata, sempre a cura della Direzione generale,

a conoscenza di tutti i capi delle diverse strutture, affinché collaborino con l'iniziativa stessa. Ove possibile, l'attività di APQ potrebbe essere preceduta da una conferenza dei servizi (v. art. 14 della L. 517/93).

Può essere, inoltre, opportuno stipulare con le associazioni e i gruppi che partecipano alla attività di APQ un protocollo di intesa che illustri limiti e modalità di tale partecipazione.

E', infine, da ipotizzare la possibilità che coloro che realizzano l'attività di APQ informino, con un rapporto intermedio, la amministrazione sull'andamento della attività stessa, anche al fine di creare una memoria giuridica e amministrativa dello svolgimento delle operazioni, spendibile anche nei confronti di altre amministrazioni interessate.

assicurazione

Le persone esterne alla struttura che partecipano alla attività di APQ devono essere assicurate contro gli infortuni casuali (il caso fortuito e la forza maggiore) per il periodo di durata della attività.

E' da fare attenzione che si tratti di assicurazioni che non creino confusione tra lavoro volontario e lavoro dipendente.

Tali assicurazioni possono essere stipulate, a basso costo, dalle amministrazioni stesse, come forma di estensione di quelle già poste a tutela dei visitatori o dei parenti dei ricoverati. Ciò non contrasta con l'idea espressa nel comma 7 dell'art. 14 della L. 517/93 che l'attività partecipativa dei cittadini non debba comportare alcun onere finanziario per il servizio sanitario. Mentre in quest'ultimo caso si tratterebbe di evitare un finanziamento a fondo perduto delle organizzazioni operanti nella struttura, nel primo caso, quello della APQ, si tratta di una specifica e ben definita attività, di comune interesse per l'amministrazione e gli utenti.

identificabilità e riconoscimento

Tutti coloro che partecipano alla attività di APQ devono essere muniti di appositi cartellini di riconoscimento. Tale provvedimento è da considerarsi a tutela, sia di chi partecipa alla attività, sia della struttura tutta.

I cartellini di riconoscimento, la cui consegna dovrà essere prevista nella delibera con la quale viene formalizzata l'attività di APQ, dovranno essere rilasciati, a cura della azienda, a tutti i partecipanti alla attività stessa.

6.10. Coordinamento e monitoraggio delle attività

Per quanto riguarda tali aspetti si veda il successivo capitolo sulla organizzazione.

6.11. Analisi e verifica dei risultati/fidelizzazione dei volontari

La verifica periodica nell'attività di people raising è una attività di centrale importanza. Infatti, uno dei problemi principali su cui si sofferma la letteratura è quello della "conservazione" dei volontari una volta che essi siano stati reclutati.

Per capire che cosa serve per "fidelizzare" i volontari, un primo metodo sperimentato è quello di condurre ricerche su coloro che hanno lasciato l'organizzazione volontaria, al fine di accertarne i motivi.

Un secondo metodo consiste nel realizzare una periodica valutazione della soddisfazione o insoddisfazione dei volontari presenti.

Le maggiori e più frequenti cause di insoddisfazione tra i volontari, secondo P. Kotler, sono:

- divergenza di aspettative con l'organizzazione circa il lavoro che si vorrebbe fare;
- assenza di feedback positivi da parte dei colleghi o dei pubblici della organizzazione;
- mancanza di appropriata formazione per svolgere il proprio lavoro;
- percezione del volontariato come lavoro inferiore rispetto a quello del personale a tempo pieno.

Il terzo metodo per capire che cosa sia necessario fare per "conservare" i volontari è chiedere loro quale situazione ideale vorrebbero trovare nella organizzazione. I volontari della United Way of America, a questo proposito, hanno proposto il seguente set di condizioni ideali:

- riconoscere la professionalità dei volontari;
- incrementare la consapevolezza dell'impatto della organizzazione sulla società come motivazione personale e dei propri interlocutori (ad esempio, fornire informazioni specifiche sui successi conseguiti);
- incoraggiare la soddisfazione personale e interna (ad esempio, aiutare i volontari a personalizzare i propri compiti, creare uno spirito di team, ecc.).

CAPITOLO SETTIMO

Aspetti organizzativi dell'APQ

Il presente capitolo serve a fornire, in maniera sintetica, alcune indicazioni di tipo organizzativo. In particolare verrà trattata la questione della redazione del progetto operativo, le tecniche utili alla programmazione, il monitoraggio nelle sue diverse forme, lo schema operativo e i carichi di lavoro, nonché alcune specifiche questioni.

1. REDAZIONE DEL PROGETTO OPERATIVO

Prima di iniziare la attività di APQ essa deve essere progettata adeguatamente. Occorre infatti essere certi di avere sotto controllo:

- tutte le operazioni da fare;
- la concatenazione logica tra una operazione e l'altra;
- la successione temporale delle diverse operazioni;
- il dimensionamento delle risorse umane, tecniche e finanziarie necessarie alla realizzazione dell'impresa;
- la scansione nel tempo del fabbisogno di risorse umane, tecniche e finanziarie.

In base agli elementi sopra elencati e agli obiettivi che ci si propone di conseguire è opportuno redigere un "progetto operativo". Tale progetto potrebbe essere composto dai seguenti elementi:

- elenco delle operazioni necessarie;
- elenco delle strutture tecniche necessarie;
- fabbisogno di risorse umane in assoluto e nei diversi momenti;
- fabbisogno di risorse finanziarie in assoluto e nei diversi momenti;
- scansione nel tempo delle operazioni e delle risorse.

Nei sotto-paragrafi che seguono sono illustrati alcuni elementi tecnici

da tenere presenti e da utilizzare nella redazione del progetto operativo riguardante l'attività di APQ.

1.1. La programmazione e il progetto

La **programmazione** è lo strumento base che consente la gestione e il controllo nel tempo di una o più organizzazioni (in senso lato) o di progetti (più in particolare).

Una **organizzazione** è qui intesa come un insieme di *risorse* (umane, finanziarie e di know-how) e di *regole* (procedure) che interagiscono in vista del raggiungimento di determinati *obiettivi*.

Si intende per **progetto** l'insieme di attività il cui svolgimento è caratterizzato, oltre che da un *obiettivo misurabile* e dall'esistenza di *vincoli*, soprattutto da una *data di inizio* e una *data di fine* (o comunque, una durata definita).

Ciò che caratterizza l'*attività di progetto*, e la distingue dalla gestione aziendale, è la sua *dimensione temporale finita*, il carattere *ineluttabile* della scadenza di calendario.

Una programmazione che consenta di tenere sotto controllo il flusso delle azioni nel tempo richiede innanzitutto una operazione a priori, che consiste nel *ridurre la complessità del sistema organizzazione*, disarticolandolo in *unità di riferimento più piccole*.

Tutte le attività, oltre ad essere ripartite in aree più vaste - che possono essere chiamate "oggetti" - devono essere articolate in un numero finito di "progetti", a loro volta suddivisi in "programmi", per ognuno dei quali sono state individuate le singole "operazioni" da tenere sotto controllo in base a "scadenze".

Per ogni progetto devono essere definite:

- le singole azioni e operazioni;
- la data di inizio e di fine di ciascuna (la durata e la scadenza);
- il costo di ogni operazione (risorse umane, materiali, finanziarie, spese indirette, ecc.);
- le risorse necessarie per garantire il completamento di ogni fase entro i tempi previsti.

1.2. Le tecniche utilizzate per la programmazione

Per la gestione della programmazione da un punto di vista tecnico è necessario ricorrere (data la quantità numerica di unità minime di riferimento) ad alcuni strumenti specifici di controllo del flusso di azioni nel tempo, più o meno sofisticati, sia adottando soluzioni informatiche, sia costruendo artigianalmente questi strumenti.

Tali tecniche, basate sulla rappresentazione grafica dei flussi di attività nel tempo, sono: il diagramma **Gantt**, il diagramma **Gasp**, il **Pert** e i **diagrammi di flusso** o **flow-chart** e possono essere sintetizzate nel modo seguente.

il diagramma Gantt

Il diagramma Gantt è uno strumento grafico, detto anche *bar-chart* (o "diagramma a barre"). Si tratta di un diagramma di tipo cartesiano che ha:

- in **ascissa** il tempo di calendario e tante righe orizzontali quante sono le operazioni da eseguire;
- in **ordinata** le fasi del lavoro da svolgere.

Tale diagramma viene costruito riportando su due linee orizzontali ravvicinate i tempi di inizio e di fine di ogni operazione. Sulla prima linea verranno posizionati i dati relativi a quanto previsto, sulla seconda quelli relativi a quanto accaduto effettivamente.

Il diagramma dà informazioni:

- sulla durata di ciascuna fase;
- sulla gerarchia temporale delle fasi (lettura verticale);
- sulla coincidenza, in un dato momento o arco temporale, di più fasi (lettura verticale).

Il diagramma Gasp (Grafico per l'analisi e la sintesi dei programmi)

Il diagramma Gasp è una variante del diagramma Gantt, che attribuisce valore allo spessore delle barre. Una barra più spessa di un'altra indica un carico maggiore di lavoro in termini omogenei di risorse a cui si riferisce il diagramma (persone, costi, materiali e così via).

Anche in questo caso, una lettura in verticale dà informazioni circa il fabbisogno di un certo tipo di risorse in un arco di tempo o in un momento specifico.

Il diagramma Gasp permette quindi di prevedere l'allocazione del personale nelle varie attività, segnalando l'eventuale esigenza di ricorrere a consulenti esterni o la possibilità di ritrovarsi con personale sotto-utilizzato.

il Pert (Program Evaluation and Review Technique)

La procedura messa a punto con il **Pert** (che tradotto in italiano sta per **Tecnica di Valutazione e Revisione dei Programmi**) è stata ideata nell'ambito dei programmi missilistici e spaziali americani della NASA (fu utilizzato dalla marina americana militare per accelerare il programma di realizzazione dei missili Polaris negli anni '60). Nel 1970 è stato il programma adottato per le attività di ricerca APOLLO, che vantava il record di dimensioni, consistendo in circa 200.000 attività. Successivamente, trattandosi di una tecnica generalizzabile, è stata largamente utilizzata dall'industria.

Come dice il nome (Tecnica di valutazione e revisione dei programmi), la procedura prevede la **revisione periodica del programma in base all'esperienza fatta e ai risultati conseguiti**. I diagrammi tracciati per sostituire quello originale registreranno tempi diversi da quelli stimati all'inizio e probabilmente ordineranno gli obiettivi intermedi secondo sequenze diverse da quelle originarie. Per mezzo delle revisioni periodiche, **si rendono così più realistiche le valutazioni successive in merito all'avanzamento dei lavori**.

Per usare una metafora, l'approccio del Pert è identico a quello di una persona che debba preparare un pranzo con diverse portate che devono essere pronte in momenti diversi. I fornelli della cucina devono essere impiegati contemporaneamente, ma l'attività relativa a ciascun piatto inizia in un momento diverso, a partire da quelli che richiedono tempi di preparazione più lunghi.

Il diagramma Pert si costruisce a partire dall'analisi del progetto da realizzare e dalla sua scomposizione in attività elementari.

Viene attribuito un **ordine gerarchico alle attività elementari** individuate (studiando, cioè, la dipendenza di una attività rispetto alle altre). Si

determina il **tempo** necessario per lo svolgimento di ogni attività. Si costruisce quindi una tabella (il diagramma Pert) comprensiva:

- dell'elenco delle azioni in ordine gerarchico;
- della definizione degli eventi che caratterizzano l'inizio e la fine di ogni attività;
- della data di inizio e di fine del tempo necessario allo svolgimento di ogni attività.

L'inizio e la fine delle attività sono gli "eventi". La linea che collega due eventi costituisce una "attività". La lunghezza delle frecce indica il "tempo".

Questa procedura consente di valutare le modificazioni complessive al variare di una singola parte del sistema.

i diagrammi di flusso (flow-chart)

Il **diagramma di flusso** (o **diagramma sequenziale**) è una procedura di analisi e di valutazione fondata sulla **rappresentazione grafica delle relazioni logiche tra gli elementi di un sistema dinamico, funzionale alla soluzione di un problema**. E' utilizzato abitualmente nell'ambito della scienza e della ingegneria dei sistemi, ma può essere tranquillamente usato per la pianificazione e la programmazione delle più semplici attività.

I diagrammi di flusso sono impiegati per **rappresentare una procedura mettendo in evidenza il flusso dei dati e il trattamento a cui sottoporre i dati stessi, per giungere a un risultato finale**, segnalando:

- i momenti di decisione logica che risolvono problemi di scelta e che avviano allo sviluppo ordinato delle operazioni successive;
- i risultati;
- i possibili errori;
- le anomalie, ecc.

La **costruzione del diagramma di flusso** avviene nei seguenti tre momenti.

a) Analisi del problema: esame dei risultati attesi e delle informazioni/azioni necessarie per produrli. Per ognuno dei risultati attesi devono essere definite le azioni necessarie a produrli, gli input richiesti da tali operazioni, gli eventuali problemi sollevati dalle operazioni stesse e le soluzioni conseguenti.

b) Sintesi del problema: preparazione di una rappresentazione sintetica delle funzioni che devono essere svolte.

c) Diagrammazione: rappresentazione del processo mediante simboli, ad esempio:

- *parallelogrammi* per individuare dati di ingresso (input) o di uscita (output);
- *rettangoli*, per operazioni generiche;
- *rombi nei punti di decisione*;
- *rettangoli arrotondati* per segnalare l'inizio e il termine.

Si elencano di seguito le fasi principali di un processo di pianificazione.

I diversi blocchi possono costituire un "ciclo", ovvero un insieme di istruzioni che vengono ripetute finché non si verifica una determinata condizione. Questo ciclo, a circuito chiuso, comporta, in sostanza, un processo di feedback, una sistematica comparazione dei risultati raggiunti rispetto alla prescrizione di partenza e la necessità di analizzare gli eventuali scostamenti per apportare le necessarie correzioni.

Esistono tre tipi di diagrammi sequenziali.

- a) Diagrammi **top-down**, che descrivono i principali momenti di un processo/progetto (operando una riduzione della complessità). Si elencano le fasi principali di un processo da pianificare, in alto sulla pagina (non più di una decina). Nella colonna relativa a ogni fase vengono indicate le principali disarticolazioni (non più di una decina).
- b) Diagrammi **dettagliati**, che si costruiscono includendo la maggior parte delle informazioni che riguardano ogni fase del processo (servono a individuare l'esistenza di anomalie ed errori nel corso di realizzazione del processo), segnalando i cicli e quindi i processi e le verifiche rispetto ai feedback.
- c) Diagrammi di **distribuzione**, che combinano due informazioni: **che cosa avviene** in una fase del processo e **chi è il responsabile** per ogni fase e quante sono le persone impiegate nella sua realizzazione. Si possono usare simboli grafici diversi per segnalare le diverse funzioni e responsabilità nel corso di realizzazione del processo/progetto.

1.3. Il facilitator

La gestione di una organizzazione complessa richiede l'applicazione dell'insieme di tecniche di management che negli Stati Uniti già da alcuni anni si usa chiamare di «**facilitating**» o di «**facilitation**», le quali fanno riferimento alla figura del «**facilitator**».

Si può considerare il **facilitating** come un nuovo modo di svolgere funzioni di leadership, non più fondato sulla gestione del potere, ma sulla gestione della informazione e della comunicazione. Le risorse più rilevanti e preziose per un leader non sono quelle tecniche o finanziarie, ma quelle umane dal momento che il potere, anziché concentrarsi in poche mani, è sempre più legato a un **sistema di relazioni complesse**, in cui l'informazione e la comunicazione giocano un ruolo centrale.

Attualmente, il **facilitating** è utilizzato soprattutto per la **gestione di organizzazioni complesse** e nel campo della **formazione degli adulti**, secondo gli approcci teorici del *total quality management* nel primo caso e dell'*adult education* nel secondo.

facilitation e total quality management

Secondo l'approccio del Total Quality Management, aspetti di leadership devono caratterizzare ogni livello di responsabilità all'interno dell'azienda, per cui non solo al vertice o al livello intermedio, ma anche alla base si deve esprimere una leadership.

Il management deve essere quindi un *process-management*, che è trasversale, superando la tradizionale organizzazione per funzioni.

La tendenza verso il Total Quality Management ha due esiti:

- la crescita del ruolo e del peso di ogni singolo lavoratore;
- l'aumento di centralità del modo di lavorare e di prendere decisioni per gruppi.

Quasi sempre, pertanto, il facilitator viene considerato come un **team-leader** o un **team-facilitator**.

L'introduzione di questi nuovi paradigmi **trasforma il manager in facilitator nel passaggio** dalla "over-responsabilità" alla responsabilità condivisa e dal "controllare" al "facilitare". Il nuovo leader-facilitator incoraggia chiunque ad assumersi responsabilità per il successo dell'organiz-

zazione, favorendo il **decision making** ai livelli più bassi, fungendo da guida e da catalizzatore. Invece di dare o togliere potere, il **facilitator espande e condivide il potere stesso** (visto come dinamico e al limite infinito).

Se il manager tradizionale è un decision-maker e attribuisce deleghe, un direttore o un programmatore del lavoro altrui, il **team-leader, è più un motivator** (colui che riesce a motivare e a mobilitare), **ottenendo che gli individui lavorino strettamente a contatto su progetti definiti in un tempo definito.**

i tipi di facilitating

Sono anche stati individuati diversi stili attraverso i quali è possibile incarnare il ruolo di leader facilitator.

1. Nello stile facilitator-centered (stile A) i manager-facilitator interpretano il proprio ruolo come esperti di una certa materia, come un'autorità presente in una data situazione, come arbitri e come valutatori. Secondo questo approccio è il manager che ha la responsabilità principale per il lavoro che deve essere condotto. Lo stile A è particolarmente appropriato per situazioni "information-based", dove solo il facilitator possiede informazioni sullo specifico oggetto o materia, delle quali il personale ha bisogno.
2. Nello stile "collaborativo" (stile B) i facilitator lavorano insieme ad altri nel determinare le finalità e la struttura del lavoro. I facilitator che usano questo approccio si aspettano che i partecipanti contribuiscano con la propria conoscenza e la propria esperienza al raggiungimento delle soluzioni corrette al problema o alle questioni in discussione. Lo stile B è particolarmente efficace per le situazioni in cui non esiste già una risposta giusta e dove le abilità tecniche coinvolte richiedono un certo grado di analisi e di attitudini manageriali.
3. Nello stile participant-centered (stile C) il facilitator considera come primario agire sull'apprendimento, sulla pianificazione e sul problem-solving. Egli opera come un consulente o un allenatore. Si vede come un catalizzatore, una risorsa per i partecipanti e perfino un membro del gruppo. Egli incoraggia i partecipanti a valutare i propri bisogni e ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni.

Le particolarità di ogni stile possono essere schematizzate nel modo seguente.

STILE A - FACILITATOR CENTERED

- fornire risposte;
- stabilire le finalità;
- progettare/pianificare il contenuto e l'articolazione dell'evento da facilitare;
- prendere decisioni;
- trasmettere informazioni;
- identificare le fasi future;
- valutare e "testare".

STILE B - COLLABORATIVO

- fornire una struttura iniziale;
- coinvolgere nella determinazione o nell'aggiustamento delle finalità;
- collaborare nel prendere decisioni;
- facilitare la discussione;
- porre questioni;
- fornire informazioni sulla materia;
- fornire alcune risposte e soluzioni.

STILE C - PARTICIPANT CENTERED

- facilitare discussioni;
- porre domande;
- fornire suggerimenti;
- aiutare a trovare le risorse necessarie;
- fornire feedback;
- ascoltare;
- fornire consulenze;
- allenare.

I vantaggi presentati dallo stile A risiedono nel fatto che esso:

- consente di trattare un grande numero di informazioni in poco tempo;
- consente di lavorare con molte persone nello stesso tempo;
- consente di fornire le risposte giuste chiaramente e direttamente;
- consente di sfruttare i grandi specialisti di una determinata materia.

Gli svantaggi dello stile A possono essere così schematizzati:

- superstima quanto la gente può realmente apprendere;
- dipende completamente dall'expertise del facilitator;
- può causare dipendenza nei confronti del facilitator;
- può causare contro-dipendenza e resistenza nei partecipanti.

I vantaggi dello stile B sembrano essere i seguenti:

- consente di coinvolgere i partecipanti nella decisione delle finalità e del contenuto il che può aumentare la pertinenza e l'applicazione;
- consente al facilitator di fornire l'expertise di un tema senza imporlo;
- i partecipanti sono coinvolti attivamente attraverso l'esperienza, il che assicura un apprendimento e un impegno più profondi e più duraturi;
- i partecipanti si assumono maggiori responsabilità per le loro azioni e sono meno dipendenti dal leader.

Gli svantaggi dello stile B sembrano essere i seguenti:

- il livello di interazione tra partecipanti e facilitator impedisce di lavorare con gruppi numerosi;
- le abilità di facilitation divengono più importanti della materia trattata;
- può richiedere molto tempo.

I vantaggi dello stile C sembrano i seguenti:

- i partecipanti non sono dipendenti dal leader;
- i partecipanti sono in grado di assicurare un adattamento e un'applicazione appropriate alle proprie situazioni;
- l'apprendimento e l'impegno tende ad essere profondo e duraturo;
- si creano opportunità per la sinergia e la creatività.

Gli svantaggi dello stile C sembrano i seguenti:

- notevole consumo di tempo;
- i partecipanti possono non essere sufficientemente in grado di auto-dirigersi;
- non è efficace se i partecipanti non hanno un certo grado di abilità e conoscenze.

tecniche e strumenti di facilitating

Ci sono varie tecniche e strumenti specifici che possono essere usati nel facilitating, sia nei contesti formativi che in quelli gestionali. In generale, ci

si riferisce a quattro gruppi di tecniche:

- quelle per ottenere una comunicazione efficace;
- quelle per il consensus-building;
- quelle per sfruttare al massimo i meccanismi dei feedback;
- quelle per gestire il lavoro per team.

2. IL MONITORAGGIO NELL'APQ

2.1. La tecnica del monitoraggio

Esistono diversi tipi di monitoraggio, che servono a:

- controllare e valutare le azioni svolte fino a un determinato momento;
- risolvere i problemi mano a mano che si presentano;
- riadeguare i programmi e le attività in relazione a quanto avviene nel corso della loro realizzazione, sia al loro interno, sia rispetto al loro ambiente esterno.

La caratteristica comune ai diversi tipi di monitoraggio riguarda la **possibilità di mettere sotto controllo i flussi di azione nel tempo**. Il monitoraggio concerne, quindi, **l'aspetto dell'esecuzione e della realizzazione di un progetto, di un intervento, ecc.** e si caratterizza per **la continuità nel tempo, nonché per il contatto permanente con la realtà in funzione di un adeguamento continuo ad essa**.

Il monitoraggio si differenzia dalla valutazione perché prevede un intervento sulle attività in corso d'opera, permette, quindi, di modificarle riadeguandole.

2.2. Forme di monitoraggio

Le forme del monitoraggio sono riconducibili a quattro tipi:

- * un monitoraggio con funzioni di gestione di impresa;
- * un monitoraggio qualitativo (per problemi e per questioni);
- * un monitoraggio degli interventi pubblici;
- * un monitoraggio che può essere applicato ai servizi pubblici.

Il primo tipo di monitoraggio - per la gestione di impresa - consiste nel

controllo del flusso delle azioni nel tempo mediante l'applicazione di concetti (come quelli di "oggetto", "programma", "progetto", "operazione", "schema operativo") che permettono di disarticolare le azioni in unità nel tempo.

Con questo monitoraggio si **controllano le attività assumendo decisioni di carattere eminentemente tecnico e operativo, alla presenza di tutte le persone coinvolte nelle attività** (sia i diretti responsabili che i vari collaboratori o comunque chi ne è a conoscenza indirettamente per le proprie attività).

Si potrebbe affermare che il monitoraggio per la gestione di impresa tende ad avvicinarsi all'**applicazione della ricerca operativa** alla vita dell'organizzazione, intendendo per ricerca operativa "l'applicazione di metodi scientifici (statistica, informatica, logica, ecc.) intesa a migliorare l'efficienza di sistemi e imprese".

Il **secondo tipo** di monitoraggio è di carattere **qualitativo**. Affronta questioni e problemi che non sono di carattere tecnico e non si preoccupa del controllo del flusso delle azioni nel tempo in senso stretto.

Il **terzo tipo** di monitoraggio riguarda **gli interventi pubblici**, come, ad esempio, i progetti della cooperazione internazionale.

Si tratta di una forma di **valutazione in corso d'opera** effettuata da un gruppo apposito che comporta il controllo continuativo:

- dell'**andamento** delle operazioni previste;
- degli **effetti** di tali operazioni;
- delle **variazioni del contesto** sociale, economico, culturale, politico o ambientale in cui si svolge l'intervento, anche totalmente indipendenti da esso;
- dei **flussi delle risorse** finanziarie, tecniche e umane.

Questo tipo di controllo e di razionalizzazione delle informazioni è finalizzato a **fornire input alla direzione di un intervento per l'eventuale revisione dell'iter progettuale** e serve a tenere sotto controllo il contesto all'interno del quale si inseriscono l'intervento o il progetto specifico.

Rispetto al monitoraggio come gestione di impresa, in questo caso **manca la caratteristica della contestualità**, cioè non sono presenti necessariamente i responsabili delle azioni da mettere sotto controllo.

Un **quarto tipo** di monitoraggio è quello che comprende al suo interno le forme di **controllo di funzionamento dei servizi pubblici**, e si avvicina, ad esempio, ad esperienze quali quella dell'applicazione dell'APQ.

In genere questa forma di monitoraggio è affidata a soggetti esterni all'ente, con funzioni ispettive-valutative di verifica degli standard di qualità.

2.3. Le funzioni del monitoraggio

Le funzioni assolute dal monitoraggio come gestione di impresa possono essere schematizzate nel modo seguente:

- * la decisionalità tecnica;
- * la comunicazione interna;
- * l'informazione;
- * il controllo pubblico delle operazioni e la gestione della programmazione .

La **decisionalità tecnica** consiste nella semplificazione della realtà. A tal fine, ogni attività viene scomposta e disarticolata in unità operative, che richiedono attività o scelte di carattere tecnico con una evoluzione diacronica. Queste scelte possono riguardare operazioni di portata più ampia così come operazioni molto circoscritte. Per operazioni di portata più ampia si possono intendere attività come: avviare la fase degli studi preparatori per la realizzazione di una ricerca oppure controllare il rapporto di missione di un ricercatore sul campo per consegnarlo ufficialmente al committente. Per operazioni più piccole si intendono attività come: rispondere a una lettera, fare una telefonata, predisporre la relazione di un incontro, organizzare una riunione, ecc.

Tutte le unità minime di controllo individuate con la programmazione devono rientrare nel monitoraggio. E' importante trasformare tutte le questioni in operazioni o scelte di carattere tecnico, anche quelle apparentemente non risolvibili.

La seconda funzione assoluta dal monitoraggio riguarda l'aspetto della **comunicazione interna**. Il monitoraggio periodico avviene alla presenza di tutte le persone coinvolte nelle attività dell'organizzazione, ai vari livelli di responsabilità. Ciò rende possibile la trattazione, la semplificazione e la razionalizzazione di tutte le informazioni tecniche che devono

essere condivise all'interno dell'organizzazione in una soluzione unica. Non c'è bisogno, in sostanza, di ripetere la stessa informazione più volte e in più sedi, con il pericolo di dare **informazioni diverse o distorte**, che magari alla fine non raggiungono le persone interessate.

Si ottiene, inoltre, un notevole **risparmio di tempo** e si ha la possibilità di **segnalare eventuali problemi o difficoltà nel luogo in cui sono presenti tutti gli interessati o chi è in grado di fornire elementi per la loro risoluzione**.

Una terza funzione assolta dal monitoraggio riguarda l'**informazione**, che, a differenza della comunicazione interna, ha a che vedere con **le rappresentazioni e le interpretazioni che circolano circa la situazione e l'andamento complessivo di una impresa**. Attraverso l'informazione qualificata che circola in un monitoraggio - sulla situazione generale dell'organizzazione, così come su singole attività - **i partecipanti hanno la possibilità di formarsi una rappresentazione, una idea generale e condivisa, che può costituire un contesto di riferimento comune per tutti**.

La quarta funzione del monitoraggio riguarda il **controllo pubblico delle operazioni** - in particolare - e la verifica della **programmazione** - in generale. Questa funzione serve a garantire che tutte le attività si stiano svolgendo secondo i tempi previsti (i vari responsabili sono in grado di effettuare verifiche incrociate).

Il controllo pubblico delle operazioni assolve, inoltre, anche a funzioni di governo del personale, permettendo in alcuni casi di ridurre la conflittualità tra dirigenti e collaboratori o tra i singoli componenti degli staff, di sdrammatizzare situazioni, e così via.

2.4. I presupposti del monitoraggio

L'esecuzione del monitoraggio è resa possibile da quattro condizioni:

- standardizzazione (la riduzione ad unità di controllo delle attività attraverso l'applicazione di concetti che trasformano le azioni in oggetti, operazioni, programmi e progetti secondo criteri standard);
- multicontestualità (la compresenza, nel corso del monitoraggio, dei vari soggetti coinvolti nell'impresa, che - come si è già detto - hanno così la possibilità di interagire insieme, pubblicamente e in tempo reale sulle decisioni tecniche di competenza);

- periodicità e continuità (permettono di seguire l'andamento della programmazione e della realizzazione delle attività nel tempo, con verifiche continuative e periodiche);
- la programmazione (una base comune di riferimento, il contesto all'interno del quale può essere messa a punto la struttura del monitoraggio).

3. LO SCHEMA OPERATIVO E I CARICHI DI LAVORO

3.1. Lo schema operativo

Lo schema operativo riporta in un arco di tempo definito le diverse fasi di realizzazione delle attività, rendendo possibile un controllo dal punto di vista degli impegni e degli adempimenti.

Esso si costruisce in base alla ripartizione degli "oggetti" dei "progetti" e dei "programmi". L'arco di tempo da prendere in considerazione può variare.

3.2. I carichi di lavoro

Complementariamente allo schema operativo, un altro strumento di controllo per lo svolgimento delle attività è dato dalle **schede che riportano il carico di lavoro attribuito** a ogni persona.

I **carichi di lavoro** vanno costruiti per persona, verificando le singole attività da eseguire nel tempo, per studiarne, appunto, la **fattibilità**.

Una delle principali funzioni è quella di **determinare le priorità, la gerarchia delle attività** su cui lavorare, individuando per tempo possibili incompatibilità (un ritardo non previsto in un lavoro comporta che la stessa persona non sia più in grado di garantirne un altro e quindi va trovata la sostituzione dell'incarico).

Una volta costruiti i carichi di lavoro individuali si mettono a confronto, per verificare eventuali sovraccarichi, l'esistenza di tempi morti, la presenza di persone sotto-occupate, ecc.

Mutamenti della programmazione possono provocare incompatibilità in incarichi di lavoro attribuiti precedentemente.

Periodicamente è indispensabile fare una **verifica incrociata dello schema operativo con i carichi di lavoro** attribuiti alle singole persone, per valutarne la congruità.

3.3. La sala operativa

La realizzazione del monitoraggio non può prescindere dall'esistenza di una struttura fisica di raccolta e di coordinamento delle informazioni che riguardano singole attività o insiemi di attività: la **sala operativa**.

La sala operativa è indispensabile per lo svolgimento, tanto di una singola ricerca, o di una parte di essa, quanto per il monitoraggio.

Tra le **funzioni** proprie di una sala operativa ci sono:

- il controllo di tutti gli input e di tutti gli output relativi all'attività considerata;
- il controllo dei flussi di informazione;
- la memorizzazione, in modo continuativo e su base informatica, del lavoro svolto;
- la gestione di tutte le fasi di predisposizione degli eventuali strumenti tecnici di una attività di ricerca, della trasmissione e della custodia di tutto il materiale scientifico relativo a questa attività.

Dal punto di vista **strutturale** è quindi necessario che una sala operativa sia dotata di:

- lavagne, tabelloni, bacheche;
- visualizzazione degli ambiti territoriali in cui si opera (se necessario);
- linee telefoniche e apparecchi telefonici;
- computer;
- tavolo da riunioni e strutture di appoggio per lavoro di singoli;
- scaffalature e ripiani per il materiale documentario utilizzato per l'attività (bibliografia, documenti, ecc.);
- scaffalature e ripiani per l'archiviazione del materiale cartaceo;
- scaffalature e ripiani per la gestione del materiale cartaceo (questionari, schede, griglie) in lavorazione;
- schedari cartacei (oltre a quelli informatici).

E' importante che siano **visualizzate** e quindi siano rese **immediatamente accessibili e comprensibili** per chiunque debba utilizzare la struttura le informazioni riguardanti l'attività e il suo stato di avanza-

mento, sotto forma di meri elenchi, di diagrammi, di "torte" da riportare alle pareti su lavagne e all'occorrenza su tabelloni. Le pareti della sala operativa dovrebbero consentire di tenere sotto controllo, letteralmente a vista:

- gli schemi operativi;
- le scadenze;
- le singole operazioni;
- i nominativi dei gruppi o degli individui coinvolti, corredati dai recapiti;
- i nominativi dei responsabili;
- lo stato di avanzamento delle diverse fasi dei lavori.

Dal punto di vista della gestione informatica si possono costruire programmi ad hoc, a seconda delle esigenze.

4. INDICAZIONI OPERATIVE

Le informazioni relative alle tecniche e agli strumenti per il governo delle azioni nel tempo servono a riadattare ai mutamenti indotti dalla realtà le attività stesse, in vista del conseguimento degli obiettivi.

Gli strumenti che riguardano la programmazione e il monitoraggio richiedono un grosso lavoro a priori di analisi, di scomposizione e di riduzione della complessità, che, però, non può assolutamente essere di riduzione della realtà.

La previsione circa i tempi di svolgimento delle attività deve essere lungimirante e prendere in considerazione tutti gli scenari possibili (lasciando margini di tempo all'interno della programmazione o rendendo possibili soluzioni alternative per la realizzazione delle attività).

Tra i problemi più comunemente incontrati nello svolgimento delle attività di ricerca, a questo proposito, si segnalano, in generale:

- la necessità di analizzare e scomporre tutte le attività nelle minime unità di riferimento, verificando la gerarchia e la contemporaneità delle azioni, da tenere sotto controllo;
- la necessità di misurare adeguatamente tutti i tempi riguardanti le diverse operazioni, alcune delle quali devono svolgersi contemporaneamente o in una successione data.

Entrando nei particolari è da sottolineare:

- la necessità di dedicare un tempo congruo alla formazione del personale (magari volontario) disponibile a collaborare nella somministrazione di griglie e questionari;
- la necessità di considerare sempre ampi margini di tempo nel caso in cui il lavoro di somministrazione degli strumenti tecnici sia stato appaltato a gruppi "esterni" di collaboratori (nonostante la buona volontà, spesso i collaboratori non esitano a ridefinire da sé i tempi di realizzazione della ricerca, non avendo in mente l'insieme delle operazioni da svolgere);
- la necessità di stimare adeguatamente i tempi tecnici in generale, dal momento che:
 - * ogni strumento tecnico richiede tempi per la somministrazione, ma anche per la ricerca degli interlocutori, nonché successivamente per la codifica, per il controllo e per la tabulazione - la programmazione deve fare i conti con la somma di questi tempi in rapporto al numero di strumenti tecnici da raccogliere;
 - * operazioni non svolte direttamente da una équipe possono incontrare difficoltà non previste (ad esempio, non è il caso di affidare la trasmissione di questionari, magari appaltati in giro per l'Italia, alle poste, ma è meglio servirsi di corrieri specializzati);
 - * bisogna considerare sempre possibile un problema non prevedibile ed essere pronti a trovare soluzioni alternative in extremis;
 - * occorre prevedere la disponibilità delle risorse tecniche al momento opportuno;
 - * è necessario allertare e prendere accordi con i fornitori per i lavori più impegnativi (riproduzione e stampa degli strumenti tecnici, ad esempio);
 - * si deve verificare la disponibilità e la funzionalità dei macchinari da utilizzare (fax, computer, stampanti, fotocopiatrici, ma anche più semplicemente linee o addirittura postazioni, apparecchi telefonici);
 - * bisogna predisporre spazi adeguati per lo svolgimento delle diverse fasi di una attività (spazi di lavoro per l'équipe, luoghi di incontro per i monitoraggi, aree per incontri più allargati, magazzini o depositi per lo stoccaggio del materiale cartaceo che si produce, ecc.)

La programmazione delle attività deve comprendere, inoltre, una parallela previsione riguardante anche le risorse economico-finanziarie da utilizzare: la liquidità, che deve essere disponibile al momento opportuno.

5. VARIE

Per memoria, vengono qui di seguito ricordate brevemente alcune operazioni di carattere squisitamente tecnico che devono essere adeguatamente programmate e realizzate nel corso della attività di APQ.

5.1. Editing e riproduzione degli strumenti tecnici

Gli strumenti tecnici - questionari e griglie di osservazione - dopo essere stati redatti dal punto di vista dei contenuti, devono essere sottoposti ad alcune operazioni:

- verifica della correttezza del testo dal punto di vista ortografico e della eventuale presenza di refusi;
- impaginazione del testo in modo da renderlo leggibile al massimo e facilmente fruibile per il compilatore;
- presa di contatto con chi dovrà riprodurre i testi per verificare i tempi necessari al compimento di tale operazione;
- riproduzione e collazione dei testi nel numero di copie necessarie (badando di produrne alcune in eccesso da utilizzare all'occorrenza) presso l'azienda stessa o presso privati.

5.2. Editing e riproduzione delle guide specifiche per la somministrazione dei questionari e per l'osservazione delle strutture sanitarie

Una serie di operazioni analoga a quella prevista per gli strumenti tecnici è da realizzarsi per quanto riguarda la preparazione delle diverse guide necessarie. In questo caso, la tiratura va stabilita avendo come punto di riferimento il numero degli intervistatori e degli osservatori.

5.3. Distribuzione degli strumenti tecnici e delle guide ai gruppi di monitoraggio

Il materiale così prodotto deve essere tempestivamente distribuito ai membri del/i gruppo/i di monitoraggio, in modo che essi lo abbiano in tempo utile per iniziare senza ritardi il loro lavoro. E' opportuno, pertanto,

predisporre un *piano di distribuzione*, utile sia ai fini di razionalizzare il lavoro di distribuzione, sia ai fini di sapere con precisione che cosa è stato dato a chi e quando. Ciò rende più facile sapere con precisione quanti strumenti tecnici sono in compilazione, chi li ha e, quindi, chi ne deve rispondere.

E' inoltre opportuno designare un *responsabile della conservazione del materiale per ogni gruppo di monitoraggio*, che possa servire come specifico punto di riferimento per la sala operativa.

5.4. Riunioni di addestramento dei gruppi di monitoraggio

Per quanto riguarda il lavoro di formazione dei gruppi di monitoraggio, è da ricordare che, oltre a preoccuparsi di che cosa dire in tali incontri, si deve fare attenzione a realizzarli in luoghi adatti e tranquilli, tali, insomma, da favorire la massima concentrazione.

La sala - con ogni probabilità reperibile tra i locali a disposizione della azienda - va cercata e prenotata per tempo, nonché allestita con tutto il materiale e gli arredi utili a una buona riuscita dell'incontro (cartelline, carta per scrivere, penne, copia degli strumenti tecnici e delle guide). Può anche essere utile redigere una breve nota sulla attività di APQ in preparazione, contenente tutte le notizie logistiche riguardanti tale attività (ad esempio, reparti o strutture interessate, tempi di realizzazione, ecc.).

5.5. Conservazione da parte del gruppo di monitoraggio degli strumenti tecnici compilati

Tra i vari incarichi dei gruppi di monitoraggio c'è anche quello, cruciale, di conservare scrupolosamente gli strumenti tecnici compilati fino al momento della loro restituzione alla sala operativa. Tale materiale va, quindi, tenuto in luogo sicuro (è da evitare, ad esempio, di lasciarlo in macchina o in altro luogo incustodito) e fatto pervenire al più presto alla sala operativa.

5.6. Raccolta degli strumenti tecnici compilati

Avendo come riferimento il piano di distribuzione realizzato all'inizio della attività di APQ, va programmata l'attività di ritiro degli strumenti tecnici compilati. E' consigliabile fare in modo che tale operazione venga eseguita mano a mano e non al momento della conclusione della attività.

Ciò è importante per due motivi: per non accumulare negli ultimi giorni un lavoro che può essere anche gravoso; per verificare via via sia che le interviste e le osservazioni siano state realmente fatte, sia la qualità e la completezza di quanto prodotto.

5.7. Reperimento del materiale "giuridico" necessario al lavoro dei gruppi di monitoraggio

Una particolare attenzione nella progettazione dei tempi e delle singole operazioni va accordata alla risoluzione delle questioni di carattere "giuridico" delle quali si è parlato nel precedente capitolo. E' bene qui ricordare che all'inizio della attività di APQ devono essere disponibili:

- la delibera del direttore generale;
- l'elenco di tutti i responsabili di reparti e strutture ai quali essa è stata inviata;
- i cartellini di riconoscimento per i partecipanti ai gruppi di monitoraggio;
- l'assicurazione dei partecipanti ai gruppi di monitoraggio;
- le eventuali ulteriori autorizzazioni che si rivelassero necessarie.

La predisposizione di tale materiale richiede presumibilmente del tempo; conviene pertanto agire tempestivamente per ottenerla.

5.8. Adeguamento del programma informatico per la tabulazione dei dati e tabulazione dei dati stessi

Altre due operazioni di cui tenere conto nella programmazione sono l'adeguamento del programma informatico relativo alla tabulazione dei dati, nonché l'operazione di tabulazione vera e propria.

E' utile ipotizzare che la prima di tali operazioni possa svolgersi all'inizio delle attività, in modo da poter pensare che la seconda possa svolgersi, non solo alla fine del lavoro, ma anche in corso d'opera.

CAPITOLO OTTAVO

Quadro culturale

E' opportuno, a questo punto della presentazione del metodo APQ, illustrare sinteticamente qual è il contesto culturale all'interno del quale il metodo acquista pienamente senso.

Questa operazione ha una importanza non secondaria. Come ogni tecnologia, infatti, anche quella dell'Analisi Partecipata della Qualità nasce e "funziona" all'interno di un determinato insieme di significati e interpretazioni della realtà. Essi vanno quindi sempre chiariti, per esigenze sia di completezza che di trasparenza.

Ciò è tanto più necessario in quanto l'uso dell'APQ da parte delle aziende sanitarie è funzionale, non solo e non tanto alla raccolta di dati, quanto soprattutto alla decisione e alla implementazione di specifiche politiche volte a migliorare la qualità del servizio erogato. Questo ruolo di facilitazione del *policy making* l'APQ lo può però esercitare solo se i suoi aspetti metodologici e tecnici sono inseriti in un quadro culturale che dia ad essi significato.

Qui di seguito sono sinteticamente illustrati sei grandi fenomeni che possono essere considerati altrettanti contesti di significato dell'analisi partecipata della qualità. Essi riguardano rispettivamente:

- * la crisi dello stato e l'emergere delle soggettività sociali;
- * la crisi e la riforma della pubblica amministrazione;
- * la crisi e la riforma del welfare state;
- * la crisi e la riforma dei modelli professionali;
- * il movimento della qualità;
- * le forme della cittadinanza.

Per dare il senso generale della scelta che è stata fatta selezionando i fenomeni di cui sopra, si può dire, innanzitutto, che la crisi dello stato e l'emergere delle soggettività sociali rappresenta il processo principale e di più ampio spettro, che fa da quadro agli altri.

I fenomeni relativi alla crisi e alla riforma della pubblica amministrazione, del welfare state e dei modelli professionali costituiscono, invece, casi particolari o specifiche manifestazioni della crisi generale dello stato di fronte alle nuove soggettività, e in ogni caso le espressioni di essa che appaiono più pertinenti rispetto al metodo APQ.

Il movimento della qualità e le diverse forme della cittadinanza, infine, sono processi sociali in corso, nei quali si manifestano energie e tendenze che sono all'opera e comunque da valorizzare per rispondere positivamente al nuovo scenario sociale.

1. LA CRISI DELLO STATO E L'EMERGERE DELLE SOGGETTIVITÀ SOCIALI

In tutto il mondo, seppure in forme e con intensità differenti, è in atto una crisi dello stato. Si tratta di una crisi che investe non tanto questo o quel regime politico, quanto la stessa forma stato, e che colpisce, in un modo o nell'altro o in maniera più o meno accentuata, stati di diverso tipo e area. E' una crisi, dunque, che non minaccia automaticamente la esistenza degli stati stessi, quanto la loro funzionalità, la loro efficacia, ma anche la loro legittimità.

Nel corso degli anni, tale crisi è stata tematizzata, analizzata nella sua fenomenologia, sviscerata nei suoi aspetti più profondi. Riassumendo, si può dire che la fenomenologia della crisi è stata formalizzata in almeno sei aree principali¹:

- a) crisi delle istituzioni e crisi della rappresentanza (crisi del sistema dei partiti);
- b) crisi legislativa;
- c) crisi amministrativa;
- d) crisi del *welfare state*;
- e) crisi economica e finanziaria;
- f) crisi della governabilità e crisi delle decisioni.

¹ F. Ambrogetti, *I nuovi teorici della crisi dello stato*, in "Democrazia diretta", n. 4, 1990.

A queste sei aree possono essere aggiunti almeno altri tre livelli, nei quali può essere articolata la fenomenologia di cui stiamo parlando.

Il primo è quello di una crisi dello stato come agente di controllo sociale, vale a dire la sua incapacità di subordinare con successo i comportamenti e le inclinazioni della gente e i comportamenti delle altre organizzazioni alle regole prescritte dalle normative statuali.

Il secondo, strettamente legato al primo, è quello che sottolinea il fatto che tale crisi, per quanto riguarda l'amministrazione pubblica e il sistema dei servizi, assume l'aspetto di una crisi del diritto e di tutelabilità dei diritti dei cittadini².

Il terzo è quello che mette in evidenza la crisi dello stato come centro carismatico e come "operatore" di identità collettive, cioè la messa in discussione della sua capacità di fornire una identità comune a una collettività di cittadini.

A questo proposito, è stato sottolineato che il valore carismatico delle istituzioni centrali degli stati occidentali, inteso come espressione della volontà generale, è ormai venuto meno³. Nel contempo, si vanno affermando nuovi movimenti sociali che aspirano ad una propria autonomia e che non sono più dipendenti dal "centro", ma che puntano piuttosto a costruire nuovi centri, nuovi luoghi di autonomia politica e culturale, indipendenti dal centro incarnato dallo stato.

Ognuna di queste tematizzazioni e interpretazioni della crisi dello stato ha un pezzetto di ragione. Probabilmente, però, c'è bisogno di un quadro che ricomponga questi diversi aspetti, per non correre il rischio di parcellizzare troppo il fenomeno generale della crisi dello stato, mettendo in secondo piano la percezione della strutturalità e della globalità di tale crisi. Questo quadro potrebbe essere delineato attorno alla constatazione di un fenomeno generalizzato che è rappresentato dall'aumento del peso dei "soggetti" umani.

La crisi dello stato, nelle sue differenti forme, non può essere considerato, infatti, un fenomeno endogeno rispetto ai sistemi istituzionali, ma ha origine nei profondi mutamenti che caratterizzano le società e le culture

² G. Moro, *Un antiprincente per il cittadino comune*, in "Democrazia diretta", n. 1, 1990

³ F. Eisenstadt, *La perdita di carisma dei centri politici*, in "Democrazia diretta", n. 1, 1992

contemporanee⁴.

Un po' dappertutto, infatti, gli stati e le istituzioni sono messi in questione da società che sono diventate troppo affollate, troppo informate, troppo autonome, troppo incontrollate, troppo esigenti; il tutto in un tempo troppo breve.

E' accaduto quello che è stato definito un incremento della soggettività al livello di massa⁵: per ogni individuo è aumentata la quantità di beni, informazioni e opportunità disponibili; è aumentato il senso della propria identità, della propria dignità, del proprio valore; e soprattutto è emersa una attitudine a costruirsi i propri universi di significato, di fini, di forme di organizzazione al di fuori dei circuiti politici, istituzionali e comunicativi tradizionali.

Questo fenomeno dell'aumento della soggettività può essere articolato, insomma, in almeno tre componenti: un incremento quantitativo della soggettività; un suo mutamento qualitativo; la nascita di una nuova dimensione collettiva.

La prima constatazione, abbastanza ovvia, che si può fare al riguardo, concerne il fatto che i soggetti umani sono, quantitativamente, di più: la gente è di più ed è difficile continuare ad applicare strutture statuali e di governo elaborate per società con meno individui e meno complesse. Ma non vi è stato soltanto un aumento quantitativo dei soggetti umani, bensì sono anche aumentati dei soggetti che hanno la possibilità di accedere a servizi, strumenti di informazione e comunicazione.

Tuttavia, l'aumento della soggettività non è stato solo quantitativo, ma anche qualitativo. Lo si può evincere da fenomeni quali:

- la maggiore autonomia degli individui dalle centrali politiche e intellettuali;
- la maggiore consapevolezza da parte della gente dei propri diritti e della propria dignità;
- l'affermarsi definitivo della soggettività femminile;

⁴ G. Quaranta, *Cittadinanza attiva e riforma della democrazia*, in "Democrazia diretta", 1990, anno V, n. 3

⁵ G. Quaranta, *ibidem*

- il diffondersi di una cultura ecologica;
- il diffondersi di una nuova cultura della salute;
- la diffusione delle conoscenze prima di esclusivo appannaggio di personale specializzato e la presenza di fenomeni di intelligenza diffusa.

Il terzo cambiamento legato all'emergere della soggettività, che probabilmente è la conseguenza dei primi due, riguarda il fatto che si diffondono sempre di più nuove forme di aggregazione socio-politiche.

Successivamente alla vitalità dei movimenti sociali degli anni settanta, si è andata infatti sostituendo un'azione collettiva diffusa, poco evidente e orientata verso obiettivi diversi da quelli di allora, più legati alla concretezza della vita quotidiana, alla tutela dei diritti dei cittadini e meno alla "politica" con la "p" maiuscola. Basti pensare alla continua nascita di strutture informali, di gruppi di self-help e di realtà associative di base, di comitati di autodifesa, di comunità terapeutiche e di accoglienza, di cooperative e di microimprese.

Queste tre caratteristiche generali della soggettività (aumento quantitativo, incremento qualitativo e nuova dimensione collettiva cui ha dato luogo) mettono in evidenza che tale soggettività non è una dimensione intima degli individui ma un "fatto" di grandi proporzioni, con il quale gli stati si devono necessariamente misurare e che è alla base della loro stessa crisi.

Si potrebbe dire che il modello statale, proprio perché è un "modello" che deve selezionare una grande quantità di realtà, incontra notevoli difficoltà nel controllare la complessità e la soggettività delle società contemporanee.

2. LA CRISI E LA RIFORMA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Un secondo contesto fenomenico che dà significato al metodo APQ è quello della crisi della pubblica amministrazione. Essa si manifesta in termini:

- di autoreferenzialità, cioè di tendenza dell'amministrazione a stabilire le proprie regole di funzionamento esclusivamente in base alle proprie esigenze interne;

-
- di conseguente incapacità di riconoscere la centralità di altri soggetti privati e collettivi nell'ambito delle politiche pubbliche;
 - di estrema difficoltà di ottenere, produrre e gestire informazioni utilizzabili riguardo alle proprie azioni e agli effetti che esse producono;
 - di sbilanciamento tra costi (sempre più alti) e qualità (sempre più bassa);
 - di estrema difficoltà di dare vita a un rapporto costruttivo con i cittadini utenti, sia in quanto singoli, sia in quanto organizzati in modo formale o informale;
 - di incapacità di prendere decisioni;
 - di insufficiente preparazione del personale, in particolare di quello adibito a svolgere funzioni dirigenziali, soprattutto in riferimento alla necessità, rilevata un po' in tutto il mondo industrializzato, di sviluppare una forza-lavoro *multiskilled*;
 - di scarso coordinamento tra dipartimenti e uffici e di pressoché totale mancanza della pratica del lavoro in *team*;
 - di insufficiente capacità, da parte dei dirigenti, di cooperare e di gestire altre persone;
 - di presenza di fenomeni di clientelismo e corruzione.

Di fronte a questa situazione, c'è un contestuale processo di riforma della pubblica amministrazione, che, sotto differenti forme e con diverse parole d'ordine, è in corso un po' in tutto il mondo industrializzato.

Il punto di partenza di tale processo, fatte salve le differenze geografiche e politiche dei diversi contesti, risiede nel fatto che la pubblica amministrazione è troppo onerosa e funziona male e che rimetterla con decisione al servizio degli utenti è il modo migliore per aumentarne l'efficienza e la produttività. Ciò comporta l'adozione di nuovi criteri di funzionamento, come, ad esempio, quello che privilegia il raggiungimento dei risultati sul rispetto delle procedure, e un profondo ripensamento del rapporto tra *front* e *back line* ⁶.

⁶ Meny Y, Wright V. (a cura di), *La riforma amministrativa in Europa*. Il Mulino, Bologna, 1994; Cassese S., Franchini C (a cura di), *Tendenze recenti della riforma amministrativa*. Il Mulino, Bologna, 1989; D. Osborne, T. Gaebler, *Reinventing government*, New York, Plume, 1993

A questo riguardo è significativo ricordare, a titolo esemplificativo, l'ultimo progetto di riorganizzazione dei servizi pubblici, presentato nel settembre 1993 dal vicepresidente degli Stati Uniti d'America, Al Gore, la cui principale caratteristica è quella di promuovere il passaggio da una "amministrazione di procedure" a una "amministrazione di risultati", riconoscendo un ruolo maggiore agli utenti, secondo lo slogan "metti il cliente al primo posto" (*put the customer first*).

Assumono anche un notevole rilievo le Carte dei servizi pubblici, adottate in molti paesi come l'Inghilterra, la Francia e gli Stati Uniti d'America, che definiscono gli standard qualitativi e quantitativi dell'erogazione di tali servizi, i corrispondenti diritti dei cittadini e i rimedi da adottare in caso di disfunzioni.

Importante, infine, è anche il "Plan de Modernizacion de la Administracion del Estado", che riorganizza l'intera amministrazione pubblica spagnola, mediante il ricorso a numerose iniziative miranti al riordino dei servizi, partendo dalle necessità dei cittadini quali clienti dei servizi pubblici.

Anche in Italia, come è noto, sono stati adottati, negli ultimi anni, provvedimenti di riforma della pubblica amministrazione, che se pur rilevanti per le innovazioni introdotte (ad esempio, il riconoscimento di precisi diritti dei cittadini e di corrispondenti specifici doveri degli amministratori al livello nazionale e periferico, e la determinazione di norme e di procedure per la loro tutela) sono stati però realizzati al di fuori di un indirizzo politico unitario, e non costituiscono, pertanto, una globale "riforma amministrativa".

Solamente nel 1993, per iniziativa del ministro Cassese, sono stati presentati, infatti, "Indirizzi per la modernizzazione delle pubbliche amministrazioni", che nel loro complesso possono essere ricondotti all'idea originaria di "riforma amministrativa", ma che nonostante le buone intenzioni sono risultati, alla prova dei fatti, solo buoni propositi, rimasti però sulla carta.

In questo quadro, devono essere comunque messe in evidenza le difficoltà che i provvedimenti di riforma, adottati in Italia, incontrano nella loro attuazione. E' possibile citare, ad esempio, la legge n. 142/90 sull'ordinamento delle autonomie locali, la legge n. 241/90 sull'accesso dei cittadini agli atti e alle informazioni della pubblica amministrazione, la legge n. 146/90 sulla regolamentazione del diritto di sciopero nei servizi pub-

blici essenziali, la riforma della dirigenza pubblica promossa con il DL n. 29/1993, e, infine, la direttiva del presidente del consiglio dei ministri sui principi di erogazione dei servizi pubblici (pubblicata nella G.U. del 22.2.1994).

Tali difficoltà di attuazione, in verità, non riguardano solo l'Italia. Se si rileva, un po' in tutti i paesi infatti, una diffusa e convergente spinta verso l'innovazione e l'adozione di programmi di riforma della pubblica amministrazione, altrettanto non può dirsi dei risultati raggiunti con questi programmi. Da una parte, troviamo, infatti, paesi come il Regno Unito, dove c'è stata una importante ristrutturazione dell'intera organizzazione, della logica, del funzionamento e dell'ethos del settore pubblico; dall'altra, vi sono paesi che hanno promosso programmi di riforma del management pubblico decisamente più timidi, come ad esempio la Francia, o paesi, come l'Italia o la Grecia, dove l'attuazione delle ambizioni della riforma è stata decisamente più lenta.

3. LA CRISI E LA RIFORMA DEL WELFARE STATE

Un altro degli aspetti che caratterizza la crisi dello stato è la situazione di distretta che colpisce in tutto il mondo industrializzato i sistemi di welfare.

Come è noto, tali sistemi sono volti a garantire, su una base di eguaglianza e in forza dell'attivazione di meccanismi di solidarietà, un insieme di diritti relativi ad assistenza, sanità, istruzione, previdenza, ecc., che si è consolidato nel corso dell'ultimo secolo. Si può anzi affermare, proprio in connessione con l'emergere delle nuove soggettività, che il sistema di servizi propri dello stato sociale è ormai diventato un patrimonio irrinunciabile per milioni di persone, come dimostrano le reazioni ai tentativi fatti da svariati governi europei di ridimensionarne la portata.

Va ricordato poi che lo spessore e la portata che il welfare state ha avuto e ha nella vita delle società contemporanee è riconducibile al fatto che esso può essere considerato come un regime dei rischi sociali, vale a dire come un insieme di norme e programmi volti a mettere sotto controllo e a prevenire pericoli sociali rilevanti quali quelli connessi con malattie, disoccupazione, abbandono ed emarginazione, ignoranza, e così via. Il welfare state, che ha rappresentato una delle strategie principali per il passaggio da una società della insicurezza alla società del benessere, si trova ora a essere messo in discussione in relazione al passaggio a una so-

cietà del rischio, caratterizzata da pericoli sociali che possono essere solo - e solo parzialmente - fronteggiati e comunque non risolti.

Tra i principali fattori di crisi che stanno portando a un profondo ripensamento ve ne sono quattro che in questa sede è utile citare, anche per la particolare incidenza che hanno sulla situazione italiana.

Il primo fattore di crisi è quello dei costi. Sia a causa dei propri successi (si pensi al miglioramento della salute o all'aumento della speranza di vita), sia a causa della mancata previsione e del conseguente mancato adeguamento dei servizi a profondi mutamenti della struttura sociale (si pensi all'aumento della popolazione da assistere), sia a causa di cattiva gestione (si pensi alle pensioni di invalidità concesse a chi non ne aveva diritto), i servizi dello stato sociale sono via via divenuti economicamente sempre meno sostenibili. Ciò anche in relazione a una evidente impossibilità di utilizzare la leva fiscale per finanziare ulteriormente i servizi⁷.

Un altro fattore di crisi dei sistemi di welfare è il carattere assistenzialista che essi hanno assunto. Con questo termine ci si riferisce alla tendenza delle politiche di protezione sociale a favorire atteggiamenti passivi e parassitari da parte dei soggetti fruitori di tali programmi. Esempi di questa caduta assistenzialista sono le distorsioni nell'uso dell'istituto della cassa integrazione, diventato in diverse situazioni un disincentivo alla ricerca di un nuovo posto di lavoro e quindi un fattore di disadattamento dei disoccupati anziché di una loro presenza attiva nel mercato del lavoro.

Un terzo fattore di crisi da citare riguarda le distorsioni derivanti dal ruolo di esclusivo gestore dei servizi esercitato dallo stato. Questa identificazione tra stato e sistema di welfare ha comportato, tra l'altro:

- * una accentuazione degli aspetti burocratici della gestione dei servizi, a scapito sia della loro qualità che della loro economicità;
- * cadute di tipo clientelare, che hanno comportato anche l'attivazione di un circolo vizioso tra potere politico e burocrazia;
- * la prevalenza di logiche di tipo corporativo rispetto alla centralità dei diritti dei cittadini utenti.

Tra i fattori di crisi dei sistemi di welfare, va citata ancora la loro estrema rigidità, che ha comportato un'incapacità di adattare le caratteristiche e il funzionamento dei propri servizi a nuovi scenari sociali e in particolare:

⁷ Cfr. D. Osborne, T. Gaebler, *Reinventing government*, cit.

- * a quelli derivanti dalle mutate condizioni della struttura sociale (si pensi all'aumento della popolazione anziana, all'emergere di fenomeni nuovi come le tossicodipendenze o alla quantità di immigrati la cui esistenza non può in nessun caso essere ignorata);
- * a quelli connessi con le nuove esigenze dei propri utenti, soprattutto in ordine all'accesso e alle modalità di erogazione dei servizi;
- * a quelli collegati con rischi sociali del tutto nuovi, quale quello di esclusione, che non si identifica né con la tradizionale povertà né con situazioni di marginalità collegate con il lavoro, ma che è il risultato del congiungersi di diversi fattori di dequalificazione che possono andare dalla mancanza di abitazione alla emarginazione per ragioni razziali o religiose.

In relazione a questi e ad altri fattori di crisi, è in corso un profondo ripensamento e una ristrutturazione dei sistemi di welfare in relazione a diversi aspetti, i più rilevanti dei quali sono:

- * il grado di protezione sociale da assicurare;
- * la estensione dei beneficiari dei servizi;
- * le modalità di finanziamento del sistema;
- * i soggetti responsabili e gestori dei servizi.

In linea di massima, si può affermare che il ripensamento in corso si sta svolgendo nella consapevolezza della impossibilità, da un lato, di praticare con efficacia (soprattutto nel medio e lungo periodo, considerati anche i costi sociali implicati) strategie di tipo liberista, e dall'altro di tornare allo *status quo ante*, economicamente e socialmente non più sostenibile.

La linea principale che emerge da tale ripensamento è quella del passaggio dal welfare state al welfare community o al welfare mix. Si tratta di forme di organizzazione e di erogazione dei servizi in cui il ruolo dei soggetti privati (aziende, gruppi professionali, ecc.) e dei soggetti sociali o collettivi (gruppi di cittadini, volontariato, imprese non profit, reti familiari) è di pari responsabilità rispetto a quello dello stato e in cui al cittadino è riconosciuta libertà di scelta in una logica di "mercato interno".

4. LA CRISI DEI MODELLI PROFESSIONALI

Un ulteriore fenomeno da tenere in considerazione è quello della crisi dei modelli professionali. Tale crisi, per essere adeguatamente interpretata e tematizzata, deve essere messa in relazione ai profondi mutamenti che

investono il mercato del lavoro, non solo dal punto di vista della sua struttura, ma anche dal punto di vista dei principi di selezione del personale.

Le modificazioni delle dinamiche di mercato, che hanno caratterizzato gli ultimi due decenni, vanno infatti nella direzione di una crescente diversificazione della domanda di beni e servizi, dell'aumento delle aspettative rispetto alla qualità dei prodotti e dei servizi, dell'emergere di nuove e inattese richieste dei cittadini riguardo alla tutela dei propri diritti o del crescente diffondersi di forme di auto-organizzazione dei cittadini nella produzione di servizi di interesse collettivo.

Tutto ciò ha reso necessaria la introduzione di modalità di produzione diverse dal passato - fondate sul modello della economia della flessibilità⁸ - maggiormente decentrate e reattive, fondate su un sistema reticolare e dinamico di rapporti funzionali.

Al posto delle grandi organizzazioni, stanno nascendo, in tal modo, reti organizzative complesse (fatte di imprese, unità organizzative, ruoli, persone), in continuo mutamento, fortemente reattive al mercato, orientate alla qualità dei processi e dei prodotti. Un tempo le imprese si limitavano a fare tanto e a fare presto: oggi esse devono rispondere alle richieste di un mercato che richiede una personalizzazione del servizio.

In questo contesto, indubbiamente, la stabilità occupazionale tende radicalmente a decrescere; sempre meno è possibile definire chiare e stabili strutture organizzative entro cui ricoprire "mansioni" e "posizioni-chiave" e sviluppare una carriera predeterminata; si ragiona ormai, più in termini di "funzioni", piuttosto che di "posizioni" nella scala gerarchica, corrispondenti a set stabiliti di "compiti", "procedure" e "competenze" identificate una volta per tutte, il cui accesso sia condizionato da processi formativi contenutisticamente "chiusi" e limitati nel tempo.

Di conseguenza, il mercato del lavoro privilegia, già oggi, soggetti portatori di professionalità aperte e fluide, soggetti, cioè, in grado di assorbire continuamente nuovi input formativi e di essere disponibili a una formazione continua (*trainability*), dotati di capacità di iniziativa, di un'accentuata abilità negoziale e progettuale, di un'attitudine ad interpretare la realtà e ad agire su di essa sulla base di precise strategie, di un'inclinazione a costruirsi *curricula* professionali autonomi, di un orientamento al risultato e di una capacità di adattamento a una pluralità di condizioni di

⁸ F. Butera, *Il castello e la rete*, Milano, Etas, 1990.

lavoro.

Sempre più dipendenti dalle qualità professionali delle risorse umane impegnate nei processi di lavoro, le aziende e gli enti erogatori di servizi sono portati, pertanto, a selezionare il proprio personale sulla base, non tanto delle conoscenze specialistiche che i candidati posseggono, quanto delle loro abilità, delle loro motivazioni e dei loro orientamenti culturali.

In questo quadro, appare forse più facile comprendere le ragioni e le caratteristiche della crisi dei modelli professionali, con particolare riferimento alla realtà della pubblica amministrazione. Si potrebbe dire, in sintesi, che tale crisi si manifesta con diverse modalità:

- la rapida obsolescenza dell'idea stessa di professione costruita sulla matrice delle professioni liberali, di fronte all'emergere di modelli organizzativi flessibili e costruiti sulla diffusione delle responsabilità;
- la crescente utilizzazione dell'appartenenza professionale come strumento di deresponsabilizzazione e di difesa di status e privilegi costituiti;
- l'attivarsi di conflitti interprofessionali sempre più estesi che determinano cadute nella qualità dei servizi.

In questa situazione, va sottolineato comunque che negli ultimi anni, in Italia, all'interno della pubblica amministrazione è emerso un deciso orientamento al cambiamento di consistenti nuclei di funzionari e dirigenti.

Questo aumento di numero e di peso di energie interne all'amministrazione, motivate e disponibili al cambiamento, può essere messo in relazione all'azione esterna dei movimenti e delle associazioni impegnati nella difesa e nella promozione dei diritti dei cittadini, al punto che si potrebbe parlare di un movimento esterno per i diritti dei cittadini che ha funzionato da catalizzatore per l'emergere di un movimento interno per i doveri professionali.

La stessa esperienza del Tribunale per i diritti del malato e il modello APQ oggetto di questo corso rappresentano un caso emblematico in tal senso, così come del carattere costruttivo e cooperativo e non distruttivo e meramente protestatario che il movimento dei cittadini svolge nei confronti della pubblica amministrazione e degli stessi operatori pubblici.

Non è estranea alla crisi dei modelli professionali, infine, la centralità

che ha assunto il tema della formazione, e in particolare quella degli adulti, volta a modificare capacità e attitudini.

Il mutamento dei modelli di lavoro messo prima in evidenza, con il passaggio da un lavoro unico, sempre uguale per tutta la vita, a una molteplicità di lavori differenti tra loro, richiede un continuo processo di formazione e di produzione di nuove capacità. In questo quadro, si sono affermate al livello internazionale nuove politiche di formazione anche per il personale della pubblica amministrazione, fondate prevalentemente sulla qualità, la responsabilità, la produttività, il lavoro di équipe, l'attenzione all'aspetto motivazionale, lo sviluppo di una forza-lavoro *multiskilled*.

Resta, su questo punto, un ritardo dell'Italia, dove i programmi di formazione per pubblici amministratori sono ancora inchiodati alle discipline giuridico-amministrative e a quelle contabili-finanziarie, evidentemente inadatte a fronteggiare la nuova realtà sociale.

Tale ritardo è stato lamentato, peraltro, dallo stesso Dipartimento per la funzione pubblica italiano, nel 1993, il quale ha sottolineato che le scuole di formazione per le pubbliche amministrazioni tendono ancora a assegnare un peso eccessivo al commento della legislazione vigente, sottovalutando alcune questioni emergenti come i rapporti con i cittadini, i problemi relativi alla cosiddetta "maladministration", i rapporti con l'amministrazione comunitaria, e così via.

5. IL MOVIMENTO DELLA QUALITÀ

Interagisce con questi fenomeni di crisi la notevole diffusione del movimento della qualità, nato nella impresa privata e con riferimento alla produzione di beni, ma che ha esteso rapidamente la propria influenza nell'area delle politiche pubbliche e il proprio campo di competenza alla produzione dei servizi di interesse collettivo⁹.

Si definisce qui con questo termine, movimento della qualità, un processo di carattere generale, che si manifesta in modo fortemente differenziato sia per aree geografiche (giapponese, statunitense, nordeuropea, ecc.), sia per approcci (qualità totale, quality assurance, ecc.), sia per ori-

⁹ A. Galgano, *La qualità totale*, Milano, 1992; R. Norman, *La gestione strategica dei servizi*, Milano, 1985; P.Eidler, E.Langeard, *Il marketing strategico dei servizi*, Milano, 1988.

gini disciplinari (sociologia della organizzazione, scienza dell'organizzazione, sociologia politica, ecc.).

Malgrado tali differenziazioni, è possibile identificare un nucleo che accomuna le diverse espressioni del movimento per la qualità e che può essere sintetizzato in tre elementi principali.

C'è, innanzitutto, la valorizzazione degli aspetti immateriali del processo di produzione di un bene o di un servizio e degli stessi output di tale processo. Questi aspetti vanno dal comfort alla sicurezza, dalla informazione alle garanzie fornite al cliente/utente.

C'è, poi, la centralità riconosciuta al cliente/utente, non solo come beneficiario o consumatore, ma anche come parte attiva del processo di produzione del bene o del servizio. Negli approcci della qualità, viene affermata la necessità di un coinvolgimento del cliente/utente - ad esempio in termini di valutazione, di verifica, di giudizio, di informazione - perché il processo di produzione vada a buon fine.

C'è, infine, la rilevanza annessa alle risorse umane come fattore principale nel processo produttivo. Ciò comporta la ricerca di un superamento delle forme tradizionali di organizzazione del lavoro, basate sull'adeguamento dei soggetti al processo produttivo e l'attuazione di strategie di valorizzazione delle risorse umane interne.

In questo contesto si collocano anche le nuove tendenze emergenti nel campo della formazione, quali ad esempio:

- * il primato della formazione continua e dell'*adult education*;
- * la priorità data allo sviluppo delle motivazioni;
- * l'investimento sulle attitudini di base (flessibilità, responsabilità, capacità negoziale, ecc.) rispetto alle conoscenze specialistiche (training).

Per quanto riguarda l'applicazione della strategia della qualità per la valutazione e il miglioramento dei servizi pubblici e di interesse collettivo, va detto che in Italia essa ha man mano preso piede e oggi appare come la principale strategia di riforma della pubblica amministrazione, con particolare riferimento alla politica delle risorse umane e alla erogazione dei servizi.

A proposito dell'uso della strategia e degli strumenti teorici e metodologici della qualità nell'ambito dei servizi, vanno però fatte alcune precisazioni, alla luce di quanto accaduto negli ultimi anni in Italia, funzionali

a chiarire a quali condizioni la pubblica amministrazione possa agganciarsi al movimento della qualità.

Possono essere, a questo riguardo, distinti quattro tipi di qualità.

- * Una qualità *rappresentata* o immaginata, che contraddistingue sia documenti programmatici delle amministrazioni, sia convinzioni e valutazioni degli addetti circa il funzionamento del servizio, ma che non corrisponde alla realtà dei fatti e assolutizzando la quale si rischia di far ricadere il tema della qualità sotto l'egida dell'autoreferenzialità.
- * Una qualità *percepita* dagli utenti o dagli operatori dei servizi, che mette l'accento sugli aspetti cognitivi, sulle opinioni, sul gradimento e sulla soddisfazione ed è largamente impiegato. Questo tipo di qualità, che ha una importanza fondamentale in situazioni di concorrenza, è estremamente riduttivo, se utilizzato da solo, per valutare e migliorare la qualità del servizio. S'intende che la qualità percepita ha comunque una base materiale e che il ricorso a essa è, a certe condizioni, indispensabile.
- * Una qualità *osservata*, grazie alla quale viene rilevata, ad esempio, la corrispondenza del funzionamento dei servizi a precisi standard o la esistenza di particolari situazioni di qualità. Questo tipo di qualità richiede, per essere colto, che a osservare non siano solo i produttori del servizio ma anche rappresentanti dei suoi utenti, o comunque soggetti terzi. Il tipo di partecipazione dei cittadini prevista nel metodo APQ, insomma, ha, alla luce di questa tematizzazione, una necessità tecnica e non solo una opportunità politica.
- * Una qualità *praticata*, che dovrebbe corrispondere alla qualità osservata e, in una situazione favorevole, consistere nella implementazione della strategia di miglioramento continuo del servizio.

6. LE FORME DELLA CITTADINANZA

Come specifiche manifestazioni di quelle nuove soggettività sociali già notate sopra in relazione alla crisi dello stato, va rilevato infine l'affermarsi di massicce forme di attivazione della cittadinanza.

Queste forme, anche quando sono di tipo tradizionale, tendono ad assumere un nuovo significato, sia alla luce di una loro frequenza e diffu-

sione del tutto inedite e inaspettate, sia come risposte positive, da parte del "cittadino forte", ai vuoti di funzioni di governo e al deficit di potere esistenti nelle società contemporanee.

Le manifestazioni più rilevanti di queste forme di cittadinanza attiva sono numerose. Alcune di esse possono essere citate a titolo di esempio.

- * La incrementata capacità di interlocuzione degli individui e dei gruppi con la pubblica amministrazione, anche in termini di partecipazione ai processi decisionali.
- * Il diffondersi di organizzazioni collettive e di imprese non profit che, in misura crescente, gestiscono pezzi di welfare, svolgendo un'azione di controllo sui rischi sociali e inducendo forme triadiche di welfare mix (pubblico, privato, collettivo).
- * La aumentata capacità di individui e gruppi di produrre informazioni attendibili sulla realtà di cui gli enti pubblici non sono depositari.
- * La accentuata tendenza delle associazioni della cittadinanza ad assumere una attitudine problem solving piuttosto che una meramente rivendicativa.

E' opportuno sottolineare che ruoli come quelli appena ricordati sono in contrasto con quella che si potrebbe definire una "concezione standard" della cittadinanza, vale a dire un insieme di idee radicate e diffuse sia nella comunità interpretante che nella comunità operante a tal punto da diventare parte del senso comune e da non venire più messe in discussione, malgrado le più forti evidenze in contrario.

Gli elementi essenziali di questa "concezione standard" possono essere resi nei punti che seguono.

- * Il limite fattuale della possibilità per ogni persona di esercitare la cittadinanza sta nella incompetenza dei cittadini, o meglio nella loro ignoranza circa le questioni che sono oggetto dell'attività dei politici.
- * Un altro limite consiste nella incapacità dei cittadini di superare, nelle questioni che riguardano la vita pubblica, i propri interessi personali o particolari e di cogliere il senso dell'interesse generale.
- * I cittadini, inoltre, non hanno voglia, tempo e risorse per partecipare alla vita pubblica.

- * Ogni volta che i cittadini prendono parte alle cose della politica, lo fanno senza possibilità di esercitare effettivo potere.
- * L'unico atto di partecipazione politica compatibile con questi insormontabili limiti è l'esercizio del diritto di voto.

A questa concezione, però, negli ultimi anni hanno reagito diversi studiosi che hanno posto le basi per un discorso teorico aggiornato sulla cittadinanza attiva.

Lo studioso americano Sidney Verba¹⁰, ad esempio, ha elaborato il concetto di "atto politico significativo": un atto di partecipazione è tanto più significativo quanta più informazione trasmette sulla condizione dei cittadini e sulle loro preferenze in ordine a problemi su cui agisce il governo. Più un atto crea pressione perché il governo si attivi, più l'atto politico è significativo.

Prendendo come criterio quello della significatività è possibile - secondo Verba - valutare diversi tipi di azioni politiche, come ad esempio il voto, il lavoro nelle campagne elettorali, la partecipazione a riunioni e raduni politici, il lavoro nella comunità locale (*community work*), i contatti con funzionari e amministratori. Tra questi tipi di attività la partecipazione elettorale è un atto politico di bassa significatività, in quanto fornisce scarse informazioni ai corpi politici. Il lavoro nella comunità locale, invece, dà moltissima informazione ed è quindi altamente significativo.

Per indicare questa molteplicità di attività dei cittadini che travalica l'esercizio del diritto di voto (*citizenship*), Verba utilizza il termine di *citizenry*, che indica l'idea di una cittadinanza in azione.

Un altro, importante esempio è quello di Aaron Wildavsky e della sua tematizzazione del "cittadino analista". Wildavsky riconosce che il modello teorico di cittadinanza (un cittadino che si interessa di tutto) è assolutamente fuori della realtà. L'accusa di apatia rivolta al cittadino, però, non è giustificata, perché anche il più avido partigiano delle cose della vita pubblica deve essere selettivo. A maggior ragione lo deve essere il cittadino, per il quale i problemi di costi dell'attività pubblica sono consistenti.

¹⁰ Cfr. R. Milano, A. Moro, *Interpreti della cittadinanza come fenomeno empirico*, in "Democrazia diretta", n. 1, 1995; S. Verba, *Democracy, Market and Political Equality*, in "Revue internationale de sociologie", 1/1992; S. Verba, N.H. Kim, *Partecipazione ed eguaglianza politica. Un confronto tra sette nazioni*, Bologna, Il Mulino, 1987.

Per favorire lo sviluppo della cittadinanza tenendo conto di tali problemi, Wildavsky propone una strategia della specializzazione del cittadino nelle politiche pubbliche: scegliere i temi di interesse; raccogliere informazioni sui temi scelti, avendo cura di specializzarsi non solo sui problemi specifici, ma anche sul loro contesto; condividere e attivare le proprie informazioni, allo scopo di arricchire il proprio patrimonio, allargare le relazioni con altri esperti del tema e talvolta vedere soddisfatte le proprie esigenze.

Questa strategia della specializzazione non può naturalmente garantire propri risultati sempre e comunque. Essa, tuttavia, in linea di massima fa sì che i governi siano influenzati nelle decisioni dalle priorità dei cittadini "specialisti".

Tra gli autori italiani che presentano forti analogie con quelli citati c'è quello di Giancarlo Quaranta¹¹, che ha definito in termini di "cittadinanza attiva" l'attitudine dei cittadini a organizzarsi in una pluralità di forme (non solo quelle, più note, dell'associazionismo e del volontariato) e a esercitare un potere autonomo, non riducibile al controllo, alla opinione o alla pressione, per la tutela dei diritti in quelle aree della vita sociale in cui i pubblici poteri giungono con difficoltà e in cui maggiori sono le situazioni di abbandono e di sofferenza inutile vissute dalla maggioranza delle persone.

Da questo punto di vista, Quaranta ha proposto l'uso della espressione "sesto potere" per enfatizzare il valore non episodico della cittadinanza attiva e il ruolo "costituzionale" da essa svolto nella vita di base del paese.

¹¹ G. Quaranta, *Cittadinanza attiva e riforma della democrazia*, in "Democrazia diretta", n. 3, 1990; *Sesto potere*, Liguori, Napoli 1989.

CAPITOLO NONO

La redazione di rapporti

Scrivere un rapporto (*reporting*) è una operazione che consiste nella redazione di un testo con caratteristiche formali e di contenuto particolari, le quali vanno il più possibile esplicitate e padroneggiate.

Ciò vale a maggior ragione quando la redazione di un rapporto fa parte integrante (nel senso che ne è una tappa indispensabile) di un processo decisionale.

Nelle prossime pagine si forniscono, innanzitutto, alcune indicazioni generali circa: la definizione di quella specifica attività che è costituita dallo scrivere rapporti; le finalità dei rapporti; i soggetti che sono coinvolti nell'attività di reporting, sia come redattori che come interlocutori a vario titolo. Successivamente, si passerà ad illustrare una serie di elementi ritenuti costitutivi di un rapporto sul piano del contenuto (o, meglio, dell'organizzazione logica dei contenuti) e sul piano degli aspetti formali e compositivi. Infine, si presenteranno alcuni esempi di testi tratti da rapporti internazionali di particolare rilevanza.

1. IL RAPPORTO: ASPETTI GENERALI

1.1. Definizione

Il *reporting* può essere definito, in termini generali, come un insieme coordinato di procedure algoritmiche ed espositive che presiedono alla elaborazione di un documento (nella fattispecie, un rapporto).

Il *rapporto* rappresenta quindi il prodotto finale della applicazione di tali procedure da parte di specifici soggetti (i redattori) i quali, come si vedrà più avanti, si trovano in relazione con altri soggetti nel quadro di un processo decisionale relativo a una data materia (in questo caso, la qualità del servizio).

1.2. Finalità

La finalità di un rapporto, inteso nel senso sopra indicato, è quella della valutazione del servizio dal punto di vista della qualità. Tale valutazione viene effettuata in funzione delle decisioni da prendere circa il miglioramento del servizio stesso.

1.3. I soggetti

E' indispensabile comprendere che la redazione di un rapporto è una operazione che coinvolge, a vario titolo e in grado diverso, differenti soggetti. Se ne individuano i principali.

Vi è, innanzitutto, il soggetto che redige il rapporto (o soggetto redattore). Si tratta dell'individuo o del gruppo di individui che presiede direttamente alle operazioni di impostazione e di scrittura del testo. Nel caso di un lavoro redazionale di équipe, ciò comporta una distribuzione di ruoli, un monitoraggio della esecuzione dei compiti previsti nelle varie fasi e una armonizzazione complessiva del testo, sul piano dei contenuti e su quello formale (cfr. punti 2 e 3).

Esistono, in secondo luogo, in questo caso, almeno due tipi di soggetti che interloquiscono con il soggetto redattore. Il primo è rappresentato dal gruppo di monitoraggio, mentre il secondo è costituito dall'amministrazione (che è anche il destinatario formale del rapporto).

Il soggetto redattore interagisce con entrambi i tipi di soggetti, sia nella fase della impostazione del rapporto, sia nella fase della sua redazione, sia, infine, in quella della sua valutazione. Tale interazione consiste, in linea generale, in una serie di accordi più o meno formalizzati, e in maniera specifica nello scambio di indicazioni e suggerimenti che possono comportare modifiche circa la struttura del testo, i suoi temi e le modalità con cui essi vengono trattati.

Questi due ultimi soggetti possono avere, a seconda dei casi, una competenza tecnica o scientifica più o meno elevata in materia di qualità dei servizi. Di ciò occorre tenere conto nelle modalità di organizzazione e di redazione del testo (cfr. punto 2).

Può esistere, inoltre, un ulteriore tipo di soggetto, costituito dagli "addetti ai lavori" (esperti in valutazione della qualità, studiosi, ecc.), che non

interagisce direttamente con il soggetto redattore, ma la cui esistenza deve essere tenuta presente nella redazione del rapporto (secondo le forme sommariamente indicate, anche in questo caso, nel punto successivo), anche in vista di un loro eventuale coinvolgimento futuro.

2. IL RAPPORTO: ASPETTI DI CONTENUTO

Ogni rapporto di valutazione rappresenta un prodotto a se stante, in quanto i suoi contenuti e la sua stessa forma possono variare a seconda di differenti fattori: i risultati derivanti dall'applicazione dell'APQ, ovviamente, ma anche il tipo di struttura sanitaria presa in considerazione, il contesto istituzionale in cui la valutazione è avvenuta, le competenze disciplinari dei redattori del rapporto o i destinatari del documento.

Al di là di questa variabilità, tuttavia, la fase di redazione del rapporto implica comunque un percorso che, partendo dai dati raccolti, dovrebbe poi portare a orientare l'assunzione di decisioni da parte del management rispetto, ad esempio, alle misure più urgenti da prendere per migliorare la qualità del servizio o le procedure da seguire per incrementare il controllo sulle performance dei differenti reparti.

Questo percorso implica alcuni passaggi, che non sono peraltro tipici dei rapporti di valutazione della qualità, ma che si rintracciano, in modo più o meno accentuato, in tutti i rapporti di ricerca.

Dal momento che di rado questi passaggi sono resi espliciti - in parte perché vengono dati per scontati, in parte perché gli stessi estensori dei rapporti spesso sono poco consapevoli della loro rilevanza -, appare utile dare qui, trattando delle tecniche di redazione del rapporto, una loro formalizzazione "operativa".

Si possono distinguere almeno 5 passaggi o fasi:

- la fase della rappresentazione dei dati;
- la fase della produzione dell'informazione;
- la fase della valutazione;
- la fase dell'interpretazione;
- la fase dell'orientamento della decisione.

2.1. La rappresentazione dei dati

Una prima fase deve essere rivolta a rendere fruibili i dati raccolti nel corso dell'applicazione dell'APQ.

La fruibilità è connessa principalmente a due elementi:

- la leggibilità fisica dei dati;
- la relazione tra i dati e le principali variabili di riferimento.

La questione della leggibilità fisica dei dati non è da sottovalutare. In effetti, i programmi di elaborazione dei dati raramente consentono di ottenere tabulati di facile lettura, sia per motivi grafici, sia perché le domande dei questionari o le voci delle griglie di osservazione sono riportate secondo il codice utilizzato per l'input dei dati e non secondo il testo del questionario.

Per superare questo handicap si consiglia di introdurre le tabelle (o una selezione di quelle più rilevanti) in un testo del programma informatico Word, in modo da poter operare su di esse graficamente (esistono oggi numerosi software di elaborazione dei dati che consentono di tradurre direttamente le tabelle in "formato testo"). Si suggerisce, inoltre, di riportare nelle tabelle, sia il dato assoluto che i valori percentuali.

Un secondo accorgimento è quello di "incrociare" sin dall'inizio i dati con alcune variabili fondamentali (ad esempio, nel caso dei questionari somministrati a operatori, possono essere considerate, come variabili fondamentali, la qualifica funzionale, il reparto di appartenenza, l'anzianità di carriera, l'età e il sesso). Questo accorgimento, oltre che di ridurre i tempi di elaborazione dei dati, consente di costruire tabelle a doppia entrata che permettono, rispetto a quelle semplici, di comprendere la significatività di un determinato dato.

2.2. La produzione dell'informazione

Una volta resi fruibili i dati, occorre passare a quella che si potrebbe definire la fase di "produzione dell'informazione".

Va infatti detto che i singoli dati (e quindi le singole tabelle) rischiano di essere poco significativi, se non addirittura fuorvianti, fino a quando non sono collegati l'uno all'altro secondo alcuni criteri.

Il criterio più semplice è quello di aggregarli sulla base di "temi" generali, che possono essere molto diversi l'uno dall'altro.

Alcuni di questi temi sono suggeriti direttamente dalla struttura dell'APQ, per cui sarà utile mettere insieme i dati secondo le tre grandi strutture della qualità (qualità tecnica, dimensione interpersonale, comfort), o secondo i principali strumenti di valutazione utilizzati (rispetto degli standard, presenza di disfunzioni, presenza di eventi-sentinella, presenza di situazioni particolari di qualità, giudizi e opinioni) o, ancora, secondo gli ambiti della qualità (strutture, processi, esiti).

Si potranno, tuttavia, aggregare i dati anche secondo differenti criteri, alcuni evidenti e necessari (ad esempio, secondo il reparto presso il quale sono stati raccolti), altri meno scontati (ad esempio, tutti i dati che hanno a che vedere con la cultura professionale degli operatori o che sono connessi con le rappresentazioni correnti del ruolo degli operatori sanitari, o che possono dare indicazioni in merito agli ostacoli incontrati nell'introduzione di nuove tecnologie). Le scelte possono differenziarsi, perché diverse sono le esigenze che insorgono. In generale, si suggerisce di fare un piano dei principali aggregati che si vuole costruire, in modo da ridurre i tempi di elaborazione.

In conclusione, le operazioni relative a questa fase dovrebbero consentire di passare:

- dai dati (vale a dire da numeri, cifre e percentuali) alle informazioni (le quali sono portatrici di un elemento di novità, rispetto al "già conosciuto", esprimibile in un linguaggio corrente);
- dai semplici fatti (che possono avere un carattere casuale) ai fenomeni (che invece hanno un carattere sistematico e dai quali è possibile dedurre tendenze definite).

2.3. La valutazione

Una volta identificati i trend, i processi e i fenomeni, si può passare a quella che si potrebbe definire la fase di valutazione in senso stretto. Questo terzo passaggio implica sostanzialmente una analisi puntuale delle cause che sono alla base dei fenomeni registrati. Ad esempio, se un determinato fenomeno (il mancato rispetto di uno standard) risulta presente in tutti i reparti osservati, le cause dovranno essere rintracciate in scelte, fatti o situazioni che hanno a che vedere con l'ospedale nel suo insieme. Al con-

trario, se questo stesso fenomeno si registra solo in alcuni reparti e non in altri, le cause dovranno essere cercate all'interno dei singoli reparti.

In questa fase, di massimo aiuto può essere la riflessione all'interno del gruppo di monitoraggio, il confronto con i responsabili, gli operatori e i degenti dei differenti reparti e la eventuale raccolta di altre informazioni presso fonti in precedenza non consultate.

2.4. Interpretazione

Un ulteriore passo in avanti nella comprensione del significato e della rilevanza dei fenomeni analizzati può essere compiuto nell'ambito di una quarta fase, che si potrebbe definire "fase di interpretazione".

Si tratta, a questo punto, di collegare i risultati della valutazione con ulteriori considerazioni, informazioni e dati che non necessariamente riguardano la struttura ospedaliera, ma che possono concernere il contesto (territoriale, epidemiologico, tecnico, organizzativo, ecc.) in cui essa opera.

E' difficile valutare la rilevanza di determinate disfunzioni registrate, ad esempio, nel Pronto soccorso se non si considerano la quantità e il tipo di interventi di emergenza effettuati ogni anno, il tipo di bacino di utenza cui il Pronto soccorso si rivolge, il collegamento con altre strutture quali il Servizio 118, i dati epidemiologici relativi al territorio di competenza o gli esiti complessivi dell'intervento.

E' in questa fase, inoltre, che può assumere rilevanza il confronto tra i dati emersi dall'applicazione dell'APQ con quelli che derivano dall'applicazione di altri metodi di valutazione, quali i DRG o la VRQ.

2.5. Orientamento alla decisione

L'ultima fase è quella che consente il passaggio dal momento di analisi (valutazione, interpretazione) delle informazioni raccolte al momento decisionale.

In questa fase, il gruppo di monitoraggio è chiamato a riconsiderare l'insieme dei risultati ottenuti in chiave decisionale, indicando, per quanto possibile, oltre ai punti critici del servizio (emersi nella seconda fase), alle cause che li determinano (identificate nella terza fase) e alla loro rilevanza

(risultante dall'interpretazione effettuata nella quarta fase), anche le soluzioni possibili perché tali punti critici possano essere risolti.

Potrà, inoltre, risultare quanto mai opportuno un nuovo confronto tra i membri del gruppo di monitoraggio e tra questi e altri soggetti esterni, in modo da prefigurare, attraverso una consultazione il più possibile puntuale, vie di soluzione realistiche e intorno alle quali si è creato un clima di consenso.

3. IL RAPPORTO: ASPETTI FORMALI

In questo paragrafo si presentano alcuni suggerimenti relativi a una serie di accorgimenti da adottare sul piano formale in sede di redazione del testo del rapporto.

Circa i criteri di composizione del testo, si possono individuare due tipi di "retoriche" o logiche espositive, cioè, in sintesi, due modi di esporre i dati e le tesi, dal punto di vista delle scelte di stile e di linguaggio da adottare.

La prima retorica è di tipo "tecnico", ed è funzionale alla comprensione dei contenuti del testo soprattutto per quel che riguarda alcuni aspetti di pertinenza degli "addetti ai lavori", sia sul versante scientifico (ad esempio, la dimostrazione della opportunità di un determinato approccio teorico e metodologico, della esaustività di un campione, della validità dei dati raccolti, ecc.), sia sul versante politico (ad esempio, l'illustrazione del quadro istituzionale all'interno del quale si situa la realizzazione del rapporto, l'esame della legislazione o della applicazione delle leggi in una data materia, ecc.).

Tale retorica può trovare concreta manifestazione soprattutto in alcune parti del testo, quali ad esempio quelle relative al quadro teorico e metodologico utilizzato, quelle interpretative, quelle in cui sono presenti note e bibliografie, ecc.

La seconda retorica ha un carattere generale, ed è funzionale alla comprensione dei contenuti del testo tout-court, anche da parte di coloro che non rientrano nella categoria degli "addetti ai lavori".

Alla applicazione di tale forma di retorica possono essere ascritte, non

solo una serie di strutture proprie della retorica classica o della semiotica, ma anche alcune specifiche forme di organizzazione del materiale cognitivo in esame.

Tra queste ultime, si possono ricordare:

- * la costruzione di un indice chiaro e sufficientemente esauriente;
- * l'articolazione di ogni capitolo in paragrafi dotati di un proprio titolo;
- * la visualizzazione grafica dei dati quantitativi e qualitativi (tabelle, grafici, mappe territoriali - ad esempio relative alla dislocazione di un dato servizio -, ecc.);
- * la realizzazione di box (su argomenti di particolare interesse, su casi specifici, su esperienze che hanno avuto successo, ecc.);
- * l'executive summary.

Le due retoriche dovrebbero essere compresenti in un medesimo rapporto, anche in virtù del fatto - già sottolineato al punto precedente - che il rapporto stesso si rivolge a diversi tipi di soggetti. Il grado di equilibrio tra le due retoriche va poi, evidentemente, stabilito caso per caso, a seconda dei temi e degli obiettivi del rapporto e dei soggetti dei quali si prevede un maggiore coinvolgimento.

Un ruolo fondamentale ai fini della leggibilità del testo è, inoltre, rappresentato dalla impostazione grafica della pagina, circa la quale si possono individuare, in altra sede, alcune regole di base da seguire.

4. L'INDICE: POSSIBILI ELEMENTI COSTITUTIVI

Si possono fornire, a questo punto, alcune indicazioni su come potrebbe essere strutturato l'indice di un rapporto, naturalmente per i fini specifici che interessano in questa sede.

Tale indice dovrebbe contenere *almeno* questi elementi, corrispondenti a capitoli o parti del rapporto:

- * quadro istituzionale e obiettivi del rapporto;
- * quadro teorico e quadro metodologico (con particolare riguardo ad

aspetti quali i concetti impiegati, le fonti utilizzate, gli standard di riferimento adottati, ecc.);

- * informazioni sui soggetti coinvolti e mobilitati;
- * informazioni e interpretazioni sui vari aspetti della qualità considerati;
- * informazioni e interpretazioni sulla qualità in generale (in relazione agli indici sintetici);
- * interpretazioni di sintesi;
- * raccomandazioni.

APPENDICE 1

Strumenti tecnici per l'applicazione sperimentale della Analisi Partecipata della Qualità

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE
ISTANTANEA**

GO1 - A

Modulo generale per i complessi sanitari

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE ISTANTANEA
GO1 modulo A**

NOME DEL COMPLESSO SANITARIO

COMUNE

PROVINCIA

SEGNALARE SE SI TRATTA DI:

- OSPEDALE PUBBLICO
- CASA DI CURA CONVENZIONATA
- STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA

(Nel caso di ospedali e case di cura)

Numero complessivo dei posti-letto attivati

|_|_|_|_|

AVVERTENZA

La presente griglia di osservazione è composta da tre tipi di moduli:

- un modulo generale (A) per l'osservazione del complesso sanitario e di alcuni servizi (accettazione, pronto soccorso, ecc.);
- più moduli specifici (B) per l'osservazione delle divisioni di degenza (un modulo per ogni divisione considerata all'interno delle strutture ospedaliere e delle case di cura);
- un modulo specifico (C) per l'osservazione dei servizi ambulatoriali e territoriali (da compilare, nel caso delle strutture ospedaliere, unicamente se tali servizi sono presenti e accessibili a utenti non degenti).

In questa griglia vanno registrati unicamente dati che tendono a rimanere costanti, almeno nel breve periodo. Quelli che, invece, tendono a variare andranno registrati nella griglia GO2.

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE ISTANTANEA
GO1 - A**

MODULO GENERALE PER I COMPLESSI SANITARI

Data |_|_|/ |_|_|/ |_|_|

L'osservazione è iniziata alle ore |_|_|, |_|_| e si è conclusa
alle ore |_|_|, |_|_|

L'osservazione è stata condotta da

Sezione prima - Localizzazione del complesso sanitario

(Solo per gli ospedali e le case di cura. Nel caso di ospedale o casa di cura composto da più blocchi -plessi- distanti tra loro oltre Km 1, tale sezione va compilata unicamente per il blocco in cui si concentra la maggioranza dei posti-letto).

1. Esistono in prossimità (in un raggio di 300 metri) del complesso sanitario:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - una o più installazioni industriali
(se sì) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| * ci sono installazioni ritenute inquinanti | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| * ci sono installazioni rumorose (si ritengono tali se i rumori disturbano la quiete dell'ospedale) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un cimitero | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - depositi o scoli di rifiuti all'aria aperta | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - acque stagnanti all'aria aperta | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un inceneritore | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

1.1. Esistono altre strutture o installazioni notevoli?

(specificare quali) _____ Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Accessibilità

(Per tutti i complessi sanitari comprese le strutture extra-ospedaliere. Nel caso di ospedale o casa di cura composto da più blocchi -plessi- distanti tra loro oltre Km 1, tale sezione va compilata unicamente per il blocco in cui si concentra la maggioranza dei posti-letto).

2. Il complesso sanitario è dotato di almeno un proprio parcheggio, accessibile anche ai visitatori dei ricoverati?

Sì No

3. E' presente un parcheggio di taxi in prossimità del complesso sanitario?

Sì No

4. Nelle vicinanze del complesso sanitario, esiste una apposita cartellonistica stradale che ne indica l'ubicazione?

Sì No

5. Il complesso sanitario è segnalato all'entrata con una targa visibile?

Sì No

6. Il complesso sanitario è dotato di cartellonistica che indica l'ubicazione di divisioni e servizi:

- all'ingresso per il pubblico

Sì No

- ai vari piani e/o presso i vari padiglioni

Sì No

- *(solo per gli ospedali e le case di cura)*
all'accettazione (qualora non coincida con l'ingresso per il pubblico)

Sì No

7. Esistono operatori all'ingresso addetti a fornire informazioni agli utenti?

mattino pomeriggio notte

- Sì, uno solo

- Sì, più di uno

- No, nessuno

8. Esistono edifici a più piani all'interno del complesso sanitario?

Sì No

(Se esistono edifici a più piani)

9. Gli edifici a più piani presenti all'interno del complesso sanitario sono dotati di ascensore(i)?

- Sì, tutti
- Sì, solo alcuni
- Nessuno

(Solo per gli ospedali e le case di cura)

10. (Se esistono edifici a più piani) Gli edifici a più piani presenti all'interno del complesso ospedaliero sono dotati di monta-lettighe?

- Sì, tutti
- Solo alcuni
- Nessuno

(Solo per gli ospedali e le case di cura)

11. (Se esistono edifici a più piani) Gli edifici a più piani presenti all'interno del complesso ospedaliero sono dotati di monta-carichi?

- Sì, tutti
- Solo alcuni
- Nessuno

12. Esistono barriere architettoniche?

Sì No

(Se sì)

12.1. Precisare di quali barriere architettoniche si tratta e la loro ubi-cazione

12.2. Esistono pedane o scivoli?

Sì No

(Solo per gli ospedali e le case di cura)

13. Il complesso sanitario è formato da più edifici?

Sì No

(Qualora il complesso sanitario fosse formato da più edifici)

14. Esiste un servizio per il trasporto interno dei degenti?

Sì No

(Qualora il complesso sanitario fosse formato da più edifici)

15. Esistono passaggi coperti o tunnel di collegamento tra i vari edifici accessibili ai degenti?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Presenza di alcuni servizi, divisioni e uffici

(Solo per gli ospedali e le case di cura)

16. All'interno dell'ospedale/casa di cura, è presente:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - una organizzazione di pronto soccorso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un centro di rianimazione | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un servizio di radiologia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - una divisione o sezione o comunque specifici luoghi di degenza per malattie infettive (isolamento) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un laboratorio per gli esami clinici | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un servizio trasfusionale | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un servizio di medicina legale | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un servizio mortuario | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un servizio di disinfezione | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un servizio di lavanderia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - una farmacia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - una sezione/divisione per la patologia neo-natale | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

17. Tali servizi sono tutti funzionanti?

Sì No

(Se no)

17.1. Quali sono attualmente chiusi?

(Per tutti i complessi sanitari, comprese le strutture extraospedaliere)

18. E' presente un servizio (sportello) informazioni?

Sì No

(Se si)

18.1. Dispone di un locale fisso?

Sì No

(Se sì)

18.2. Indicare il numero di giorni in cui è aperto a settimana

|_|||_|

19. E' presente un ufficio che accetta reclami (URP o altro)?

Sì No

20. E' presente un Centro per i diritti del malato?

Sì No

(Solo per gli ospedali e le case di cura)

21. All'interno dell'ospedale/casa di cura è presente:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - un giornalista | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un parrucchiere per signora | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un barbiere | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - una libreria | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un bar | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - uno spaccio (vale a dire un rivenditore di prodotti diversi, quali valori bollati, generi alimentari, giornali e riviste e prodotti di cartoleria) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - uno sportello bancario | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - un ufficio postale | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - una cassetta postale | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - uno sportello bancomat | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

22. Esiste un servizio di lavanderia per gli indumenti personali in uso da parte dei degenti?

Sì No

(Se sì)

22.1. Ogni quanto tempo avviene il ritiro degli indumenti personali?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| - ogni giorno | <input type="checkbox"/> |
| - tre volte a settimana | <input type="checkbox"/> |
| - due volte a settimana | <input type="checkbox"/> |
| - una volta a settimana | <input type="checkbox"/> |
| - meno di una volta a settimana | <input type="checkbox"/> |

23. E' presente un servizio religioso?

Sì No

23.1. Quanti sono i luoghi di culto?

|_|||_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Servizio di accettazione e emergenza sanitaria

(N.B. Questa sezione è da compilare unicamente negli ospedali e nelle case di cura, ovviamente solo se esiste nella struttura un servizio del Sistema di accettazione e di emergenza sanitaria - SAES)

24. Specificare se si tratta di

- pronto soccorso

Sì No

- dipartimento di emergenza

Sì No

Servizi assicurati

25. Il servizio garantisce

- interventi diagnostico-terapeutici medici
- interventi diagnostico-terapeutici chirurgici
- interventi diagnostico-terapeutici ortopedici
- interventi diagnostico-terapeutici ostetrici
- interventi diagnostico-terapeutici pediatrici
- assistenza cardiologica
- assistenza rianimatoria

Sì No

26. Il servizio svolge anche funzioni di accettazione per i ricoveri ordinari/programmati?

(Richiedere le informazioni al primario, a un suo aiuto o al caposala)

Sì No

27. E' funzionante il 118?

Sì No

**28. Presso il complesso sanitario è presente un ufficio ricezio-
ne/smistamento chiamate al 118?**

Sì No

(Se sì)
28.1. E' attivo?

Sì No

Condizioni tecniche di accesso

**29. Esiste una apposita cartellonistica stradale che indica l'ubicazione del
servizio?**

Sì No

30. Il servizio è segnalato all'ingresso con una targa visibile anche di notte?

Sì No

31. Si notano, all'interno del servizio, barriere architettoniche?

Sì No

(Se sì)
31.1. Quali?

**32. Esiste una zona protetta per il trasferimento del paziente dall'ambulanza al
luogo di intervento?**

Sì No

Locali

33. Esiste un locale di attesa per gli utenti?

Sì No

(Se sì)

33. 1. Si tratta

- di una apposita sala
- di un corridoio o altro luogo improprio

Sì No
Sì No

34. Esiste un locale in cui gli utenti del servizio ai quali viene prescritto il ricovero possono restare in attesa del trasferimento al reparto di destinazione?

Sì No

35. Il servizio dispone di locali di medicazione e cura appositi per i minori di anni 14?

(Richiedere le informazioni al primario, a un suo aiuto o al caposala)

Sì No

36. Il servizio dispone di una sezione di degenza per la breve osservazione?

(Richiedere l'informazione al primario, a un suo aiuto o al caposala)

Sì No

(Se sì)

36.1. Di quanti posti-letto dispone?

|_|_|

(Se sì)

36.2. Ogni posto-letto è dotato di:

- un tavolino mobile per il consumo dei pasti a letto
- un armadietto o un'anta di armadio
- una luce individuale
- un comodino
- un campanello di allarme
- almeno una sedia

Sì No
Sì No
Sì No
Sì No
Sì No
Sì No

37. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori che garantiscano un livello minimo di riservatezza del singolo degente/utente?

Sì No

38. Nell'insieme dei locali del servizio, si notano elementi di fatiscenza (crepe nell'intonaco, macchie di umido su soffitti e pareti, mattonelle sconnesse, ecc.)?

Sì No

Igiene

39. Esiste un bagno di bonifica?

Sì No

40. Il servizio dispone della strumentazione per la disinfezione di materiale igienico (padelle, pappagalli, ecc.)?

Sì No

41. Numero dei gabinetti presenti nel servizio

|_|_|

42. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì No

(Se no)

42.1. Esiste un sistema alternativo che indichi se il gabinetto è occupato o libero?

Sì No

43. I gabinetti sono tutti dotati di un campanello di allarme?

Sì No

44. Numero getti d'acqua con lavandino

|_|_|

Telefoni

45. Di quante linee telefoniche autonome in entrata dispone il servizio?

(Richiedere l'informazione al primario, a un suo aiuto o al caposala)

|_|_|

46. Numero di telefoni pubblici interni al servizio (compresi i locali di attesa)

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Accettazione sanitaria (ricoveri ordinari/programmati)

(N.B. Questa sezione è da compilare esclusivamente negli ospedali e nelle case di cura, solo se l'accettazione sanitaria non coincide con il Servizio accettazione e emergenza sanitaria (SAES). Si raccomanda di non effettuare l'osservazione, né nell'ora successiva all'orario di apertura del servizio, né nell'ora precedente al suo orario di chiusura).

47. Esiste una accettazione sanitaria distinta dai servizi del SAES?

(Se no, passare alla sezione sesta)

Sì No

48. L'accettazione è segnalata all'esterno con una targa visibile?

Sì No

Locali

49. Esiste un locale (o più) di attesa per gli utenti?

Sì No

50. Nell'insieme dei locali dell'accettazione, si notano elementi di fatiscenza (crepe nell'intonaco, macchie di umido su soffitti e pareti, mattonelle sconnesse, ecc.)?

Sì No

51. Nell'insieme dei locali dell'accettazione si notano vetri rotti alle finestre?

Sì No

52. Nell'orario di apertura, la(e) sala(e) di attesa dell'accettazione risultava(no) essere:

- vuota(e) o quasi vuota(e)
- parzialmente piena(e)
- completamente piena(e)
- sovraffollata(e) *(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)*

Igiene

53. Numero dei bagni presenti nell'accettazione

|_|_|

54. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì No

(Se no)

54.1. Esiste un sistema alternativo che indichi se il gabinetto è occupato o libero?

Sì No

55. I gabinetti sono tutti dotati di un campanello di allarme?

Sì No

56. Numero getti d'acqua con lavandino

|_|_|

Assistenza medica

61. Numero di unità del personale medico presente all'interno dell'accettazione

|_|_|

62. I medici incontrati durante l'osservazione erano tutti dotati di un cartellino di riconoscimento?

- Sì, tutti
- Solo alcuni
- No, nessuno

Telefoni

63. Numero di telefoni pubblici interni all'accettazione

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Il servizio mortuario

(N.B. Questa sezione va compilata solo negli ospedali e nelle case di cura)

64. Esiste un servizio mortuario?

(Se no, ignorare le domande successive)

Sì No

65. Esiste, presso la sala mortuaria, una cappella?

Sì No

(Se sì)

65.1. La cappella dispone di banchi e inginocchiatoi?

Sì No

(Se si)

65.2. La cappella dispone di una porta che la isoli dal resto della sala mortuaria?

Sì No

66. Esiste, presso la sala mortuaria, una sala di attesa con posti a sedere per l'accoglienza dei parenti dei defunti?

Sì No

67. Si notano elementi di fatiscenza (crepe nell'intonaco, macchie di umido su soffitti e pareti, mattonelle sconnesse, ecc.)?

Sì No

68. Esiste, presso la sala mortuaria, un luogo (un gabbiotto, una stanza, una scrivania, ecc.) presso cui poter rintracciare il guardiano della sala mortuaria?

Sì No

(Se si)

68.1. Esiste un cartello che permetta di identificare questo luogo con certezza?

Sì No

69. Esiste un condizionatore d'aria?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Servizi ambulatoriali esistenti

70. All'interno del complesso sanitario è possibile, per gli utenti non degenti, usufruire delle seguenti prestazioni ambulatoriali?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| esami di laboratorio (prelievi) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| esami di radiologia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| esami ginecologici | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| interruzione volontaria della gravidanza | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ecografia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| fisioterapia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| visite specialistiche | | |
| - oculistica | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - otorinolaringoiatria | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - cardiologia | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - altro (<i>specificare</i>) _____ | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Osservazioni relative alla sezione

Sezione ottava - Prenotazioni e pagamento dei ticket

71. Dove si effettua la prenotazione per poter usufruire delle prestazioni appresso elencate?

(Le prenotazioni possono essere effettuate presso tre luoghi: presso lo stesso servizio che eroga la prestazione, prenotazione diretta, in sigla PD; presso uno sportello prenotazioni unificato all'interno della struttura, prenotazione unificata, in sigla PU; presso uno sportello prenotazioni esterno alla struttura, prenotazione esterna, in sigla PE)
(è ammessa più di una risposta)

	PD	PU	PE
esami di laboratorio (prelievi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami di radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami ginecologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interruzione volontaria della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ecografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
visite specialistiche			
- oculistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro (<i>specificare</i>)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Come si effettua la prenotazione?

(Indicare se la prenotazione può essere effettuata da un'altra persona, sigla AP; se è possibile prenotare per telefono, sigla PT; o attraverso un sistema compu-terizzato, sigla SC)

(è ammessa più di una risposta)

	AP	PT	SC
esami di laboratorio (prelievi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami di radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami ginecologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interruzione volontaria della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ecografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
visite specialistiche			
- oculistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro (<i>specificare</i>)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Per quali servizi la prenotazione si può effettuare:

(indicare se la prenotazione si effettua il giorno stesso dell'erogazione, sigla GS, o nei giorni precedenti, sigla GP)

	GS	GP
esami di laboratorio (prelievi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami di radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami ginecologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interruzione volontaria della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ecografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
visite specialistiche		
- oculistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro (<i>specificare</i>)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Qual è il tempo minimo, medio e massimo di attesa tra la prenotazione e l'erogazione della prestazione?

(Richiedere l'informazione a un medico o a un infermiere professionale)

	minimo (gg.)	medio (gg.)	massimo (gg.)
esami di laboratorio (prelievi)	__	__	__
esami di radiologia	__	__	__
esami ginecologici	__	__	__
interruzione volontaria della gravidanza	__	__	__
ecografia	__	__	__

fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
visite specialistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oculistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro servizi menzionati al quesito 70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Esiste un registro delle prenotazioni consultabile e centralizzato?

Sì No

76. Esiste un sistema di distribuzione di numeri automatizzato per accedere ai servizi di prenotazione?

- sì, per la prenotazione di tutte le prestazioni
- sì, per la prenotazione di alcune prestazioni
- no

77. Esistono uno o più display per la visualizzazione dei numeri chia-mati?

Sì No

78. I servizi di prenotazione sono dotati di pannelli divisorii per tutela-re la privacy?

Sì No

79. Dove si effettua il pagamento del ticket?

(indicare se il pagamento si effettua: dentro il complesso sanitario, sigla DC, oppure al di fuori di esso, sigla FC. Indicare inoltre se il pagamento si effettua presso lo stesso sportello in cui si fa la prenotazione, sigla SP, o se, invece, è necessario fare un'altra fila, sigla AF)

	DC	FC	SP	AF
esami di laboratorio (prelievi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami di radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esami ginecologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interruzione volontaria della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ecografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
visite specialistiche				
- oculistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro (<i>specificare</i>)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Esiste un meccanismo automatizzato per i pagamenti?

- sì, per tutti i pagamenti
- solo per alcuni
- per nessuno

Osservazioni relative alla sezione

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE
ISTANTANEA**

GO1 - B

Modulo specifico per le divisioni di degenza

AVVERTENZA

Il presente modulo è parte integrante di una griglia di osservazione (denominata GO1) composta da tre tipi di moduli:

- un modulo generale (A) per l'osservazione del complesso sanitario e di alcuni servizi (accettazione, pronto soccorso, ecc.);
- più moduli specifici (B) per l'osservazione delle divisioni di degenza (un modulo per ogni divisione considerata all'interno delle strutture ospedaliere e delle case di cura);
- un modulo specifico (C) per l'osservazione dei servizi ambulatoriali e territoriali (da compilare, nel caso delle strutture ospedaliere, unicamente se tali servizi sono presenti e accessibili a utenti non degenti).

In questa griglia vanno registrati unicamente dati che tendono a rimanere costanti, almeno nel breve periodo. Quelli che, invece, tendono a variare andranno registrati nella griglia GO2.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE ISTANTANEA

GO1 - B

**MODULO SPECIFICO PER LE DIVISIONI
DI DEGENZA**

Questo modulo è da compilare solo nel corso di osservazioni presso divisioni di degenza di ospedali e di case di cura

Data |_|_|/ |_|_|/ |_|_|

L'osservazione è iniziata alle ore |_|_|, |_|_| e si è conclusa alle ore |_|_|, |_|_|

L'osservazione è stata condotta da

Sezione prima - Igiene

Numero di bagni

1. Numero di bagni |__|__|
- 1.1. Numero di bagni per uomo |__|__|
- 1.2. Numero di bagni per donne |__|__|
2. Numero di gabinetti |__|__|
3. Numero di getti d'acqua con lavandino |__|__|
4. Numero di docce/vasche |__|__|
5. Numero di bidè |__|__|

Caratteristiche dei bagni

6. In ogni bagno è presente almeno uno specchio?

Sì

No

7. In ogni bagno è presente almeno una mensola?

Sì

No

8. In ogni bagno è presente un attaccapanni?

Sì

No

9. Ogni bagno è dotato di un asciugacapelli?

Sì

No

10. Ogni bagno è dotato di tappeto antiscivolo?

Sì

No

11. Ogni porta del bagno è dotata di maniglia?

Sì

No

12. Ogni gabinetto è dotato di un sistema funzionante di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

12.1. Esiste un sistema alternativo che indichi se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

13. Ogni gabinetto è dotato di un campanello di allarme?

Sì

No

14. C'è, all'interno della divisione, almeno un gabinetto per disabili?

Sì

No

15. C'è, all'interno della divisione, almeno un gabinetto utilizzato solo dal personale?

Sì

No

16. Con quale frequenza vengono puliti i bagni?

(Richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

- Più di due volte al giorno
- Due volte al giorno
- Una volta al giorno
- Meno di una volta al giorno

Altre strutture

17. E' presente in ogni sezione della divisione un ripostiglio per il deposito temporaneo ed esclusivo della biancheria sporca?

Sì

No

18. E' presente in ogni sezione della divisione un sistema di raccolta dei rifiuti speciali?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Vitto

Strutture relative al vitto

19. Ogni posto-letto occupato è dotato di un tavolinetto mobile per il consumo a letto dei pasti?

Sì

No

20. Esistono in ogni sezione o camera spazi-mensa funzionali ad evitare il consumo a letto dei pasti quando non è necessario?

- sì, ma non sono adeguati al numero di ricoverati
- sì, esistono e sono adeguati al numero di ricoverati
- no

21. Esiste, per i parenti che assistono i ricoverati, la possibilità di accedere alla mensa ospedaliera?

Sì

No

(se sì)

21.1. La mensa è:

- a pagamento
- gratuita

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Alloggio

Organizzazione degli spazi

22. Distribuzione dei posti-letto nelle stanze

(si intendono i letti effettivamente esistenti e non solo quelli occupati da degenti)

- n. stanze con un letto
- n. stanze con due letti
- n. stanze con tre letti
- n. stanze con quattro letti
- n. stanze con cinque letti
- n. stanze con sei letti
- n. stanze con oltre sei letti
- n. massimo di letti per stanza

23. Sono presenti divisori nelle stanze che hanno più di sei letti?

- Sì, sempre
- Qualche volta
- No
- Tali stanze non esistono

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

23.1. E nelle stanze che hanno più di un letto?

Sì

No

24. Le porte della divisione sono tutte sufficientemente larghe per permettere il passaggio di un letto?

Sì

No

25. Tutte le stanze adibite alla degenza hanno almeno una finestra che dà sull'esterno?

Sì

No

25.1. Esistono barriere architettoniche?

Sì

No

(specificare di che barriera si tratta)

26. Esistono spazi (oltre ai bagni) dove i degenti si possono cambiare con riservatezza?

Sì

No

(se sì)

26.1. Di che genere di spazi si tratta?

- spogliatoio
- divisorio
- altro

27. I seguenti servizi sono identificabili attraverso indicazioni (cartelli, disegno, ecc.) riportate alle entrate rispettive?

- bagno uomini

- sì, tutti
- solo alcuni
- nessuno

- bagno donne

- sì, tutti
- solo alcuni
- nessuno

- *sala visita medica*

- sì
- no
- non esiste

- *studio del primario*

- sì
- no
- non esiste

- *studio medici*

- sì
- no
- non esiste

- *stanza del caposala*

- sì
- no
- non esiste

- *stanza infermieri*

- sì
- no
- non esiste

- *salottino (o altro spazio per incontri)*

- sì
- no
- non esiste

Dotazione dei posti-letto

28. Ogni posto-letto è dotato di un armadietto o di uno spazio riservato per gli effetti personali?

Sì

No

29. Ogni posto letto è dotato di un impianto di testa-letto?

Sì

No

30. Ogni posto-letto è dotato di luce individuale?

Sì

No

31. Ogni posto-letto è dotato di almeno una sedia?

Sì

No

32. Ogni posto-letto è dotato di comodino personale?

Sì

No

33. Ogni posto-letto è dotato di campanello di allarme?

Sì

No

34. Con quale frequenza vengono rifatti i letti?

(Richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

- Più di una volta al giorno

- Una volta al giorno

- Meno di una volta al giorno

35. Con quale frequenza avviene il cambio delle lenzuola e delle federe?

(Richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

lenzuola

federe

traverse

- Ogni giorno

- Ogni due/tre giorni

- Ogni quattro giorni

- Ogni settimana

Manutenzione dei locali e sicurezza

36. Si notano elementi di fatiscenza (caduta di intonaco, sporco, macchie di umido sui soffitti o pareti, mattonelle sconnesse)?

Sì

No

37. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di emergenza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Aree di socializzazione

Spazi

38. Esistono salottini o, comunque, spazi attrezzati destinati all'incontro con altri degenti, parenti o amici e/o ad attività ricreative?

Sì

No

39. Esistono spazi attrezzati per l'intrattenimento-animazione dei bambini?

Sì

No

Dotazioni

40. Esistono televisori nella divisione?

- Sì, in tutte le stanze
- Sì, in alcune
- Sì, nel salottino
- No, in nessuna

41. E' possibile disporre di cuffie per l'ascolto?

Sì

No

42. E' possibile disporre di cuffie per la radiodiffusione?

Sì

No

43. Esiste almeno un frigorifero in cui i ricoverati possono deporre be-vande o alimenti?

Sì

No

44. Esiste, sul piano, una macchina per la distribuzione delle bevande?

Sì

No

Telefoni

45. Numero di telefoni pubblici collocati all'interno della divisione o posizionati sul pianerottolo antistante

|_|_|

46. Numero di distributori automatici di schede telefoniche (e/o gettoni) interni alla divisione o posizionati sul pianerottolo antistante

|_|_|

47. La divisione ha in dotazione telefoni portatili per i degenti?

(Eventualmente richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

Sì

No

47.1. Si tratta di:

- telefoni portatili senza carrello
- telefoni portatili con carrello
- telefoni cellulari

48. La divisione ha in dotazione per ogni letto citofoni che permettono ai degenti di ricevere telefonate dall'esterno?

Sì

No

49. E di effettuare telefonate all'esterno?

Sì

No

50. Esiste la possibilità da parte dei degenti di utilizzare il telefono della divisione per ricevere telefonate?

(Eventualmente richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

- Sì, sempre

- Sì, qualche volta

- Solo eccezionalmente

- No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

Informazioni e identificazione del personale

51. All'interno della divisione, è affisso un cartello (quadro) contenente l'organico medico e infermieristico della stessa?

Sì

No

52. All'interno della divisione, è affisso un cartello sul quale è indicato l'orario di ricevimento dei parenti da parte del personale sanitario?

Sì

No

52.1. Gli operatori dispongono di divise differenziate per qualifica?

Sì

No

Documentazione

53. Esiste la cartella infermieristica per ogni ricoverato?

(Richiedere l'informazione al caposala e rispondere affermativamente solo dopo averne vista almeno una compilata)

Sì

No

Solo per alcuni

53.1. Le cartelle cliniche sono:

- su supporto cartaceo

Sì

No

- anche su supporto informatico

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Qualità tecnica in alcune strutture

Alcuni locali

54. E' presente all'interno della divisione una stanza per le visite mediche?

(Richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

Sì

No

55. Sono disponibili, presso la divisione, spogliatoi per gli operatori?

Sì

No

56. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano a ogni lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Solo per alcuni

57. Esistono docce separate per gli operatori?

Sì

No

Alcuni strumenti

(Compilare con l'ausilio di un caposala o di un infermiere professionale)

58. Esiste una macchina lavapadelle?

Sì

No

59. Esiste uno spazio attrezzato per le emergenze?

Sì

No

60. Numero di padelle a disposizione della divisione

|_|_|

61. Numero dei pappagalli a disposizione della divisione

|_|_|

62. Numero delle sedie a rotelle a disposizione della divisione

|_|_|

63. Numero dei sussidi ortopedici e/o deambulatori a disposizione della divisione

|_|_|

64. Numero di sedie comode (sedie con apertura nel sedile per consentire la defecazione senza costringere il paziente ad alzarsi) a disposizione della divisione

|_|_|

65. Numero di supporti per flebo a disposizione della divisione

|_|_|

66. Numero di carrelli a disposizione della divisione

|_|_|

67. Esiste un impianto centralizzato di distribuzione dell'ossigeno?

Sì

No

68. E' disponibile un set per l'emergenza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Orari

69. Riportare gli orari della giornata

	giorni feriali	giorni festivi
- sveglia	____	____
- colazione	____	____
- visite mediche	____	____
- pranzo	____	____
- cena	____	____
- chiusura delle luci	____	____
- visite dei parenti	dalle alle	____ ____
	e dalle alle	____ ____

Osservazioni relative alla sezione

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE
ISTANTANEA**

GO1 - C

***Modulo specifico per i servizi
ambulatoriali e territoriali***

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE ISTANTANEA
GO1 modulo C**

NOME DEL COMPLESSO SANITARIO

COMUNE

PROVINCIA

SEGNALARE SE SI TRATTA DI:

- OSPEDALE PUBBLICO
- CASA DI CURA CONVENZIONATA
- STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA

AVVERTENZA

Il presente modulo è parte integrante di una griglia di osservazione (denominata GO1) composta da tre tipi di moduli:

- un modulo generale (A) per l'osservazione del complesso sanitario e di alcuni servizi (accettazione, pronto soccorso, ecc.);
- più moduli specifici (B) per l'osservazione delle divisioni di degenza (un modulo per ogni divisione considerata all'interno delle strutture ospedaliere e delle case di cura);
- un modulo specifico (C) per l'osservazione dei servizi ambulatoriali e territoriali (da compilare, nel caso delle strutture ospedaliere, unicamente se tali servizi sono presenti e accessibili a utenti non degenti).

In questa griglia vanno registrati unicamente dati che tendono a rimanere costanti, almeno nel breve periodo. Quelli che, invece, tendono a variare andranno registrati nella griglia GO2.

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE ISTANTANEA
GO1 - C**

***MODULO specifico per i servizi
ambulatoriali e territoriali***

Questo modulo è da compilare solo nel corso di osservazioni presso servizi territoriali o presso ambulatori, anche se inseriti in complessi ospedalieri o in case di cura

Data |_|_|/ |_|_|/ |_|_|

L'osservazione è iniziata alle ore |_|_|, |_|_| e si è conclusa
alle ore |_|_|, |_|_|

L'osservazione è stata condotta da

SERVIZIO N. 1:

Sezione prima - Locali

1. Il servizio dispone di una sala di attesa con posti a sedere per gli utenti?

Sì

No

2. Si notano barriere architettoniche?

Sì

No

(se sì)

2.1. Di che barriere si tratta?

3. Ogni stanza dispone di almeno una finestra?

Sì

No

4. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori?

Sì

No

5. Esistono aree riservate per potersi cambiare privatamente (oltre ai bagni)?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Igiene

6. Esiste un bagno in prossimità del servizio?

Sì

No

7. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

7.1. Esiste un sistema alternativo che indica se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

8. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di allarme?

Sì

No

9. Esiste, in prossimità del servizio, un gabinetto per disabili?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Telefoni

**10. Numero di telefoni pubblici interni
(compresi i locali di attesa)**

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Accessibilità

11. L'ubicazione del servizio è indicata attraverso segnalazioni orizzontali o verticali

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - all'ingresso del complesso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - al piano in cui si trova il servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - all'entrata del servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

12. Esiste, in luogo accessibile, un cartello con l'orario di apertura del servizio?

Sì No

13. Esiste un cartello con l'indicazione di uno o più numeri telefonici da chiamare per la prenotazione della prestazione tramite telefono?

Sì No

14. Esiste una macchina per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso alle prenotazioni?

Sì No

15. Esiste un display per la visualizzazione del numero di entrata?

Sì No

15.1. Esiste altro sistema di distribuzione dei numeri per regolare l'ordine di accesso al servizio?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Informazione

16. Esiste, all'interno del servizio, in un luogo accessibile agli utenti, un cartello con l'organico medico e infermieristico del servizio?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Assistenza medica e infermieristica

17. Viene compilata una scheda o una cartella ambulatoriale per ogni utente?

- su supporto cartaceo

Sì

No

- anche su supporto informatico

Sì

No

18. Sono disponibili spogliatoi per il personale?

Sì

No

19. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano, a ogni lavoratore, di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Sicurezza

20. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di sicurezza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

SERVIZIO N. 2:

Sezione prima - Locali

1. Il servizio dispone di una sala di attesa con posti a sedere per gli utenti?

Sì

No

2. Si notano barriere architettoniche?

Sì

No

(se sì)

2.1. Di che barriere si tratta?

3. Ogni stanza dispone di almeno una finestra?

Sì

No

4. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori?

Sì

No

5. Esistono aree riservate per potersi cambiare privatamente (oltre ai bagni)?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Igiene

6. Esiste un bagno in prossimità del servizio?

Sì

No

7. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

7.1. Esiste un sistema alternativo che indica se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

8. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di allarme?

Sì

No

9. Esiste, in prossimità del servizio, un gabinetto per disabili?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Telefoni

10. Numero di telefoni pubblici interni (compresi i locali di attesa)

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Accessibilità

11. L'ubicazione del servizio è indicata attraverso segnalazioni orizzontali o verticali

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - all'ingresso del complesso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - al piano in cui si trova il servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - all'entrata del servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

12. Esiste, in luogo accessibile, un cartello con l'orario di apertura del servizio?

Sì No

13. Esiste un cartello con l'indicazione di uno o più numeri telefonici da chiamare per la prenotazione della prestazione tramite telefono?

Sì No

14. Esiste una macchina per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso alle prenotazioni?

Sì No

15. Esiste un display per la visualizzazione del numero di entrata?

Sì No

15.1. Esiste altro sistema di distribuzione dei numeri per regolare l'ordine di accesso al servizio?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Informazione

16. Esiste, all'interno del servizio, in un luogo accessibile agli utenti, un cartello con l'organico medico e infermieristico del servizio?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Assistenza medica e infermieristica

17. Viene compilata una scheda o una cartella ambulatoriale per ogni utente?

- su supporto cartaceo

Sì

No

- anche su supporto informatico

Sì

No

18. Sono disponibili spogliatoi per il personale?

Sì

No

19. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano, a ogni lavoratore, di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Sicurezza

20. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di sicurezza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

SERVIZIO N. 3:

Sezione prima - Locali

1. Il servizio dispone di una sala di attesa con posti a sedere per gli utenti?

Sì

No

2. Si notano barriere architettoniche?

Sì

No

(se sì)

2.1. Di che barriere si tratta? _____

3. Ogni stanza dispone di almeno una finestra?

Sì

No

4. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori?

Sì

No

5. Esistono aree riservate per potersi cambiare privatamente (oltre ai bagni)?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Igiene

6. Esiste un bagno in prossimità del servizio?

Sì

No

7. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

7.1. Esiste un sistema alternativo che indica se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

8. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di allarme?

Sì

No

9. Esiste, in prossimità del servizio, un gabinetto per disabili?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Telefoni

10. Numero di telefoni pubblici interni (compresi i locali di attesa)

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Accessibilità

11. L'ubicazione del servizio è indicata attraverso segnalazioni orizzontali o verticali

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - all'ingresso del complesso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - al piano in cui si trova il servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - all'entrata del servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

12. Esiste, in luogo accessibile, un cartello con l'orario di apertura del servizio?

Sì No

13. Esiste un cartello con l'indicazione di uno o più numeri telefonici da chiamare per la prenotazione della prestazione tramite telefono?

Sì No

14. Esiste una macchina per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso alle prenotazioni?

Sì No

15. Esiste un display per la visualizzazione del numero di entrata?

Sì No

15.1. Esiste altro sistema di distribuzione dei numeri per regolare l'ordine di accesso al servizio?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Informazione

16. Esiste, all'interno del servizio, in un luogo accessibile agli utenti, un cartello con l'organico medico e infermieristico del servizio?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Assistenza medica e infermieristica

17. Viene compilata una scheda o una cartella ambulatoriale per ogni utente?

- su supporto cartaceo

Sì

No

- anche su supporto informatico

Sì

No

18. Sono disponibili spogliatoi per il personale?

Sì

No

19. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano, a ogni lavoratore, di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Sicurezza

20. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di sicurezza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

SERVIZIO N. 4:

Sezione prima - Locali

1. Il servizio dispone di una sala di attesa con posti a sedere per gli utenti?

Sì

No

2. Si notano barriere architettoniche?

Sì

No

(se sì)

2.1. Di che barriere si tratta?

3. Ogni stanza dispone di almeno una finestra?

Sì

No

4. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori?

Sì

No

5. Esistono aree riservate per potersi cambiare privatamente (oltre ai bagni)?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Igiene

6. Esiste un bagno in prossimità del servizio?

Sì

No

7. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

7.1. Esiste un sistema alternativo che indica se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

8. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di allarme?

Sì

No

9. Esiste, in prossimità del servizio, un gabinetto per disabili?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Telefoni

10. Numero di telefoni pubblici interni (compresi i locali di attesa)

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Accessibilità

11. L'ubicazione del servizio è indicata attraverso segnalazioni orizzontali o verticali

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - all'ingresso del complesso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - al piano in cui si trova il servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - all'entrata del servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

12. Esiste, in luogo accessibile, un cartello con l'orario di apertura del servizio?

Sì No

13. Esiste un cartello con l'indicazione di uno o più numeri telefonici da chiamare per la prenotazione della prestazione tramite telefono?

Sì No

14. Esiste una macchina per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso alle prenotazioni?

Sì No

15. Esiste un display per la visualizzazione del numero di entrata?

Sì No

15.1. Esiste altro sistema di distribuzione dei numeri per regolare l'ordine di accesso al servizio?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Informazione

16. Esiste, all'interno del servizio, in un luogo accessibile agli utenti, un cartello con l'organico medico e infermieristico del servizio?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Assistenza medica e infermieristica

17. Viene compilata una scheda o una cartella ambulatoriale per ogni utente?

- su supporto cartaceo

Sì No

- anche su supporto informatico

Sì No

18. Sono disponibili spogliatoi per il personale?

Sì

No

19. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano, a ogni lavoratore, di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Sicurezza

20. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di sicurezza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

SERVIZIO N. 5:

Sezione prima - Locali

1. Il servizio dispone di una sala di attesa con posti a sedere per gli utenti?

Sì

No

2. Si notano barriere architettoniche?

Sì

No

(se sì)

2.1. Di che barriere si tratta? _____

3. Ogni stanza dispone di almeno una finestra?

Sì

No

4. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori?

Sì

No

5. Esistono aree riservate per potersi cambiare privatamente (oltre ai bagni)?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Igiene

6. Esiste un bagno in prossimità del servizio?

Sì

No

7. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

7.1. Esiste un sistema alternativo che indica se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

8. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di allarme?

Sì

No

9. Esiste, in prossimità del servizio, un gabinetto per disabili?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Telefoni

10. Numero di telefoni pubblici interni (compresi i locali di attesa)

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Accessibilità

11. L'ubicazione del servizio è indicata attraverso segnalazioni orizzontali o verticali

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - all'ingresso del complesso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - al piano in cui si trova il servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - all'entrata del servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

12. Esiste, in luogo accessibile, un cartello con l'orario di apertura del servizio?

Sì No

13. Esiste un cartello con l'indicazione di uno o più numeri telefonici da chiamare per la prenotazione della prestazione tramite telefono?

Sì No

14. Esiste una macchina per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso alle prenotazioni?

Sì No

15. Esiste un display per la visualizzazione del numero di entrata?

Sì No

15.1. Esiste altro sistema di distribuzione dei numeri per regolare l'ordine di accesso al servizio?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Informazione

16. Esiste, all'interno del servizio, in un luogo accessibile agli utenti, un cartello con l'organico medico e infermieristico del servizio?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Assistenza medica e infermieristica

17. Viene compilata una scheda o una cartella ambulatoriale per ogni utente?

- su supporto cartaceo

Sì

No

- anche su supporto informatico

Sì

No

18. Sono disponibili spogliatoi per il personale?

Sì

No

19. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano, a ogni lavoratore, di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Sicurezza

20. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di sicurezza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

SERVIZIO N. 6:

Sezione prima - Locali

1. Il servizio dispone di una sala di attesa con posti a sedere per gli utenti?

Sì

No

2. Si notano barriere architettoniche?

Sì

No

(se sì)

2.1. Di che barriere si tratta?

3. Ogni stanza dispone di almeno una finestra?

Sì

No

4. I locali di medicazione e cura sono dotati di box e/o divisori?

Sì

No

5. Esistono aree riservate per potersi cambiare privatamente (oltre ai bagni)?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione seconda - Igiene

6. Esiste un bagno in prossimità del servizio?

Sì

No

7. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di chiusura dall'interno?

Sì

No

(se no)

7.1. Esiste un sistema alternativo che indica se il gabinetto è occupato o libero?

Sì

No

8. I gabinetti sono tutti dotati di un sistema di allarme?

Sì

No

9. Esiste, in prossimità del servizio, un gabinetto per disabili?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione terza - Telefoni

10. Numero di telefoni pubblici interni (compresi i locali di attesa)

|_|_|

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quarta - Accessibilità

11. L'ubicazione del servizio è indicata attraverso segnalazioni orizzontali o verticali

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - all'ingresso del complesso | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - al piano in cui si trova il servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - all'entrata del servizio | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

12. Esiste, in luogo accessibile, un cartello con l'orario di apertura del servizio?

Sì No

13. Esiste un cartello con l'indicazione di uno o più numeri telefonici da chiamare per la prenotazione della prestazione tramite telefono?

Sì No

14. Esiste una macchina per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso alle prenotazioni?

Sì No

15. Esiste un display per la visualizzazione del numero di entrata?

Sì No

15.1. Esiste altro sistema di distribuzione dei numeri per regolare l'ordine di accesso al servizio?

Sì No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione quinta - Informazione

16. Esiste, all'interno del servizio, in un luogo accessibile agli utenti, un cartello con l'organico medico e infermieristico del servizio?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione sesta - Assistenza medica e infermieristica

17. Viene compilata una scheda o una cartella ambulatoriale per ogni utente?

- su supporto cartaceo

Sì No

- anche su supporto informatico

Sì No

18. Sono disponibili spogliatoi per il personale?

Sì

No

19. Tali spogliatoi sono dotati di attrezzature che consentano, a ogni lavoratore, di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

Sezione settima - Sicurezza

20. Esiste un'apposita segnaletica che evidenzia le vie e le uscite di sicurezza?

Sì

No

Osservazioni relative alla sezione

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE
PERIODICA**

GO2 - A

Modulo generale per i complessi sanitari

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PERIODICA
GO2 - modulo A**

NOME DEL COMPLESSO SANITARIO

COMUNE

PROVINCIA

SEGNALARE SE SI TRATTA DI:

- OSPEDALE PUBBLICO
- CASA DI CURA CONVENZIONATA
- STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA

AVVERTENZA

Il presente modulo A è parte integrante di una griglia di osservazione periodica, denominata GO2, composta da tre tipi di moduli:

- un modulo generale (A) per l'osservazione del complesso sanitario e di alcuni servizi (accettazione, pronto soccorso, ecc.);
- più moduli specifici (B) per l'osservazione delle divisioni di degenza (un modulo per ogni divisione considerata);
- un modulo specifico (C) per l'osservazione dei servizi ambulatoriali e territoriali (da compilare nelle strutture ospedaliere unicamente se tali servizi sono presenti)

L'osservazione periodica, nel suo complesso, prevede 6 passaggi denominati

- | | |
|------|---------------------|
| - P1 | (primo passaggio) |
| - P2 | (secondo passaggio) |
| - P3 | (terzo passaggio) |
| - P4 | (quarto passaggio) |
| - P5 | (quinto passaggio) |
| - P6 | (sesto passaggio) |

che andranno effettuati in sei giorni diversi, secondo il seguente schema:

- P1: di giorno feriale, tra le 8,00 e le 11,30;
- P2: di giorno feriale, tra le 15,00 e le 18,00;
- P3: di giorno festivo tra le 17,00 e le 20,00;
- P4: di giorno feriale, dopo le 22,00;
- P5: di giorno feriale, durante il pranzo o, nel caso del modulo C, tra le 11,30 e le 14,00;
- P6: di giorno festivo, durante l'orario mattutino di visita dei parenti.

Nel corso di questa applicazione sperimentale, verranno effettuati solo i passaggi P1, P3, P4 e P5 per quanto concerne la medicina ospedaliera (complesso ospedaliero) e solo i passaggi P1, P2 e P5 per quanto concerne la medicina ambulatoriale (poliambulatorio).

La griglia GO2 è stata concepita per registrare eventi che possono variare, anche nel breve periodo. Quelli che, invece, tendono a rimanere costanti andranno registrati nella griglia GO1.

P1 P2 P3 P4 P5 P6

Sezione prima - Accessibilità

(solo se il complesso sanitario dispone di un parcheggio interno)

1. Nel periodo di osservazione, il parcheggio (o i parcheggi) del complesso sanitario è:

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - pressoché vuoto | <input type="checkbox"/> |
| - pieno per circa la metà | <input type="checkbox"/> |
| - completo | <input type="checkbox"/> |
| - completo e con macchine
in seconda e terza fila | <input type="checkbox"/> |

(solo se il complesso sanitario non dispone di un parcheggio interno)

2. Nelle aree in prossimità del complesso sanitario (nel raggio di 300 metri) si notano numerose automobili in divieto di sosta, in seconda o terza fila o comunque fuori posto?

- | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

(sempre)

3. Gli ascensori del complesso sono tutti funzionanti?

- | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Sezione seconda - I servizi SAES

(N.B. Questa sezione è da compilare unicamente negli ospedali e nelle case di cura, ovviamente solo se esiste nella struttura il Servizio accettazione e emergenza sanitaria - SAES)

Locali

4. La sala di attesa del servizio, all'inizio del passaggio, risulta essere:

- | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - vuota o quasi vuota | <input type="checkbox"/> |
| - parzialmente piena | <input type="checkbox"/> |

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
- completamente piena	<input type="checkbox"/>					
- sovraffollata (la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc. non permette ai presenti di stare a sedere)	<input type="checkbox"/>					

(se esiste la sezione di osservazione)

5. I letti per la degenza nel servizio sono tutti dotati di:

- lenzuola

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- coperte

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- cuscini

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- federe

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- materassi della stessa misura del letto

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- luci individuali funzionanti

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

6. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

P1 P2 P3 P4 P5 P6

Igiene

7. Ogni gabinetto risulta accessibile e funzionante?

Sì

No

8. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?

Sì

No

9. Ogni gabinetto è dotato di copri-water?

Sì

No

10. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?

Sì

No

11. Ogni gabinetto è dotato di scopino?

Sì

No

12. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?

Sì

No

13. Quanti getti d'acqua risultano non funzionanti?

P1 P2 P3 P4 P5 P6

14. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:

- topi (o loro tracce inequivocabili)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- insetti (scarafaggi e blatte)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- rifiuti abbandonati

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- biancheria sporca o medicazioni abbandonate

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Vitto

(da rilevare nei passaggi contrassegnati dai codici P3 e P5)

(se esiste la sezione di osservazione)

15. Viene distribuito il pasto alle persone che sono in osservazione?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(se sì alla dom. 15)

16. A ogni utente che mangia, l'ospedale fornisce:

- piatti o contenitori analoghi

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1 P2 P3 P4 P5 P6

- posate

Sì
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- bicchiere

Sì
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- tovagliolo

Sì
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- vassoio portavivande

Sì
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Vengono serviti piatti caldi?

Sì
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. E' stato notato nel cibo distribuito (o durante la sua distribuzione) un qualunque elemento che permette di metterne in dubbio la perfetta condizione igienica?

Sì
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(se sì)
18.1. Di quali elementi si trattava?

P3 _____ P5 _____

Assistenza infermieristica

19. Numero del personale infermieristico presente all'interno del servizio

_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---

P1 P2 P3 P4 P5 P6

20. Gli infermieri incontrati durante il passaggio sono tutti dotati di un cartellino di riconoscimento (o altro strumento analogo per l'identificazione)?

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Sì, tutti | <input type="checkbox"/> |
| - Solo alcuni | <input type="checkbox"/> |
| - No, nessuno | <input type="checkbox"/> |

20.1. Gli infermieri indossano l'uniforme regolamentare?

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Sì, tutti | <input type="checkbox"/> |
| - Solo alcuni | <input type="checkbox"/> |
| - No, nessuno | <input type="checkbox"/> |

(se esiste la sezione di osservazione)

21. Nel corso del passaggio, si rileva la presenza, all'interno del servizio, di badanti e/o di personale estraneo all'ospedale che svolgono funzioni di assistenza ai ricoverati (per la deambulazione, il vitto, l'igiene, ecc.?)

(Da non rilevare nel corso del secondo e del sesto passaggio, contrassegnati con i codici P2 e P6)

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Personale ausiliario

22. Numero di unità di personale ausiliario (compresi gli OTA) presenti all'interno del servizio.

23. Gli ausiliari sono tutti dotati di cartellino di riconoscimento (o altro strumento analogo per l'identificazione)?

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Sì, tutti | <input type="checkbox"/> |
| - Solo alcuni | <input type="checkbox"/> |
| - No, nessuno | <input type="checkbox"/> |

Assistenza medica

24. Numero del personale medico presente all'interno del servizio

P1 P2 P3 P4 P5 P6

25. I medici incontrati durante il passaggio sono tutti dotati di un cartellino di riconoscimento (o altro strumento analogo per l'identificazione)?

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Sì, tutti | <input type="checkbox"/> |
| - Solo alcuni | <input type="checkbox"/> |
| - No, nessuno | <input type="checkbox"/> |

26. I medici indossano l'uniforme regolamentare?

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Sì, tutti | <input type="checkbox"/> |
| - Solo alcuni | <input type="checkbox"/> |
| - No, nessuno | <input type="checkbox"/> |

Telefoni

27. I telefoni pubblici del servizio a disposizione del pubblico sono tutti funzionanti?

- | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì, tutti | <input type="checkbox"/> |
| Solo alcuni | <input type="checkbox"/> |
| No, nessuno | <input type="checkbox"/> |

Sezione terza - Sala mortuaria

(Questa sezione va compilata solo negli ospedali e nelle case di cura, qualora esista un servizio mortuario funzionante)

28. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - vuota o quasi vuota | <input type="checkbox"/> |
| - parzialmente piena | <input type="checkbox"/> |
| - completamente piena | <input type="checkbox"/> |
| - sovraffollata | <input type="checkbox"/> |

(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)

P1 P2 P3 P4 P5 P6

29. Il guardiano della sala mortuaria indossa un cartellino di riconoscimento o una divisa che consenta una sua rapida identificazione?

- Sì, un cartellino di riconoscimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sì, una divisa particolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. La cappella annessa alla sala mortuaria (nel caso vi fosse) è aperta?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Prenotazione e pagamento dei ticket

31. Si notano file agli sportelli o per l'accesso agli uffici dove si effettuano prenotazioni e/o dove si pagano i ticket?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

32. Esiste un sistema automatizzato di distribuzione dei numeri per accedere ai servizi di prenotazione funzionante?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

33. Esiste un display funzionante per la visualizzazione dei numeri chiamati?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

P1 P2 P3 P4 P5 P6

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE
PERIODICA**

GO2 - B

Modulo specifico per le divisioni di degenza

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PERIODICA
GO2 - modulo B**

NOME DEL COMPLESSO SANITARIO

COMUNE

PROVINCIA

SEGNALARE SE SI TRATTA DI:

- OSPEDALE PUBBLICO

- CASA DI CURA CONVENZIONATA

divisione _____ centro di costo |__|__|/|__|__|/|__|__|
(codice)

AVVERTENZA

Il presente modulo B è parte integrante di una griglia di osservazione periodica, denominata GO2, composta da tre tipi di moduli:

- un modulo generale (A) per l'osservazione del complesso sanitario e di alcuni servizi (accettazione, pronto soccorso, ecc.);
- più moduli specifici (B) per l'osservazione delle divisioni di degenza (un modulo per ogni divisione considerata);
- un modulo specifico (C) per l'osservazione dei servizi ambulatoriali e territoriali (da compilare nelle strutture ospedaliere unicamente se tali servizi sono presenti)

L'osservazione periodica, nel suo complesso, prevede 6 passaggi denominati

- | | |
|------|---------------------|
| - P1 | (primo passaggio) |
| - P2 | (secondo passaggio) |
| - P3 | (terzo passaggio) |
| - P4 | (quarto passaggio) |
| - P5 | (quinto passaggio) |
| - P6 | (sesto passaggio) |

che andranno effettuati in sei giorni diversi, secondo il seguente schema:

- P1: di giorno feriale, tra le 8,00 e le 11,30;
- P2: di giorno feriale, durante l'orario pomeridiano di visita dei parenti ai reparti di degenza;
- P3: di giorno festivo, durante l'orario pomeridiano di visita dei parenti;
- P4: di giorno feriale, dopo le 22,00;
- P5: di giorno feriale, durante il pranzo o, nel caso del modulo C, tra le 11,30 e le 14,00;
- P6: di giorno festivo, durante l'orario mattutino di visita dei parenti.

Nel corso di questa applicazione sperimentale verranno effettuati solo i passaggi P1, P3, P4, P5.

La griglia GO2 è stata concepita per registrare eventi che possono variare, anche nel breve periodo. Quelli che, invece, tendono a rimanere costanti andranno registrati nella griglia GO1.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PERIODICA GO2 - B
MODULO SPECIFICO PER LE DIVISIONI DI DEGENZA

PRIMO PASSAGGIO (P1) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

SECONDO PASSAGGIO (P2) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da.....

TERZO PASSAGGIO (P3) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

QUARTO PASSAGGIO (P4) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

QUINTO PASSAGGIO (P5) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

SESTO PASSAGGIO (P6) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

Sezione prima - Igiene

Caratteristiche dei bagni

1. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Sì
No

2. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?

Sì
No

3. Ogni gabinetto è dotato di copri-water monouso?

Sì
No

4. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?

Sì
No

5. Ogni gabinetto è dotato di scopino?

Sì
No

6. Ogni bagno è dotato di sapone liquido?

Sì
No

7. Ogni bagno è dotato di asciugamani monouso o di getto a aria calda funzionante?

Sì
No

8. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

9. Quanti getti d'acqua risultano non funzionanti?

P1	P2	P3	P4	P5	P6
<input type="text"/>					

10. E' disponibile in tutti i bagni l'acqua calda?

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

11. Quanti bidé risultano non funzionanti?

P1	P2	P3	P4	P5	P6
<input type="text"/>					

12. Quante docce o vasche risultano non funzionanti?

P1	P2	P3	P4	P5	P6
<input type="text"/>					

Livello di pulizia dei gabinetti

13. Numero di gabinetti ritenuti sporchi

P1	P2	P3	P4	P5	P6
<input type="text"/>					

(NOTA BENE: Un gabinetto si considera sporco se si rilevano, o all'interno, o nel locale in cui è situato, tracce di escrementi, di urina e di sangue, nonché rifiuti di ogni genere e che non sia stato pulito nei 30 minuti successivi al rilevamento; se, invece, nel gabinetto non si rilevano le tracce di sporco o, se si rilevano, esse vengono pulite entro 30 minuti dal rilevamento, allora esso è da considerarsi pulito)

14. I gabinetti ritenuti sporchi sono stati puliti nei 30 minuti successivi al rilevamento?

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
- Sì, tutti	<input type="checkbox"/>					
- Sì, in parte	<input type="checkbox"/>					
- No, nessuno	<input type="checkbox"/>					

Altre osservazioni

P1 P2 P3 P4 P5 P6

15. Durante la permanenza all'interno della divisione sono stati notati:

- topi (o loro tracce inequivocabili)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- insetti (scarafaggi e blatte)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

- padelle o pappagalli sporchi abbandonati in spazi comuni (corridoi, luoghi di transito, ecc.)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Sezione seconda - Vitto

Menù

16. Il menù settimanale viene affisso in un luogo accessibile ai degenti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1 P2 P3 P4 P5 P6

17. C'è la possibilità di scegliere fra due o più menù?

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Attrezzature per il vitto

(Compilare solo nel corso delle osservazioni identificate con i codici P3 e P5)

18. Gli alimenti vengono portati in piatti o contenitori separati?

Sì		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
No		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

19. Ogni degente è dotato, da parte dell'ospedale di:

- posate

Sì		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
No		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

- bicchiere

Sì		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
No		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

- tovagliolo(i) di carta

Sì		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
No		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

- vassoio portavivande

Sì		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
No		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Quantità e qualità del cibo

(Compilare solo nel corso delle osservazioni identificate con i codici P3 e P5)

20. I piatti che dovrebbero essere serviti caldi risultano tali all'inizio della distribuzione del cibo?

- Sì, tutti		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Solo alcuni		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- No, nessuno		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

P1 P2 P3 P4 P5 P6

21. I piatti che dovrebbero essere serviti caldi risultano tali alla fine della distribuzione del cibo?

- | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| - Sì, tutti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Solo alcuni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - No, nessuno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. Viene utilizzato un carrello scalda-vivande?

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Quanto cibo risulta disponibile sul carrello alla fine della distribuzione?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Pressoché nulla o nulla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Poco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Circa la metà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Più della metà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Quanto cibo viene restituito, in media, dai degenti (in proporzione a quello distribuito)?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Pressoché nulla o nulla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Poco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Circa la metà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Più della metà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Il pasto è stato servito secondo l'orario prestabilito?

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(se no)

25.1. Con quanto ritardo o anticipo?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Meno di 30 minuti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tra 30 e 60 minuti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tra 60 e 90 minuti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Oltre i 90 minuti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. E' stato notato nel cibo o durante la sua distribuzione un qualunque elemento che permette di metterne in dubbio la perfetta condizione igienica?

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P1 P2 P3 P4 P5 P6

(se si)

26.1. Specificare di quale elemento si tratta

P3 _____ P5 _____

27. Ci sono, nella divisione, malati non autosufficienti che non sono in grado di nutrirsi da soli?

Sì
No

(se si)

27.1. Chi dà loro il cibo?

(è ammessa più di una risposta)

- un ausiliario
- un infermiere
- un parente o un amico
- un volontario
- altro
- nessuno
- un badante

Sezione terza - Alloggio

Organizzazione degli spazi

28. Ci sono letti al di fuori delle camere adibite alla degenza (ad es. nei corridoi)?

Sì
No

29. Ci sono pazienti ricoverati non su letti, ma su barelle, brandine o con altre sistemazioni inappropriate?

Sì
No

P1 P2 P3 P4 P5 P6

Dotazione dei posti letto

(Non compilare nel corso del passaggio notturno, contrassegnato con il codice P4)

30. Quanti cestini ci sono nelle divisioni?

_	_	_	_	_
---	---	---	---	---

31. Ogni letto è dotato di due lenzuola?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

32. Ogni letto è dotato di almeno una coperta?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

33. Ogni letto è dotato di almeno un cuscino?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

34. Ogni cuscino è dotato di federa?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

35. Circa le condizioni delle suppellettili, durante l'osservazione, sono stati notati:

- posti-letto dotati di lenzuola lacerate

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- materassi eccessivamente sottili

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

- materassi fuori misura (es. troppo corti)

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
- <i>cuscini troppo sottili o fuori misura</i>						
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>coperte in cattive condizioni</i>						
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>coperte troppo piccole rispetto alla dimensione dei letti</i>						
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>materassi sporchi</i>						
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>letti traballanti</i>						
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>letti troppo vicini al suolo (a meno di 40 cm)</i>						
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Sono state, inoltre, notate luci individuali che non funzionano?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(da compilare anche nel passaggio P4)

37. I posti-letto occupati da pazienti non autosufficienti o bisognosi di assistenza sono dotati di suppellettili per il personale impegnato nell'assistenza diurna e notturna (infermieri a pagamento, parenti, amici, ecc.)?

- *sedia*

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
- poltrona						
Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					
- posto-letto						
Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Manutenzione e sicurezza

(Non compilare nel corso del passaggio notturno, contrassegnato con il codice P4)

38. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

39. Ci sono finestre che non si chiudono o non si aprono o sono sprovviste di maniglie?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

39.1. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

39.2. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

40. Ci sono persiane o tapparelle non funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

41. Ci sono porte che non si chiudono o che sono sprovviste di maniglie?

Sì	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

P1 P2 P3 P4 P5 P6

42. Ci sono nelle camerate termosifoni non funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Quiete, tranquillità

43. Nell'ambiente di degenza si sentono rumori assordanti e continui?

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Sezione quarta - Aree di socializzazione

(Se non esistono salottini o aree di socializzazione passare alla sezione quinta)

44. I salottini o gli altri spazi attrezzati destinati all'incontro con altri degenti, con parenti e amici e ad attività ricreative, al momento del passaggio, risultano:

- vuoti	<input type="checkbox"/>					
- parzialmente occupati	<input type="checkbox"/>					
- pieni o quasi pieni	<input type="checkbox"/>					
- sovraffollati	<input type="checkbox"/>					

45. Tali spazi sono dotati di giornali e riviste?

- Sì, di riviste e giornali recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima, periodici dell'ultima settimana o dell'ultimo mese)	<input type="checkbox"/>					
- Sì, di riviste e giornali non recenti	<input type="checkbox"/>					
- No	<input type="checkbox"/>					

46. I telefoni pubblici ubicati all'interno della divisione o nello spazio antistante sono tutti funzionanti?

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

(se no)

46.1. Quanti risultano guasti? |__| |__| |__| |__| |__| |__|

47. Esiste almeno un distributore di schede telefoniche funzionante all'interno della divisione o nello spazio antistante?

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

Assistenza infermieristica

48. Numero di unità del personale infermieristico presente all'interno della divisione

|__| |__| |__| |__| |__| |__|

49. Nel corso del passaggio, si rileva la presenza, all'interno della divisione, di badanti e/o di personale estraneo alla divisione che svolgono funzioni di assistenza ai ricoverati (per la deambulazione, il vitto, l'igiene, ecc.)?

(Da non rilevare nel corso del secondo e del sesto passaggio, contrassegnati rispettivamente con i codici P2 e P6)

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Gli infermieri incontrati durante il passaggio sono tutti dotati di un cartellino di riconoscimento (o di altro strumento analogo per l'identificazione)?

- Sì, tutti	<input type="checkbox"/>					
- Solo alcuni	<input type="checkbox"/>					
- No, nessuno	<input type="checkbox"/>					

P1 P2 P3 P4 P5 P6

51. Le risposte del personale infermieristico alle chiamate dei degenti risultano essere tempestive

(sono tali le risposte date entro 5 minuti dalla chiamata)

Sì	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

52. Rilevare se, nel corso dei passaggi effettuati durante i giorni festivi (contrassegnati con i codici P3 e P6), la terapia è stata somministrata regolarmente ai degenti

(Richiedere l'informazione a un caposala o a un infermiere professionale)

Sì			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Assistenza medica

53. Numero del personale medico presente all'interno della divisione

_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---

54. I medici incontrati durante l'osservazione sono tutti dotati di un cartellino di riconoscimento (o altro strumento analogo per l'identificazione)?

- Sì, tutti	<input type="checkbox"/>					
- Solo alcuni	<input type="checkbox"/>					
- No, nessuno	<input type="checkbox"/>					

55. I medici hanno a disposizione un ricettario regionale?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Si notano, nella divisione, pazienti dimessi in attesa della lettera di dimissioni?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

P1 P2 P3 P4 P5 P6

Personale ausiliario

57. Numero di unità di personale ausiliario all'interno della divisione

_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---

58. Il personale ausiliario incontrato durante l'osservazione è dotato di un cartellino di riconoscimento (o altro strumento analogo per l'identificazione)?

- Sì, tutti	<input type="checkbox"/>					
- Solo alcuni	<input type="checkbox"/>					
- No, nessuno	<input type="checkbox"/>					

Sezione sesta - Eventi di primo allarme

59. Attenzione ai seguenti fatti (apporre una sola croce anche quando il fatto viene rilevato più di una volta):

* degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti privi di assistenza nei seguenti casi:

- deambulazione	<input type="checkbox"/>					
- alimentazione	<input type="checkbox"/>					
- pulizia personale e cambio biancheria	<input type="checkbox"/>					
- defecazione, minzione e vomito	<input type="checkbox"/>					

- personale non autorizzato che esercita funzioni per le quali non ha una specifica abilitazione professionale (ad esempio, personale ausiliario che svolge prestazioni di carattere terapeutico, quali somministrare medicine o fare iniezioni intramuscolari)

	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

* percosse ai degenti	<input type="checkbox"/>					
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

* insulti di operatori a degenti (o osservazioni ingiuriose)	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

* litigi tra il personale	<input type="checkbox"/>					
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
* utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori (parte del corpo, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
* litigi tra il personale e i degenti	<input type="checkbox"/>					
* cadaveri lasciati per lungo tempo nel letto o in luoghi impropri all'interno della divisione (nei corridoi, in corsia, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
* interventi effettuati (iniziati) dopo oltre 5 minuti dal manifestarsi di una situazione di emergenza	<input type="checkbox"/>					

Osservazioni

P1 P2 P3 P4 P5 P6

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE
PERIODICA**

GO2 - C

***Modulo specifico per i servizi
ambulatoriali e territoriali***

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PERIODICA
GO2 - modulo C**

NOME DEL COMPLESSO SANITARIO

COMUNE

PROVINCIA

SEGNALARE SE SI TRATTA DI:

- OSPEDALE PUBBLICO
- CASA DI CURA CONVENZIONATA
- STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA

AVVERTENZA

Il presente modulo C è parte integrante di una griglia di osservazione periodica, denominata GO2, composta da tre tipi di moduli:

- un modulo generale (A) per l'osservazione del complesso sanitario e di alcuni servizi (accettazione, pronto soccorso, ecc.);
- più moduli specifici (B) per l'osservazione delle divisioni di degenza (un modulo per ogni divisione considerata);
- un modulo specifico (C) per l'osservazione dei servizi ambulatoriali e territoriali (da compilare nelle strutture ospedaliere unicamente se tali servizi sono presenti)

L'osservazione periodica, nel suo complesso, prevede 6 passaggi denominati

- | | |
|------|---------------------|
| - P1 | (primo passaggio) |
| - P2 | (secondo passaggio) |
| - P3 | (terzo passaggio) |
| - P4 | (quarto passaggio) |
| - P5 | (quinto passaggio) |
| - P6 | (sesto passaggio) |

che andranno effettuati in sei giorni diversi, secondo il seguente schema:

- P1: di giorno feriale, tra le 8,00 e le 11,30;
- P2: di giorno feriale, tra le 15.00 e le 18.00;
- P3: di giorno festivo tra le 17,00 e le 20,00;
- P4: di giorno feriale, dopo le 22,00;
- P5: di giorno feriale, durante il pranzo o, nel caso del modulo C, tra le 11,30 e le 14,00;
- P6: di giorno festivo, durante l'orario mattutino di visita dei parenti.

Nel caso dei servizi ambulatoriali, vanno effettuati solo i passaggi P1, P2 e P5.

La griglia GO2 è stata concepita per registrare eventi che possono variare, anche nel breve periodo. Quelli che, invece, tendono a rimanere costanti andranno registrati nella griglia GO1.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PERIODICA GO2 - C

**MODULO SPECIFICO
PER I SERVIZI AMBULATORIALI E TERRITORIALI**

Da compilare solo nel corso dei passaggi P1,P2 e P5

PRIMO PASSAGGIO (P1) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

SECONDO PASSAGGIO (P2) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da.....

QUINTO PASSAGGIO (P5) Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il passaggio è iniziato alle ore |_|_|,|_|_| e si è concluso alle ore |_|_|,|_|_|

L'osservazione è stata condotta da

P1 P2 P5

Servizio n. 1:

Sezione prima - Accessibilità

1. Nell'orario del passaggio, il servizio è in funzione?

Sì
No

(se il servizio non è in funzione)

1.1. Per quali motivi?

(chiedere a un funzionario amministrativo, a un medico o a un altro operatore sanitario presente)

2. La macchina o il sistema per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso al servizio è funzionante?

Sì
No

3. Il display per la visualizzazione del numero di entrata è funzionante?

Sì
No

Sezione seconda - Locali

(solo se vi è sala di attesa o ambiente equivalente, es. corridoio)

4. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

- vuota o quasi vuota

	P1	P2	P5
- parzialmente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- completamente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sovraffollata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)</i>			

5. Sono disponibili giornali e riviste?

Si, recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima; riviste della settimana o dell'ultimo mese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, ma non recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi è una macchina per la distribuzione delle bevande funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si sono notati termosifoni che perdono o, comunque, non funzionanti?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione terza - Igiene

9. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ogni gabinetto è dotato di campanello di allarme funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
11. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ogni gabinetto è dotato di un distributore di copriwater funzionante?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ogni gabinetto è dotato di scopino?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ogni bagno è dotato di:			
<i>- sapone liquido</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>- asciugamano monouso</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si sono notati gabinetti sporchi per un periodo superiore a 30 minuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:			
<i>- topi (o loro tracce inequivocabili)</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
- insetti (scarafaggi o blatte)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Telefoni

(solo se vi sono telefoni pubblici)

18. I telefoni pubblici presenti nell'area dei servizi osservati sono tutti funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, alcuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

19. Tutti i medici incontrati sono dotati di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tutto il personale infermieristico e tecnico è dotato di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1 P2 P5

Sezione sesta - Eventi sentinella

21. Durante l'osservazione del servizio, si è notato:

- *utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori*
 - *osservazioni ingiurose o insulti del personale agli utenti*
 - *litigi tra il personale e gli utenti*
 - *litigi tra il personale in presenza degli utenti*
-

Sezione settima - Sicurezza

22. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

- Sì
- No

23. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso ?

- Sì
- No

Osservazioni

Servizio n. 2:

Sezione prima - Accessibilità

1. Nell'orario del passaggio, il servizio è in funzione?

Si [] [] [] []
No [] [] []

(se il servizio non è in funzione)

1.1. Per quali motivi?

(chiedere a un funzionario amministrativo, a un medico o a un altro operatore sanitario presente)

Horizontal lines for text input.

2. La macchina o il sistema per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso al servizio è funzionante?

Si [] [] [] []
No [] [] []

3. Il display per la visualizzazione del numero di entrata è funzionante?

Si [] [] [] []
No [] [] []

Sezione seconda - Locali

(solo se vi è sala di attesa o ambiente equivalente, es. corridoio)

4. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

- vuota o quasi vuota [] [] []

	P1	P2	P5
- parzialmente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- completamente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sovraffollata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)</i>			

5. Sono disponibili giornali e riviste?

Si, recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima; riviste della settimana o dell'ultimo mese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, ma non recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi è una macchina per la distribuzione delle bevande funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si sono notati termosifoni che perdono o, comunque, non funzionanti?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione terza - Igiene

9. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ogni gabinetto è dotato di campanello di allarme funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
11. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ogni gabinetto è dotato di un distributore di copriwater funzionante?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ogni gabinetto è dotato di scopino?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ogni bagno è dotato di:			
- <i>sapone liquido</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>asciugamano monouso</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si sono notati gabinetti sporchi per un periodo superiore a 30 minuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:			
- <i>topi (o loro tracce inequivocabili)</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
- insetti (scarafaggi o blatte)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Telefoni

(solo se vi sono telefoni pubblici)

18. I telefoni pubblici presenti nell'area dei servizi osservati sono tutti funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, alcuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

19. Tutti i medici incontrati sono dotati di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tutto il personale infermieristico e tecnico è dotato di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1 P2 P5

Sezione sesta - Eventi sentinella

21. Durante l'osservazione del servizio, si è notato:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - osservazioni ingiurose o insulti del personale agli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - litigi tra il personale e gli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - litigi tra il personale in presenza degli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Sezione settima - Sicurezza

22. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

- | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso ?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Osservazioni

Servizio n. 3:

Sezione prima - Accessibilità

1. Nell'orario del passaggio, il servizio è in funzione?

Sì
No

(se il servizio non è in funzione)

1.1. Per quali motivi?

(chiedere a un funzionario amministrativo, a un medico o a un altro operatore sanitario presente)

2. La macchina o il sistema per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso al servizio è funzionante?

Sì
No

3. Il display per la visualizzazione del numero di entrata è funzionante?

Sì
No

Sezione seconda - Locali

(solo se vi è sala di attesa o ambiente equivalente, es. corridoio)

4. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

- vuota o quasi vuota

	P1	P2	P5
- parzialmente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- completamente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sovraffollata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)</i>			

5. Sono disponibili giornali e riviste?

Si, recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima; riviste della settimana o dell'ultimo mese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, ma non recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi è una macchina per la distribuzione delle bevande funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si sono notati termosifoni che perdono o, comunque, non funzionanti?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione terza - Igiene

9. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ogni gabinetto è dotato di campanello di allarme funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
11. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ogni gabinetto è dotato di un distributore di copriwater funzionante?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ogni gabinetto è dotato di scopino?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ogni bagno è dotato di:			
<i>- sapone liquido</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>- asciugamano monouso</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si sono notati gabinetti sporchi per un periodo superiore a 30 minuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:			
<i>- topi (o loro tracce inequivocabili)</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
- insetti (scarafaggi o blatte)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Telefoni

(solo se vi sono telefoni pubblici)

18. I telefoni pubblici presenti nell'area dei servizi osservati sono tutti funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, alcuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

19. Tutti i medici incontrati sono dotati di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tutto il personale infermieristico e tecnico è dotato di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1 P2 P5

Sezione sesta - Eventi sentinella

21. Durante l'osservazione del servizio, si è notato:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - osservazioni ingiurose o insulti del personale agli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - litigi tra il personale e gli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - litigi tra il personale in presenza degli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Sezione settima - Sicurezza

22. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

- | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso ?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Osservazioni

Servizio n. 4:

Sezione prima - Accessibilità

1. Nell'orario del passaggio, il servizio è in funzione?

Si [] [] [] []
No [] [] []

(se il servizio non è in funzione)

1.1. Per quali motivi?

(chiedere a un funzionario amministrativo, a un medico o a un altro operatore sanitario presente)

.....
.....
.....
.....
.....

2. La macchina o il sistema per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso al servizio è funzionante?

Si [] [] [] []
No [] [] []

3. Il display per la visualizzazione del numero di entrata è funzionante?

Si [] [] [] []
No [] [] []

Sezione seconda - Locali

(solo se vi è sala di attesa o ambiente equivalente, es. corridoio)

4. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

- vuota o quasi vuota [] [] []

	P1	P2	P5
- parzialmente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- completamente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sovraffollata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)</i>			

5. Sono disponibili giornali e riviste?

Si, recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima; riviste della settimana o dell'ultimo mese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, ma non recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi è una macchina per la distribuzione delle bevande funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si sono notati termosifoni che perdono o, comunque, non funzionanti?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione terza - Igiene

9. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ogni gabinetto è dotato di campanello di allarme funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
11. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ogni gabinetto è dotato di un distributore di copriwater funzionante?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ogni gabinetto è dotato di scopino?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ogni bagno è dotato di:			
<i>- sapone liquido</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>- asciugamano monouso</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si sono notati gabinetti sporchi per un periodo superiore a 30 minuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:			
<i>- topi (o loro tracce inequivocabili)</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
- insetti (scarafaggi o blatte)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Telefoni

(solo se vi sono telefoni pubblici)

18. I telefoni pubblici presenti nell'area dei servizi osservati sono tutti funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, alcuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

19. Tutti i medici incontrati sono dotati di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tutto il personale infermieristico e tecnico è dotato di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1 P2 P5

Sezione sesta - Eventi sentinella

21. Durante l'osservazione del servizio, si è notato:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - osservazioni ingiurose o insulti del personale agli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - litigi tra il personale e gli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - litigi tra il personale in presenza degli utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Sezione settima - Sicurezza

22. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

- | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso ?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sì <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Osservazioni

Servizio n. 5:

Sezione prima - Accessibilità

1. Nell'orario del passaggio, il servizio è in funzione?

Sì [] [] []
No [] [] []

(se il servizio non è in funzione)

1.1. Per quali motivi?

(chiedere a un funzionario amministrativo, a un medico o a un altro operatore sanitario presente)

.....
.....
.....
.....
.....

2. La macchina o il sistema per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso al servizio è funzionante?

Sì [] [] []
No [] [] []

3. Il display per la visualizzazione del numero di entrata è funzionante?

Sì [] [] []
No [] [] []

Sezione seconda - Locali

(solo se vi è sala di attesa o ambiente equivalente, es. corridoio)

4. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

	P1	P2	P5
- vuota o quasi vuota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- parzialmente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- completamente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sovraffollata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)</i>			

5. Sono disponibili giornali e riviste?

Si, recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima; riviste della settimana o dell'ultimo mese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, ma non recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi è una macchina per la distribuzione delle bevande funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si sono notati termosifoni che perdono o, comunque, non funzionanti?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione terza - Igiene

9. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ogni gabinetto è dotato di campanello di allarme funzionante?

Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

	P1	P2	P5
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ogni gabinetto è dotato di un distributore di copriwater funzionante?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ogni gabinetto è dotato di scopino?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ogni bagno è dotato di:			
- <i>sapone liquido</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>asciugamano monouso</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si sono notati gabinetti sporchi per un periodo superiore a 30 minuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:			
- <i>topi (o loro tracce inequivocabili)</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- insetti (scarafaggi o blatte)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Telefoni

(solo se vi sono telefoni pubblici)

18. I telefoni pubblici presenti nell'area dei servizi osservati sono tutti funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, alcuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

19. Tutti i medici incontrati sono dotati di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tutto il personale infermieristico e tecnico è dotato di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	P1	P2	P5
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione sesta - Eventi sentinella

21. Durante l'osservazione del servizio, si è notato:

- <i>utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>osservazioni ingiurose o insulti del personale agli utenti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>litigi tra il personale e gli utenti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>litigi tra il personale in presenza degli utenti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione settima - Sicurezza

22. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso ?

Sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni

Servizio n. 6:

Sezione prima - Accessibilità

1. Nell'orario del passaggio, il servizio è in funzione?

Si
No

(se il servizio non è in funzione)

1.1. Per quali motivi?

(chiedere a un funzionario amministrativo, a un medico o a un altro operatore sanitario presente)

2. La macchina o il sistema per la distribuzione dei numeri in base alla quale stabilire l'ordine di accesso al servizio è funzionante?

Si
No

3. Il display per la visualizzazione del numero di entrata è funzionante?

Si
No

Sezione seconda - Locali

(solo se vi è sala di attesa o ambiente equivalente, es. corridoio)

4. La sala di attesa risulta essere prevalentemente:

	P1	P2	P5
- vuota o quasi vuota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- parzialmente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- completamente piena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sovraffollata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(la sala si considera tale se il numero di sedie, panche, ecc., non permette a tutti i presenti di stare a sedere)

5. Sono disponibili giornali e riviste?

Si, recenti (quotidiani del giorno o del giorno prima;
riviste della settimana o dell'ultimo mese)
Si, ma non recenti
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vi è una macchina per la distribuzione delle bevande funzionante?

Si
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ci sono vetri rotti alle finestre?

Si
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si sono notati termosifoni che perdono o, comunque, non funzionanti?

Si
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione terza - Igiene

9. Ogni gabinetto è accessibile e funzionante?

Si
No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ogni gabinetto è dotato di campanello di allarme funzionante?

Si

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

	P1	P2	P5
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ogni gabinetto è dotato di carta igienica?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ogni gabinetto è dotato di tavoletta?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ogni gabinetto è dotato di un distributore di copriwater funzionante?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ogni gabinetto è dotato di scopino?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ogni gabinetto è dotato di contenitore portarifiuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ogni bagno è dotato di:			
- <i>sapone liquido</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>asciugamano monouso</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si sono notati gabinetti sporchi per un periodo superiore a 30 minuti?			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Durante la permanenza all'interno del servizio, sono stati notati:			
- <i>topi (o loro tracce inequivocabili)</i>			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P1	P2	P5
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- insetti (scarafaggi o blatte)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rifiuti abbandonati (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- biancheria sporca o medicazioni abbandonate (per oltre 30 minuti)			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- depositi di polvere che denotano una mancanza di pulizia ordinaria			
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quarta - Telefoni

(solo se vi sono telefoni pubblici)

18. I telefoni pubblici presenti nell'area dei servizi osservati sono tutti funzionanti?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, alcuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione quinta - Assistenza medica e infermieristica

19. Tutti i medici incontrati sono dotati di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tutto il personale infermieristico e tecnico è dotato di un cartellino (o strumento analogo) di riconoscimento?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	P1	P2	P5
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione sesta - Eventi sentinella

21. Durante l'osservazione del servizio, si è notato:

- utilizzazione di appellativi impropri da parte degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- osservazioni ingiurose o insulti del personale agli utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- litigi tra il personale e gli utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- litigi tra il personale in presenza degli utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione settima - Sicurezza

22. Ci sono porte di uscita di emergenza chiuse a chiave?

Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Si notano oggetti che ostruiscono le uscite di emergenza e le vie di circolazione o le porte che vi danno accesso ?

Sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni

P1

P2

P5

**Analisi Partecipata della Qualità
(APQ)**

Questionario

AMMINISTRATIVI

Codice |_|_|_|_|_|

NOME DELLA STRUTTURA _____

Posizione professionale

- dirigente (1° e 2° livello) 1
 - collaboratore 2
 - assistente 3
 - coadiutore 4
 - altro 5
- (specificare) _____

INTERVISTATORE _____

TELEFONO _____

DATA DELL'INTERVISTA /__/_/___/

DURATA DELL'INTERVISTA |__|__| minuti

(ORA INIZIO..... ORA FINE.....)

EVENTUALI INTERRUZIONI 1 volta 2 volte più di 2 volte

SEZIONE A

1. Sesso

M F

2. Età

|_|_|

3. Da quanto tempo lavora in questa struttura?

anni |_|_| (oppure mesi |_|_|)

SEZIONE B

4. Circa la sua professione, come giudica:

	ottimo	buono	discreto	scadente	pessimo	non saprei
	1	2	3	4	5	6
- il trattamento economico	<input type="checkbox"/> 1					
- l'orario e i tempi di lavoro	<input type="checkbox"/> 2					
- i rapporti con il proprio responsabile	<input type="checkbox"/> 3					
- i rapporti con i colleghi	<input type="checkbox"/> 4					
- i rapporti con gli altri operatori	<input type="checkbox"/> 5					
- i rapporti con gli utenti	<input type="checkbox"/> 6					
- le opportunità di aggiornamento professionale	<input type="checkbox"/> 7					
- le possibilità di carriera	<input type="checkbox"/> 8					
- il livello di autonomia	<input type="checkbox"/> 9					

5. In generale, si ritiene soddisfatto del suo lavoro?

- sì, del tutto 1
- sì, in parte 2
- in modo molto limitato 3
- per nulla 4
- non saprei 5

6. Desidera cambiare lavoro?

sì no non so

7. Le piacerebbe cambiare luogo di lavoro?

sì no non so

8. Come giudica l'organizzazione del lavoro all'interno della struttura in cui attualmente opera?

- ottima 1
- buona 2
- discreta 3
- scadente 4
- pessima 5
- non so 6

9. Come giudica il coordinamento tra i vari servizi e uffici all'interno della struttura in cui lavora?

- ottimo 1
- buono 2
- discreto 3
- scadente 4
- pessimo 5
- non so 6

(se il coordinamento è giudicato discreto, scadente o pessimo)

9.1. Può indicare quali sono i principali problemi che si verificano a causa di un inadeguato coordinamento?

10. In termini generali, quale giudizio si sente di esprimere circa la qualità delle prestazioni fornite agli utenti nella struttura sanitaria in cui lavora?

- ottima 1
- buona 2
- discreta 3
- scadente 4
- pessima 5
- non so 6

(se il livello della qualità è giudicato discreto, scadente o pessimo)

10.1. Può indicare quali sono i principali aspetti della qualità che ritiene maggiormente inadeguati?

11. Esiste un piano di evacuazione per situazioni di emergenza quali incendi o simili?

sì no non so

(se sì)

12. Ne conosce i contenuti?

sì no non so

13. Come giudica i rapporti tra il settore tecnico-sanitario e il settore amministrativo?

- ottimi 1
- buoni 2
- discreti 3
- scadenti 4
- pessimi 5
- non so 6

(se i rapporti sono giudicati discreti, scadenti o pessimi)

14. Quali sono i principali problemi che emergono?

15. Come giudica i rapporti, all'interno dell'ufficio in cui lavora, fra colleghi?

- ottimi 1
- buoni 2
- discreti 3
- scadenti 4
- pessimi 5
- non so 6

16. Come giudica i rapporti con il resto del personale?

- ottimi 1
- buoni 2
- discreti 3
- scadenti 4
- pessimi 5
- non so 6

17. Circa lo scambio di informazioni, l'utilizzazione delle strutture, gli aspetti burocratici, ecc., come giudica i rapporti del suo ufficio con:

	molto soddisf.	soddisf.	né soddisf. né insoddisf.	insoddisf.	molto insoddisf.	non so
	1	2	3	4	5	6
- le unità operative o i servizi di diagnosi e cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
- la farmacia (se esiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
- i servizi tecnici e di manutenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
- il provveditoriato e l'economato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
- la direzione sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5

SEZIONE C

(da somministrare solo al personale amministrativo delle strutture ospedaliere)

18. Ritieni che, all'interno della presente struttura sanitaria, la durata media della degenza sia:

- adeguata 1
- eccessivamente lunga 2
- troppo breve 3
- non saprei 4

19. Come giudica, nel loro insieme, le condizioni di vita dei degenti ricoverati nella struttura sanitaria in cui lavora?

- ottimi 1
- buoni 2
- discreti 3
- scadenti 4
- pessimi 5
- non so 6

19.1. Potrebbe precisare, ogni quanto, nella struttura ospedaliera in cui lavora:

- vengono rifatti i letti /_/_/ volte al giorno /_/_/ volte alla settimana
- viene effettuato il cambio di biancheria /_/_/ volte al giorno /_/_/ volte alla settimana
- vengono puliti i bagni /_/_/ volte al giorno /_/_/ volte alla settimana

19.2. A sua conoscenza, in questa struttura ospedaliera è mai successo (nel corso degli ultimi 12 mesi):

- che del personale abbia esercitato funzioni per le quali non aveva una specifica abilitazione professionale sì no 1
- che la terapia non venga somministrata o venga somministrata in maniera irregolare sì no 2

- che avvengano litigi tra operatori in presenza di degenti sì no 3
- che non venga somministrato un farmaco perché non disponibile nella struttura sanitaria sì no 4
- che un degente si sia suicidato sì no 5
- che manchi l'acqua calda nei bagni sì no 6

19.3. Qual è, a sua conoscenza, il tempo medio di attesa per i ricoveri programmati?

/_/_/ giorni

19.4. A sua conoscenza, qual è il tempo di attesa per la consegna della copia della cartella clinica dopo le dimissioni?

/_/_/_/ giorni

(in caso di strutture di ricovero che hanno letti a pagamento)

20. Al degente viene comunicato preventivamente l'importo delle tariffe delle prestazioni sanitarie ed alberghiere praticate?

- sempre 1
- solo su richiesta 2
- raramente 3
- mai 4

21. I degenti o i loro congiunti sono messi a conoscenza del tariffario relativo alle prestazioni integrative di carattere non sanitario (es. particolari condizioni di comfort)?

- sempre 1
- solo su richiesta 2
- raramente 3
- mai 4

SEZIONE D

(da somministrare al personale amministrativo di strutture dotate di servizi ambulatoriali aperti a utenti non ricoverati)

22. Presso il servizio in cui lei lavora, gli utenti prenotati per un determinato giorno:

- vengono tutti convocati alla stessa ora 1
- vengono convocati a orari differenziati (precisare ogni quanto _____) 2
- vengono, per alcune prestazioni, convocati tutti alla stessa ora e per altre prestazioni a orari differenziati 3
- non so 4

(se sì)

25. 3. Queste attrezzature sono funzionanti attualmente?

sì in parte no non so

25. 4. Queste attrezzature sono utilizzate?

sì in parte no non so

(se "no" o "in parte" alla 23.1 e/o alla 23.2)

25.5. A suo avviso per quale motivo?

26. In quali ambiti sono maggiormente utilizzate le tecnologie informatiche?

	sì	no	non so
	1	2	3
- gestione personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- amministrazione/contabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gestione magazzino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cartelle cliniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- servizi diagnosi e cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- movimento pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(specificare)_____			

27. Ritiene che la struttura sanitaria in cui lavora faccia sufficientemente uso di tecnologie informatiche?

sì no non so

(per tutti)

28. Come giudica con riferimento alla struttura in cui lavora, i seguenti aspetti della assistenza sanitaria

	ottimo	buono.	discreto.	scadente	pessimo	non saprei
	1	2	3	4	5	6
- la dotazione di apparecchi e di strumenti di diagnosi	<input type="checkbox"/> 1					
- la dotazione di materiale sanitario di consumo	<input type="checkbox"/> 2					
- la manutenzione delle attrezzature	<input type="checkbox"/> 3					
- le modalità di rifornimento del materiale sanitario di consumo	<input type="checkbox"/> 4					

29. Come giudica, inoltre:

	ottimo	buono	discreto	scadente	peissimo	non saprei	
	1	2	3	4	5	6	
- la segnaletica interna ed esterna al complesso sanitario (in termini di chiarezza e completezza delle informazioni riportate)	<input type="checkbox"/>	1					
- le condizioni degli ambienti	<input type="checkbox"/>	2					
- la disponibilità di servizi igienici	<input type="checkbox"/>	3					
- la localizzazione del complesso sanitario	<input type="checkbox"/>	4					
- i rapporti degli utenti con gli uffici amministrativi	<input type="checkbox"/>	5					
- le condizioni di accesso alle pratiche amministrative (solo per le strutture dotate di servizi ambulatoriali aperti anche a utenti non ricoverati)	<input type="checkbox"/>	6					
- gli orari di apertura e di chiusura dei servizi ambulatoriali	<input type="checkbox"/>	7					

30. Tutte le organizzazioni complesse tendono a mostrare, al proprio interno, alcuni problemi ricorrenti. Potrebbe segnalare se, tra i seguenti problemi, alcuni sono presenti anche all'interno della struttura nella quale lavora?

	Molto diffusi	Diffusi	Poco o per nulla diffusi	Non so	
	1	2	3	4	
- sovrapproduzione di comunicazioni scritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- presenza di personale addetto a compiti superflui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- mancanza di coordinamento tra gli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- assenza di sistemi di valutazione del lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- assenza di sistemi di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
- difficoltà ad operare interventi di riorganizzazione interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
- tendenza ad attribuire compiti impropri al personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
- tendenza a non rispondere o a rispondere in ritardo ai reclami degli utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8

31. Al di là di quelli appena enunciati, quali sono i principali problemi di carattere organizzativo che si presentano all'interno dell'ente?

32. Potrebbe indicare se, negli ultimi cinque anni, nella sua struttura sanitaria sono stati realizzati programmi specifici orientati al miglioramento della qualità del servizio?

sì no non so

(se sì)

32.1. Di quali programmi si tratta?

SEZIONE F (per tutti)

33. A conclusione di questa intervista, le saremmo grati se potesse indicarci eventuali questioni che non sono state trattate e che a suo avviso meriterebbero di essere segnalate.

34. Le saremmo grati, infine, se potesse esprimere un suo giudizio sullo svolgimento di questa intervista, soprattutto per quel che riguarda i temi trattati e la pertinenza delle domande che le abbiamo posto.

**Analisi Partecipata della Qualità
(APQ)**

Questionario

DEGENTI

Codice |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOME DELLA STRUTTURA _____

TIPO STRUTTURA

ospedale 1
clinica convenzionata 2

DIVISIONE/SEZIONE/REPARTO _____

Precisare, in base all'osservazione, se l'intervistato è ricoverato in:

- stanza singola 1
- stanza a due/tre letti 2
- camerata a più letti 3
- luogo improprio (corridoio, ecc.) 4
- stanza a pagamento 5

INTERVISTATORE _____

TELEFONO _____

DATA DELL'INTERVISTA /__/_/___/

DURATA DELL'INTERVISTA |__|__| minuti

(ORA INIZIO..... ORA FINE.....)

EVENTUALI INTERRUZIONI 1 volta 2 volte più di 2 volte

SEZIONE A

1. Sesso

M F

2. Età

|_|_|

3. Titolo di studio

- nessun titolo 1
- licenza elementare 2
- diploma scuola media inferiore 3
- diploma scuola media superiore 4
- diploma para-universitario (es.: diploma ISEF, assistente sociale, ecc.) 5
- diploma di laurea 6

4. Qual è la sua professione? _____

4.1. Qual è la sua posizione professionale?

- occupato 1
- disoccupato 2
- in cerca di prima occupazione 3
- studente 4
- casalinga 5
- pensionato 6
- inabile al lavoro 7

(se occupato)

4.2. Posizione nella professione

- in proprio, con dipendenti 1
 - in proprio, con coadiuvanti familiari 2
 - in proprio, senza dipendenti o coadiuvanti familiari 3
 - dipendente, con mansioni comuni 4
 - dipendente, con mansioni specializzate 5
 - dipendente, con mansioni impiegatizie 6
 - dipendente, con mansioni direttive 7
 - associato in associazioni professionali 8
 - altro 9
- (specificare) _____

4.3. Ramo di attività economica

- agricoltura 1
- industria 2
- Pubblica amministrazione 3
- altri servizi 4

5. Comune e provincia di residenza _____

6. Azienda sanitaria - Unità sanitaria locale di appartenenza

7. In questo momento, usufruisce di una esenzione per patologia, invalidità o per un altro motivo?

sì no

SEZIONE B

8. Negli ultimi 12 mesi si è rivolto alle strutture sanitarie di questa azienda sanitaria?

- a poliambulatori e/o centri di analisi specialistici pubblici o classificati sì no 1
- a poliambulatori e/o centri di analisi specialistici privati convenzionati sì no 2
- a poliambulatori e/o centri di analisi specialistici privati a pagamento sì no 3
- a studi di medici specialisti privati convenzionati sì no 4
- a studi di medici specialisti privati a pagamento sì no 5
- al medico di famiglia (di base) sì no 6
- a servizi territoriali (consultorio, centri di salute mentale, per tossicodipendenti, ecc.) sì no 7
- (specificare quali) _____

(se è entrato in contatto con almeno una struttura sanitaria)

9. Per quali motivi lei è entrato in contatto (almeno per quanto ricorda) con i servizi indicati?

(è ammessa più di una risposta)

- analisi cliniche sì no 1
- visite specialistiche sì no 2
- controlli periodici sì no 3
- richiesta di certificati sì no 4
- prescrizione di medicinali o di terapie sì no 5
- terapie mediche sì no 6
- terapie farmacologiche sì no 7
- terapia familiare, di gruppo, psicoterapia sì no 8
- altro sì no 9
- (specificare) _____

10. Secondo lei, quali misure bisognerebbe adottare per migliorare l'assistenza sanitaria?

- | | sì
1 | no
2 |
|---|--------------------------|----------------------------|
| - non adottare alcuna misura particolare, perché le cose vanno bene così | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 |
| - lasciare liberi gli utenti di rivolgersi al sistema pubblico o a quello privato, non obbligandoli più a pagare i contributi al SSN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| - rendere obbligatoria la contribuzione al SSN solo per alcuni servizi essenziali, lasciando agli utenti la scelta tra il pubblico e il privato per gli altri servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 |
| - introdurre un sistema che preveda la spesa a carico del cittadino e un successivo rimborso da parte del SSN (assistenza indiretta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| - potenziare il sistema pubblico, migliorandone e ampliandone le prestazioni, anche a costo di aumentare i contributi dei cittadini al SSN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| - ripristinare l'assistenza così come era prima dei recenti provvedimenti legislativi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| - non so | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 7 |

SEZIONE C

11. Si è trattato di un ricovero programmato o d'urgenza?

- | | | |
|---------------|--------------------------|---|
| - programmato | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - d'urgenza | <input type="checkbox"/> | 2 |

12. La scelta di questa struttura ospedaliera è stata per lei:

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| - casuale | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - obbligata, in quanto nella zona esiste solo questo ospedale | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - condizionata dalla vicinanza con l'abitazione o il luogo in cui mi trovo | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - libera, basata sul prestigio di cui gode questo ospedale | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - consigliata dal medico di famiglia | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - fatta in base all'interessamento del medico di famiglia che ha segnalato il mio caso | <input type="checkbox"/> | 6 |
| - condizionata dalla presenza del medico specialista | <input type="checkbox"/> | 7 |
| - condizionata dal tipo di malattia | <input type="checkbox"/> | 8 |
| - condizionata dai consigli dei familiari | <input type="checkbox"/> | 9 |
| - mi ci hanno portato in ambulanza | <input type="checkbox"/> | 10 |
| - altro | <input type="checkbox"/> | 11 |
- (specificare) _____

13. Allo scopo di risolvere i suoi attuali problemi di salute, a quali altri servizi si è rivolto prima di essere ricoverato in questo ospedale?

(è ammessa più di una risposta)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----|
| - a un ospedale pubblico o classificato | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 1 |
| - a un ospedale o casa di cura privati convenzionati | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 2 |
| - a un ospedale o casa di cura privati a pagamento | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 3 |
| - al mio medico di famiglia | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 4 |
| - a un medico specialista | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 5 |
| - a un poliambulatorio specialistico pubblico o classificato | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 6 |
| - a un poliambulatorio specialistico privato convenzionato | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 7 |
| - a un poliambulatorio specialistico privato a pagamento | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 8 |
| - al consultorio della Azienda Sanitaria | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 9 |
| - al servizio di guardia medica | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 10 |
| - mi sono recato/sono stato accompagnato direttamente al Pronto soccorso | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 11 |
| - ho consultato un medico a pagamento | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 12 |
| - non mi sono rivolto a nessuno | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 13 |
| - altro | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 14 |
- (specificare) _____

14. Con quale mezzo ha raggiunto questo ospedale?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| - ambulanza pubblica | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - ambulanza privata | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - automobile | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - mezzo pubblico | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - altro | <input type="checkbox"/> | 5 |
- (specificare) _____

(nel caso di trasporto in ambulanza)

15. Quanto tempo è trascorso tra chiamata ed intervento?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| - meno di 5 minuti | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - tra 5 e 15 minuti | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - tra 15 e 30 minuti | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - oltre i 30 minuti | <input type="checkbox"/> | 4 |

(nel caso di ricoveri programmati)

16. Quanto tempo ha dovuto aspettare dal momento in cui ha presentato la richiesta di ricovero al giorno in cui è stato effettivamente ricoverato?

giorni |__|__| (oppure ore |__|__|)

(per tutti)

17. Prima di essere assegnato alla divisione/sezione/reparto è stato ricoverato nel Pronto soccorso, in astanteria o in un altro reparto di attesa?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| - sì, nel Pronto soccorso | <input type="checkbox"/> | 1 |
|---------------------------|--------------------------|---|

- sì, in astanteria o in un altro reparto di attesa 2
- no, sono stato assegnato direttamente alla divisione/sezione/reparto 3

(per tutti)

18. La fase di accettazione ha comportato tempi che lei ha ritenuto più lunghi del dovuto?

- sì no non so valutare

(se sì)

18.1. Per quali motivi? (è ammessa più di una risposta)

- mancavano posti-letto sì no 1
- i responsabili dell'Azienda o il mio medico avevano sbagliato qualcosa (ad es. mancanza di timbri, mancanza di firme, ecc.) nella compilazione dei documenti necessari al ricovero sì no 2
- non avevo portato con me tutta la documentazione necessaria sì no 3
- il personale sanitario addetto era momentaneamente assente o in numero insufficiente sì no 4
- il personale amministrativo addetto era momentaneamente assente o in numero insufficiente sì no 5
- ho avuto l'impressione che le strutture di accoglienza risultassero carenti, nonostante la buona volontà del personale sì no 6
- ho avuto l'impressione che ci fosse molta disorganizzazione, ma non ho capito per quale ragione sì no 7
- altro (specificare) _____ sì no 8

(per tutti)

19. Al momento del ricovero, a suo parere, ha ricevuto tutte le informazioni necessarie circa le regole e le abitudini di vita nella divisione/sezione/reparto riguardanti:

- orario pasti sì no 1
- orario visite mediche sì no 2
- orario entrata visitatori sì no 3
- orario colloquio medici-parenti sì no 4
- orario pulizie sì no 5
- orario terapie sì no 6

20. All'inizio del ricovero, le hanno dato informazioni, anche sommarie, circa la natura degli accertamenti e/o della terapia che poi avrebbe fatto?

- sì no non saprei giudicare

21. Ha continuato a ricevere regolarmente tali informazioni da quando è ricoverato?

- sì no non saprei giudicare

(se sì)

21.1. Con quale periodicità?

- quotidianamente 1
- più volte a settimana 2
- settimanalmente 3
- di rado 4

22. Conosce le ipotesi diagnostiche (o la malattia presunta) che sono alla base degli accertamenti e/o della terapia che le hanno fatto fare?

sì no

23. Riceve informazioni sul suo stato di salute?

sì no

(se sì)

23.1. Da chi viene informato?

(si può dare più di una risposta)

- personale medico 1
- infermieri 2
- tramite parenti o amici 3
- altro 4

23.2. Ha ricevuto le informazioni circa la sua malattia in seguito alle sue richieste o su iniziativa del personale sanitario?

- in seguito alle mie richieste 1
 - su iniziativa del personale medico 2
 - su iniziativa del personale infermieristico 3
 - altro 4
- (specificare) _____

(per tutti)

24. All'inizio del ricovero, l'hanno informata circa la durata prevista della degenza?

sì (specificare: giorni |__|__|__|) no

(se sì)

25. L'hanno tenuta aggiornata a questo riguardo?

sì no

26. Qualora per necessità terapeutiche o diagnostiche lei ha dovuto essere sottoposto a un trattamento disagevole, è stato avvertito in anticipo?

sì no non ho mai subito simili trattamenti

27. A suo parere, gli accertamenti diagnostici o la terapia sono iniziati in ritardo?

	sì	no	non so	
- accertamenti diagnostici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

28. Da quando è ricoverato, le è mai capitato che esami o altri tipi di accertamenti che doveva fare fossero:

	spesso	qualche volta	raramente	mai	
	1	2	3	4	
- rinviati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- ripetuti perché fatti male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- ritenuti inutili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- ripetuti perché effettuati altrove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- ripetuti a causa dello smarrimento dei referti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

29. A suo parere, il suo ricovero in ospedale poteva essere evitato?

- no, perché sono stato ricoverato di urgenza	<input type="checkbox"/>	1
- no, perché la terapia e/o gli accertamenti a cui devo sottopormi richiedono il ricovero	<input type="checkbox"/>	2
- no, perché, anche se sarebbe stato possibile assistermi senza ricoverarmi, i servizi preposti (day hospital, ambulatori ecc.) erano insufficienti	<input type="checkbox"/>	3
- sì, ma ho preferito ricoverarmi per motivi di sicurezza e di affidabilità	<input type="checkbox"/>	4
- sì, ma avrei dovuto attendere molto più a lungo	<input type="checkbox"/>	5
- sì, ma fuori dall'ospedale sarebbe stato più complicato ricevere assistenza a causa dell'introduzione dei ticket	<input type="checkbox"/>	6
- sì, per altri motivi (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	7

30. Ha mai avuto occasione, finora, di leggere la sua cartella clinica?

sì no

31. I suoi familiari che l'hanno chiesto sono stati informati dal personale ospedaliero circa la cura o circa gli esiti della sua malattia?

- sì	<input type="checkbox"/>	1
- solo qualche volta	<input type="checkbox"/>	2
- mai	<input type="checkbox"/>	3
- non l'hanno chiesto	<input type="checkbox"/>	4
- non so	<input type="checkbox"/>	5

32. Le risulta che persone estranee al servizio abbiano letto la sua cartella clinica?

sì no

33. Le risulta che informazioni su particolari relativi alla sua malattia e al suo stato di salute che lei voleva mantenere riservati siano stati comunicati da estranei ad esterni o a terzi senza il suo consenso?

sì no

34. Da quando lei è ricoverato, ha stretto legami di amicizia con:
(si può dare più di una risposta)

- altri malati	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	1
- medici	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	2
- infermieri	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	3
- tecnici	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	4
- ausiliari	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	5
- amministrativi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	6
- religiosi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	7
- volontari	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	8
- altri (specificare)	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	9

35. Prima o durante il ricovero, lei (o un suo familiare) ha mai ritenuto opportuno esborsare volontariamente una somma di denaro per lei rilevante, nella speranza di ricevere prestazioni migliori o comunque per prestazioni dovute?

sì no

36. Da quando è ricoverato, nei momenti di non autosufficienza (dovuti, ad esempio, all'età avanzata o ai postumi di un intervento), lei è stato (o viene) assistito, durante il giorno, anche da:

	spesso	qualche volta	raramente	mai	
	1	2	3	4	
- familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- infermieri o "badanti" a pagamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- altri (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
non si è mai posto il problema				<input type="checkbox"/>	5

37. Da quando è ricoverato, nei momenti di non autosufficienza (dovuti, ad esempio, all'età avanzata o ai postumi di un intervento), lei viene assistito, durante la notte da:

	spesso	qualche volta	raramente	mai	
	1	2	3	4	
- familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- infermieri o "badanti" a pagamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
(specificare) _____					
non si è mai posto il problema				<input type="checkbox"/>	5

(sempre nel caso di parziale o totale non autosufficienza)

38. Ai familiari e agli amici che l'hanno assistita o la stanno assistendo, la struttura fornisce un minimo di comfort?

sì no

(per tutti)

39. Ogni quanto tempo viene rifatto il suo letto da parte del personale dell'ospedale?

|__|__| volte al giorno (oppure |__|__| volte alla settimana)

40. Ogni quanto vengono cambiate le lenzuola?

|__|__| volte al giorno (oppure |__|__| volte alla settimana)

41. Le è mai capitato, durante questo ricovero:

- di dover acquistare un farmaco perché non era disponibile in ospedale sì no 1
(specificare quale farmaco _____)
- di dover acquistare un presidio (es. pannoloni, catetere, ecc.) perché non era disponibile in ospedale sì no 2
(specificare quale _____)
- di non ricevere la terapia al momento stabilito (es. di notte, di giorno festivo) sì no 3

42. Le è mai capitato, durante il presente ricovero, di notare:

- litigi tra gli operatori sanitari in sua presenza sì no 1
- pazienti che hanno chiamato (attraverso il campanello di allarme o in altro modo) e che hanno atteso per più di 5 minuti la risposta del personale sì no 2

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| - la disponibilità dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - la distanza dei servizi igienici dal letto | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - il livello di pulizia dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> | 6 |
| - gli orari della giornata (sveglia, visite, pasti, ecc.) | <input type="checkbox"/> | 7 |
| - la qualità del cibo | <input type="checkbox"/> | 8 |
| - la quantità del cibo | <input type="checkbox"/> | 9 |
| - l'accesso dei parenti | <input type="checkbox"/> | 10 |
| - la tranquillità del locale di ricovero | <input type="checkbox"/> | 11 |
| - la temperatura e l'aerazione del locale di ricovero | <input type="checkbox"/> | 12 |
| - la disponibilità di telefoni | <input type="checkbox"/> | 13 |
| - la tutela della riservatezza | <input type="checkbox"/> | 14 |
| - lo stato di manutenzione dei locali di ricovero | <input type="checkbox"/> | 15 |
| - l'accessibilità e il funzionamento degli ascensori | <input type="checkbox"/> | 16 |

49. Come giudica le cure mediche che ha ricevuto finora durante la degenza?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| - adeguate | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - parzialmente adeguate | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - parzialmente inadeguate | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - inadeguate | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 5 |

50. In generale, circa l'assistenza sanitaria prestatale da quando si è ricoverato, si ritiene:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| - molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - soddisfatto | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - né soddisfatto, né insoddisfatto | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - insoddisfatto | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - molto insoddisfatto | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 6 |

51. Tale assistenza, rispetto alle sue aspettative, è risultata:

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| - migliore | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - uguale | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - peggiore | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 4 |

52. In particolare, come giudica:

	ottimo	buono	discreto	scadente	peissimo	non so
	1	2	3	4	5	6
- la preparazione dei medici	<input type="checkbox"/> 1					
- la quantità dei medici presenti	<input type="checkbox"/> 2					
- il modo in cui i medici trattano i degenti	<input type="checkbox"/> 3					
- la disponibilità dei medici verso i degenti	<input type="checkbox"/> 4					
- la preparazione degli infermieri	<input type="checkbox"/> 5					
- la quantità di infermieri presenti	<input type="checkbox"/> 6					
- il modo in cui gli infermieri trattano i degenti	<input type="checkbox"/> 7					
- la disponibilità degli infermieri ad assistere i degenti	<input type="checkbox"/> 8					
- il modo di lavorare del personale ausiliario addetto alle pulizie e agli altri servizi	<input type="checkbox"/> 9					
- il modo in cui il personale ausiliario tratta i degenti	<input type="checkbox"/> 10					
- il modo in cui le altre categorie di personale trattano i degenti	<input type="checkbox"/> 11					
- l'identificabilità del personale medico, infermieristico e ausiliario	<input type="checkbox"/> 12					
- il rapporto tra il personale medico e il suo medico curante	<input type="checkbox"/> 13					
- i rapporti con gli uffici amministrativi (accettazione, dimissioni, ritiro delle cartelle cliniche, ecc.)	<input type="checkbox"/> 14					
- le attrezzature sanitarie	<input type="checkbox"/> 15					
- la localizzazione dell'ospedale (la distanza, la connessione con la rete dei trasporti pubblici, la possibilità di trovare parcheggio, ecc.)	<input type="checkbox"/> 16					

53. E' rimasto soddisfatto di come l'hanno informata, durante il ricovero, circa:

	sì	no	non so giudicare
	1	2	3
- la diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
- la terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
- i tempi degli accertamenti e degli esami e/o della somministrazione della terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
- le cure che dovrebbe effettuare dopo le dimissioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
- gli aspetti logistici (orari, ubicazione dei vari servizi, uffici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5

54. Ritiene adeguata (in termini di chiarezza e completezza delle informazioni riportate) la segnaletica interna all'ospedale?

sì no non so

55. Ha l'impressione che si siano verificati, finora, sprechi di tempo?
(è ammessa più di una risposta)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----|
| - nell'esecuzione della terapia medica | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 1 |
| - nell'esecuzione di esami, analisi o altri accertamenti | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 2 |
| - nella consegna dei risultati di esami, analisi o altri accertamenti | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 3 |
| - a causa di errori negli accertamenti o nella diagnosi | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 4 |
| - a causa di errori nella terapia | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 5 |
| - a causa di ritardi nella compilazione e nella trasmissione della cartella clinica o di altri documenti | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 6 |
| - durante l'accoglimento alla divisione/sezione/reparto | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 7 |
| - nell'attesa di un intervento chirurgico | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 8 |
| - nella procedura delle dimissioni | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 9 |
| - in altre occasioni | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 10 |
- (specificare)
-

56. Ritiene che durante il suo ricovero si stia cercando di prendere in considerazione le sue abitudini di vita?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| - sì, in modo adeguato | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - sì, in modo inadeguato | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - no, in alcun modo | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 4 |

57. Circa il ricovero nel suo insieme (anche in relazione alle sue aspettative), finora lei si ritiene:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| - molto soddisfatto | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - soddisfatto | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - né soddisfatto, né insoddisfatto | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - insoddisfatto | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - molto insoddisfatto | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 6 |

58. Da quando è ricoverato, ritiene di essere stato sottoposto ad un trattamento spiacevole per qualche azione da lei compiuta o per qualche omissione?

sì no

59. Le è mai capitato di:

- doversi spogliare, in occasione di una visita, di fronte ad altri pazienti o a soggetti professionalmente non coinvolti sì no 1
- essere oggetto di commenti ad alta voce, lesivi del suo pudore, da parte di operatori sanitari sì no 2
- dover utilizzare servizi igienici privi di un sistema di chiusura dall'interno sì no 3

SEZIONE D

60. Le saremmo grati se potesse indicarci eventuali questioni che non sono state trattate e che a suo avviso meriterebbero di essere segnalate.

**Analisi Partecipata della Qualità
(APQ)**

Questionario

*OPERATORI
SERVIZI AMBULATORIALI*

Codice |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOME DELLA STRUTTURA

STRUTTURA OSPEDALIERA
STRUTTURA SOLO AMBULATORIALE

1
 2

SERVIZIO AMBULATORIALE

MEDICO
INFERMIERE
TECNICO
LAUREATO NON MEDICO

1
 2
 3
 4

INTERVISTATORE _____

TELEFONO _____

DATA DELL'INTERVISTA /__/_/___/

DURATA DELL'INTERVISTA |__|__| minuti

(ORA INIZIO..... ORA FINE.....)

EVENTUALI INTERRUZIONI 1 volta 2 volte più di 2 volte

A. Posizione professionale

(se medico)

- primario (dirigente di II° livello) 1
 - aiuto (dirigente di I° livello) 2
 - assistente 3
 - specialista convenzionato esterno 4
 - medico di guardia 5
 - specialista convenzionato interno 6
 - generico (di famiglia, di base) 7
 - altro 8
- (specificare)
-

(se infermiere)

- infermiere generico 1
 - infermiere professionale 2
 - infermiere professionale specializzato 3
 - infermiere abilitato a funzioni direttive (caposala) 4
 - assistente sanitario 5
 - operatore professionale dirigente 6
 - altro 7
- (specificare)
-

(se tecnico)

- coordinatore (capo-tecnico) 1
 - collaboratore (tecnico) 2
 - altro 3
- (specificare)
-

(se laureato non medico)

- dirigente di II° livello 1
- coadiutore di I° livello 2
- collaboratore 3

SEZIONE A

1. Sesso

M F

2. Età

|_|_|

3. Oltre che nella presente struttura, esercita la sua professione anche altrove?

sì no

(se sì)

3.1. Dove?

- clinica privata 1
 - studio privato 2
 - struttura convenzionata 3
 - altro 4
- (specificare)
-

(solo per tecnici e laureati non medici)

4. Professione

4.1. Da quanto tempo lavora in questa struttura?

anni |_|_| mesi |_|_|

SEZIONE B

5. Circa la sua professione, come giudica:

	ottimo	buono	discreto	scadente	pessimo	non saprei	
- il trattamento economico	<input type="checkbox"/>	1					
- l'orario e i tempi di lavoro	<input type="checkbox"/>	2					
- il rapporto con il proprio responsabile	<input type="checkbox"/>	3					
- i rapporti con i colleghi	<input type="checkbox"/>	4					

- i rapporti con gli altri operatori 5
- i rapporti con gli utenti 6
- le opportunità di aggiornamento professionale 7
- le possibilità di carriera 8
- il livello di autonomia 9

6. In generale, si ritiene soddisfatto del suo lavoro?

- sì, del tutto 1
- sì, in parte 2
- in modo molto limitato 3
- per nulla 4
- non saprei 5

7. Desidera cambiare lavoro?

sì no non so

8. Le piacerebbe cambiare luogo di lavoro?

sì no non so

9. Come giudica l'organizzazione del lavoro all'interno del servizio in cui attualmente opera?

- molto soddisfacente 1
- soddisfacente 2
- né soddisfacente, né insoddisfacente 3
- insoddisfacente 3
- molto insoddisfacente 4
- non saprei 5

10. Nel servizio in cui lavora, si svolgono riunioni di équipe del personale medico e infermieristico?

sì no

(indicare la frequenza in giorni)

11. In questo servizio, esistono gruppi di operatori e/o utenti che svolgono con continuità e/o con periodicità attività di analisi e/o di verifica della qualità?

sì no non so

12. Come giudica il coordinamento tra i vari servizi e uffici all'interno della Azienda sanitaria in cui lavora?

- ottimo 1
- buono 2
- discreto 3
- scadente 4
- pessimo 5
- non saprei 6

13. In termini generali, quale giudizio si sente di esprimere circa la qualità delle prestazioni fornite agli utenti nel complesso sanitario in cui lavora?

- ottimo 1
- buono 2
- discreto 3
- scadente 4
- pessimo 5
- non saprei 6

14. In termini generali, quale giudizio si sente di esprimere circa la qualità delle prestazioni fornite agli utenti nella Azienda in cui lavora?

- ottimo 1
- buono 2
- discreto 3
- scadente 4
- pessimo 5
- non saprei 6

SEZIONE C

15. Come giudica i rapporti (ad es. lo scambio di informazioni, l'utilizzazione delle strutture, gli aspetti burocratici, ecc.) del servizio in cui lavora con:

	molto soddisf.	soddisf.	né sodd. né insod.	insod.	molto insod.	non so giudic.	
	1	2	3	4	5	6	
- le strutture ospedaliere (o le divisioni di degenza, se si tratta di un servizio in un ospedale)	<input type="checkbox"/>	1					
- la farmacia	<input type="checkbox"/>	4					
- la direzione sanitaria	<input type="checkbox"/>	7					
- la medicina di base	<input type="checkbox"/>	9					

16. Come giudica le cure che vengono generalmente prestate agli utenti?

- adeguate 1
- parzialmente adeguate 2
- parzialmente inadeguate 3
- inadeguate 4
- non saprei 5

17. Ha l'impressione che, all'interno del luogo in cui lavora, si verifichino sprechi di tempo?

- nell'esecuzione della terapia medica sì no 1
 - nell'esecuzione di esami, analisi o altri accertamenti sì no 2
 - nella consegna dei risultati di esami, analisi o altri accertamenti sì no 3
 - a causa di errori negli accertamenti o nella diagnosi sì no 4
 - a causa di errori nella terapia sì no 5
 - a causa di ritardi nella compilazione e nella trasmissione della cartella clinica o di altri documenti sì no 6
 - in altre occasioni sì no 7
(specificare)
-

18. Esiste un piano di evacuazione per situazioni di emergenza quali incendi o simili?

sì no non so

(se sì)

18.1. Ne conosce i contenuti?

sì no

19. Come giudica, in termini di guarigioni o, comunque, di miglioramento dello stato di salute dei degenti, i risultati che si ottengono all'interno del servizio in cui lavora?

- molto soddisfacenti 1
- soddisfacenti 2
- né soddisfacenti né insoddisfacenti 3
- insoddisfacenti 4
- molto insoddisfacenti 5
- non saprei 6

20. Ritiene che il servizio in cui lavora sia sufficientemente dotata di materiale sanitario di prima necessità (farmaci, siringhe, provette, bende, cerotti, ecc.)?

- sì, regolarmente 1
- in modo irregolare 2
- no, mai 3
- non so 4

	del tutto adeguate	parz. adeg.	parz. inadeg	del tutto inadeg	non so
	1	2	3	4	5
- la diagnosi	<input type="checkbox"/> 1				
- le cure future (medicine, attenzioni, ecc.)	<input type="checkbox"/> 2				
- ulteriori esami	<input type="checkbox"/> 3				
- ulteriori visite specialistiche	<input type="checkbox"/> 4				
- il modo di districarsi nel SSN	<input type="checkbox"/> 5				

29. Quale giudizio si sente di esprimere sull'organizzazione delle prenotazioni presso questa Azienda sanitaria?

- il sistema di organizzazione è del tutto adeguato	<input type="checkbox"/> 1
- il sistema di organizzazione è parzialmente adeguato	<input type="checkbox"/> 2
- il sistema di organizzazione è parzialmente inadeguato	<input type="checkbox"/> 3
- il sistema di organizzazione è del tutto inadeguato	<input type="checkbox"/> 4
- non so	<input type="checkbox"/> 5

30. Per quanto la sua esperienza di rapporti con il SSN le permette di giudicare, ritiene adeguati o meno (presso questa Azienda sanitaria):

	sì, sempre	sì, spesso	solo qualche volta	mai	non so
	1	2	3	4	5
- i tempi di attesa per le visite ambulatoriali o per il rilascio di prescrizioni e autorizzazioni	<input type="checkbox"/> 1				
- i tempi di attesa per fare esami	<input type="checkbox"/> 2				
- i tempi di attesa per i risultati degli esami	<input type="checkbox"/> 3				

31. Potrebbe esprimere un giudizio di carattere generale, per il servizio in cui lei lavora, circa i seguenti aspetti?

	ottimo 1	buono 2	discretoscadente 3	pessimo 4	non so 5	non so 6
- l'arredamento del locale e la sua manutenzione	<input type="checkbox"/> 1					
- la comodità del locale	<input type="checkbox"/> 2					
- l'ordine, la pulizia e l'igiene	<input type="checkbox"/> 3					
- la sicurezza del luogo di lavoro (RX, infezioni)	<input type="checkbox"/> 4					
- la quantità di medici all'interno delle varie strutture con le quali ha avuto rapporti	<input type="checkbox"/> 5					
- gli orari di apertura e di chiusura del servizio	<input type="checkbox"/> 6					
- la disponibilità di servizi igienici	<input type="checkbox"/> 7					

	ottimo	buono	discreto	scadente	pessimo	non so
	1	2	3	4	5	6
- il livello di pulizia dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> 8					
- la disponibilità di telefoni	<input type="checkbox"/> 9					
- l'accesso alle pratiche amministrative	<input type="checkbox"/> 10					
- la localizzazione del complesso sanitario	<input type="checkbox"/> 11					
- la disponibilità e la cortesia del personale del CUP	<input type="checkbox"/> 12					
- la tutela della riservatezza	<input type="checkbox"/> 13					
- l'identificabilità del personale	<input type="checkbox"/> 14					
- la preparazione dei tecnici	<input type="checkbox"/> 15					
- la preparazione dei medici	<input type="checkbox"/> 16					
- il modo in cui i medici trattano gli utenti	<input type="checkbox"/> 17					
- la dotazione di macchinari/strumenti diagnostici	<input type="checkbox"/> 18					
- la manutenzione dei macchinari/strumenti diagnostici	<input type="checkbox"/> 19					
- la dotazione di materiale sanitario di consumo (bende, garze, siringhe, provette, guanti, ecc.)	<input type="checkbox"/> 20					
- il rifornimento di materiale sanitario di consumo	<input type="checkbox"/> 21					
- la dotazione di locali per le cure (medicherie, sale operatorie, ecc.)	<input type="checkbox"/> 22					
- l'equipaggiamento dei locali per le cure (medicherie, ecc.)	<input type="checkbox"/> 23					
- l'accuratezza e la completezza delle informazioni trasmesse agli utenti sulla diagnosi e la terapia	<input type="checkbox"/> 24					
- i rapporti con gli uffici amministrativi	<input type="checkbox"/> 25					
- i rapporti con gli uffici tecnici	<input type="checkbox"/> 26					
- la preparazione degli infermieri	<input type="checkbox"/> 27					
- la quantità di infermieri presente nelle varie strutture con le quali ha avuto rapporti	<input type="checkbox"/> 28					
- la quantità di tecnici sanitari	<input type="checkbox"/> 29					
- la dotazione di uffici e il loro equipaggiamento	<input type="checkbox"/> 30					
- il rapporto tra i medici specialistici e i medici curanti degli utenti	<input type="checkbox"/> 31					
- il modo in cui gli infermieri trattano gli utenti	<input type="checkbox"/> 32					

32. Si sono mai verificate (nel corso degli ultimi 12 mesi) difficoltà nel reperimento di barelle, lettini, sedie a rotelle o strumenti analoghi?

- sì, spesso 1
- sì, qualche volta 2
- no, mai 3
- non so 4

33. Nel servizio in cui lavora, viene predisposta una relazione scritta per il medico curante degli utenti?

- sì, sempre 1
- solo in alcuni casi 2
- no, mai 3

34. Esiste un registro delle prenotazioni centralizzato?

- sì, presso questa struttura 1
- sì, presso un'altra struttura dell'Azienda 2
- no 3
- non so 4

(se sì)

34.1. Tale registro è consultabile dall'utente?

- sì no non so

35. Presso il servizio in cui lavora viene compilata, per ogni utente, una scheda o una cartella ambulatoriale?

- sì no

36. Presso il servizio in cui lei opera, gli utenti prenotati per un determinato giorno

- vengono tutti convocati alla stessa ora sì no
- vengono convocati a orari differenziati (precisare ogni quanti min.) _____

37. A sua conoscenza, in questo complesso sanitario, è mai successo (negli ultimi 12 mesi)

- che del personale abbia esercitato funzioni per le quali non aveva una specifica abilitazione professionale sì no 1
- che avvengano litigi tra operatori in presenza di utenti sì no 2
- che manchi l'acqua calda nei bagni sì no 3
- che vi siano episodi di molestie sessuali sì no 4

SEZIONE E

38. A conclusione di questa intervista, le saremmo grati se potesse indicarci eventuali questioni che non sono state trattate e che a suo avviso meriterebbero di essere segnalate.

39. Le saremmo grati, infine, se potesse esprimere un suo giudizio sullo svolgimento di questa intervista, soprattutto per quel che riguarda i temi trattati e la pertinenza delle domande che le abbiamo posto.

**Analisi Partecipata della Qualità
(APQ)**

Questionario

OPERATORI OSPEDALIERI

Codice |_|_|_|_|_|

NOME DELLA STRUTTURA

TIPO STRUTTURA

ospedale 1
clinica convenzionata 2

MEDICO 1
INFERMIERE 2
AUSILIARIO 3
TECNICO 4
LAUREATO NON MEDICO 5

(se medico, infermiere o ausiliario)

DIVISIONE DI DEGENZA DOVE SI SVOLGE L'INTERVISTA

INTERVISTATORE _____

TELEFONO _____

DATA DELL'INTERVISTA /__/_/___/

DURATA DELL'INTERVISTA |__|__| minuti

(ORA INIZIO..... ORA FINE.....)

EVENTUALI INTERRUZIONI 1 volta 2 volte più di 2 volte

A. Posizione professionale

(se medico)

- primario (dirigente di II° livello) 1
 - aiuto (dirigente di I° livello) 2
 - assistente 3
 - specialista convenzionato esterno 4
 - medico di guardia 5
 - specialista convenzionato interno 6
 - generico (di famiglia, di base) 7
 - altro 8
- (specificare)
-

(se infermiere)

- infermiere generico 1
 - infermiere professionale 2
 - infermiere professionale specializzato 3
 - infermiere abilitato a funzioni direttive (caposala) 4
 - assistente sanitario 5
 - operatore professionale dirigente 6
 - altro 7
- (specificare)
-

(se ausiliario)

- ausiliario socio-sanitario/O.T.A 1
 - ausiliario socio-sanitario specializzato 2
 - altro 3
- (specificare)
-

(se tecnico)

- coordinatore (capo-tecnico) 1
 - collaboratore (tecnico) 2
 - altro 3
- (specificare)
-

(se laureato non medico)

- dirigente di II° livello 1
- coadiutore di I° livello 2
- collaboratore 3

SEZIONE A

1. Sesso

M

F

2. Età

|_|_|

3. Oltre che nella presente struttura, esercita la sua professione anche altrove?

sì no

(se sì)

3.1. Dove?

- clinica privata 1
 - studio privato 2
 - struttura convenzionata 3
 - altro 4
- (specificare)
-

(solo per tecnici e laureati non medici)

4. Professione

4.1. Da quanto tempo lavora in questa struttura?

anni |_|_| mesi |_|_|

SEZIONE B

5. Circa la sua professione, come giudica:

	ottimo	buono	discreto	scadente	pessimo	non saprei	
- il trattamento economico	<input type="checkbox"/>	1					
- l'orario e i tempi di lavoro	<input type="checkbox"/>	2					
- il rapporto con il proprio responsabile	<input type="checkbox"/>	3					
- i rapporti con i colleghi	<input type="checkbox"/>	4					
- i rapporti con gli altri operatori	<input type="checkbox"/>	5					
- i rapporti con gli utenti	<input type="checkbox"/>	6					
- le opportunità di aggiornamento professionale	<input type="checkbox"/>	7					
- le possibilità di carriera	<input type="checkbox"/>	8					
- il livello di autonomia	<input type="checkbox"/>	9					

6. In generale, si ritiene soddisfatto del suo lavoro?

- sì, del tutto 1
- sì, in parte 2
- in modo molto limitato 3
- per nulla 4
- non saprei 5

7. Desidera cambiare lavoro?

- sì no non so

8. Le piacerebbe cambiare luogo di lavoro?

- sì no non so

9. Come giudica l'organizzazione del lavoro all'interno del servizio in cui attualmente opera?

- molto soddisfacente 1
- soddisfacente 2
- né soddisfacente, né insoddisfacente 3
- insoddisfacente 3
- molto insoddisfacente 4
- non saprei 5

10. Come avviene normalmente, all'interno della sezione/divisione/reparto in cui lavora, lo scambio di informazioni sulla situazione sanitaria dei degenti e sulle loro esigenze?

- | | sì | no |
|---|--------------------------|----------------------------|
| - vengono convocate periodicamente riunioni di staff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 |
| - attraverso la cartella clinica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| - attraverso la cartella infermieristica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 |
| - attraverso comunicazioni orali durante fasce di orario comuni tra due turni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| - attraverso comunicazioni orali al di fuori di fasce di orario comune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| - attraverso la "consegna" o altre forme di comunicazioni scritte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| - attraverso procedure molto variabili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 7 |
| - altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 |
| (specificare)_____ | | |

11. Ritiene che tale sistema sia adeguato?

- del tutto adeguato 1
- parzialmente adeguato 2
- del tutto inadeguato 3

12. Qual è, a sua conoscenza, il tempo di attesa media per i ricoveri programmati?

giorni

13. A sua conoscenza, nella struttura in cui lei lavora, le liste di attesa per i ricoveri programmati sono consultabili dagli utenti?

sì no non so

(se sì)

13.1. A quali condizioni?

14. Nel servizio in cui lavora, si svolgono riunioni di équipe del personale medico e infermieristico?

sì no

(indicare il numero di volte al mese)

15. In questo servizio, esistono gruppi di operatori e/o utenti che svolgono con continuità e/o con periodicità attività di analisi e/o di verifica della qualità?

sì no non so

16. Come giudica il coordinamento tra i vari servizi e uffici all'interno della Azienda sanitaria in cui lavora?

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| - ottimo | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - buono | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - discreto | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - scadente | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - pessimo | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 6 |

17. In termini generali, quale giudizio si sente di esprimere circa la qualità delle prestazioni fornite agli utenti nel complesso sanitario in cui lavora?

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| - ottimo | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - buono | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - discreto | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - scadente | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - pessimo | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 6 |

18. In termini generali, quale giudizio si sente di esprimere circa la qualità delle prestazioni fornite agli utenti nella Azienda in cui lavora?

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| - ottimo | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - buono | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - discreto | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - scadente | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - pessimo | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 6 |

SEZIONE C

19. Potrebbe esprimere un giudizio circa i seguenti aspetti delle condizioni di degenza nella sua divisione/sezione/reparto/servizio?

	ottimo 1	buono 2	discreto 3	scadente 4	pessimo 5	non so 6	
- il rispetto delle abitudini di vita dei degenti	<input type="checkbox"/>	1					
- l'arredamento del locale di ricovero e la sua manutenzione	<input type="checkbox"/>	2					
- lo spazio a disposizione dei malati	<input type="checkbox"/>	3					
- il livello di pulizia del locale di ricovero	<input type="checkbox"/>	4					
- la disponibilità dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	5					
- il livello di pulizia dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	6					
- gli orari della giornata (sveglia, visite, pasti, ecc.)	<input type="checkbox"/>	7					
- la qualità del cibo	<input type="checkbox"/>	8					
- la quantità del cibo	<input type="checkbox"/>	9					
- l'accesso dei parenti	<input type="checkbox"/>	10					
- la tranquillità del locale di ricovero	<input type="checkbox"/>	11					
- la temperatura e l'aerazione dei locali di ricovero	<input type="checkbox"/>	12					
- la disponibilità di telefoni	<input type="checkbox"/>	13					
- i rapporti con gli uffici amministrativi	<input type="checkbox"/>	14					
- l'accesso alle pratiche amministrative	<input type="checkbox"/>	15					
- la localizzazione del complesso sanitario	<input type="checkbox"/>	16					
- l'accessibilità e il funzionamento degli ascensori	<input type="checkbox"/>	17					

20. Come giudica i seguenti aspetti dell'assistenza sanitaria nella sua divisione/sezione/reparto/servizio?

	ottimo 1	buono 2	discreto 3	scadente 4	pessimo 5	non so 6	
- la quantità di medici presenti nella divisione/sezione/reparto	<input type="checkbox"/>	1					
- la preparazione dei medici	<input type="checkbox"/>	2					
- il modo in cui i medici trattano i degenti	<input type="checkbox"/>	3					
- la disponibilità dei medici verso i degenti	<input type="checkbox"/>	4					
- la preparazione degli infermieri	<input type="checkbox"/>	5					
- la quantità di infermieri presente nella divisione/sezione/reparto	<input type="checkbox"/>	6					
- il modo in cui gli infermieri trattano i degenti	<input type="checkbox"/>	7					
- la disponibilità degli infermieri ad assistere i degenti	<input type="checkbox"/>	8					
- il modo di lavorare del personale ausiliario	<input type="checkbox"/>	9					
- il modo in cui il personale ausiliario tratta i degenti	<input type="checkbox"/>	10					
- il modo in cui l'altro personale tratta i degenti	<input type="checkbox"/>	11					
- la continuità terapeutica tra ricovero e domicilio	<input type="checkbox"/>	12					
- l'identificabilità del personale medico, infermieristico e ausiliario	<input type="checkbox"/>	13					
- il rapporto tra il personale medico e i medici curanti (di base) degli utenti	<input type="checkbox"/>	14					
- la dotazione di macchinari/strumenti diagnostici	<input type="checkbox"/>	15					
- la manutenzione dei macchinari/strumenti diagnostici	<input type="checkbox"/>	16					
- la dotazione di materiale sanitario di consumo (cerotti, bende, garze, siringhe, provette, guanti, ecc.)	<input type="checkbox"/>	17					
- il rifornimento di materiale sanitario di consumo	<input type="checkbox"/>	18					
- la dotazione di locali per le cure (medicherie, sale operatorie, ecc.)	<input type="checkbox"/>	19					
- l'equipaggiamento dei locali per le cure (medicherie, sale operatorie, ecc.)	<input type="checkbox"/>	20					
- la tutela della salute sui luoghi di lavoro	<input type="checkbox"/>	21					
- la dotazione di uffici e il loro equipaggiamento	<input type="checkbox"/>	22					

	ottimo 1	buono 2	discreto 3	scadente 4	pessimo 5	non so 6
- l'accuratezza e la completezza delle informazioni trasmesse ai degenti sulla diagnosi e la terapia	<input type="checkbox"/> 23					
- l'accuratezza e la completezza delle informazioni trasmesse ai degenti circa gli aspetti logistici	<input type="checkbox"/> 24					
- elementi di comfort per il personale (stanza per dormire, camice o divisa, servizi, docce, armadietto ecc.)	<input type="checkbox"/> 25					
- l'accuratezza e la completezza delle informazioni trasmesse ai degenti circa i tempi degli accertamenti e degli esami, i tempi di somministrazione della terapia e la durata del ricovero nel suo complesso	<input type="checkbox"/> 26					
- l'accuratezza e la completezza delle informazioni trasmesse ai degenti circa le cure da effettuare dopo le dimissioni	<input type="checkbox"/> 27					
- la dotazione/fornitura di farmaci	<input type="checkbox"/> 28					
- la tutela della riservatezza	<input type="checkbox"/> 29					

21. Ci sono particolari carenze concernenti la qualità dell'assistenza sanitaria all'interno della divisione/sezione/reparto/servizio in cui lavora (oltre quelle già specificate attraverso i giudizi forniti alle due domande precedenti)?

sì no

(se sì)

21.1. Quali?

22. Come giudica i rapporti, all'interno della divisione/sezione/reparto /servizio in cui lavora, fra colleghi?

- molto soddisfacenti 1
- soddisfacenti 2
- né soddisfacenti, né insoddisfacenti 3
- insoddisfacenti 4
- molto insoddisfacenti 5
- non saprei 6

23. Come giudica i rapporti, all'interno della divisione/sezione/reparto /servizio in cui lavora, con il resto del personale?

- molto soddisfacenti 1
- soddisfacenti 2
- né soddisfacenti, né insoddisfacenti 3
- insoddisfacenti 4
- molto insoddisfacenti 5
- non saprei 6

(da somministrare solo a medici e infermieri)

24. Ritiene che all'interno della sua divisione/sezione/reparto, la durata media della degenza sia:

- adeguata 1
- eccessivamente lunga 2
- troppo breve 3
- non saprei 4

(se non adeguata)

24.1. Perché?

(da somministrare solo a medici e infermieri)

25. Nella divisione di degenza in cui lavora, a sua conoscenza, le cartelle cliniche:

- vengono compilate quotidianamente per ogni degente 1
- vengono compilate periodicamente per ogni degente 2
- vengono compilate saltuariamente per ogni degente 3
- altro (specificare) 4

(da somministrare solo a medici e infermieri)

26. A sua conoscenza, qualora venga richiesta dall'utente, qual è il tempo di attesa per la consegna della copia della cartella clinica, dopo le dimissioni?

(giorni) non so

(da somministrare solo a medici e infermieri)

27. Ai pazienti, nella divisione di degenza in cui lavora, viene consegnata una lettera di dimissioni al termine del ricovero?

sì no non so

(da somministrare solo a medici e infermieri)

28. Come viene assicurata la continuità nella somministrazione dei farmaci ai degenti, dopo le loro dimissioni?

(per tutti)

29. Esistono protocolli scritti relativi alle operazioni da svolgere in situazioni di emergenza?

sì no non so

(da somministrare solo a medici e infermieri)

30. Nella divisione di degenza in cui lavora viene compilata la cartella infermieristica per ogni degente?

sì no non so

(per tutti)

31. In questo complesso sanitario, viene praticata la tecnica dell'auto-trasfusione?

sì no non so

(da somministrare solo a medici e infermieri)

32. All'interno della sua divisione, si fa ricorso all'attività di day-hospital?

sì no non so

(se no)

33. Perché?

(è ammessa più di una risposta)

- perché non esistono le condizioni logistiche e materiali 1
 - perché il tipo di specializzazione della divisione non consente il ricorso al day-hospital 2
 - per la scarsa volontà dell'amministrazione sanitaria 3
 - per la mancanza di personale 4
 - per altri motivi 5
- (specificare)
-

(per tutti)

34. Come giudica i rapporti (ad es. lo scambio di informazioni, l'utilizzazione delle strutture, gli aspetti burocratici, ecc.) della divisione/sezione/reparto/servizio in cui lavora con:

	molto soddisf.	soddisf.	né sodd. né insod.	insod.	molto insod.	non so giudic.	
	1	2	3	4	5	6	
- le altre divisioni/sezioni/reparti /servizi dell'ospedale	<input type="checkbox"/>	1					
- l'economato	<input type="checkbox"/>	2					
- il provveditorato	<input type="checkbox"/>	3					
- la farmacia	<input type="checkbox"/>	4					
- il magazzino	<input type="checkbox"/>	5					
- i servizi tecnici	<input type="checkbox"/>	6					
- la direzione sanitaria	<input type="checkbox"/>	7					
- i poliambulatori, i centri di analisi e i servizi presenti sul territorio	<input type="checkbox"/>	8					
- la medicina di base	<input type="checkbox"/>	9					

35. Al momento del ricovero, i degenti ricevono tutte le informazioni necessarie, circa le regole e le abitudini di vita della divisione, riguardanti:

	sì	no	
- orari pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- orari visite mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- orari entrate visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- orari colloquio medico-paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- orari pulizie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

(da somministrare solo a medici e infermieri)

36. Con quale periodicità e con quali modalità i degenti vengono informati:

- sul proprio stato di salute

- sulla diagnosi

- sulla terapia

(per tutti)

37. Nella sua divisione i degenti hanno la possibilità di leggere la propria cartella clinica?

sì

no

non so

(da somministrare a medici, a infermieri e a ausiliari)

38. Potrebbe precisare ogni quanto, nella sua divisione di degenza

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| - vengono rifatti i letti | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> giorni | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore | <input type="checkbox"/> non so |
| - viene effettuato il cambio di biancheria | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> giorni | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore | <input type="checkbox"/> non so |
| - vengono puliti i bagni | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> giorni | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore | <input type="checkbox"/> non so |

(per tutti)

39. A sua conoscenza, in questa struttura ospedaliera, è successo, negli ultimi 12 mesi che:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----|
| - che del personale eserciti funzioni per le quali non aveva una specifica abilitazione professionale? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 1 |
| - che la terapia non venga somministrata o venga somministrata in modo irregolare? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 2 |
| - che avvengano litigi tra operatori in presenza di degenti? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 3 |
| - che cadaveri vengano lasciati per oltre 30 minuti in luoghi impropri o vicino ad altri degenti? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 4 |
| - che il personale risponda oltre 5 minuti dopo la chiamata da parte del degente? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 5 |
| - che interventi di emergenza vengano effettuati oltre 5 minuti dopo il manifestarsi di tali situazioni? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 6 |
| - che non venga somministrato un farmaco perché non disponibile nella struttura sanitaria? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 7 |
| - che un degente si suicidi? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 8 |
| - che manchi l'acqua calda nei bagni? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 9 |
| - che vi siano episodi di molestie sessuali | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 10 |

40. Ha notato difficoltà di adattamento da parte dei degenti dovuti:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| - alla promiscuità con gli altri malati | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 1 |
| - al cambiamento degli orari e delle abitudini di vita | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 2 |
| - al cambiamento dell'alimentazione | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 3 |
| - al tipo di rapporto con il personale sanitario | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 4 |
| - al tipo di rapporto con gli altri malati | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 5 |
| - al cambiamento delle condizioni igieniche | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 6 |
| - altro
(specificare) | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | 7 |

41. Come giudica, nel loro insieme, le condizioni di vita dei degenti ricoverati nelle divisione/sezione/reparto in cui lavora?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| - molto soddisfacenti | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - soddisfacenti | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - né soddisfacenti né insoddisfacenti | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - insoddisfacenti | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - molto insoddisfacenti | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - non saprei | <input type="checkbox"/> | 6 |

SEZIONE D

42. Come giudica le cure che vengono generalmente prestate ai degenti?

- adeguate 1
- parzialmente adeguate 2
- parzialmente inadeguate 3
- inadeguate 4
- non saprei 5

43. Ha l'impressione che, all'interno del luogo in cui lavora, si verifichino sprechi di tempo?

- nell'esecuzione della terapia medica sì no 1
 - nell'esecuzione di esami, analisi o altri accertamenti sì no 2
 - nella consegna dei risultati di esami, analisi o altri accertamenti sì no 3
 - a causa di errori negli accertamenti o nella diagnosi sì no 4
 - a causa di errori nella terapia sì no 5
 - a causa di ritardi nella compilazione e nella trasmissione della cartella clinica o di altri documenti sì no 6
 - durante l'accoglimento alla divisione/sezione/reparto sì no 7
 - nell'attesa di un intervento chirurgico sì no 8
 - nella procedura delle dimissioni sì no 9
 - in altre occasioni sì no 10
- (specificare)
-

44. Esiste un piano di evacuazione per situazioni di emergenza quali incendi o simili?

sì no non so

(se sì)

44.1. Ne conosce i contenuti?

sì no

45. Come giudica, in termini di guarigioni o, comunque, di miglioramento dello stato di salute dei degenti, i risultati che si ottengono all'interno del servizio in cui lavora?

- molto soddisfacenti 1
- soddisfacenti 2
- né soddisfacenti né insoddisfacenti 3
- insoddisfacenti 4
- molto insoddisfacenti 5
- non saprei 6

46. Ritiene che la struttura sanitaria in cui lavora sia sufficientemente dotata di materiale sanitario di prima necessità (farmaci, siringhe, provette, bende, cerotti, ecc.)?

- sì, regolarmente 1
- in modo irregolare 2
- no, mai 3
- non so 4

47. Ritiene che la struttura sanitaria in cui lavora sia sufficientemente dotato/a di macchinari/strumenti diagnostici?

- sì no non so

48. Ritiene che la struttura sanitaria in cui lavora faccia sufficientemente uso di tecnologie avanzate?

- sì no non so

49. Nel complesso sanitario in cui lavora, ha notato negli ultimi 12 mesi

- topi sì no
- scarafaggi o blatte sì no

50. A sua conoscenza, nella struttura in cui lavora, esiste una procedura per il consenso-informato per le trasfusioni?

- sì no non vengono praticate trasfusioni

(da somministrare solo a medici e infermieri)

51. Nel servizio in cui lavora, qualora un degente debba subire, in relazione ad accertamenti diagnostici o alla terapia, un trattamento disagiata, viene informato preventivamente?

- sì no non so

(da somministrare solo a medici e infermieri)

52. E' mai venuto a conoscenza di casi in cui ciò non sia avvenuto?

- sì no

(per tutti)

53. Come giudica la segnaletica esterna e interna a questo complesso sanitario (in termini di chiarezza e completezza delle informazioni riportate)?

- molto soddisfacente 1
- soddisfacente 2
- né soddisfacente né insoddisfacente 3

- insoddisfacente
- molto insoddisfacente
- non saprei

- 4
- 5
- 6

SEZIONE E

54. A conclusione di questa intervista, le saremmo grati se potesse indicarci eventuali questioni che non sono state trattate e che a suo avviso meriterebbero di essere segnalate.

55. Le saremmo grati, infine, se potesse esprimere un suo giudizio sullo svolgimento di questa intervista, soprattutto per quel che riguarda i temi trattati e la pertinenza delle domande che le abbiamo posto.

**Analisi Partecipata della Qualità
(APQ)**

Questionario

UTENTI

Codice |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOME DELLA STRUTTURA

TIPO DI SERVIZIO AMBULATORIALE PRESSO IL QUALE SI SVOLGE
L'INTERVISTA

INTERVISTATORE _____

TELEFONO _____

DATA DELL'INTERVISTA /__ /__ /__ /

DURATA DELL'INTERVISTA |__|__| minuti

(ORA INIZIO..... ORA FINE.....)

EVENTUALI INTERRUZIONI 1 volta 2 volte più di 2 volte

SEZIONE A

1. Sesso

M F

2. Età

|_|_|

3. Titolo di studio

- nessun titolo 1
 - licenza elementare 2
 - diploma scuola media inferiore 3
 - diploma scuola media superiore 4
 - diploma para-universitario (es.: diploma ISEF, assistente sociale, ecc.) 5
 - diploma di laurea 6
 - altro titolo (specificare) 7
-

4. Qual è la sua professione? _____

4.1. Quale è la sua posizione professionale?

- occupato 1
- disoccupato 2
- in cerca di prima occupazione 3
- studente 4
- casalinga 5
- pensionato 6
- inabile al lavoro 7

(se occupato)

4.2. Posizione nella professione

- in proprio, con dipendenti 1
- in proprio, con coadiuvanti familiari 2
- in proprio, senza dipendenti o coadiuvanti familiari 3
- dipendente, con mansioni comuni 4
- dipendente, con mansioni specializzate 5
- dipendente, con mansioni impiegatizie 6
- dipendente, con mansioni direttive 7
- associato in associazioni professionali 8
- altro (specificare) _____ 9

4.3. Ramo di attività economica

- agricoltura 1
- industria 2
- Pubblica amministrazione 3
- altri servizi 4

5. Comune e provincia di residenza

6. Azienda sanitaria-USL di appartenenza

7. In questo momento usufruisce di una esenzione per patologia o invalidità?

sì no

SEZIONE B

8. Per quale motivo è qui in questo momento?

- analisi cliniche/esami di laboratorio 1
 - visite ambulatoriali/specialistiche 2
 - prescrizione di farmaci 3
 - richiesta di certificati 4
 - accompagnamento di parenti o altre persone 5
 - ritiro referti 6
 - altro (specificare) 7
-

9. Con quale frequenza si reca presso questa struttura?

|_|_| volte al mese (oppure |_|_|_| volte all'anno)

10. Secondo lei, quali misure bisognerebbe adottare per migliorare l'assistenza sanitaria?

- | | sì | no |
|---|--------------------------|----------------------------|
| | 1 | 2 |
| - non adottare alcuna misura particolare, perché le cose vanno bene così | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 |
| - lasciare liberi gli utenti di rivolgersi al sistema pubblico o a quello privato, non obbligandoli più a pagare i contributi al SSN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| - rendere obbligatoria la contribuzione al SSN solo per alcuni servizi essenziali, lasciando agli utenti la scelta tra il pubblico e il privato per gli altri servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 |
| - introdurre un sistema che preveda la spesa a carico del cittadino e un successivo rimborso da parte del SSN (assistenza indiretta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| - potenziare il sistema pubblico, migliorandone e ampliandone le prestazioni, anche a costo di aumentare i contributi dei cittadini al SSN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| - ripristinare l'assistenza così come era prima dei recenti provvedimenti legislativi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |

11. Negli ultimi 12 mesi, in questa Azienda sanitaria, si è rivolto alle seguenti strutture?

	sì	no	non esistono	
	1	2	3	
- a poliambulatori e/o centri di analisi specialistici pubblici o classificati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- a poliambulatori e/o centri di analisi specialistici privati convenzionati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- a poliambulatori e/o centri di analisi specialistici privati a pagamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- a studi di medici specialisti privati convenzionati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- a studi di medici specialisti privati a pagamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
- al medico di famiglia (di base)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
- a servizi territoriali (consultorio, centri di salute mentale, per tossicodipendenti, ecc.) (specificare quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7

SEZIONE C

12. In occasione della visita specialistica che sta effettuando oggi (o dell'ultima visita da lei effettuata presso questo complesso sanitario), quanto tempo ha dovuto attendere davanti allo sportello prima di ottenere la prenotazione?

ore |__|__| (oppure minuti |__|__|)

13. Quanto tempo è passato dal momento della prenotazione al momento della visita che sta effettuando oggi (o dell'ultima visita da lei effettuata presso questo complesso sanitario)?

giorni |__|__|(oppure ore |__|__|)

14. Quanto tempo è durata tale visita?

minuti |__|__|

15. Ha avuto la possibilità di rivolgersi allo stesso specialista per precedenti visite dello stesso tipo?

sì no

16. Quanto tempo ha dovuto attendere tra l'ora dell'appuntamento e il momento in cui la visita è effettivamente iniziata?

minuti |__|__| (oppure: ore |__|__|)

17. Al termine della visita, le è stata consegnata una relazione per il suo medico curante?

sì no

18. Durante tale visita le hanno dato informazioni precise circa:

- il suo stato di salute 1
- la diagnosi 2
- le cure da effettuare 3

19. In generale, le è mai capitato che gli esami che doveva fare fossero:

- | | spesso | qualche volta | raramente | mai | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| - rinviati | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - ripetuti perché fatti male | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - ritenuti inutili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - ripetuti perché effettuati altrove | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - ripetuti a causa dello smarrimento dei referti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - soggetti ad altri disagi (specificare quali) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |

20. Lei abita nella stessa zona in cui si trova il presente servizio?

sì no

21. Considerata la zona in cui abita, è soddisfatto della localizzazione dei seguenti servizi sanitari?

- | | sì | no | non so | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | |
| - poliambulatorio(i) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - consultorio(i) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - centro(i) di analisi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - centro unificato prenotazioni (se esiste) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |

22. Per quanto la sua esperienza di rapporti con il SSN le permette di giudicare, ritiene adeguati o meno:

- | | del tutto adeguati | parz. adeguati | parz. inadeg. | del tutto inadeg. | non saprei | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - i tempi di attesa per le visite ambulatoriali | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - i tempi di attesa per fare esami | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - i tempi di attesa per il rilascio di | | | | | | |

prescrizioni	<input type="checkbox"/>	3				
- i tempi di attesa per i risultati degli esami	<input type="checkbox"/>	4				

23. Come ritiene che siano le informazioni fornite presso i poliambulatori di questa azienda, riguardo a:

	del tutto adeguati	parz. adeguati	parz. inadeg.	del tutto inadeg.	non saprei	
- la diagnosi	<input type="checkbox"/>	1				
- le cure future (medicine, particolari attenzioni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	2				
- ulteriori esami da effettuare	<input type="checkbox"/>	3				
- ulteriori visite specialistiche da effettuare	<input type="checkbox"/>	4				
- il modo di districarsi all'interno del SSN	<input type="checkbox"/>	5				

24. Qualora abbia dovuto subire trattamenti disagiati (in relazione alla diagnosi o alla terapia), è stato informato preventivamente?

sì no non ho mai dovuto subire simili trattamenti

25. In relazione alle prestazioni sanitarie presso questa struttura, ha mai ritenuto opportuno esborsare danaro nella speranza di ricevere un trattamento migliore?

sì no

26. Durante la sua permanenza presso questo complesso sanitario, le è mai capitato (nel corso degli ultimi 12 mesi):

- di essere chiamato con il "tu"	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	1
- di essere chiamato con il nome della sua malattia o della parte malata del suo corpo	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	2
- di essere chiamato con altri appellativi impropri	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	3
- di essere oggetto di osservazioni ingiuriose da parte del personale	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	4
- di essere insultato da operatori del servizio	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	5
- di doversi spogliare di fronte ad altri utenti o a soggetti professionalmente non coinvolti	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	6
- di essere oggetto di commenti ad alta voce lesivi del suo pudore, da parte di operatori sanitari	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	7
- di dover utilizzare servizi igienici privi di un sistema di chiusura dall'interno	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	8
- di essere testimone di litigi tra il personale	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	9

27. Le risulta che informazioni sulla sua malattia che lei voleva mantenere riservati siano stati comunicati ad estranei o a terzi senza il suo consenso?

sì no

(solo per gli utenti della medicina extraospedaliera)

28. Ritiene che le informazioni che le vengono fornite presso i poliambulatori e i centri di analisi privati convenzionati di questa Azienda sanitaria circa gli aspetti che seguono, siano:

	del tutto adeguate	parzial. adeguate	parzial. inadeg.	del tutto inadeguate	non saprei
	1	2	34	5	
- la diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- le cure future (medicine, particolari attenzioni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- ulteriori esami da effettuare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- ulteriori visite specialistiche da effettuare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- il modo di districarsi all'interno del SSN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

(per tutti)

29. Negli ultimi 12 mesi, ha constatato mutamenti nei servizi ambulatoriali di questa azienda sanitaria?

- la maggiore disponibilità in termini di giorni o di orario dei medici o dei tecnici sì no 1
- la minore disponibilità in termini di giorni o di orario dei medici o dei tecnici sì no 2
- la maggiore lunghezza delle liste di attesa sì no 3
- la minore lunghezza delle liste di attesa sì no 4
- un maggiore rispetto delle date e degli orari degli appuntamenti sì no 5
- un minore rispetto delle date e degli orari degli appuntamenti sì no 6
- la necessità di rivolgersi altrove rispetto ai servizi usati abitualmente sì no 7
- altri mutamenti (specificare quali) sì no 8

30. Le è mai capitato, nel corso degli ultimi 12 mesi, per l'accesso ai servizi ambulatoriali di questa Azienda sanitaria, di fare file?

sì no (se no, passare alla domanda 38)

(se sì)

31. Qual è stata la durata massima di una fila che ha fatto negli ultimi 12 mesi?

- meno di mezz'ora 1

- da mezz'ora a un'ora 2
- da un'ora a due ore 3
- da due ore a tre ore 4
- da tre ore a cinque ore 5
- oltre cinque ore 6

32. Alcune di queste file si sono svolte prima delle 7 di mattina?

sì no

33. Ha dovuto fare file all'aperto, in condizioni disagiati (freddo, pioggia, calura, ecc.)?

sì no

34. Le è capitato di dover rifare la fila per lo stesso motivo?

sì no

35. Le è capitato in queste occasioni di dover fare la fila per "prendere un numero"?

sì no

36. Dopo aver preso il numero, ha dovuto fare una nuova fila?

sì no

37. In queste occasioni, le è mai capitato che l'ordine stabilito "dai numeri" non fosse rispettato?

sì no

38. Quale giudizio si sentirebbe di esprimere sul personale addetto (impiegati, sportellisti, ausiliari, ecc.) con il quale è entrato in contatto l'ultima volta che ha fatto una fila?

- | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - disponibile | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 1 |
| - cortese | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 2 |
| - indifferente | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 3 |
| - scortese | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 4 |
| - preparato | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 5 |
| - ignorante | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 6 |
| - arrogante | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> 7 |

39. Le è capitato, sempre nel corso degli ultimi 12 mesi, in questa Azienda sanitaria di aver fatto una fila anche lunga e di non aver potuto accedere al servizio, a causa della chiusura dello sportello all'ultimo momento (ad esempio per il rigoroso rispetto dell'orario)?

sì no

40. Le è capitato viceversa di fare una fila e di aver avuto accesso al servizio anche dopo l'orario, per la buona volontà degli impiegati addetti?

sì no

41. Come giudica l'assistenza sanitaria prestata dai servizi del SSN di questa Azienda sanitaria?

	servizi pubblici/ classificati	servizi convenz.
	1	2
- molto soddisfacente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
- soddisfacente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
- né soddisfacente, né insoddisfacente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
- insoddisfacente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
- del tutto insoddisfacente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
- non saprei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6

42. Come giudica, in base alla sua esperienza, i servizi ambulatoriali di questa Azienda sanitaria?

	ottimo	buono	discreto	scadente	pessimo	non so
	1	2	3	4	5	6
- ambiente del luogo di cura (l'arredamento; lo stato dei servizi igienici; la disponibilità degli spazi)	<input type="checkbox"/> 1					
- la manutenzione dei locali	<input type="checkbox"/> 2					
- gli orari di apertura e di chiusura	<input type="checkbox"/> 3					
- la comodità del locale	<input type="checkbox"/> 4					
- l'ordine, la pulizia e l'igiene	<input type="checkbox"/> 5					
- la quantità di medici all'interno delle varie strutture con le quali ha avuto rapporti	<input type="checkbox"/> 6					
- la preparazione dei medici	<input type="checkbox"/> 7					
- il modo in cui i medici trattano gli utenti	<input type="checkbox"/> 8					
- la preparazione degli infermieri	<input type="checkbox"/> 9					
- la quantità di infermieri presente nelle varie strutture con le quali ha avuto rapporti	<input type="checkbox"/> 10					
- il rapporto con gli infermieri e il personale ausiliario	<input type="checkbox"/> 11					

	ottimo	buono	discreto	scadente	pessimo	non so	
	1	2	3	4	5	6	
- la possibilità di identificare i propri interlocutori	<input type="checkbox"/>	12					
- le attrezzature sanitarie	<input type="checkbox"/>	13					
- i rapporti con gli uffici amministrativi	<input type="checkbox"/>	14					
- la localizzazione dei servizi (ad es. la distanza dalla propria abitazione, la connessione con la rete dei trasporti pubblici, la possibilità di trovare parcheggio, ecc.)	<input type="checkbox"/>	15					
- la preparazione dei tecnici	<input type="checkbox"/>	16					
- la quantità di tecnici presenti	<input type="checkbox"/>	17					
- il rapporto tra i medici specialisti e il suo medico curante	<input type="checkbox"/>	18					
- la disponibilità dei medici verso gli utenti	<input type="checkbox"/>	19					
- la disponibilità degli infermieri verso gli utenti	<input type="checkbox"/>	20					
- la segnaletica all'interno e all'esterno del complesso sanitario	<input type="checkbox"/>	21					
- il grado di tutela della riservatezza	<input type="checkbox"/>	22					
- la disponibilità di servizi igienici	<input type="checkbox"/>	23					
- la disponibilità di telefoni	<input type="checkbox"/>	24					
- le possibilità di accesso alle pratiche amministrative	<input type="checkbox"/>	25					

SEZIONE D

43. A conclusione di questa intervista, le saremmo grati se potesse indicarci eventuali questioni che non sono state trattate e che a suo avviso meriterebbero di essere segnalate.

44. Le saremmo grati, infine, se potesse esprimere un suo giudizio sullo svolgimento di questa intervista, soprattutto per quel che riguarda i temi trattati e la pertinenza delle domande che le abbiamo posto.
