

## LAVORI IN CORSO



La collana è espressione del lavoro di studio e di ricerca condotto dai sociologi dell'Ateneo teramano nelle sedi didattiche e strutture di ricerca. Con i testi qui pubblicati si vuole manifestare l'interesse e l'attenzione che i ricercatori sociali pongono nei confronti della società locale e regionale.

### Il comitato redazionale è composto da:

Mimmo Carrieri, Emilio Cocco, Rossella Di Federico,  
Gabriele Di Francesco, Consuelo Diodati, Paolo Giuntarelli,  
Pierfranco Malizia, Everardo Minardi (coordinatore),  
Salvatore Rizza, Monica Sassatelli, Daniele Ungaro,  
Agnese Vardanega, Roberto Veraldi (redattore),  
Angela Maria Zocchi.



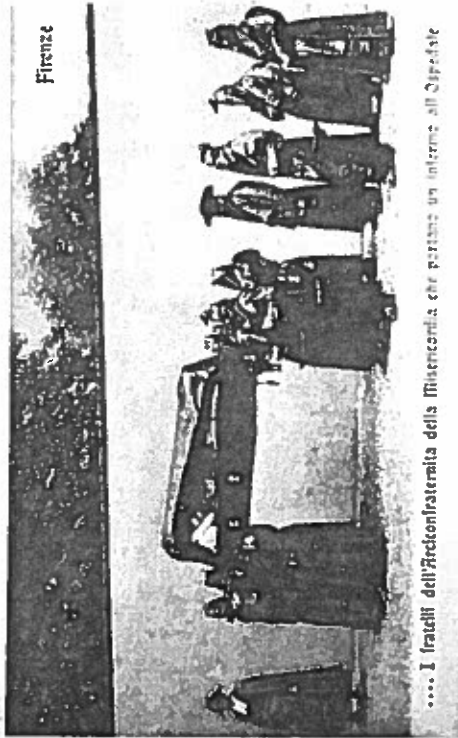
*Il Piccolo Libro*

Piccola Società Cooperativa a.r.l.  
via De Albenais, 20 64100 Teramo - tel. 0861-25 28 32  
e-mail: [ilpiccololibro@virgilio.it](mailto:ilpiccololibro@virgilio.it)

## QUALITÀ E SERVIZI SOCIO-SANITARI

Case studies di sociologia applicata

Firenze



.... I fratelli dell'Arciconfraternita della Misericordia che parlano un italiano all'ospitale

libreria  
piccola  
-teramo-

Teramo  
0861  
0861

Folco Cimagalli  
Roberto Veraldi



*Il Piccolo Libro*

TER 6510432  
Dati  
-6603  
-1000000

# QUALITÀ E SERVIZI SOCIO - SANITARI

*Case studies di sociologia applicata*

Folco Cimagalli  
Roberto Veraldi

# INDICE

## Parte prima (di Roberto Veraldi)

### Dal Piano Beveridge alla riforma sanitaria ter

<b>Capitolo 1 - Il contesto</b>	pag. 9
1.1 - Premessa	» 9
1.2 - Sociologie und Gesundheit	» 18
1.3 - Servizio sanitario e qualità dei servizi: alcune questioni preliminari	» 22
1.4 - I Piani Sanitari Regionali: alcune considerazioni	» 34
1.5 - L'organizzazione ospedaliera	» 40
1.6 - Nuovo Welfare: tra globalizzazione e ruolo del privato sociale	» 45
1.7 - Dalla L. 833/78 al D. Legs. 229/99: elementi per una riflessione	» 52
1.8 - La riforma sanitaria ter	» 54
<i>Bibliografia</i>	» 61

## Parte seconda (di Folco Cimagalli)

### La ricerca

<b>Capitolo 2 - La qualità dei servizi ospedalieri</b> <i>Un'indagine nel Comune di Teramo</i>	» 65
<b>Capitolo 3 - Un'indagine esplorativa sulla qualità dei servizi del D.S.M. "Teramo 1"</b>	» 115
<i>Bibliografia</i>	» 139

### Appendici

<b>Appendice 1 (di Alessandra Dell'Orto)</b> I servizi ospedalieri: la qualità percepita dai cittadini	» 143
<b>Appendice 2 (di Folco Cimagalli)</b> Questionari della ricerca sulla qualità del D.S.M. "Teramo 1"	» 149
<b>Bibliografia ragionata di riferimento (di Roberto Veraldi)</b>	» 171



IT\ICCU\RAV\1155473

CIMAGALLI, Folco  
VERALDI, Roberto

Qualità e servizi socio-sanitari. Case studies di sociologia applicata  
Collana: Lavori in corso  
Teramo: Il Piccolo Libro, 2005  
pp. 182

© Teramo 2005 by Il Piccolo Libro a r. l.  
64100 Teramo, via De Albertis 20

E-mail: [ilpiccololibro@virgilio.it](mailto:ilpiccololibro@virgilio.it)

I diritti di traduzione, riproduzione e adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Finito di stampare nel mese di Ottobre 2005  
dalla **Stampa Offset Ragazzini & C. snc**  
via Masoni, 26 - Faenza - tel. 0546/28230 fax 0546/680011 - E-mail: [info@offetragazzini.191.it](mailto:info@offetragazzini.191.it)

**PARTE PRIMA**  
(di Roberto Veraldi)

**DAL PIANO BEVERIDGE  
ALLA RIFORMA SANITARIA TER**



## 1. Il contesto

*L'emergere del problema qualità nella valutazione delle cure per la salute, dentro l'Occidente sviluppato, non è un evento compiuto come di una Minerva che esca armata dalla testa di Giove, ma è un processo graduale e differenziato, di avanzamenti e di qualche regressione. È un processo che chiama in causa una frequente revisione dei rapporti tra medici e pazienti, tra domanda e offerta di cure, nell'organizzazione della vita societaria anche al variare delle disuguaglianze sociali in essa.*

Achille Ardigò

### 1.1. Premessa

Alla fine del secondo conflitto mondiale l'Italia, come molti altri stati europei, ha sentito l'esigenza di mettere in piedi un sistema che potesse garantire una certa stabilità ed un certo benessere alla popolazione. L'avvento del boom economico (anni 60) che ha inevitabilmente colpito il nostro Paese ha, però, sconvolto le tradizionali istituzioni su cui poggiava la stessa impalcatura, la famiglia e i modelli di vita, provocando reazioni non calcolate a causa della impreparazione del tessuto sociale al mutamento repentino<sup>1</sup>.

Proprio in questo periodo, a cavallo tra gli anni Sessanta e Settanta da parte dello Stato si procederà, sempre di più, ad un accentramento di quelle che una volta erano prerogative di assistenza e beneficenza della Chiesa, nasce una nuova coscienza di classe, in seguito anche alla stratificazione sociale determinata dall'esplosione industriale del nostro Paese, che sarà alla base delle rivendicazioni dei lavoratori: in questo quadro storico si afferma quel processo che darà vita al sistema previdenziale<sup>2</sup>.

Il welfare state si è imposto come una componente essenziale dell'assetto istituzionale complessivo delle società più progredite; il suo sviluppo ha notevolmente cambiato tutte le modalità di svolgimento dell'economia, della politica, della società in generale.

Il termine welfare state "è un termine evocativo, spesso usato a sproposito. Letteralmente, come è noto a tutti, significa *stato del benessere*. [...] Per welfare state, come modo storicamente determinato di funzionamento dello Stato capitalistico, si intende una situazione nella quale lo Stato (con diverse forme di finanziamento) provvede alla messa in atto di una serie di politiche

<sup>1</sup> Colagiovanni F.E., *Sociologia*, Ed. Pro. Manuscripto, Roma, 1988.

<sup>2</sup> Vecchiarelli M., *Il sistema pensionistico*, in *Sistema Previdenza* n. 153/154, 1995.

sociali, finanziandole attraverso particolari politiche fiscali.<sup>3</sup> Lo stato, mediante l'attivazione di ammortizzatori sociali, tenta di dare risposte ai problemi collettivi: si cerca, in altre parole, di dare risposte che si traducono in nuovi servizi per i bisogni sociali espressi dai cittadini, attraverso un tentativo di trasformazione che ancora oggi possiamo affermare non concluso.

Diventa forte, però, per lo Stato l'obbligo di far fronte a tutte le situazioni di disagio sociale, compreso il diritto alla salute/diritto alla sanità: tale obbligo, derivante dal diritto di cittadinanza, diventa l'elemento sociologicamente importante ed elemento attivo per la popolazione in quanto produrrà esso stesso uno strumento giuridico valido alla sua tutela. Il diritto alla salute/diritto alla sanità è un punto cruciale per la riflessione sul nuovo complesso dei diritti di cittadinanza. Tali diritti pongono al centro la dimensione relazionale, ed hanno, come referente simbolico, una cultura centrata sulla qualità della vita globalmente intesa.

In questa prospettiva, è cruciale la messa a tema dell'identità del cittadino con una specifica attenzione alla complessità relazionale della salute, che può essere colta sia nel rapporto tra individuo e istituzioni, sia in quello tra individuo ed i suoi gruppi di appartenenza (*membership perspective*), come la famiglia ed i gruppi informali territoriali locali. In particolare, la famiglia emerge come luogo strategico fondamentale nel quale trovano (o non trovano) spazio i diritti dei singoli e la loro immediata contestualizzazione in ambito intersoggettivo.<sup>4</sup>

Il diritto alla salute/diritto alla sanità è stato tradizionalmente inteso dal nostro apparato sanitario come diritto *alla cura in caso di malattia*, secondo una concezione della salute come *assenza di malattia*. Questa prospettiva focalizza esclusivamente la fase *acuta* della patologia, lasciando pressoché disattese le aree preventive e riabilitative. Conseguentemente, le risposte al bisogno sanitario tendono ad essere sempre più standardizzate, anche a fronte della crescente specializzazione del sistema medico, a scapito della domanda di personalizzazione degli interventi che,

al contrario, rappresenta una istanza irrinunciabile documentata anche a livello empirico da indagini internazionali sugli orientamenti delle popolazioni.<sup>5</sup>

Così, anche la diffusione di nuove tecnologie nella cura della salute e nell'offerta di sanità diventa fattore di stratificazione sociale nell'accesso e nell'uso degli strumenti di cura. Il diritto alla salute/diritto alla sanità si connota, pertanto, improntato ad una nuova selettività: sorgono infatti nuove forme di emarginazione, che penalizzano i gruppi più deboli a livello sociale, quelli che non dispongono di strumenti informativi e relazionali in grado di orientare la scelta delle prestazioni sanitarie.<sup>6</sup>

Nel panorama storico che si va delineando in questo contesto, come giusto corollario agli argomenti che verranno trattati di seguito, gli anni Settanta rappresentano il punto di rottura con il vecchio modello di Welfare: "crisi socio-politica (contestazione del '68) e crisi economica (i limiti dello sviluppo svelati dalla crisi petrolifera del '73, l'*autunno caldo* del '77/'79) si intrecciano sinergicamente facendo emergere un *malessere* di cui la letteratura e il cinema di quegli anni offrivano ampie testimonianze": ecco perché era necessaria una rielaborazione dello Stato sociale, inteso nella sua accezione migliore.

"Siamo certi di ciò che è ormai passato ma non lo siamo di quello che sarà: il sistema di Welfare, in Italia come in Europa, è in fase di transizione. Qualcuno, pessimista o interessato, dice che non di passaggio si debba parlare ma di conclusione e di chiusura definitiva di un qualsiasi sistema di Welfare o di sicurezza sociale. Ma non occorre essere affetti da *ottimismo* per pensare che di un qualche sistema che garantisca le condizioni minime di benessere per tutti una società civile non possa fare a meno.

La solidarietà non può infatti essere considerata una scelta contingente o riservata alle situazioni di emergenza, casuale perciò; né può ritenersi un *optional* e un lusso che solo le società opulente possano permettersi.

5 International Social Survey Program (ISSP), 1985-1987, 1990, Rossi G., *Disuguaglianza ed equità nei servizi socio-sanitari: la specificità del caso italiano*, in *Studi di Sociologia*, luglio-settembre 1990, xxviii, n.3, pp.303-320.

6 Donati P. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale. Teoria e modelli*, Nis, 1995, pp.122-123.

7 Rizza S., *La città e i cittadini*, Centro studi Cammarata, Caltanissetta, 1997, p.23

3 IRES Campania, *Welfare state e Mezzogiorno. Dall'assistenza allo Stato sociale. Interventi di Ascoli U., Baccella N. et al.*, Liguori Ed., Napoli, 1987, p.11.

4 Rossi G., *Cultura della cittadinanza e famiglia*, relazione presentata al Seminario di studi La cultura della cittadinanza oggi, Bologna, 22-23 gennaio 1993

L'esigenza solidaristica è iscritta nella natura *sociale* dell'uomo e costituisce un gene fondante della società, che si distingue dal mero aggregato di soggetti senza interrelazioni e interazioni e, perciò, capaci solo di rapporti casuali, effimeri e privi di senso (cioè non finalizzati né motivati)... È fin troppo ovvio affermare che le condizioni e le caratteristiche della società odierna siano in parte cambiate e in parte in via di trasformazione a confronto di quelli della società anche semplicemente di un qualche decennio addietro.

Il sistema di Welfare non poteva non risentire dei mutamenti\* con queste premesse.

Ma la legittima domanda che ci dobbiamo porre è: accettata l'idea della crisi del sistema e delle sue ripercussioni sulle politiche sociali, quali sono i margini per gestire e controllare la crisi del Welfare state?

"Le ragioni della crisi sono profonde ed è necessario comprenderle entro un paradigma non economicistico. Esse hanno a che fare con la perdita del centro nelle politiche sociali nazionali e locali, con l'enorme aumento dei costi dei servizi (entro l'economia politica imperante, che viene spacciata per una *legge ferrea delle cose*), con l'incapacità della macchina burocratica<sup>8</sup> del W.S. a risolvere i vecchi e nuovi problemi di marginalità, devianza, disadattamento, malessere, in presenza di nuovi bisogni e aspirazioni, di nuove alienazioni, di nuove povertà... il ricorrere allo sviluppo dell'economia informale e a piccoli aggiustamenti per ridurre i costi del welfare system, entro una strategia del *piccolo è bello*, [...] non sembra una risposta all'altezza della situazione. Può mettere in rilievo aspetti importanti di innovazione, ma non costituisce un progetto"<sup>9</sup>. Occorre dare una visione

8 Rizza S., op. cit.

9 Anche Luhmann dedica alla amministrazione, e soprattutto all'amministrazione burocratica, una forte attenzione: che nasce dalla consapevolezza dell'insostituibile funzione che essa svolge in sistemi sociali altamente complessi, oltre che dall'adesione alla tesi weberiana della crescente burocratizzazione delle società avanzate. In un sistema, osserva Luhmann, non può mai essere mutato tutto in una sola volta, e i limiti di tollerabilità del mutamento, a parte periodi eccezionali, sono assai ristretti sia a livello dei sistemi sociali sia a livello dei sistemi individuali. Da qui la necessità di assicurare, in ogni sistema, vaste zone di comportamenti burocratici che si svolgono secondo canali prestabiliti, potendo così il livello di sicurezza delle previsioni e di affidabilità delle aspettative. Cfr. Luhmann N., *Stato di diritto e sistema sociale*, Guida Editori, Napoli, 1990.

10 Rossi G., Donati P. (a cura di), *Welfare State. Problemi e alternative*, F. Angeli, Milano, 1985.

nuova al problema: dal Welfare tradizionale si deve passare a "nuove solidarietà orizzontali e verticali, fra gruppi sociali, categorie professionali, aree territoriali. Senza un tale salto di qualità il W.S. continuerà forse anche a crescere in termini assoluti di spese pubbliche [...] ma la sua crescita sarà ancora e sempre una crescita in crisi, di quel genere di crisi che non è segno di maturazione, ma piuttosto di depressione e regressione latente per l'incapacità di riprogettare e di riorientarsi ad un futuro possibile e sensato, degno di essere vissuto. In sostanza se il vecchio Welfare State ha rappresentato, in fondo, la solidarietà fra l'indiviso e il sistema sulla base di un preciso calcolo di interessi, il nuovo assetto di *welfare*, quello che si innesta e dà spazio crescente alla *welfare society*, dovrà basarsi su nuove solidarietà, non puramente volontaristiche ma neppure utilitaristiche, fra gli individui e fra i gruppi sociali, fra gli attivi e i non attivi, fra categorie centrali e categorie marginali o periferiche nella divisione sociale del lavoro e del benessere, come in tutto l'ampio panorama dei servizi sociali. [...]

Parlando di crisi del Welfare State, infatti, un dato è per lo meno sconcertante: il fatto che nessuno degli agenti in gioco vuole positivamente la crisi, nessuno considera come un bene la riduzione delle spese sociali, la decurtazione dei sistemi di sicurezza sociale, i tagli di assistenza ai poveri, ai malati, e così via. In una parola, nessuno vuole eliminare i vantaggi che derivano dal W.S. Il dibattito è semmai sotto che forma e in che misura debbano essere erogati gli aiuti (in denaro, in servizi, etc.) per essere più efficaci e più razionali in termini strumentali anche in rapporto alla riattivazione degli *inputs* dal mercato e dal sottosistema di legittimazione socio-culturale. E però i tagli e le riduzioni, a volte indiscriminate, vengono proposti e in parte attuati e paiono diventare sempre più inevitabili. [...] Se si smantella lo stato sociale si creano enormi problemi, se si puntella il W.S. la spirale inflativa prende quota [...] Le soluzioni possibili si rifanno a) da un lato alla possibilità di riattivare il libero mercato con uno stato minimale se non ultraminimo; b) dall'altro, rinnovare al massimo la forza dello stato come produttore-consumatore collettivo per una solidarietà collettiva forzata che imponga a tutti certi sacrifici onde uscire dal tunnel della crisi, fino a trovare una nuova stabilità."<sup>11</sup>

11 Rossi G., Donati P. (a cura di), op. cit.

Esiste però anche la possibilità di creare un mix fra queste due posizioni. "l'ideologia *lib-lab*"<sup>12</sup>, ad esempio può rappresentare una risposta nuova ma anche di compromesso: diventa sempre più pressante il richiamo, allora, verso un tipo di welfare che deve essere ridisegnato per farlo diventare da statutale a socio-etario.

"Lo Stato deve, in altri termini, rendere chiare le regole della sicurezza sociale come perno della cittadinanza. Ma quest'ultima è poi soprattutto una concreta capacità di renderla *attiva* da parte degli stessi soggetti. [...] Allo stato attuale delle cose, sembra più realistico pensare che sia possibile orientarsi verso alcuni criteri o principi guida di azione che consentano ai singoli sistemi di protezione sociale di uscire dalla crisi del *welfare state* seguendo strade non divergenti, ma finalizzate ad un aumento dei livelli di benessere della popolazione in base a valori e regole comuni, senza regredire né a forme pre-moderne (ricorso a relazioni solo di tipo informale), né a misure di puro mercato (privatizzazioni selvagge).

Quanto ai principi, essi possono essere sintetizzati in:

a) *principio di solidarietà*, inteso non solo come aiuto universalistico ai più deboli, ma anche come promozione della solidarietà propria delle comunità intermedie [...];

b) *principio di sussidiarietà*, inteso e praticato non in maniera restrittiva e difensiva (cioè come semplice difesa delle comunità minori), ma in senso positivo e promozionale: le comunità di ordine superiore hanno il dovere di promuovere le comunità di ordine inferiore nel senso di aiutarle a raggiungere maggiori livelli di autonomia; il principio va applicato sia nei rapporti centro-periferia (nell'articolazione dello Stato), sia fra i vari attori sociali (Stato, mercato, terzo settore), mediante una soluzione statutaria: si parla a questo proposito, degli Statuti dell'economia sociale in Europa<sup>13</sup>;

c) collegato ai due principi anzidetti c'è un nuovo *principio di democrazia associativa*, per cui la protezione sociale dovrebbe esprimere diritti che nascono dalla e con la società civile;

d) un *principio di macro-micro link* che promuova una mag-

<sup>12</sup> Rossi G., Donati P. (a cura di), op.cit.

<sup>13</sup> Stefanelli R., *Le pensioni in Europa*, EDISPI, Roma, 1991.

giore attenzione alle forme di protezione attuate dalle e nelle comunità locali [...] nel quadro di un sistema di sicurezza macro-istituzionale.

Quanto alle regole, in concreto, ciò che si richiede è:

a) un nuovo *spirito delle combinazioni* che configuri la protezione sociale come *welfare mix* composto di risorse provenienti da vari attori<sup>14</sup>;

b) mettersi dal punto di vista del cliente come cittadino, personalizzando i trattamenti [...];

c) uscire da un sistema di protezione sociale limitato al gioco Stato-mercato (ovvero da una contrapposizione pubblico-privato) per pensare ad altri strumenti di *public policy*<sup>15</sup>, di cui il terzo settore è solamente uno;

d) cooperazione e coordinamento fra i vari settori della protezione sociale;

e) flessibilità degli schemi assicurativi e loro connessione con le diverse biografie e ingressi nell'età anziana<sup>16</sup>.

Quanto agli attori della protezione sociale, essi possono essere distinti nei seguenti:

a) lo *Stato*, come ordinatore generale, deve essere il garante soprattutto del principio di uguaglianza sociale;

b) il *mercato* (imprese e sindacati), stimolando il gioco degli interessi, rappresenta le istanze di libertà di iniziativa;

c) le *associazioni*, come terzo settore organizzato, rappresentano le istanze di solidarietà, primaria e secondaria;

d) infine le *famiglie*, con le proprie reti informali di aiuto quotidiano, esercitano importanti funzioni di equità fra le generazioni, se e in quanto agiscono secondo un principio di reciprocità di mondo vitale.

Una tale articolazione, più di altre, sembra essere in grado di attuare forme di protezione sociale che non tengano conto solo di interessi materiali, ma anche delle identità culturali delle per-

<sup>14</sup> Donati P., Colozzi L., *Institutional Reorganization and New Shifts in the Welfare Mix in Italy during the 1980*, in A. Exors, H. Wintersberger (eds.), *Shifts in the Welfare Mix. Eurosociology*, Vienna, 1988, pp. 63-97.

<sup>15</sup> Salomoi L. (ed.), *Beyond Privatization. The Tools of Government Action*, The Urban Institute Press, Washington D.C., 1989.

<sup>16</sup> Walzer A. et al., *Gli anziani e le politiche sociali ed economiche*, Rapporto per l'Osservatorio della Comunità europea sulla condizione anziana, pubblicato in "Tutela", 1992, VII, nn. 3-4.

sone e delle formazioni sociali in cui si forma e si sviluppa la loro personalità.

In una situazione di crescente post-modernità, la protezione sociale ha soprattutto bisogno di individuare nuovi attori, nuovi principi guida e nuove regole che non si aspettino troppo in termini di armonizzazione, convergenza e coordinamento, ma siano soprattutto capaci di auto-direzione e auto-controllo in termini di efficacia, efficienza ed equità nei costi e nei vantaggi della protezione sociale collettiva. Il maggior problema sta nel come regolare la maggiore autonomia delle forme di protezione sociale autogestite dai vari attori interessati ad essa con l'equità sociale (fra categorie, classi e generazioni diverse).

In altri termini, occorre che i sistemi di protezione sociale riescano a trovare un nuovo bilanciamento fra le forme di "integrazione sistemica" [...] e le forme di "integrazione sociale" [...] entro una nuova configurazione relazionale di *cittadinanza socialista*<sup>17</sup>. Di conseguenza "il Welfare e il sistema dei servizi che ne deriva non sono "pacchetti" di provvidenze e di benefici concessi "graziosamente" ad alcuni cittadini indifesi e bisognosi che giocano il ruolo di "oggetto" finale. Essi al contrario sono "soggetti" protagonisti e partecipi, portatori di bisogni ma anche detentori di diritti. La categoria della "*cittadinanza*" esprime la logica di una partecipazione attiva alla costruzione e realizzazione di un personale e collettivo progetto di benessere [...] che non può essere né misconosciuta, né surrogata. [...] In questa ottica l'intervento assistenziale non è "assistenzialismo", bensì "processo di aiuto" teso a restituire protagonismo al soggetto, a far crescere in lui la consapevolezza, ad indirizzare verso la conoscenza e la fruizione delle risorse esistenti sul territorio, a divenire egli stesso "risorsa" per sé e per gli altri. Un intervento scaturito dalla logica di partecipazione attiva e consapevole, lungi dal creare "dipendenza", attiva scelte autonome e sprigiona sinergie dove sembrano esserci inerzia e passiva attesa"<sup>18</sup>.

In questa ottica dialettica viene, per certi versi, ribadita una sorta di subalternità dello Stato e delle Istituzioni che fa da controtendere al riconoscimento della centralità della persona in quanto

17 Donati P. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale*, op. cit.

18 Rizza S., op. cit. p. 28.

si ribadisce "la funzione di servizio di tutte le istituzioni pubbliche nei confronti dei cittadini e del loro benessere totale. I "diritti di cittadinanza" vengono completati e, in qualche modo, ridimensionati dai "doveri di cittadinanza" che trovano fondamento e spiegazione nel "bene comune", cui tutti devono contribuire, verso cui tutto deve confluire. La piena "cittadinanza" non genera né esige un piatto egualitarismo; garantisce invece pari opportunità perché peculiarità e vocazioni diverse raggiungano piena realizzazione secondo particolari e personali progetti di vita e aspettative"<sup>19</sup>, poiché il concetto di servizio, che si somma a quello di cittadinanza, non è altro che la risposta ad un bisogno della persona o della comunità e l'individuazione e la conoscenza del bisogno determina la predisposizione di un servizio efficace ed efficiente.

Da questo percorso ideale si innesca anche un altro riferimento metodologico importante: la centralità (che si deve ribadire) dell'Ente locale che, in quanto ente territoriale, si deve sempre più porre come fulcro, programmatore, promotore, protagonista e soggetto di politiche sociali forti anziché come mero gestore delle stesse; pertanto, deve assumere "il ruolo di gestione di servizi e di promozione di reti primarie di care (nel senso di presa in carico). La politica svolta dall'Ente Locale nel promuovere e nel coordinare gli altri soggetti sociali, presenti e operanti nel territorio, gli consente di esercitare pienamente il suo ruolo politico-decisionale, programmatico e di controllo. Paradossalmente si può dire che l'Ente Locale resta residuale nelle politiche sociali finché la politica sociale coincide con la politica dell'Ente pubblico. Insomma la funzione propria dell'Ente Locale può essere svolta anche senza la gestione diretta del servizio da parte dell'Ente Pubblico"<sup>20</sup>.

Come afferma M. Paci, "la sfida è il passaggio dal Welfare dell'assistenza (che però va salvaguardato e perfezionato) al Welfare delle opportunità"<sup>21</sup>.

Traghetare il modello di "Stato sociale - Welfare State - al Welfare Community o società delle cure o Welfare civile, significa spostare il riferimento dallo Stato alla società. Non è un iran-

19 Rizza S., op. cit. p. 30

20 Rizza S., op. cit. p. 58

21 Paci M. - Melone A., *Welfare State*, Ediesse, Roma, 1997, p. 25.

sito facile. Non può essere attribuito semplicemente (o semplicemente) al cambiamento formale di alcune regole e agli spostamenti di risorse da un settore ad un altro. Il cammino ha connotazioni etiche e culturali, che non possono essere improvvisate e delegate ad alcuni".<sup>22</sup>

## 1.2. *Soziologie und Gesundheit*

La breve esposizione che seguirà, sulla traccia di quanto evidenziato da Pierpaolo Donati, vuole rappresentare un momento di riflessione sul perché ci si interroga tanto (da parte di chi si occupa di sociologia *tout-court*) sulle modalità di approccio sociologico verso la salute e la malattia dell'uomo; tant'è che "varie sono state le modalità di concepire la salute/malattia come fatto sociologico, e di trarne implicazioni pratiche sul piano operativo".<sup>23</sup>

Per comprendere meglio che tipo di legame esiste tra sociologia e scienza medica (cura delle malattie in risposta, pertanto, ad una situazione di bisogno), occorrerebbe partire dalle prime analisi sociologiche sulle condizioni di vita delle popolazioni europee, per passare alle indagini poste in essere dalla scuola di Chicago sull'ambiente urbano; si evidenzia come al sociologo spetti il solo compito di studiare la distribuzione sociale e analisi collegate, mentre soltanto più tardi le analisi si rivolgono alla persona destinataria del trattamento e della cura medica.

Soltanto dopo molto tempo il rapporto tra la patologia e la società si trasformerà in qualcosa di diverso, in fatto sociale in sé che prenda in considerazione la globalità della persona e non solo la patologia.

Tale momento di rottura, meglio di transizione, rappresenta la nascita di una vera e propria sociologia della salute. Sinteticamente si può fare riferimento a quanto esposto da Donati: "si può innanzitutto dire che la sociologia della medicina è stata, per gran parte, sociologia del *complesso sanitario* [...]. Essa ha concentrato la sua attenzione sull'organizzazione (sociale, amministrativa, politica ed economica: s'intende, sempre sotto

l'aspetto sociologico) dei servizi intesi come risposta ai bisogni, seguendo una sorta di modello comportamentistico del tipo *stimolo-risposta*.

Ciò che ha tematizzato è stato il modo di rispondere ai bisogni dal punto di vista del controllo sistemico, piuttosto che i bisogni stessi in quanto convergenti sulla salute di un soggetto o di gruppi sociali. [...]

La sociologia della salute intende essere più comprensiva, e per far questo essa si pone da un altro punto di vista prospettivo: quello di individuare e realizzare la salute della popolazione, come obiettivo generale e come realtà integrale per ciascun soggetto, a partire dai bisogni stessi della popolazione.

In tale ottica essa rivela che la sociologia tradizionale della medicina è solo una parte (se si vuole la metà) del problema salute, che va affrontato anche dalla parte (l'altra metà) del mondo vitale degli individui, con i loro bisogni, le loro domande sociali, le loro soggettività, le loro relazioni primarie e quotidiane. Per cui il complesso sanitario istituzionale deve essere interpretato come uno strumento in funzione del mondo della vita e non come il *problema in sé*, risolto il quale è garantito lo *status di salute* della popolazione".<sup>24</sup>

In questa ottica tutti i paradigmi funzionali, relativi a salute/servizi/organizzazione fra bisogni e servizi, devono essere strettamente collegati e non più assolutizzati, in quanto:

- "il concetto sociologico di salute, in quanto stile di vita e capacità di vita sensata, e non solo o non tanto come assenza di alterazioni biologiche e/o psichiche, e i bisogni umani afferenti alla salute (come bisogni umani concreti e non solo o non tanto come bisogni situazionali astratti), tematizzando lo stesso concetto di salute proposto dalla Oms;

- i servizi socio-sanitari, sia generali che personali, in quanto essi sono non solo una risposta al bisogno, ma parte costitutiva del bisogno stesso. Se la sociologia della medicina si è focalizzata [...] sui servizi generali sistemici, esiste peraltro una crescente consapevolezza circa l'importanza di quei servizi per la salute, di carattere personale, che stanno nel quotidiano e vengono esplorati dagli stessi gruppi sociali primari non inclusi nel complesso

<sup>22</sup> Rizza S., op. cit. p. 66.

<sup>23</sup> Donati P. (a cura di), *Salute e analisi sociologica. Oltre la sociologia tradizionale della medicina*, Angeli, Milano, 1982, p. 20.

<sup>24</sup> Donati P. (a cura di), op. cit., p. 22.

complesso ed intrecciato fenomeno sociale in quanto prodotto sociale, posto in essere come modo di vita sociale individuale e di gruppo.

Come affermato meglio da Buracchio e Tiberio, "l'organizzazione dello Stato sociale si è profondamente trasformata, radicalmente ed in maniera pervasiva. Superata la moderna concezione del *welfare state*, quasi ovunque sono avanzate ideologie ispirate al razionalismo economico liberale che, nell'abbandonare le sperimentate burocrazie di welfare, puntano su nuove formule organizzative, più flessibili e aperte alle spinte dal basso, rispondenti alle logiche post-moderne della managerialità. Il cambiamento di paradigma si riflette nelle organizzazioni industriali e nelle aziende che producono beni materiali e servizi.

La crisi del paradigma burocratico tayloristico nasce da molti fattori concomitanti; negli ultimi vent'anni il settore privato si è trovato a fronteggiare problemi organizzativi che presentano delle analogie con quelli dei Servizi socio-sanitari territoriali: necessità di aprirsi all'ambiente esterno, di *lavorare per progetti*, di produrre in tempo reale per il cliente/utente, di decentrare le decisioni, e così via. Ciò ha richiesto e richiede un effettivo cambiamento di mentalità e cultura. Rispetto alle categorie tayloristiche si tratta di pensare alla rovescia, risalire la china di un lavoro in frantumi, verso la sua ricomposizione.<sup>27</sup>

E ancora per tutto quello che riguarda il cambiamento in termini di competenze e professionalità: "La trasformazione legislativa delle ULS in aziende e l'introduzione dell'ospedale azienda quale nuovo soggetto istituzionale [...] ha determinato un processo di aziendalizzazione degli enti responsabili dell'erogazione dei Servizi socio-sanitari. All'introduzione dell'azienda sanitaria è conseguita l'esigenza della managerialità di chi la gestisce [...]"

Per affrontare il costante mutamento con risposte veloci, le aziende hanno bisogno di intelligenza, fantasia, flessibilità, senso di appartenenza. Qualità che non si trovano nella tecnologia, nelle gerarchie o nelle attrezzature, ma sono proprie delle persone. [...]

27 Buracchio D., Tiberio A., *Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali*. Angeli, Milano, 2002, p.219.

Cfr. Cortat B., *Pensare l'organizzazione del lavoro. Concetti e prassi del modello giapponese*, Dedalo, Bari, 1991; Cfr. anche Piva P., *L'intervento organizzativo nei servizi socio-sanitari*. NIS, Roma, 1993, p.91.

istituzionale della sanità (in primo luogo, reti familiari, amicali, gruppi di *self-help*, ecc.), comunque non riconducibili alla logica sistemica del Ssn;

- il modello culturale di organizzazione dei raccordi [...] fra bisogni (di salute) e servizi socio-sanitari, questi ultimi intesi non soltanto come parte dei sistemi di controllo sistemico ma anche come parte dei processi di (auto) controllo sociale; è questo un momento focale della nuova sociologia della salute che punta sulla capacità di auto-controllo sanitario dei gruppi sociali, di varia dimensione e natura, sul territorio. Per giungere a tale meta, essa deve analizzare i sistemi di scambio fra bisogni [...] e domanda [...] del mondo vitale da un lato e il complesso sanitario istituzionale dall'altra<sup>28</sup>.

Da quanto esposto brevemente, risulta che questo nuovo approccio sociologico ridefinisce radicalmente gli interventi che si esplicano in campo socio-sanitario, in quanto si ribalta totalmente la figura del paziente che da paziente (che subisce) i comportamenti dell'istituzione (azienda sanitaria), si trasforma in utente il quale partecipa del processo medico-sanitario che lo riguarda in un processo di continua evoluzione del Welfare State, che culmina (passando per il DPR 616/77; la L.833/78; la L.142/90; la L.241/90; i Decreti Bassanini, la L.229/99) quale atto evidente, nella legge 328/2000 (ma non ne entrò nel merito se non per riportare quanto scritto sul Rapporto sulla situazione del servizio sociale, EISS, Roma, 2001): "Il Parlamento italiano ha finalmente varato la legge che viene chiamata *di riforma* dell'assistenza sociale.[...] L'assenza di una effettiva legge quadro nazionale non ha impedito che in questi ultimi trenta anni il *welfare state* italiano [...] esplodesse letteralmente in mille forme ed espressioni, per tener dietro alle esigenze di benessere sempre più particolari e pressanti, emergenti da ogni angolo delle cosiddette *società del rischio*<sup>29</sup> : da fatto *neutrale* (vissuto cioè con distacco dal resto del sistema), si trasforma in interrelazione sistemica degli attori presenti nel tessuto sociale; pertanto, un

28 Donati P. (a cura di), op. cit., p. 23.

29 Folgheraiter F., *La legge di riforma dell'assistenza e il problema della liberalizzazione nei servizi sociali*, in *Rapporto sulla situazione del servizio sociale*, EISS, Roma, 2001, p. 249; Cfr. Rizza S., *La legge 328/00 un punto di arrivo e un punto di partenza per il Servizio Sociale in Italia*, in *Rapporto sulla situazione del servizio sociale*, EISS, Roma, 2001, p.197.



Questo trasforma il ruolo di chi dirige il cui compito è conoscere e far crescere i collaboratori, sostenerli nell'acquisizione di nuove competenze e capacità specifiche, rendere il clima aziendale soddisfacente e visibili le prospettive e gli obiettivi comuni, mettere in risalto punti di forza e di debolezza propri e dell'organizzazione<sup>31</sup>.

In definitiva l'aver aziendalizzato le strutture sanitarie non ha fatto altro che mettere a disposizione del management tutta una serie di strumenti operativi (*mediante dei parametri di managerialità che possono essere espressi in un'area del "sapere, inteso come conoscenze micro e macro di cultura manageriale, dei sistemi di comunicazione, degli stili di leadership, dei contenuti di ruolo; [...] l'area del saper fare ossia delle capacità i cui parametri di flessibilità vengono letti e specificati attraverso i relativi fattori di valutazione sulle scelte strategiche legate agli obiettivi attesi della politica aziendale; [...] l'area comportamentale che prende in considerazione atteggiamenti, orientamenti, propensioni, motivazioni, stili e modelli che entrano nel saper essere della cultura professionale*<sup>32</sup>), che prima ingessavano le iniziative in quanto erano strumenti delle competenze regionali o che, in ogni caso, erano soffocate dalle norme di diritto amministrativo che rendevano i margini di vera autonomia molto modesti.

### **1.3. Servizio sanitario e qualità dei servizi: alcune questioni preliminari**

La Costituzione italiana, all'art. 32 configura il diritto alla salute, ed esprime la direttiva fondamentale costituita dall'assolutezza del diritto alla salute che non soggiace ad alcuna previsione limitativa e la sua duplice rilevanza individuale e collettiva e pone due regole fondamentali:

- La tutela del diritto di libertà individuale;
- La difesa della dignità umana.

Attraverso questi postulati, attraverso una propria cultura solidaristica, il nostro Paese fa dello stato sociale un modello cui ten-

dere, mediante punti di incontro tra i diritti e i doveri sociali: obiettivo proclamato è stato, da sempre, quello di cercare di rimuovere gli impedimenti che sono da ostacolo al pieno sviluppo della persona: "Lo ha fatto in un momento in cui tutto era da ricostruire: le infrastrutture, il sistema produttivo, il sistema delle responsabilità istituzionali e sociali ai diversi livelli, il sistema di fiducia nella convivenza civile, in un momento in altre parole dove era necessario garantire linfa vitale alla crescita sociale e democratica. [...] Come garantire il diritto alla salute, [ma non credo di sbagliare se affermo che si dovrebbe parlare di diritto alla sanità, [...] il diritto all'assistenza sociale [...]]"<sup>30</sup>

Come si fa a parlare di diritto alla salute-diritto alla sanità senza una rete di risorse accessibili, di servizi efficienti, di risposte adeguate alle esigenze della società, di sicurezza sociale, di un nuovo Welfare, di un nuovo senso di qualità dei servizi offerti? Attenzione, però, a non cadere nella trappola di cercare risposte nel mercato, nella possibilità di autotutelarsi, nella incertezza delle prestazioni che ci farebbero fare un grosso passo indietro rispetto alle conquiste sociali ottenute.

Proprio il tema della qualità dei servizi nella Pubblica Amministrazione offre, oggi, spunti di riflessione: "sono diversi gli strumenti che sempre più entrano a far parte del bagaglio strutturale della progettazione e gestione di servizi di qualità resi dalle pubbliche amministrazioni e da parte di erogatori di servizi: fra questi, in termini di cultura del lavoro, hanno, ed avranno sempre più, un ruolo prioritario la *fissazione di standard*, la *valutazione dei servizi attraverso indicatori di qualità*, l'adozione di processi di *monitoraggio* continuo, l'uso di tecniche di *verifica e revisione di qualità* (VRQ), l'obbligo dell'adozione in forma pubblica delle *carte dei servizi*."

Nel campo della adozione metodologica degli *standard* di qualità un risultato importante, in ambito sia pubblico sia privato, si è raggiunto nel settore sanitario con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale<sup>31</sup> dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requi-

<sup>30</sup> Ministero della Sanità, *Relazione sullo stato sanitario del Paese* Et. del Servizio studi e documentazione del Ministero della Sanità, Roma, 1989.

<sup>31</sup> G.U. 20 febbraio 1997, Supplemento ordinario, 42, serie generale.

<sup>28</sup> Buracchio D., Tiberio A., *op. cit.*, p. 223.

<sup>29</sup> Buracchio D., Tiberio A., *op. cit.*, p. 223.



siti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private. Tale atto costituisce, a distanza di sette anni, il soddisfacimento di un obbligo previsto dall'art. 8 del D.L. n.502/1992 e fissa dei parametri funzionali minimi per singolo servizio al di sotto dei quali non sarà consentito l'esercizio di attività in campo sanitario. [...] Fuori dagli aspetti tecnici e normativi, il risultato più importante è però costituito dall'impianto, in modo chiaro e imperativo, di una *cultura della valutazione dei servizi sulla base di standard di qualità* avendo a riferimento non solo il servizio in quanto insieme funzionale ma il cliente-utente destinatario dei servizi<sup>32</sup> cultura che si va a collocare nel nuovo concetto di servizio che la P.A. deve offrire. Questo tipo di innovazione ha prodotto, in maniera collaterale, anche nuove forme comunicative messe in atto dalle pubbliche amministrazioni, basti prendere come modello la *carta dei servizi*: tutto è rivolto verso un nuovo modello interpretativo del ruolo e della funzione della Pubblica Amministrazione.

Per quello che riguarda la *carta dei servizi*, bisogna aggiungere che in questa direzione occupa un ruolo importante. In generale "ingegnerizzano vincoli e garanzie che obbligheranno [...] non solo a rivedere l'intera organizzazione del lavoro (orari, modalità, tipologie, procedure, sistemi informativi) ma a riprogettare il ruolo delle amministrazioni attorno al valore primario della *missione* orientata unicamente al cittadino-utente o - come oggi è in uso dire per rompere anche con definizioni e distinguo che originate da sane impostazione giuridiche sono finite con il costruire delle rigide quanto bizantine gabbie regolamentari e di accesso - cliente.

Le carte dei servizi<sup>33</sup> facendo centro sulla figura del cliente dei servizi, trovano un riferimento progettuale nei principi fonda-

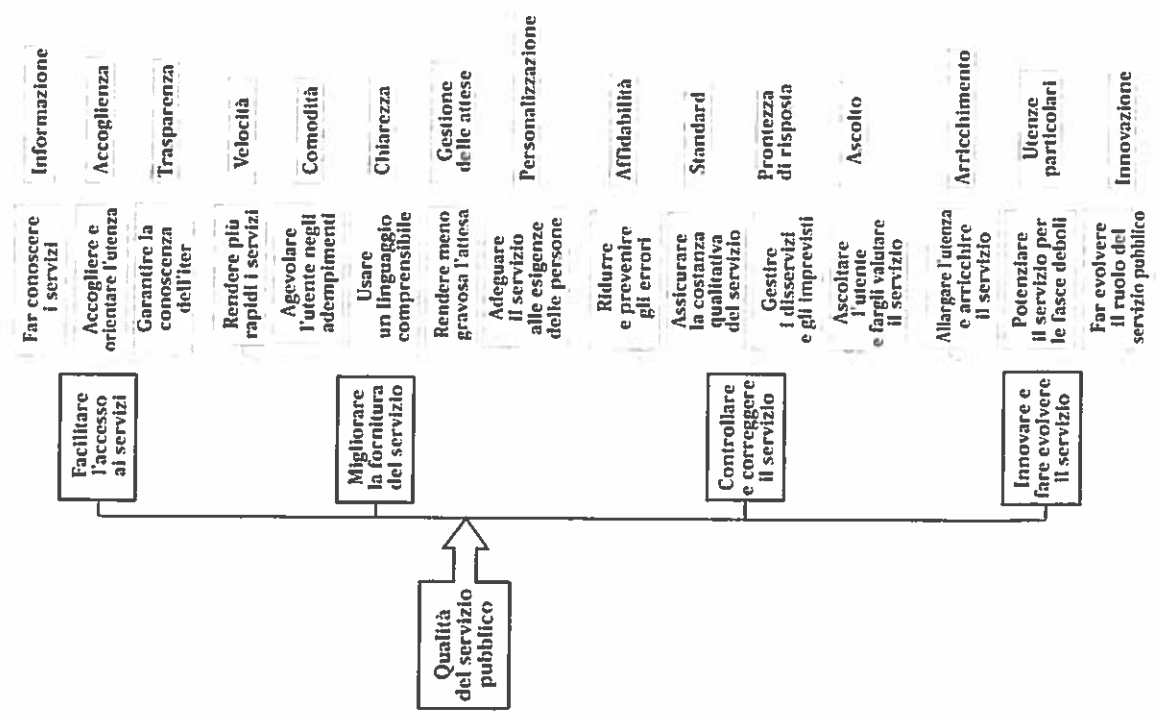
<sup>32</sup>Frudà L., *Ricerca valutativa, controllo di qualità e innovazione nella pubblica amministrazione e nella gestione dei servizi pubblici*, in Studi di Sociologia, Anno XXXV, Aprile-Giugno 1997, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

<sup>33</sup> Il riferimento più utile è un documento di base del Dipartimento della Funzione Pubblica elaborato fra il 1991 e il 1993 e sintetizzato in una direttiva del Governo Ciampi pubblicata nella G.U. del 22 febbraio 1994, che va collegata alla precedente legge n.241/1990, al successivo decreto del Ministro per la Funzione Pubblica del 31 marzo 1994 relativo al Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1991 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico", e al decreto legge 12 maggio 1995, n.163 (poi legge 273 dell'11 luglio 1995) relativo alle "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni".

mentali di *eguaglianza* (da intendere come divieto di discriminazione e non come appiattimento e uniformità), *imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia*, ed un riferimento metodologico e strumentale nella *adozione di standard, semplificazione delle procedure, informazione agli utenti, rapporti con gli utenti [...], dovere di valutazione della qualità dei servizi, rimborso in caso di servizio al di sotto degli standard di qualità*<sup>34</sup>. Da queste spinte si origina un moto innovatore che va a colpire tutti i settori delle pubbliche amministrazioni sul piano metodologico, tecnico, strumentale e formativo: il cui schema rappresenta l'*albero di qualità del servizio pubblico* (fig.1), dal quale possono derivarsi con lo stesso impianto schemi particolari per singoli servizi o singole procedure (fig. 2/3).

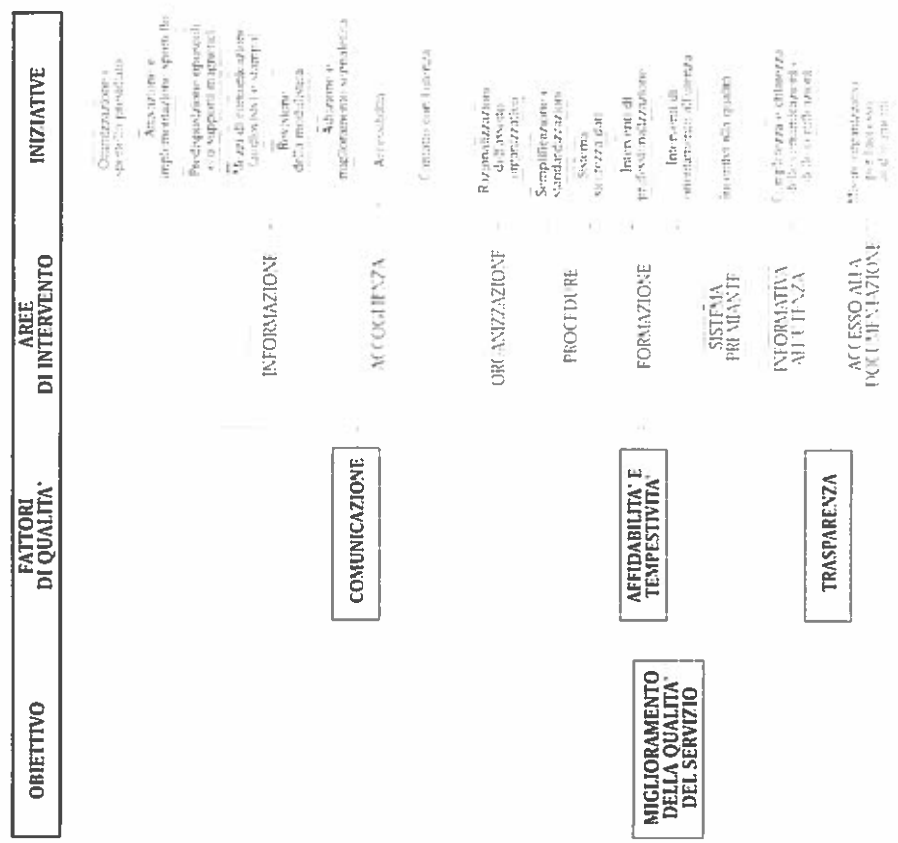
<sup>34</sup> Frudà L., op. cit.

Fig. 1.<sup>32</sup> Albero di qualità del servizio pubblico



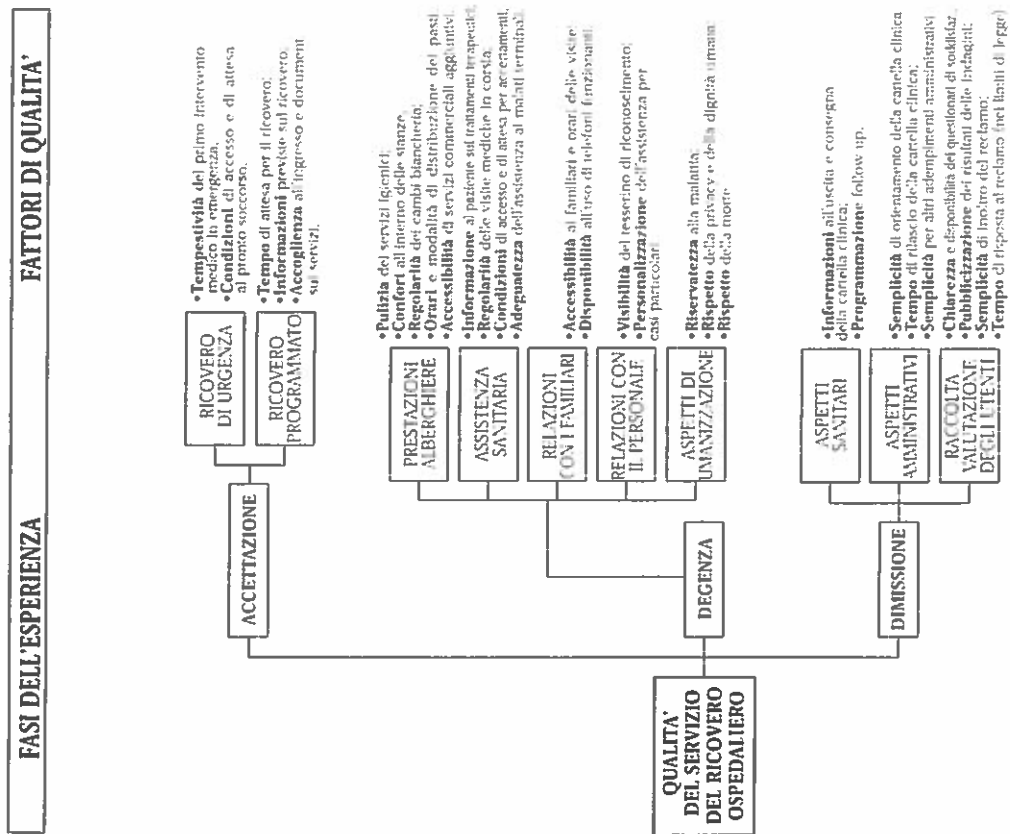
32 Fonte: Frudà L., op. cit.

Fig. 2. Mappa delle iniziative di miglioramento del servizio (carta dei servizi previdenziali e assistenziali)<sup>33</sup>



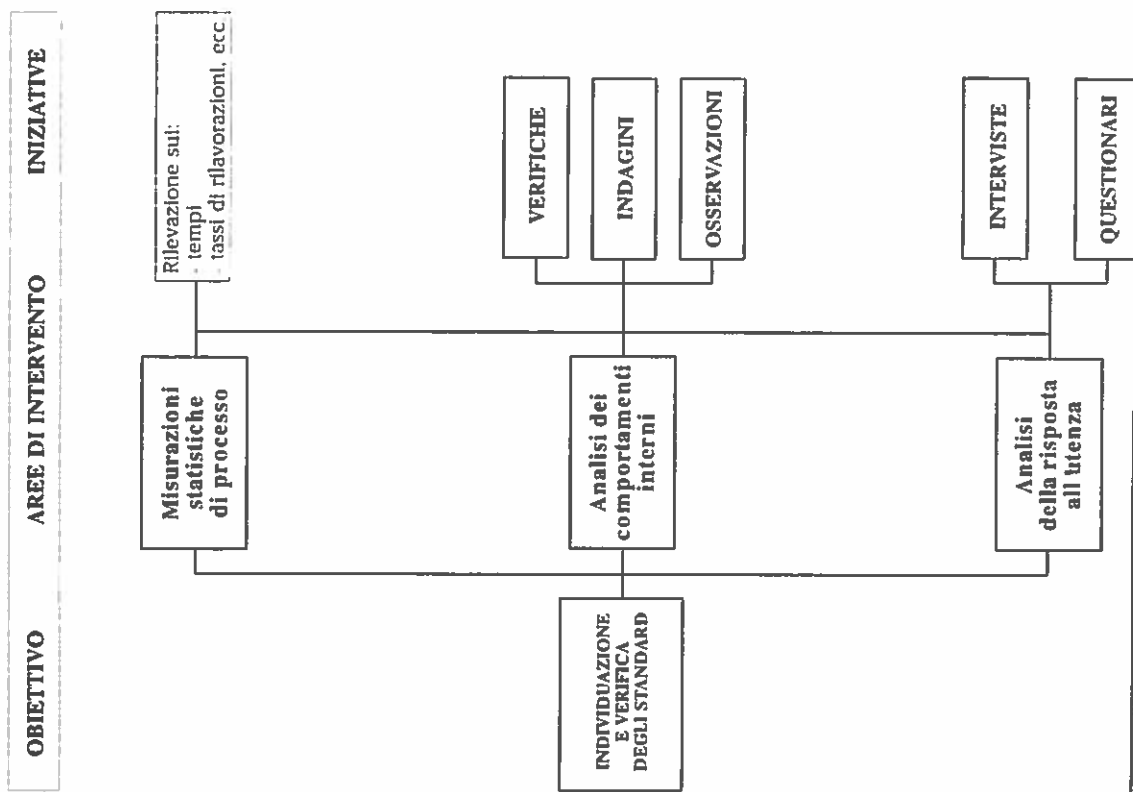
33 Fonte: Frudà L., op. cit.

Fig. 3: Schema sulla qualità del servizio: ricovero ospedaliero (carta dei servizi sanitari)<sup>34</sup>



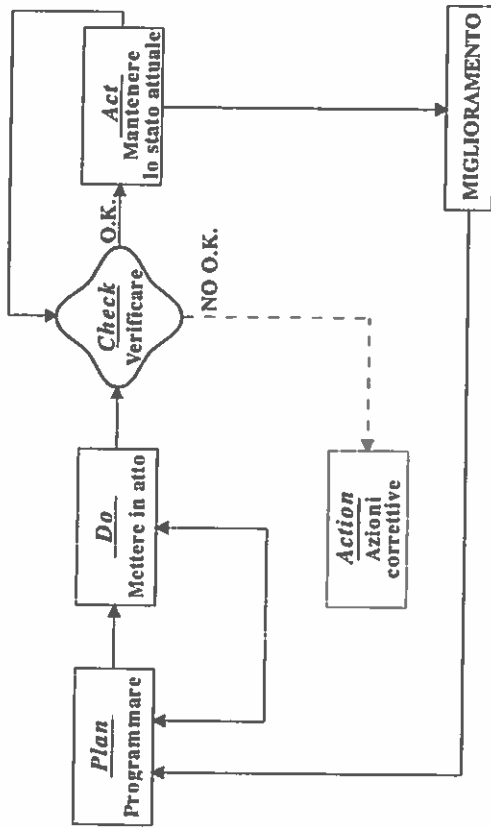
34 Fonte: Fruda L., op. cit.

Fig. 4: Mappa delle iniziative per la definizione e la verifica degli standard di qualità dei servizi<sup>35</sup>



35 Fonte: Fruda L., op. cit.

Fig.5: Processo di controllo e miglioramento della qualità <sup>36</sup>



<sup>36</sup> Fonte: Frudà L., op. cit.

Da questa breve esposizione grafica "si noterà come tutti i singoli elementi di progetto accompagnano l'intera filiera di impatto fisico dell'utente con le strutture amministrative o eroganti servizi fin dalle fasi precedenti l'impatto stesso, e che trovano riscontro anche nell'impegno a comunicare l'amministrazione o il servizio al cittadino. Oltre a costituire, contrattualmente, uno schema di garanzie e comportamenti, l'articolazione è tale da consentire l'impianto autonomo di più analisi valutative attraverso:

- a) la fase informativa e di pre-impatto;
- b) la fase di impatto e di accesso;
- c) la fase di erogazione del servizio;
- d) la fase di monitoraggio e valutazione finalizzate alla gestione adattiva e migliorativa dei servizi resi;
- e) la fase di implementazione e innovazione del servizio.

In più di una situazione, come nei servizi alla persona nel settore sanitario o in quello dei servizi previdenziali e assistenziali, si arrivano a suggerire una pluralità di strumentazioni e schematizzazioni di procedure, anche minute, e specifiche modellistiche per il processo di controllo e miglioramento della qualità<sup>37</sup> (si veda ad esempio nella carta dei servizi assistenziali la schematizzazione di un noto modello esplicativo/metodologico PDCA figg. 4/5):

- (P= plan [pianificare];
- (D=do [fare];
- (C=check [verificare];
- (A=act [agire].

L'attenzione rivolta al miglioramento globale dei servizi offerti, valutazione e miglioramento della qualità che "costituiscono un contributo essenziale all'impianto di una cultura della valutazione e al raccordo diretto con la successiva e ulteriore definizione degli indicatori di qualità. Viene attribuita alla direzione delle strutture la creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni. [...] In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e il miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate. In ogni

<sup>37</sup> Frudà L., op. cit.

azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità [...]», tutto dovrà tendere al raggiungimento, come successivo percorso, della "definizione degli indicatori di qualità, anch'esso previsto dall'art. 14 del citato DL 502/1992 [...] che [...] attraverso un approccio sociologico, psicologico ed anche etico ed umanitario si fa centro attorno alla figura del cittadino utente verso il quale vanno orientate tutte le professionalità e le qualità organizzative ed umane delle strutture e dei servizi. [...] Gli indicatori, circa cento, sono stati aggregati in due grandi insiemi: indicatori oggettivi relativi alla analisi delle strutture sanitarie [...] e indicatori soggettivi relativi al punto di vista degli utenti e alle loro valutazioni dei servizi. Si è strumentalmente scelto di fare riferimento iniziale ai servizi connessi alla degenza ospedaliera in funzione del particolare impatto che una tale situazione ha sull'utenza, della particolare criticità organizzativa che essa implica, e dei risultati connessi a sperimentazioni pregresse effettuate, da tempo, proprio in tale specializzato contesto. Oltre alle valenze di natura tecnica la direttiva sugli indicatori di qualità va considerata come un momento importante di crescita professionale, di cultura del lavoro e di cultura del servizio.

In aggiunta agli strumenti di analisi e monitoraggio [...] sono da ritenere altrettanto innovativi ed importanti le pratiche valutative connesse a progetti di *verifica e revisione di qualità*, meglio note, in gergo, come tecniche di VRQ, il cui spazio di intervento si connota sempre più come quello dei servizi alla persona, anche al di fuori della tradizionale ambientazione sanitaria o socioassistenziale. Collocata sul versante dell'efficacia più che sul versante dell'efficienza e orientata in modo pressoché totale all'u-

38 G.U. 20 febbraio 1997, Supplemento ordinario, 42, serie generale.

39 Anche in questo caso il termine italiano è mutuato da esperienze già da tempo maturate in ambito internazionale, soprattutto anglosassone, e fa riferimento alle attività di valutazione e di monitoraggio relative a quality control, quality assurance, evaluation for improvement e formative evaluation. Esiste in Italia, con un forte orientamento verso l'area sanitaria, una Società Italiana di VRQ, che pubblica una propria rivista. Parecchio ampia la connessa bibliografia internazionale anche di tipo professionale e applicato (Donabedian A. 1980, 1982, 1985, 1988) alla quale si affiancano buoni contributi, in più tempi, della Fondazione carancan di Padova (Cfr. il n. 1/1994 e il n. 3/1995 di Servizi sociali), inoltre, Galanti - Giordetti (1987), Saporiti (1987), Scordapra (a cura di) (1986).

tente e al risultato di qualità, la VRQ<sup>39</sup> va vista come uno strumento potente di autovalutazione e monitoraggio con forti ricadute autoformative sugli operatori e adattivo-migliorative rispetto alle organizzazioni<sup>40</sup>. Se applicata con rigorosità, nel rispetto dei ruoli e dei contributi, questa metodologia potrà portare ad una sorta di coinvolgimento collettivo professionale e ad una nuova forma di responsabilità sociale verso il mondo del bisogno: parlano di servizi e cura delle persone, rimangono importanti aree di indirizzo atte a facilitarne la produzione di valori aggiunti per una nuova politica dei servizi alle persone socialmente intesa.

Accanto a questa metodologia, per concludere il panorama appena rappresentato, si deve aggiungere che: "L'utente è comunque un soggetto da cui non si può prescindere specie in una società democratica e dell'informazione, perché è sulla sua pelle, sulle sue reazioni di apprezzamento, critica e fuga, che va misurato il raggiungimento degli obiettivi prefissati dai programmi. L'utente va dunque messo nella condizione di porsi come soggetto di valutazione, fornendogli sia informazioni che lo pongano in grado di giudicare correttamente almeno alcuni aspetti di base, sia fornendogli formalmente i canali istituzionali in cui esprimersi, in cui partecipare. [...]"

Sarebbe comunque eccessivo affermare che gli utenti siano i migliori giudici della qualità dell'assistenza. O meglio, non è opportuno allargare troppo il campo di questa competenza. Il singolo utente è certamente il miglior giudice circa il suo livello di soddisfazione per il trattamento ricevuto, soprattutto nella sua dimensione relazionale. La sua soddisfazione potrà riguardare [...] solo alcuni aspetti pur se centrali. Difficilmente potrà avere una visione globale del programma sociale di cui episodicamente si è servito. Raramente [...] potrà andare oltre l'espressione di una percezione e di un giudizio limitati. Il suo giudizio andrà combinato con quello degli altri attori, così come in sede di programmazione si sarà tenuta una negoziazione fra i vari interessi in causa.<sup>41</sup>

Pertanto, di fronte alle istanze che spesso si sovrappongono, si dovrà tener conto in fase valutativa non di una semplificazione

40 Fruda L., op. cit.

41 Cipolla C., Girolli G., Altieri L., (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci metodologici e strumenti*, Angeli, Milano, 2002, pp. 106-107.

ne delle complessità che vengono alla luce ma di una mappa che tenga presente gli interessi, i bisogni, le soggettività e i principi espressi.

#### ***1.4. I Piani Sanitari Regionali: alcune considerazioni***

Il rapporto tra programmazione sociale e programmazione sanitaria, le connessioni e le divergenze, nonché l'attivazione dei meccanismi di interscambio ed integrazione socio-sanitaria, costituiscono le problematiche oggetto di valutazione sociologica, inserite nel più ampio processo di applicazione della L. 833/78.

Il problema della razionalità, legato alla programmazione socio-sanitaria, è al centro del dibattito sociologico. In particolare, i differenti criteri di razionalità adottati nelle pianificazioni regionali che, dal Piano Sanitario Nazionale abbozzato nel 1979, si sono sviluppati, costituiscono il punto di riferimento per l'individuazione delle attuali problematiche in materia di salute e di sanità, integrazione socio-sanitaria, configurazione dei servizi, che coinvolgono, in ogni modo, tutti i piani sino ad oggi succedutisi.

La concezione di una pianificazione dell'intervento pubblico in materia (tipico dei paesi dell'Europa occidentale - welfare state) ha dimostrato i propri limiti in quanto notevoli sono state le difficoltà di adattamento alle esigenze sociali, economiche e politiche che sono in costante mutamento.

I soggetti pubblici, pertanto, hanno diversificato le loro logiche di programmazione, spaziando da politiche ad ampio raggio di tipo razionalistico-pianificatorio a politiche temporalmente ed oggettivamente circoscritte, nonché procedendo alla creazione di modelli intermedi diretti ad evitare le problematiche dei due modelli precedenti.

L'adozione dell'uno o dell'altro modello, però, è legata a distinte procedure in tema di interventi di politica sociale, soprattutto in materia socio-assistenziale, rispetto ai quali è necessario procedere ad una valutazione ed individuazione delle conseguenze ad essi collegati.

Tra i sistemi di pianificazione razionale, quello definito "a priori" mira a raggiungere obiettivi fin dall'inizio individuati in modo preciso, così come inizialmente vengono fissati in criteri decisio-

nali da adottare. Il sistema, definito anche "formale", si fonda, pertanto, su una valutazione aprioristica di tutti gli elementi oggetto della pianificazione, attraverso l'uso di tecniche di analisi dei costi-benefici e del costo-efficacia, per giungere alla scelta finale.

Considerando che, normalmente, questo tipo di programmazione sviluppa obiettivi a lunga scadenza, risultano evidenti i limiti che lo caratterizzano. Tale modello, infatti, si fonda sulla "certezza" che gli obiettivi da raggiungere siano tutti inizialmente individuabili, immodificabili nel tempo, nonché che i policy makers costituiscano un gruppo omogeneo.

Il modello definito "incrementale" o di "intervento di emergenza", si sviluppa in modo esattamente contrario al precedente. Partendo dalla considerazione che una pianificazione è praticamente impossibile, in quanto i soggetti decisori non possono determinare a priori le problematiche e le evoluzioni che le situazioni possono subire nel tempo, il modello incrementale mira a adottare provvedimenti di durata limitata nel tempo e circoscritti ad oggetti determinati. Sotto questo aspetto, oltre ad avere una visione completa della situazione, così come la stessa si è manifestata, si risolve un altro problema che è quello della individuazione del soggetto pubblico (operatore) tenuto ad intervenire.

A tal proposito, però, è necessario precisare che dovendo l'operatore rispondere in modo immediato al problema che si è presentato, lo stesso si trova a dover adottare, in tempi brevi, politiche di intervento che non presuppongono una valutazione globale di tutti i fattori sociali dai quali il problema scaturisce. Questa visione limitata, comporta anche la mancanza di un collegamento tra i diversi policy makers, che non necessariamente vengono coinvolti nel processo decisionale, proprio perché l'obiettivo che attraverso tale sistema si intende raggiungere, è quello di ridurre al minimo i disagi causati dai mutamenti sociali e, quindi, di indirizzare l'intervento alla situazione negativa prodottasi.

È evidente che tale modello fonda le proprie radici su esigenze di intervento limitate nel tempo e nello spazio, immediate e, pertanto, non collegate ad un programma più ampio.

Tale ultimo aspetto sviluppa un ulteriore problema legato alle risorse finanziarie alle quali ricorrere in situazioni di emergenza.

Le decrescenti risorse finanziarie, in particolare nel settore socio-assistenziale, costituiscono un aspetto non poco rilevante per scorgere l'uso di questo sistema che, per sua natura, presuppone un intervento senza una base programmatica.

Il terzo modello, cosiddetto del mixed-scanning (feedback tra obiettivi e situazione concreta), costituisce una via intermedia rispetto ai due precedenti, in quanto prevede un intervento mirato, frutto di una scelta operativa tra provvedimenti, informazioni, interessi valutati il più razionalmente possibile.

Caratteristica di questo modello è la flessibilità del processo decisionale fondato su politiche fondamentali ed incrementali allo stesso tempo: si definiscono, da un lato, gli orientamenti base dell'azione; dall'altro, si individuano le tecniche di intervento, attraverso un processo di scambio continuo.

Sui modelli esaminati si basano i Piani Socio Sanitari Regionali (PSSR) i quali, mancando un piano di fondo nazionale che determini in modo particolareggiato, struttura ed obiettivi, si caratterizzano per la diversità degli obiettivi stessi e degli schemi.

Alcuni fissano obiettivi generali (tutela della salute, distribuzione delle strutture e dei fondi), e obiettivi specifici; altri si articolano in progetti obiettivi, interventi programmatici prioritari, azioni di piano. E' possibile notare una diversa articolazione all'interno della struttura di ciascun Piano, conseguenza della valutazione delle esigenze territoriali e delle relative scelte politiche. Obiettivo comune è l'applicazione, magari il tentativo di applicazione delle disposizioni della L. 833/78.

Emerge, però, dai Piani Socio Sanitari Regionali una tendenza a prediligere l'aspetto medico-terapeutico (diretto alla tutela della salute attraverso l'eliminazione delle patologie) che non quello preventivo, conseguenza, anche, di un equivoco sul significato dei termini "medicina" e "sanità" che a lungo ha guidato il percorso della programmazione socio-sanitaria.

La prevalenza dell'aspetto medico su quello della salute, la preminenza dell'approccio terapeutico nei confronti del tema della salute, ha, pertanto, determinato una strutturazione dei PSSR sul modello di tipo incrementale, con azioni mirate alla soluzione di problematiche ed esigenze immediate e conseguente accantonamento o valutazione marginale di quel settore sociale che non riveste carattere di emergenza.

Altro problema, anch'esso collegato all'esigenza di dare corpo ai principi della L. 833, riguarda l'uso degli strumenti di organizzazione dei servizi, rispetto ai quali i PSSR si irrigidiscono prevalentemente sull'aspetto dell'efficienza degli stessi che non sulla valutazione della capacità di ottenere determinati risultati, trascurando, oltremodo, la relazione tra i diversi fattori e soggetti sociali.

Ad esempio, se si considera la struttura delle ULS o ASL, è possibile notare che le stesse si presentano come un sistema costituito da "sotto-sistemi tra loro interrelati. Nel complesso la struttura dell'organizzazione che ne deriva può configurarsi come un sistema chiuso o aperto. I sotto sistemi che sono esplicitamente identificabili dalla lettura dei piani sono: il sotto sistema amministrativo, quello degli operatori, quello dei volontari; tra di essi possono instaurarsi relazioni di tipo orizzontale (ad esempio tra personale tecnico-amministrativo e gli operatori) e verticale (ad esempio tra il personale direttivo di un sotto-sistema e quello esecutivo di un altro)<sup>42</sup>. Queste relazioni dovrebbero permettere una più ampia visione delle situazioni e delle problematiche socio-assistenziali, dirette alla previsione e migliore soluzione delle stesse.

Un perfetto funzionamento di queste relazioni, inoltre, si dovrebbe realizzare tra tutti gli operatori con intervento, anche, dei destinatari del servizio, per permettere l'accertamento della validità delle strutture e degli interventi.

Proprio quest'ultimo aspetto dell'utenza, deve essere meglio puntualizzato.

L'attuale struttura socio-assistenziale considera l'utenza in modo marginale, come semplice destinataria dei servizi erogati. Ma c'è un particolare: all'utenza è riservato solo ciò che è stato predisposto, indipendentemente dalle concrete esigenze che la stessa può manifestare.

La richiesta sociale, cioè, trova soddisfazione solo nell'ambito di quei servizi che sono stati predisposti, senza che ci sia relazione e scambio tra domanda e offerta.

Siamo in presenza di un meccanismo rigido in cui l'offerta condiziona in toto la domanda, senza che vengano recepite infor-

<sup>42</sup> Donati P. (a cura di), *La sociologia sanitaria* Angeli, Milano, 1983, passim



mazioni sulle caratteristiche dei beneficiari e sulla validità operativa dei PSSR. In altri termini, l'offerta dei servizi socio-sanitari si inserisce all'interno di una logica nella quale il ruolo attivo è giocato dalla "prestazione" e, quello passivo, dall'utente, il quale è considerato o studiato come soggetto destinatario del servizio. Non a caso, risulta difficile all'interno dei Piani identificare i gruppi di appartenenza e di espressione dei fruitori: un esempio fra tutti, è costituito dalla famiglia che è totalmente marginale in questo contesto, pur essendo l'ambito primario di riferimento in cui spesso si manifestano le situazioni di bisogno individuali e relazionali e in cui, altrettanto frequentemente, trovano soluzione i bisogni sociali disattesi dai servizi istituzionali.

Pertanto, l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria prospettata dalla L. 833, che va oltre gli aspetti organizzativi e territoriali, coinvolgendo, invece, attivamente l'utenza quale motore dei bisogni globali e metro di valutazione dell'efficacia degli strumenti predisposti per la realizzazione, è stato solo formalmente previsto nei PSSR ma, sostanzialmente, disatteso in fase applicativa.

In conclusione, il rapporto tra programmazione sociale e programmazione sanitaria, che costituisce l'oggetto del dibattito sociologico, risulta essere sbilanciato a favore dell'aspetto sanitario, predominante sull'aspetto sociale; risulta caratterizzato da una rigidità settoriale all'interno della quale difficilmente può inserirsi un discorso di relazione tra i diversi attori sociali. "Solo nei progetti-obiettivo presenti per legge all'interno dei vari PSSR, è possibile individuare alcuni elementi innovativi che si collocano in una prospettiva non rigidamente settoriale"<sup>43</sup>.

È indispensabile, giungere ad un raccordo tra intervento sociale e intervento sanitario coinvolgendo, da un lato, gli operatori del settore (a tutti i livelli), dall'altro i fruitori dei servizi, portatori di interessi e realtà sociali diverse, mutabili nel tempo e nello spazio; ma è indispensabile anche procedere ad un'accurata separazione degli aspetti sanitari da quelli sociali, attribuendo a questi ultimi, sino ad oggi trascurati, la giusta rilevanza.

Con ciò non si intende misconoscere gli elementi di innovazione anche forte e di riqualificazione che il Ssn ha introdotto al

<sup>43</sup> Donati P. (a cura di), op. cit.

suo interno, sia pure con problemi, conflitti ed incompletezze, si vuole solo affermare che le innovazioni a un sistema sanitario concepito in un clima ancora espansivo delle politiche di welfare (fine anni Settanta) strutturatosi poi in un panorama mutato (gli anni Ottanta), caratterizzato da una profonda crisi fiscale dello Stato, sono state caratterizzate dalla mancanza di una visione organica e articolata. Se la 833/78 aveva correttamente operato una riunificazione dei molteplici interventi sanitari pubblici e riposizionato la gestione degli stessi a livello delle comunità e dei poteri locali, essa non era stata capace di promuovere l'elaborazione di provvedimenti che, senza tradirne l'impianto, fossero in grado di introdurre le necessarie modificazioni richieste in sede di implementazione di un disegno istituzionale e organizzativo prospettato solamente in linee generali. [...] Le dinamiche che hanno presieduto all'istituzione prima e alla trasformazione del Ssn poi sono state tali da consentire una sorta di rottura comunicativo-culturale tra quanti in un certo senso possono dirsi "riformatori" e quanti, invece, si sono trovati ad attuare la "riforma della riforma". Tale rottura [...] è stata per certi versi rafforzata da una frattura generazionale favorita dall'inevitabile *turn over* di personale, frenato e paradossalmente accelerato dal modificarsi di alcune regole alla base del sistema previdenziale.

Solo in questo modo si può affermare come spiegazioni un po' scontate [...] abbiano catalizzato una notevole attenzione. Alcune delle espressioni contenute nelle prime pagine del piano, richiamanti alla necessità di considerare "la salute come un bene fondamentale per la persona e la collettività" e di indirizzare l'azione sanitaria il più possibile in vista di principi quali "l'universalità di accesso" e "l'eguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti", o altri, quali quelli rappresentati dall'uso appropriato dei servizi [...]"<sup>44</sup>, stanno alla base di quella richiesta sociale che scaturisce dalle difficoltà di veder accolte le normali e naturali aspettative da parte di tutta la società per l'accoglimento di quei principi basilari di un sistema

<sup>44</sup> Zurlo P., Il documento di piano sanitario nazionale come facilitatore di una nuova sintesi culturale, in *Sociologia e Politiche Sociali*, n. 2, n. 1/1999, Franco Angeli Editore, Milano 1999.



sanitario più a misura di paziente-utente-cliente.

### 1.5. L'organizzazione ospedaliera

L'organizzazione ospedaliera rappresenta un ulteriore capitolo sociologicamente dibattuto.

Lo studio delle strutture ospedaliere può essere effettuato considerando diversi aspetti:

- a) un modello organizzativo;
- b) un insieme di dati di fatto e di proposizioni empiriche;
- c) una comparazione fra modelli organizzativi diversi e alternativi basata su dati di fatto;
- d) un'analisi critica dei valori e dei principi che sottendono certe soluzioni organizzative.

Il primo, cerca il modello più idoneo per la soluzione di problematiche concernenti l'ambito ospedaliero, ricorrendo ad una ricerca effettuata sul campo con la collaborazione dei soggetti direttamente interessati. L'individuazione del modello, è il risultato della valutazione di concetti elementari quali: scopo, funzione, compito, autorità, dovere di rendicontazione.

Il limite pratico di questo approccio è che per essere adottato richiede dei problemi strutturati con ben definiti parametri e, quindi, diventa inapplicabile laddove questi problemi hanno natura incerta con vasta ramificazione nei settori interessati.

Lo studio empirico, riconducibile al secondo punto, è ugualmente possibile nelle ipotesi di problemi ben strutturati e si avvale, come strumento di indagine, dell'osservazione sul campo e della raccolta dei dati.

Le indagini possono essere qualitative e quantitative, dirette, cioè, a valutare l'obiettivo finale complessivo nel suo risultato, come nel primo caso-, oppure dirette a verificare la produttività e l'efficienza dei diversi settori all'interno dello stesso ospedale o tra ospedali diversi, come nel secondo.

Il limite di questo sistema è costituito dal fatto che le rilevazioni non possono essere considerate accettabili se effettuate tra gruppi professionali diversi per i quali i risultati delle indagini si presentino oggettivamente incomparabili.

La valutazione sull'efficacia di differenti forme di organizzazione richiede la formulazione di modelli chiari e ben definiti, la

loro implementazione in sedi separate e la raccolta di dati che siano significativi per i vari modelli.

L'approccio attraverso la comparazione dei modelli, pur essendo estremamente difficile da realizzare viene, comunque, considerato un tipo di indagine particolarmente valido, anche se, per un efficace risultato dello stesso, è necessario, da un lato, essere consapevoli dei limiti che le due tipologie precedenti (costruzione per modelli e ricerca empirica) presentano e, quindi, trarre da essi gli aspetti significativi ed applicabili alla situazione concretamente presente; dall'altro, la consapevolezza della difficoltà di applicare al sociale i rigorosi canoni della ricerca valutativa mediante comparazione.

L'ultimo sistema di ricerca (analisi critica dei valori e dei principi) può considerarsi lontano dalle precedenti forme di approccio, perché non considera le esigenze tecniche e funzionali della struttura operativa, ma concetti considerati fondamentali, quali: la divisione del lavoro e il legittimo esercizio del potere. Le indagini, quindi, partono dai cambiamenti di ordine socio-culturale che stanno avvenendo nella società per evidenziare come producano tensioni sulle strutture esistenti che sono discusse dal punto di vista della loro proprietà o legittimità.

Lo studio dell'organizzazione ospedaliera dovrebbe, pertanto, considerare i molteplici e complessi fattori che la caratterizzano: da quelli prettamente tecnico-organizzativi a quelli sociologici, in relazione alle esigenze e all'aspetto che si vuole analizzare.

Da un punto di vista analitico, il sistema ospedaliero si presenta sotto una duplice dimensione: orizzontale e verticale.

La prima, studia le diverse sfere funzionali collegandole ai ruoli sociali istituzionalizzati.

La finalità dell'ospedale, consistente nel coordinamento organizzativo delle funzioni di assistenza, diagnosi e cura, produce due settori funzionali: quello medico e quello assistenziale. Un terzo settore, prodotto della stessa complessità organizzativa del sistema, è quello amministrativo che deve occuparsi della soddisfazione dei bisogni istituzionali e dei problemi di mantenimento e sviluppo dell'organizzazione.

Il settore medico gestisce le competenze di carattere tecnico-scientifico, con specializzazione dei ruoli (diagnostici e terapeutico-riabilitativi) e attribuzione definita dei compiti.

Il settore assistenziale, invece, comprende tutti i ruoli di assistenza al malato, senza specifiche competenze mediche.

L'ambito funzionale dell'assistenza, che nell'ospedale tradizionale aveva un ruolo centrale ma non specifico, ha subito anch'esso un processo di differenziazione e specificazione ma sotto l'influenza del punto di vista medico. Il ruolo assistenziale, quindi, è assorbito nel processo diagnostico-terapeutico e sottoposto agli orientamenti e alle aspettative del settore funzionale medico.

Infine il settore amministrativo, riunisce le due funzioni di gestione tecnico-imprenditoriale e burocratico-amministrativo.

Le tre funzioni, pur essendo necessariamente collegate per esigenze di gestione globale del sistema, sono però, considerati i livelli di diversa specializzazione e i diversi ruoli, in costante attrito, con la conseguenza che la mancanza di collaborazione comporta una restrizione della visione d'insieme delle problematiche esistenti e la nascita di barriere comunicative che si ripercuotono sul regolare funzionamento della struttura, creando situazioni di contrasti, che risultano relativi tra funzione medica e funzione assistenziale, visto lo stretto collegamento esistente fra le stesse, sfocia in aperta conflittualità nel rapporto con la funzione amministrativa, dovuta alla diversità degli obiettivi funzionali.

Se da un lato, infatti, "nell'ambito medico vige la norma dell'uso ottimale dei mezzi in riferimento al miglioramento della salute del paziente, l'amministrazione, cui compete di garantire il rispetto dei vincoli economici e normativi esistenti, si preoccupa della gestione razionale dei mezzi in riferimento a un calcolo statistico dei successi dell'ospedale come organizzazione.

La seconda dimensione, studia le tre funzioni dividendole in senso verticale e distinguendo all'interno di ciascuna: strati di vertice (medici apicali, vertice direttivo assistenziale e vertice amministrativo), medio e medio inferiore (medici di corsia, infermieri e personale amministrativo) ed, infine, strato inferiore, costituito dal personale assistenziale ausiliario e burocratico.

In base di questa ripartizione, è possibile cogliere due fasi nell'attività organizzativa:

- fase di definizione degli obiettivi;
- fase dell'esecuzione delle decisioni.

Secondo l'analisi effettuata da C. Perrow (1965), la fascia apicale, alla quale è, in fondo, destinato l'aspetto decisionale con

definizione degli obiettivi, ha subito nel tempo mutamenti che si sono concretizzati nella prevalenza di un vertice sull'altro, col risultato di una scarsa collaborazione funzionale e sopravvalutazione del proprio ambito lavorativo. In pratica, si è passati da una autorità gestionale composta da elementi di nomina politica o espressione della volontà dei benefattori, ad un dominio dei cosiddetti "baroni" della medicina (espressione dell'alto progresso raggiunto dalla medicina che, pertanto, schiacciava i vertici delle funzioni assistenziali ed amministrative), per giungere al complesso intreccio tra vertice medico e vertice amministrativo, risultato del nuovo ruolo riconosciuto alla struttura ospedaliera destinata alla fornitura dei servizi sanitari richiesti dalla società a capo delle quali figurano soggetti che racchiudono competenze tecniche ed organizzative insieme: i Managers.

Questa tesi trova conforto anche nella teoria di Smith nella quale, accanto alle due autorità per eccellenza (medica e amministrativa) esistono più gerarchie d'autorità reciprocamente delinnee e che si intersecano necessariamente in vasti settori d'azione. All'interno e a lato della gerarchia medica e di quella amministrativa, infatti, si pongono il potere sindacale e l'insieme dei gruppi di pressione più ristretti (di reparto, professionali e amicali) che pur non avendo legittimazione formale, nondimeno esercitano una notevole influenza decisionale.

La fase decisionale, pertanto, è il risultato di complessi meccanismi di negoziazione tra le parti, cioè, di mediazione degli interessi dei quali ciascuna autorità, legittimata o no, è portatrice.

Per quanto riguarda i processi esecutivi, la gestione è riservata ai livelli medi e bassi della struttura ospedaliera i quali, quindi, sono tenuti ad agire nell'ambito delle direttive ricevute.

A questo proposito giova ricordare che un ruolo estremamente importante nella partecipazione tanto alla fase decisionale, quanto a quella operativa, è rappresentato dalla motivazione. È stato rilevato, infatti, che la riduzione dei differenziali retributivi del personale medico, sia all'interno della stessa categoria, sia nel contesto più ampio della struttura ospedaliera (settore amministrativo, assistenziale) rispetto ad una crescente responsabilità decisionale, ha prodotto forti tensioni che si ripercuotono sul prodotto finale del servizio all'utenza. Lo stesso discorso può estendersi agli altri ruoli per i quali la mancanza di motivazione deri-

va dall'ambiguità dell'attività professionale esercitata (es. il personale paramedico che di volta in volta si trasforma in personale assistenziale, di custodia, di terapia) oppure dall'assenza di una precisa organizzazione, che rende più gravoso e pesante il lavoro svolto.

Con la L.833/78 si è proceduto ad una radicale trasformazione del sistema ospedaliero, proclamando la fine dell'autonomia ospedaliera con l'introduzione delle USL (oggi ASL).

"La scelta di creare anche nel settore sanitario delle unità amministrative svincolate dal potere medico si è affermata in modo piuttosto generalizzato nei paesi avanzati in forza della convinzione che la "malattia" dei rispettivi sistemi sanitari potesse essere curata evidenziando aspetti come la consapevolezza dei costi, la razionalità amministrativa, l'efficienza manageriale e il coordinamento dell'alto dei diversi presidi di cura"<sup>45</sup>.

Questa soluzione, però, ha evidenziato, nel tempo, limiti e rischi: in primo luogo, il rischio che le unità operative, legate ad orientamenti politici diversi degli amministratori e alla grandezza ed importanza del territorio nel quale sono dislocate, possano ottenere attenzioni e soddisfare interessi ed esigenze in modo diverso; in secondo luogo, l'eccessiva burocratizzazione, che produce comportamenti standardizzati e poco elastici, prediligendo i mezzi e dimenticando i fini da raggiungere.

"Un terzo limite è costituito dalla difficoltà di esercitare concretamente il proprio potere di indirizzo..... Vale a dire che un centro che voglia avere risultati immediati li otterrà più facilmente favorendo i presidi sanitari più potenti e influenti"<sup>46</sup>.

Pertanto, l'obiettivo di separare la parte medico-sanitaria da quella della prevenzione-salute, è stato solo in parte raggiunto, in quanto, le strutture ospedaliere forti, con prestazioni specialistiche elevate e tecnologie avanzate, continueranno ad esercitare pressioni e a raccogliere quantità superiori di fondi, sottraendoli alla prevenzione.

Sulla base di questa esperienza, quale potrebbe essere la soluzione ottimale? Quale il criterio da adottare?

L'assistenza al paziente, potrebbe essere individuata come fun-

45 Donati P. (a cura di), op. cit.

46 Donati P. (a cura di), op. cit.

zione prioritaria del sistema: in questa prospettiva il paziente rappresenta una responsabilità collettiva di tutte le componenti del sistema e non di ciascuna di esse, singolarmente e volta per volta. Ne consegue che, ai fini di una assistenza adeguata, le relazioni fra medici di base, laboratori, medici specialistici e ospedali, e fra questi e le reti informali di supporto, devono essere aperte e caratterizzate da comunicazioni fluide e spedite.<sup>47</sup>

Si auspica, in conclusione, una maggiore comunicazione e collaborazione tra gli attori, valorizzando anche l'aspetto strutturale e strumentale, necessario per un incontro delle varie esigenze ed un maggior equilibrio tra domanda e offerta.<sup>48</sup>

### 1.6. Nuovo Welfare: tra globalizzazione e ruolo del privato sociale<sup>49</sup>

Nella nostra società, nella cultura europea dei servizi sociali, distante da quel modello americano che, a volte, fa storcere il naso anche ai più accesi sostenitori di quel sistema, "i servizi pubblici non possono, per la loro stessa natura, porsi sullo stesso piano di un libero mercato, a meno che non si voglia fare una scelta che riconoscendo il tutto alla prestazione onerosa, trasferirli a servizi sociali in imprese sociali."<sup>50</sup>

Il riconoscere l'esistenza di differenze tra sistemi societari, che inevitabilmente portano alle differenti risposte verso le aspettative della Società civile, rappresenta una presa di coscienza della forte connessione tra la sociologia e le politiche di Welfare che

47 Donati P. (a cura di), *La sociologia sanitaria*, Angeli, Milano, 1983, passim; Colozzi I. (a cura di), *L'ospedale fra istanze di efficienza e di umanizzazione*, in "La Ricerca Sociale", 1988, n.40, Angeli, Milano, passim.

48 Sangiuliano R. (a cura di), *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Esselibri SpA, Napoli, 2001, nonché Zurla P., *Il documento di piano sanitario nazionale come facilitatore di una nuova sintesi culturale*, in *Sociologia e Politiche Sociali*, a.2, n.1/1999, Franco Angeli Editore, Milano 1999.

49 Per la stesura di questo paragrafo mi sono rifatto alla traccia segnata da Zanetti M., *Etica ed economia: connubio possibile in sanità*, in "Sanità pubblica", rivista mensile amministrativa per gli operatori della sanità, Maggioli Editore, Rimini, Anno XX - n.2, febbraio 2000, p. 174.

50 Ugolini G.L., *La Qualità nel Servizio Sociale della Pubblica Amministrazione*, in *Rassegna di Servizio Sociale*, Anno XXXVIII/N.4/1999 - ottobre-dicembre, EISS, 1999.

Lynd lamentava e Gouldner propugnava avrebbe dovuto enfatizzare le implicazioni etiche di una disciplina che non poteva guardare con indifferenza e neutralità ad un insieme di azioni e di programmi (la lotta contro la povertà, le misure contro la disoccupazione, le campagne a favore della famiglia e dei minori, i programmi per lo sviluppo di aree depresse, etc.) che comunque erano segnati da un forte contenuto valoriale, fosse esso formulato in termini di obiettivi politici o di ideologie sociali.<sup>51</sup>

Nella realtà italiana, "la configurazione della sociologia come scienza della spiegazione sociale si è consolidata proprio con l'avvio di una fase politica in cui si è avviato il decollo delle prime politiche di programmazione economica e sociale, in direzione di un sistema di *Welfare* sociale e sanitario che si sarebbe generalizzato solo alla fine degli anni settanta"<sup>52</sup>, ma una delle domande ricorrenti che si sommano a quelle che la Società civile rivolge con sempre maggiore frequenza, al di là di tutte le possibili interpretazioni sociologiche, è: esiste un possibile connubio tra l'etica e l'economia quando si parla di servizi così importanti del nostro *welfare*?

Ritengo utile la lettura di quanto afferma Mario Zanetti "gli anni 90 sembrano essere caratterizzati dal delinearsi di una nuova società dei diritti dei cittadini in cui si fanno strada anche i primi tentativi di una ricomposizione sistemica dei bisogni attraverso la ricerca dell'autoregolazione e dell'equità.

In sanità, poi, un altro elemento aggiuntivo ha messo in crisi i sistemi: sta risultando sempre più evidente che l'incremento delle risorse destinate ai servizi sanitari non migliora altrettanto significativamente gli indicatori di salute della popolazione, e questo ha messo e sta mettendo in discussione la politica della salute. [...] È inutile creare servizi sanitari anche sofisticati senza aumentare prima il livello economico e culturale delle popolazioni.

In un editoriale del *Journal of Public Health Medicine* (1997), dal titolo "il fragile welfare: quale futuro?" si sottolinea che la risposta ai bisogni e alla domanda di salute non sta certo nel potenziamento indefinito dei servizi sanitari, ma principalmente nell'innalzamento del livello culturale, nella minore disparità di

51 Minardi E. (a cura di), *L'etica nella sociologia e nel lavoro sociologico*. Homelless Book, Bologna, 1998, pag.24

52 Minardi E. (a cura di), op.cit.

reddito e nella riorganizzazione del mercato del lavoro. E a proposito di quest'ultimo aspetto, il mercato del lavoro, l'editorialista ricorda che già Beveridge, padre del sistema sanitario universalista solidaristico, a cui anche noi facciamo riferimento, fu molto chiaro in proposito quando dichiarò che la condizione fondamentale e necessaria per mantenere un vero *welfare*, fondato su contributi e sussidi universali è rappresentata, se non proprio da una piena occupazione, almeno da un alto livello di occupazione continuativa.[...]

Sulla spinta di questa crisi oggettiva e di queste difficoltà emergenti, tutti i paesi stanno cercando di rispondere con nuove strategie certamente non facili e spesso contraddittorie. Stanno cercando un difficile compromesso tra etica ed economia...[...]. In un editoriale apparso nel febbraio del 1997 su *Public Health* dal titolo: "L'etica: siamo realmente interessati?" Katherin Graham scrive "esiste tuttora tanta speculazione euforica sul progresso atteso per la nostra società oggi e nel prossimo millennio. Ma questa sicurezza che le cose comunque miglioreranno sempre potrebbe venire a mancare se non altro per ragioni economiche ed allora sarebbe interessante chiedersi se siamo veramente disponibili ad affrontare e a risolvere i problemi etici che la nostra società si troverà di fronte". Scendendo poi nello specifico mondo della sanità [...] attira l'attenzione su:

1. l'etica nelle riforme dei servizi sanitari;
2. l'etica nella distribuzione equa delle risorse e dei servizi;
3. l'etica nella difesa ambientale e dello sviluppo;
4. l'etica del nuovo rapporto tra erogatore, in particolare il medico, e il paziente;
5. l'etica nell'affrontare problemi quali l'eutanasia, l'aborto, ecc.;
6. l'etica legata alle prospettive del progetto menoma.

Sui problemi etici legati in particolare al progetto menoma si è svolto nel maggio 1998 un interessante *meeting* italoamericano all'istituto di bioetica di Chicago.

La lettura di apertura del *meeting* fu affidata a Carlo Rognoni, vice presidente del Senato, che a proposito dell'etica disse: "So bene che l'etica non è né neutra né astratta, ed è il pluralismo delle idee che dà vita ad un pluralismo etico, i cui contenuti spesso divergono significativamente. La politica e le istituzioni sono le sedi dove operare una sintesi, dove costruire norme condivise ed

accettate, che escludano ogni forma di fondamentalismo, senza cedere all'emotività o agli ideologismi".<sup>53</sup>

Che ci sia una inevitabile difficoltà anche nel mondo politico quando si parla di problematiche legate al pianeta sanitario, risulta evidente da tutta una serie di esortazioni che arrivano da organizzazioni come la OMS che in un documento del 1997 sul futuro dei servizi sanitari nel mondo e sui nuovi orientamenti in tema di sanità per tutti, afferma che ogni futura strategia deve porre i principi etici al primo posto; o da studiosi del calibro di Anthony Giddens il quale, "in una intervista rilasciata al settimanale "Internazionale" (luglio 1997) dice fra l'altro:

"Tutti i paesi europei devono trasformare il loro mercato del lavoro e questo processo richiede inevitabilmente una riorganizzazione dello stato sociale. Dobbiamo aver chiaro che lo stato sociale nelle sue forme tradizionali non può essere mantenuto. È un sistema di assicurazione che è stato concepito per la salute contro tutti i rischi. Dobbiamo tener presente che viviamo in un mondo in cui l'insicurezza si sostituisce progressivamente alle certezze di un tempo e lo stato sociale non è più in grado di assumersi da solo la tutela di tutti i rischi. È necessario creare un sistema più flessibile per persone indipendenti. Bisogna cominciare a riorganizzare lo stato sociale senza però seguire né le indicazioni dei neoliberali che intendono affidarsi completamente alle leggi di mercato (la famosa mano invisibile di Adam Smith) né quelle degli strenui conservatori dei sistemi falliti che continuano a sostenere posizioni antistoriche [...]".<sup>54</sup>

E se la globalizzazione, da tanti giudicata come una vera iatura, come un ostacolo (vero o presunto) alla affermazione dei diritti sociali, da altri viene vista come una sorta di interconnessione che mette in rapporto paesi e imprese, movimenti sociali e gruppi professionali, etnie e religioni differenti tanto da raffigurare queste nuove interconnessioni come motori di un cambiamento sfociante nell'elaborazione di una nuova entità, un soggetto collettivo che ha proprietà di sistema, dove, dunque, sono ampiamente condivisi i valori, le regole e gli obiettivi. All'interno

53 Zanetti M., *Etica ed economia: connubio possibile in sanità?* in "Sanità pubblica", rivista mensile amministrativa per gli operatori della sanità, Maggioli Editore, Rimini, Anno XX - n.2, febbraio 2000, p. 174.  
54 Zanetti M., op. cit.

di queste dinamiche il processo di globalizzazione costringe ad assumere modelli interpretativi della realtà che tengano conto delle variabili economiche, politiche e soprattutto sociali che si muovono all'interno di quegli aspetti non più isolabili né riconducibili a percorsi causali già conosciuti.<sup>55</sup>

Il problema risulta essere quello di una chiamata generale di tutti gli stati nel tentativo di creare condizioni sostenibili di progresso economico in un contesto di mercati globali, senza sacrificare la solidarietà di base, la coesione delle nostre società e le istituzioni costituzionali garanti della libertà. La competizione, per quanto utile all'economia, deve essere temperata dalla solidarietà nei rapporti sociali.

Secondo A.Giddens il compito di conciliare creazione di ricchezza e coesione sociale, all'interno dei molti cambiamenti prodotti dal fenomeno della globalizzazione, viene affidato al dialogo tra scienza e tecnologia, nonché alla trasformazione dei valori e delle scelte di vita: di conseguenza può e deve esistere un logico sistema alternativo di politica sociale che aiuti l'innovazione e il dinamismo, ma che non penalizzi coloro che sono a rischio di esclusione sociale o che lo possono diventare se non si governa il fenomeno della globalizzazione.

Si dovrà allora procedere attraverso un metodo più sperimentale: provare e verificare quale soluzione funziona meglio.

Parlando anche di terzo settore è necessario subito affermare che esso rappresenta "la dimensione senza precedenti di una società viva e in movimento che definisce continuamente le sue dinamiche non sulla base delle istituzioni politiche (=Stato) né sulla valorizzazione dei capitali (=mercato), ma sulla base della presenza e del ruolo delle diverse parti (anche piccole) che la compongono e sulla base delle relazioni, efficaci e solidali, tra di esse. Se la natura del terzo settore è di tipo relazionale, la sua fonte va ricercata nei soggetti sociali (soprattutto collettivi) e nella loro capacità di fare relazioni e di produrre relazioni significative e dotate di senso".<sup>56</sup>

55 Cesario V. (a cura di), *Sociologia. Concetti e tematiche*, Vita e Pensiero, Milano 1998.  
56 Rizza S., op. cit. pp. 70/71. Cfr. anche Donati P., *Per una sociologia relazionale*, Angeli, Milano, 1991.

Rileggiamo quanto prescrive, all'art. 1 (I principi) della L. 833/78):

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.*

*La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.*

*Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.*

*Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale le attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.*

*Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.*

Da queste premesse possiamo anche far partire quel particolare fenomeno sociale che noi chiamiamo terzo settore o privato sociale (terzo settore e privato sociale possono essere tranquillamente considerati sinonimi)<sup>57</sup> e che rappresenta un significativo indicatore di una riorganizzazione complessiva della società.

Tale fenomeno è importante per la storia del nostro welfare (anche alla luce di questo ragionamento che ho affrontato ad ampio raggio) in quanto "ci si trova di fronte ad un fenomeno assolutamente nuovo che fa della *relazione* lo schema di riferimento per una riorganizzazione della società che ha i suoi riferimenti nello Stato, nel mercato e nel terzo settore (che secondo Donati, include e prevede un quarto settore costituito dalle reti primarie di famiglia, parentela, gruppi amicali e reti informali)".<sup>58</sup>

<sup>57</sup> Rizza S., op. cit. p. 73.  
<sup>58</sup> Id., op. cit. p. 73.

La riorganizzazione della società passerà anche per i servizi alle persone (servizi sociali, sanitari, culturali, per l'occupazione) che "trovano nel cittadino non un utente passivo, ma un co-produttore e un co-gestore di essi. La riorganizzazione delle prestazioni (servizi) del nuovo Stato sociale non può ritrovare nei diversi momenti della programmazione, della gestione, della verifica e del controllo gli stessi soggetti che sono, a un tempo, i destinatari dei servizi stessi.

È in questo contesto che trovano giustificazione, collocazione e spazio operativo le espressioni del privato sociale e del terzo settore<sup>59</sup> che possono fornire risposte concrete alla crisi crescente di credibilità dell'intero sistema, anche se la riorganizzazione può avvenire solo attraverso una reale programmazione dell'offerta e con una verifica puntuale fondata sulla qualità dei servizi. scoraggiando le tendenze verso la perdita della solidarietà sociale (tipica di quei sistemi che perdono interesse al miglioramento di una organizzazione di tipo comune); grave sarebbe se avvenisse nel sistema sanitario se dovesse diventare una questione privata (la salute) e non una diretta preoccupazione dell'intera società.

Come concludere questa breve riflessione?

Si potrebbe azzardare una risposta cercando di porre con sempre maggiore forza un nuovo approccio alla politica sociale che tenga conto di tutte quelle variabili, fin qui enunciate, nel tentativo di far interagire le varie forze presenti sul campo attraverso processi sociali basati su una diversa economia di mercato (non una società di mercato, quindi migliore etica per una diversa globalizzazione) in cui lo stato imoniere sostituisca lo stato rematore attribuendosi un ruolo marginale (ma non meno importante, rispetto alla Società civile) di arbitro e legislatore che permetta allo spirito imprenditoriale di liberarsi e garantire benessere economico a tutti; su una diversa solidarietà (basata di più sul terzo settore); su una diversa opportunità d'accesso al mondo del lavoro. In definitiva maggiore equilibrio, fra dinamismo economico e giustizia sociale (economia ed etica), per una ridefinizione del sistema di *welfare*, per una ridefinizione delle politiche sociali, per portare ad una diversa concezione di tutta quella sfera di ser-

<sup>59</sup> Id., op. cit. p. 74



vizi intesa come garanzia di libero accesso a tutte quelle forme di sicurezza sociale, comprendendo anche un nuovo modo di intendere la Sanità.

### **1.7. Dalla L.833/78 al D.Lgs. 229/99: elementi per una riflessione**

Durante i primi anni '70, dopo la costituzione delle Regioni ed il graduale decentramento di funzioni amministrative e competenze anche in materia sanitaria, un forte movimento di iniziativa sociale che influenza (meglio sarebbe dire, stimola) il legislatore ad introdurre nuove funzioni e nuovi servizi: consultori, asili nido, servizi per le tossicodipendenze, per l'handicap, la medicina del lavoro, la salute mentale. Alla fine degli anni '70, dunque, viene promulgata la L.833/78 che istituisce il Ssn e riunifica le funzioni sanitarie in capo a quelle strutture operative, dei Comuni singoli o associati, o comunità montane, che saranno denominate USL.

Ma la L.833/78 evidenzia, ben presto, proprie lacune istituzionali ed operative, cosicché da determinare, con il passare degli anni, nuove scelte e nuovi percorsi tanto da classificare i vari progetti presentati tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 come tentativi di correzione della riforma o come tentativi di una vera e propria controriforma.

Nel 1992 viene approvata la L. delega 421 e il successivo D.Lgs. 502/92, che viene integrato nel 1993 dal D.Lgs 517; attraverso questa produzione normativa si estromette l'Ente locale dalla gestione del servizio sanitario.

L'USL diventa, per legge, un corpo estraneo dal territorio locale, sciolto da *vincoli* di gestione dei Comuni si relaziona, ora, con la sovrastruttura regionale anzi, ne diventa ente strumentale, azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa e amministrativa e gestite da un Direttore Generale che è nominato dalla Regione e alla Regione risponde.

Manca, ed è evidente il passaggio, quel rapporto con la comunità locale o con quel consorzio di comuni che rappresenta utile filtro e necessario volano degli indirizzi di *politica sanitaria* presi in accordo tra Direttore Generale e Regione.

La successiva produzione normativa, mi riferisco al D.Lgs.

502/92, sancisce (per alcuni versi) la rottura di quel patto sociale - voluto e codificato con la già richiamata L.833/78 - tra enti locali e azienda sanitaria; i comuni si dovranno muovere all'interno di *steccati* prefissati dall'Ente Regione; esaminano i bilanci, verificano l'andamento generale dell'attività con la possibilità di trasmettere eventuali osservazioni al Direttore Generale e alla Regione.

L'Ente locale, forse contrariamente a quanto sostenuto dalla L.142/90 che ridava vigore alla natura dell'Ente stesso, si trova evidentemente in piena assenza di *forza contrattuale* con gli altri Enti (Provincia, Regione, Stato), tanto da poter affermare che " il sistema sanitario viene così a collocarsi in una posizione separata dal sistema delle autonomie locali e dal complesso delle altre politiche relative all'ambiente, al territorio, alle comunità locali, alle persone, alle famiglie.

Si fatica a far comprendere la *specialità* e specificità del bene tutelato, la salute; la molteplicità dei fattori e quindi delle politiche che su di essa incidenti, e la necessità conseguente di una forte connessione fra di esse; il carattere del mercato sanitario e il suo squilibrio strutturale a favore dei *produttori* che richiedono che esso sia *amministrato* e che si possa contare su una espressione consapevole ed organizzata dei bisogni e della domanda di salute;" (ma forse dovremmo parlare di sanità) "l'esigenza di responsabilizzazione e di iniziativa in tal senso delle autonomie locali rispetto ad un benessere delle popolazioni e delle famiglie di cui la salute (o la sanità) è tanto componente che prodotto essenziale; l'importanza di una attivazione e partecipazione delle popolazioni in termini di educazione, promozione e protezione della salute, che richiede riferimenti anche istituzionali riconosciuti dalle popolazioni, presenti, attivi.

Gli obiettivi di efficienza, economicità, e innalzamento della qualità professionale, in questi anni fortemente tematizzati, devono quindi incontrarsi e comporsi con obiettivi di responsabilizzazione delle comunità locali, di valorizzazione delle risorse umane e sociali, di integrazione delle politiche e delle azioni organizzative e professionali, di partecipazione e controllo democratico sui temi della salute...

La rinnovata attenzione al ruolo delle autonomie locali nella tutela della salute è favorita anche da tendenze più generali della cultura... orientate... alla cosiddetta *sussidiarietà verticale* che trovano la loro più ampia traduzione nelle leggi e decreti Bassanini<sup>60</sup>.

Proprio tale esigenza di valorizzazione del ruolo delle autonomie locali, si evidenzia nella L.419/98: "L'art. 2 al punto l), pone fra gli altri principi e criteri direttivi cui il governo deve attenersi nell'esercizio della delega:

- Potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello regionale, anche con la costituzione di un apposito organismo, e a livello locale;
- Potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende;
- Prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione;

- Mantenere comunque l'esclusione dei Comuni da responsabilità e funzioni di gestione diretta del Ssn.

Al successivo punto m) la L.419/98 prevede la facoltà per le Regioni di creare organismi di coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane previste dall'art. 17 c.7 della L.412/90, aree che registrano situazioni di accentuata criticità di problemi e di sistemi sanitari e rispetto alle quali i grandi Comuni rivendicano un loro specifico ruolo<sup>61</sup>.

### **1.8. La riforma sanitaria ter**

In attuazione dei principi e dei criteri direttivi indicati nella L.419/98, le direttive politiche si ritrovano nel D.Lgs. 229/99 successivamente modificato con i decreti legislativi 49 -168 - 254 del 2000; gli aspetti salienti della cosiddetta riforma sanitaria ter sono i seguenti:

- *Valorizzazione delle Regioni.* Le Regioni elaborano proposte

<sup>60</sup> Ministero della Sanità, *Relazione sullo stato sanitario del Paese*. Ed. del Servizio studi e documentazione del Ministero della Sanità, Roma, 1999.

<sup>61</sup> Ministero della Sanità, *Relazione sullo stato sanitario del paese*, Op.cit.

per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, adottano il Piano sanitario regionale per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione locale, definiscono l'articolazione del territorio regionale in Aziende/Unità sanitarie locali in distretti, disciplinano il finanziamento delle AUSL, le modalità di vigilanza e di controllo e la valutazione dei risultati delle loro attività, provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del Ssn, propongono forme di sperimentazione gestionale tra strutture del Ssn e soggetti privati;

- *Rafforzamento del ruolo dei Comuni nella fase di programmazione.* La concertazione con gli enti locali si sviluppa a vari livelli: il *Piano sanitario nazionale* è adottato d'intesa con la Conferenza unificata, il *Piano sanitario regionale* è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale (della quale fa parte il Sindaco o il Presidente della Conferenza dei Sindaci) ed è approvato previo esame delle osservazioni da essa formulate, i *Piani attuativi locali* sono predisposti con la partecipazione degli enti locali interessati e lo stesso può dirsi per il *Programma delle attività territoriali* proposto dal direttore di distretto previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto. I Comuni svolgono anche un ruolo nell'ambito dell'attività di controllo, esprimendo pareri sulla conferma o revoca del Direttore generale dell'AUSL, e dell'azienda ospedaliera in relazione ai risultati raggiunti, sullo stato di attuazione del Piano attuativo locale da parte delle aziende ospedaliere e del Programma delle attività territoriali. Inoltre esercitano un'importante funzione nell'ambito dell'attività diretta alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, provvedendo al rilascio delle necessarie autorizzazioni;

- *Previsione di programmi e poteri sostitutivi.* Il decreto stabilisce che il Governo interviene in luogo delle Regioni inadempienti in alcuni casi specifici, come quello della mancata adozione del Piano sanitario regionale, in relazione al quale il Consiglio dei Ministri può provvedere a dare attuazione al Piano sanitario nazionale anche mediante la nomina di *commissari ad acta*;

- *Partecipazione dei cittadini.* Cresce l'autonomia decisionale degli utenti che partecipano all'attività di programmazione, come nel caso dell'adozione del Piano sanitario regionale cui prendono parte le formazioni sociali private non aventi scopo di lucro



impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria. I cittadini inoltre svolgono anche attività di controllo e di valutazione dei servizi e delle prestazioni;

- *Integrazione sociosanitaria.* Rientrano in tale ambito le prestazioni sanitarie che devono essere erogate parallelamente alle attività di assistenza sociale tese a supportare le persone in stato di disabilità o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Il decreto si preoccupa di garantire assistenza a quei soggetti deboli come i bambini, gli anziani, i tossicodipendenti, i malati di AIDS, i portatori di handicap che necessitano di interventi incrociati non solo in campo medico, ma anche sociale;

- *Aziendalizzazione del sistema sanitario.* Le aziende/Unità sanitarie locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato. Sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio e agiscono con atti di diritto privato;

- *Articolazione in distretti dell'AUSL.* Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie tenendo conto della realtà territoriale e tutelando le comunità con non più di 60.000 abitanti, salvo che le Regioni dispongano diversamente. Il distretto garantisce la continuità assistenziale coordinando medici di medicina generale, pediatri e servizi di guardia medica, in ambulatorio a domicilio, e opera il necessario coordinamento di tali soggetti con le strutture operative e con i servizi specialistici. L'attività del distretto si interseca con quella del Dipartimento di prevenzione, anch'esso struttura operativa dell'AUSL, sotto il profilo della prevenzione delle malattie e di tutela della salute collettiva;

- *Accreditamento istituzionale.* La riforma prevede che possano erogare servizi e prestazioni assistenziali per conto del SSN le strutture pubbliche o private che abbiano avuto una sorta di attestazione di qualità da parte delle Regioni definita *accreditamento*. A questo scopo i soggetti pubblici e quelli privati, sia non aventi scopi di lucro sia commerciali, sono totalmente equiparati. L'iter procedurale stabilito dal decreto richiede:

- Il rilascio da parte del Comune dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, sia in caso di nuove strutture, sia per l'adattamento di quelle preesistenti;

- L'accreditamento istituzionale da parte della Regione di quelle strutture che rispondono a requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli dell'autorizzazione (elevati livelli di organizzazione e di assistenza, adeguate dotazioni strumentali e tecnologiche, qualificazione professionale del personale), che siano funzionali rispetto agli indirizzi dei Piani sanitari regionali e subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

- La stipulazione di accordi contrattuali con la Regione e con la AUSL, aventi ad oggetto l'individuazione del tipo, dell'entità e della remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSN.

- *Individuazione delle tariffe per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate.* I nuovi criteri di remunerazione previsti dal decreto sono due: un finanziamento calcolato in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, attribuito per l'erogazione di alcuni precisi servizi non quantificabili in relazione alla singola prestazione (programmi per patologie croniche di lunga durata o recidivanti, di prevenzione, di assistenza a malattie rare, sperimentali di assistenza, di trapianto di organo etc.) e la remunerazione in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero della Sanità e a livello locale dalle Regioni per quanto riguarda i ricoveri per acuti e le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

- *Sperimentazioni gestionali.* Le Regioni interessate propongono programmi di sperimentazione di nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato, al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza. La partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura dei servizi connessi all'assistenza alla persona;

- *Istituzione dei fondi integrativi.* Tali fondi sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN, purché fornite da strutture e da professionisti accreditati con il SSN. Serviranno a rimborsare le spese sostenute dai pazienti per il ticket di esami e visite specialistiche, per le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria, per cure odontoiatriche e termali, per l'assi-

stenza domiciliare, per le prestazioni di medicina non convenzionale, e per quelle sociosanitarie erogate in strutture residenziali e semiresidenziali;

- *Riforma della dirigenza sanitaria*. La dirigenza sanitaria non sarà più suddivisa in I e II livello, ma sarà collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. Il ruolo di primario è sottoposto a verifica ogni cinque anni, per valutarne le capacità e la professionalità. Il rapporto di lavoro è caratterizzato dall'esclusività fra medici e SSN;

- *Formazione continua*. Comprende l'aggiornamento professionale diretto ad accrescere le conoscenze professionali e la formazione permanente tesa a migliorare le competenze e abilità cliniche, tecniche e manageriali.<sup>62</sup>

Posto che anche questa riforma inciderà, come successo in precedenza sulla vita sociale ed economica del nostro Paese, si dovrà procedere al tentativo di riscrivere le regole del nuovo sistema di *welfare* in collaborazione con il terzo settore il quale non può essere considerato un invitato di pietra. Ma devono essere le stesse associazioni di terzo settore a rendersi presenti e ad *imporre* con forza persuasiva la propria presenza e i propri contributi. Nessuna legge e nessuna riforma dovrà passare sulla testa dei soggetti titolari del nuovo stato sociale.

Ma la riscrittura del nuovo Stato sociale per produrre efficacemente risultati ha bisogno che simultaneamente ci sia una crescita culturale e sociale nella totalità dei cittadini. Questo progetto non può essere delegato alle istituzioni: è compito delle organizzazioni dei cittadini promuovere e favorire un'opera capillare di formazione e di incisiva testimonianza.<sup>63</sup>

Lo scenario futuro dello Stato sociale non è un'utopia; il cantiere è aperto e una pluralità di soggetti è già all'opera: potrebbe essere una mossa vincente per il nostro futuro.

Inoltre la politica dei tagli alla spesa pubblica, avviata a partire dagli anni '90, ha inciso in modo notevole sul Ssn: positivamente perché ha dato una spinta alla lotta agli sprechi e alla razionalizzazione delle risorse; negativamente perché ha comportato una riduzione delle possibilità di accesso alle cure in una

situazione nella quale invece le esigenze sanitarie dei cittadini andavano aumentando. In pratica sulla carta l'impalcatura fondamentale dei diritti garantiti dal Ssn non ha subito rilevanti variazioni, nella sostanza i cittadini hanno dovuto, molto più che nel passato, pagare direttamente una serie di prestazioni.

Qui di seguito si riporta una tabella, relativa alla percentuale di Pil spesa in Italia dallo Stato rispetto agli altri paesi, dalla quale si ricava che il nostro Paese spende meno rispetto a molti altri.

*Incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata sul Pil in alcuni paesi Ocse, anno 1996 (% sul Pil)*

Paese	Spesa pubblica	Spesa privata	Totale	% spesa privata/totale
Francia	7,8	1,8	9,6	19,3
Germania	8,2	2,3	10,5	21,7
Italia	5,3	2,3	7,6	30,1
Olanda	6,6	2,0	8,6	23,0
Regno Unito	5,8	1,1	6,9	15,7
Spagna	5,9	1,8	7,7	23,7

Fonte: Ocse, 1998

Recentemente il Ministero della Salute ha individuato un elenco, denominato *Livelli essenziali di assistenza* (Lea<sup>64</sup>), che indica quali siano le prestazioni sanitarie alle quali ogni cittadino ha diritto, al di là del luogo in cui vive e dei servizi a disposizione sul suo territorio. Assieme alla lista positiva, vi è l'elenco delle prestazioni non considerate essenziali e che quindi non hanno più la copertura del servizio sanitario nazionale.

L'iniziativa è rivolta a garantire una uniformità di base nell'accesso al diritto alla salute per tutti i cittadini, in considerazione dei grandi squilibri tra diverse zone del paese e dell'avvento del federalismo. Ciò significa, ad esempio, che una regione deve sempre assicurare cosa è scritto nei Lea, ma può anche garantire prestazioni in più a seconda della disponibilità di soldi e delle esigenze sanitarie del territorio. Il rischio, a cui devono fare grande

<sup>62</sup> Sangiuliano R. (a cura di), *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Esselibri SpA, Napoli, 2001.  
<sup>63</sup> Rizza S., op.cit.

<sup>64</sup> L. n. 405, del 16 novembre 2001.

attenzione i cittadini, è che si usino questi livelli non come livelli minimi, ma come un limite invalicabile oltre il quale il servizio sanitario nazionale non è più disponibile ad andare per non spendere e disperdere eccessive risorse.<sup>65</sup>

## Bibliografia

- Buracchio D., Tiberio A., Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali, Angeli, Milano, 2001.
- Cesareo V. (a cura di), *Sociologia. Concetti e tematiche*, Vita e Pensiero, Milano 1998.
- Cipolla C., Girelli G., Altieri L., (a cura di), Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti, Angeli, Milano, 2002.
- Colagiovanni F.E., *Sociologia*, Ed. Pro. Manuscripto, Roma, 1988.
- Colozzi I. (a cura di), *L'ospedale fra istanze di efficienza e di umanizzazione*, in "La Ricerca Sociale", 1988, n.40, Angeli, Milano.
- Donati P. (a cura di), *La sociologia sanitaria*, Angeli, Milano, 1983.
- Donati P. (a cura di), *Salute e analisi sociologica. Oltre la sociologia tradizionale della medicina*, Angeli, Milano, 1985.
- Donati P., *Per una sociologia relazionale*, Angeli, Milano, 1991.
- Donati P. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli*, Nis, 1995.
- Donati P., Colozzi I., *Institutional Reorganization and New Shifts in the Welfare Mix in Italy during the 1980*, in A. Evers, H. Wintersberger (eds.), *Shifts in the Welfare Mix*, Eurosociological, Vienna, 1988.
- Folgheraiter F., *La legge di riforma dell'assistenza e il problema della liberalizzazione nei servizi sociali*, in *Rapporto sulla situazione del servizio sociale*, EISS, Roma, 2001.
- Fruda L., *Ricerca valutativa, controllo di qualità e innovazione nella pubblica amministrazione e nella gestione dei servizi pubblici*, in "Studi di Sociologia", Anno XXXV, Aprile-Giugno 1997, Milano.
- G.U. 20 febbraio 1997, Supplemento ordinario, 42, serie generale.
- IRES Campania, *Welfare state e Mezzogiorno. Dall'assistenza allo Stato sociale*, Interventi di Ascoli U., Boccella N., et al., Liguori Ed., Napoli, 1987.
- Luhmann N., *Stato di diritto e sistema sociale*, Guida Editori, Napoli, 1990.
- Minardi E. (a cura di), *L'etica nella sociologia e nel lavoro sociologico*, Homeless Book, Bologna, 1998.
- Ministero della Sanità, *Relazione sullo stato sanitario del Paese*. Ed. del Servizio studi e documentazione del Ministero della Sanità, Roma, 1999.

<sup>65</sup> Peirangolini T., *Salute e diritti dei cittadini. Cosa sapere e cosa fare*, Editori Riuniti, Roma, 2002.

- Paci M. - Melone A., *Welfare State*, Ediesse, Roma, 1997.
- Petrangolini T., *Salute e diritti dei cittadini. Cosa sapere e cosa fare*, Editori Riuniti, Roma, 2002.
- Rizza S., *La città e i cittadini*, Centro studi Cammarata, Caltanissetta, 1997.
- Rossi G., *Cultura della cittadinanza e famiglia*, relazione presentata al Seminario di studi La cultura della cittadinanza oggi, Bologna, 22-23 gennaio 1993.
- Rossi G., *Disuguaglianza ed equità nei servizi socio-sanitari: la specificità del caso italiano*, in "Studi di Sociologia", luglio-settembre 1990, xxviii, n.3, Milano.
- Rossi G., Donati P. (a cura di), *Welfare State. Problemi e alternative*, Angeli, Milano, 1985.
- Salamoi L. (ed), *Beyond Privatization. The Tools of Government Action*, The Urban Institute Press, Washington D.C., 1989.
- Sanguliano R. (a cura di), *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Esselibri SpA, Napoli, 2001.
- Stefanelli R., *Le pensioni in Europa*, EDISPI, Roma, 1991.
- Ugolini G.L., *La Qualità nel Servizio Sociale della Pubblica Amministrazione*, in "Rassegna di Servizio Sociale", Anno XXXVIII/N.4/1999 - ottobre-dicembre, EISS, 1999.
- Vecchiarelli M., *Il sistema pensionistico*, in Sistema Previdenza n.153/154, 1995.
- Walzer A. et al., *Gli anziani e le politiche sociali ed economiche*, Rapporto per l'Osservatorio della Comunità europea sulla condizione anziana, pubblicato in "Tutela", VII, nn. 3-4.
- Zanetti M., *Etica ed economia: connubio possibile in sanità?*, in "Sanità pubblica", rivista mensile amministrativa per gli operatori della sanità, Maggioli Editore, Rimini, Anno XX - n.2, febbraio 2000.
- Zurla P., *Il documento di piano sanitario nazionale come facilitatore di una nuova sintesi culturale*, Angeli, Milano, 1999.

## PARTE SECONDA

(di Folco Cimagalli)

### LA RICERCA

## 2. La qualità dei servizi ospedalieri

### Un'indagine nel comune di Teramo

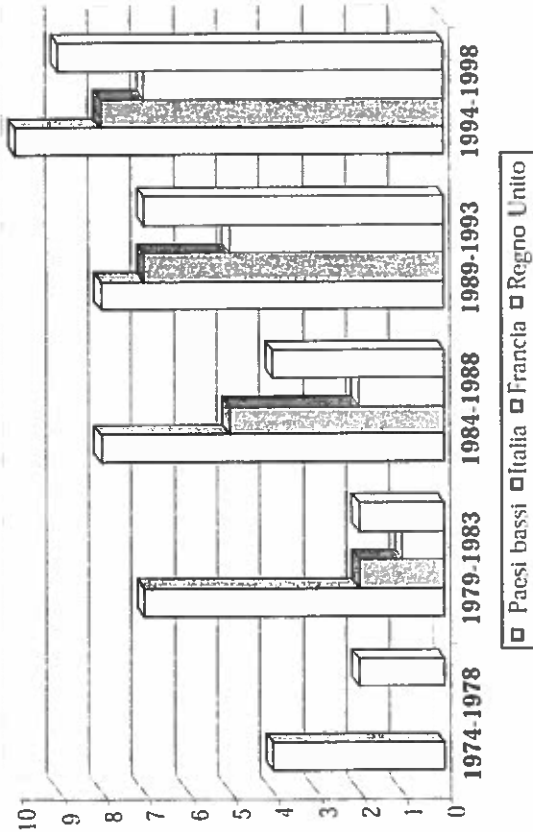
#### 2.1. La ricerca: finalità e impianto metodologico

*La qualità dei servizi dal punto di vista del cittadino*

Il problema che l'analisi qui presentata intende affrontare si inserisce nel vasto filone di studi - sempre più al centro di dibattiti politici, tecnici e mediatici - relativi alla qualità dei servizi sanitari. In un contesto storico e socio-istituzionale caratterizzato da crescenti situazioni di concorrenza fra attori diversificati e - più ancora - culturalmente predisposto a esercitare uno sguardo critico rispetto al complesso dei servizi pubblici erogati, l'attenzione alla qualità diviene un'urgenza ineludibile. All'interno di un quadro socioculturale in forte trasformazione il variegato mondo dell'utenza diviene giorno dopo giorno un soggetto attivo, capace di imprimere il proprio punto di vista - attento e competente - nella gestione dei processi e come tale sempre più coinvolto dalle attenzioni del legislatore<sup>1</sup>. L'interesse verso la qualità del prodotto, nella fattispecie quello sanitario, appare un elemento irrinunciabile in un processo di ripensamento dei servizi. La ragionevole accelerazione osservabile nell'ambito degli studi relativi alla valutazione dei servizi sanitari conferma quanto rilevato: nella Figura 1 si mostra il vistoso *trend* di crescita che tali studi hanno avuto negli ultimi anni in alcuni paesi europei.

<sup>1</sup> Si legge, per esempio, nell'Articolo 17 della Legge 15 marzo 1997 n. 59, allorché vengono enunciati "i principi relativi al sistema di valutazione che gli enti erogatori dei servizi pubblici dovranno realizzare" il fatto che essi saranno tenuti a "prevedere e istituire sistemi per la valutazione, sulla base di parametri oggettivi, dei risultati dell'attività amministrativa e dei servizi pubblici favorendo ulteriormente l'adozione di carte dei servizi e assicurando in ogni caso sanzioni per la loro violazione, e di altri strumenti per la tutela dei diritti dell'utente e per la sua partecipazione, anche in forme associate, alla definizione delle carte dei servizi e alla valutazione dei risultati".

Figura 1 - Attenzione alla qualità dei servizi sanitari (indici di attenzione)



Fonte: Cerfe. Lab. di scienze della cittadinanza

Esistono diversi modi di procedere nella valutazione della qualità? Come spesso avviene, si pone anzitutto un problema di prospettiva di analisi: molte indagini valutative tendono a identificare un percorso metodologico - per nulla automatico né di facile costruzione - capace di rendere in modo più oggettivo possibile l'effettivo livello qualitativo offerto da un complesso di servizi; altri approcci tendono, per altra via, a indagare sul versante dell'utenza, in un'ottica di *customer satisfaction* già nota al mondo del marketing<sup>2</sup>.

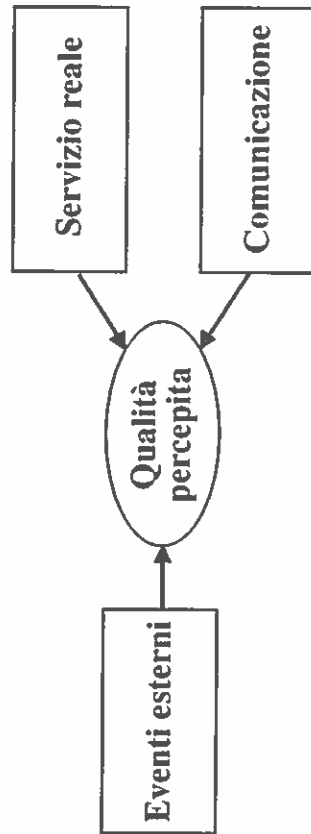
<sup>2</sup> Fra i molti contributi in materia, si veda per esempio Ranci Ortigosa (a cum di), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, F. Angeli, Milano 2000.

<sup>3</sup> Un recente studio - *Qualità e politiche sanitarie* - realizzato dal Cerfe, del laboratorio di Scienze della Cittadinanza e dell'Asdo, Assemblea delle donne per la lotta all'esclusione sociale, ha esaminato gli approcci utilizzati in quattro paesi europei e ha identificato 60 metodi diversi utilizzati per l'analisi della qualità.

Tali approcci, in altri termini, prediligono indagare sul gradimento del servizio indicato dai suoi destinatari naturali, gli utenti. Quest'ultima prospettiva è quella adottata nel presente studio.

Fuoco dell'analisi non è tanto la qualità erogata, conosciuta attraverso un procedimento neutrale attento a cogliere l'effettivo svolgersi dei processi, ma *la qualità nelle complesse rappresentazioni elaborate dal variegato universo dell'utenza*. Oggetto dell'indagine è dunque l'immagine che la struttura sanitaria teramana ha saputo costruire attraverso prassi, comunicazioni ed esperienze effettivamente fruite dalla "clientela" di riferimento. Il fatto della maggiore o minore "oggettività" di tali rappresentazioni è un problema: esse sono *vere* in quanto esperite e *vere* nelle conseguenze che comportano.

Figura 2



La qualità percepita, nell'ipotesi qui seguita, è determinata da tre ordini di fenomeni:

- anzitutto la qualità del *servizio reale* appare di signficativa rilevanza nel determinare le percezioni costruite dall'utenza;
- in secondo luogo si pone un problema di *comunicazione* (in senso lato): la percezione della qualità si appoggia anche su una serie di eventi comunicativi (consapevoli e non) che strutturano una rappresentazione sociale;
- in terzo luogo intervengono alcuni *eventi esterni*, la cui natura e pregnanza appare di difficile rilevazione. Campagne di stampa, trasformazioni culturali, eventi politici locali e nazionali, eventi di cronaca contribuiscono, fra gli altri esempi possibili, al sedi-

mentarsi di un'opinione sociale su un attore simbolicamente rilevante come l'ospedale centrale.

In questo senso – come costruzione di un quadro di rappresentazioni certo non omogeneo ed esaustivo, ma euristicamente significativo – la ricerca può costituire uno stimolo per l'azione organizzativa e un concreto strumento di lavoro.

### Il disegno della ricerca

La ricerca qui presentata ha due finalità prevalenti:

- una, di tipo operativo, consiste nel delineare un quadro d'insieme capace di produrre alcune prime indicazioni utili a stimolare un dibattito sulla qualità del servizio ospedaliero e a innescare processi di miglioramento dei "prodotti" erogati;
- l'altra finalità si pone su un piano scientificamente più alto e intende contribuire a delineare il quadro di sfondo che consenta di gettare le basi per indagini più approfondite.

La ricerca in esame – in altri termini – costituisce un'indagine pilota finalizzata all'individuazione di alcune dinamiche rilevanti nell'ambito della percezione della qualità dei servizi ospedalieri: tale individuazione consente di cogliere le *dimensioni problematiche* attorno a cui strutturare ulteriori riflessioni. Le considerazioni scaturite dalla presente indagine consentiranno di disegnare specifiche formulazioni ipotetiche da controllare in prossime ricerche condotte su base più ampia.

La ricerca – in quanto indagine di sfondo – non si serve di un campione statisticamente rappresentativo. *Unità di analisi* dell'indagine sono gli *utenti reali o potenziali dell'ospedale di Teramo*; dunque, in termini sintetici, universo di riferimento è l'intero complesso dei residenti nella città e nelle zone limitrofe: l'indagine non si sofferma cioè soltanto sui pazienti in cura alla struttura, ma sull'intero universo di utenza potenziale che, sulla base di esperienze dirette e comunicazioni, concepisce una propria rappresentazione dell'ospedale.

L'indagine qui presentata è stata realizzata attraverso un *questionario standardizzato*<sup>4</sup>, il cui impiego è stato reso consigliabile

<sup>4</sup> La progettazione del questionario è stata curata dalla dott.ssa Alessandra Dell'Orto.

le dai seguenti fattori:

- consente di trattare un numero elevato di casi, con tempi e costi di gestione (somministrazione delle interviste e inserimento dei dati) relativamente contenuti;
- fornisce risultati di natura quantitativa: ciò non comporta affatto una maggiore scientificità dei risultati<sup>5</sup>, ma, in alcuni casi, facilita il lavoro dei decisori e amplifica il peso "politico" delle informazioni.

Il questionario è stato sottoposto a *1.102 cittadini*, intervistati durante l'inverno del 2000. Le interviste sono state raccolte da parte dei volontari del Tribunale dei Diritti del Malato in vari punti della città, sia all'interno di uffici (Cittadinanza Attiva, Cityper, Banco di Napoli, Assicurazioni, Tribunale, scuole e ambulatori vari), sia presso alcune piazze cittadine (Piazza Martiri, Portici di Fumo, Viale Crucoli, Piazza Garibaldi, quartiere San Berardo). Al fine di diversificare il più possibile il campione – pur senza, come più sopra ricordato, attivare procedure sistematiche di campionamento – le interviste sono state inoltre condotte in diversi momenti della giornata (la mattina, a mezzogiorno e nel pomeriggio).

La popolazione del campione è comunque diversa da quella della città: come ampiamente previsto in fase di disegno della ricerca, il criterio di individuazione degli intervistati (in particolare, la somministrazione di molte interviste presso gli uffici della città e l'assenza di punti di raccolta presso fabbriche o altri luoghi di produzione industriale o agricola) ha amplificato la quota di intervistati di status medio-alto e attivi nel settore terziario. Date le finalità della ricerca, tale elemento tuttavia non rappresenta propriamente un limite: il campione risulta costituito da una sorta di "interlocutori privilegiati" che certo non rappresentano la città, ma che esprimono un osservatorio estremamente sensibile e capace a sua volta di influenzare l'opinione pubblica.

Il questionario prevede la successione di una serie di domande chiuse e di una sola domanda aperta conclusiva. Il vantaggio dell'uso di domande chiuse consiste, com'è noto, nell'immediata

<sup>5</sup> Cfr., per esempio, Riroffi L., *La ricerca qualitativa*, Carocci, Roma 1997.



Tab. 1 - Dimensioni empiriche del concetto di "qualità percepita"

Concetto	Dimensioni
Qualità percepita	Professionalità
	Relazioni
	Strutture

Le dimensioni individuate sono anch'esse concetti, ma si caratterizzano per avere un minor livello di generalizzazione. Portata a termine questa operazione, il processo di disegno di ricerca prosegue nella traduzione dei nuovi concetti in indicatori empirici: questa operazione rappresenta il passaggio cruciale attorno al quale poggia tutta l'impalcatura euristica: si tratta di scendere ulteriormente nella scala della generalità dei concetti e individuare proprietà *empiricamente rilevabili*, le cui differenti manifestazioni, cioè, possano essere colte dal ricercatore. Gli indicatori rendono possibile l'attività di misurazione<sup>7</sup> e sono dunque elementi necessari per la ricerca sul campo. Poiché l'indicatore è un concetto meno astratto rispetto a quello che lo ha generato, è molto probabile che per esaurire lo spazio semantico di concetti complessi occorrono più indicatori, ciascuno riferibile a un particolare aspetto del concetto-motore.

Nella Figura 3 sono riportate le tappe fondamentali del disegno della ricerca: il concetto di qualità percepita è stato scomposto in alcune dimensioni problematiche, da cui a loro volta sono stati tratti gli indicatori empirici utilizzati; anche l'oggetto "struttura ospedaliera", contemporaneamente, ha subito una scomposizione - in ter-

<sup>7</sup> Il termine misurazione, comunemente utilizzato nelle attività di ricerca, in realtà non è sempre corretto: alcune variabili - classificate come *categoriali* - non sono in realtà propriamente misurabili in termini matematici. Cfr. fra l'altro, A. Marradi, *Concetti e metodi per la ricerca sociale*, in M. Cardano, R. Mirelli, *Il linguaggio delle variabili*, Rosenberg & Sellier, Torino 1991.

codifica delle risposte e dunque nella maggiore facilità e velocità di trattamento delle informazioni: l'uso di una domanda aperta, benché più dispendioso (le risposte sono state post-codificate dopo la lettura di tutte le schede) consente invece di apportare un contributo qualitativo interessante per l'eterogeneità e l'imprevedibilità delle risposte.

Si è detto che al centro dell'indagine promossa dal Tribunale dei diritti del malato non sta la *qualità realmente erogata dalla struttura ospedaliera*, ma la *qualità percepita* dalla popolazione di riferimento. Tale precisazione è di decisiva importanza dal momento che dal concetto iniziale - adeguatamente definito in ambito teorico - discendono le dimensioni problematiche e gli indicatori utilizzati nell'indagine. E' del tutto scorretto, in ragione di ciò, far derivare da una ricerca che assume una determinata definizione del problema - e che quindi necessariamente circoscrive l'ambito di azione della ricerca - conclusioni che investono ambiti problematici diversi, "estranei" a quelli iniziali: fatto, questo, ovvio sulla carta, ma molto meno sul piano della dialettica politica e al dibattito interno alle organizzazioni".

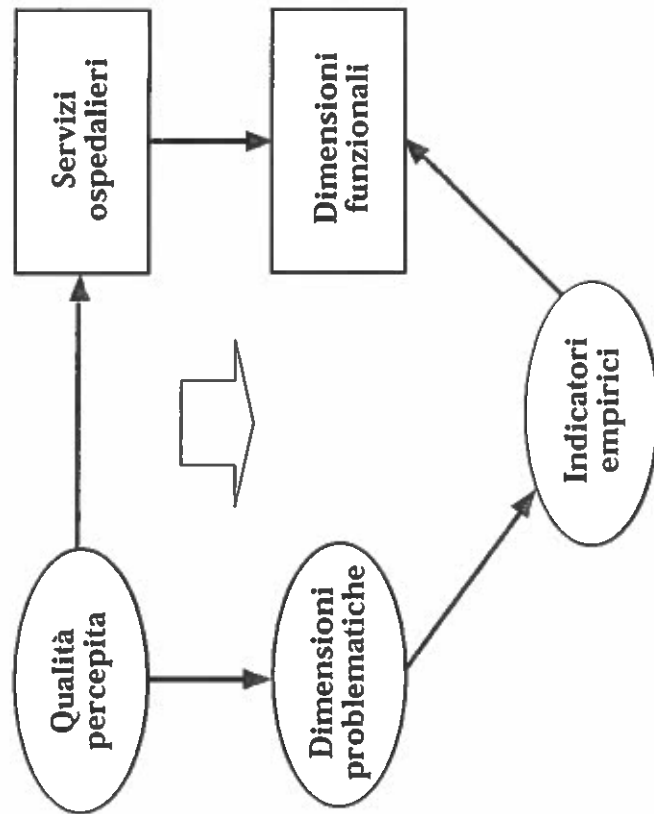
Il concetto iniziale - la "qualità percepita" - deve dunque subire una scomposizione nelle sue dimensioni costitutive: nella ricerca tale concetto è stata frazionato in alcune aree dimensionali che descrivono, singolarmente, i modi in cui esso si sostanzia empiricamente.

<sup>6</sup> Interessante, a questo proposito, ricostruire il dibattito pubblico che da quella ricerca è scaturito: in molti interventi del convegno di presentazione la confusione tra il piano di lettura realmente adottato (le rappresentazioni sociali, dunque le percezioni, diverse dall'offerta *realtà*) e quello relativo alla qualità *tout court* dell'offerta ospedaliera hanno dirottato gran parte delle argomentazioni attorno a ovvie (e talora goffe) posizioni difensive della buona sanità teramana, argomentazioni immotivate tuttavia, data l'ottica dell'indagine, che si occupa di altro: si è persa così l'occasione di una riflessione attorno all'autentico problema trattato nella ricerca, ossia la capacità della struttura di comunicare se stessa e i propri servizi (Cfr. AAVV, *Volontariato e tutela dei diritti del cittadino malato*, atti del convegno "La sanità che vorremmo. Il cittadino al centro del servizio sanitario", Teramo, 16 novembre 2000).



mini funzionali - che ha consentito di procedere a un'analisi maggiormente analitica. È ovvio rimarcare che l'individuazione delle dimensioni e degli indicatori rappresenta una *sceita* del ricercatore, il quale assume così facendo una peculiare visione della realtà: attraverso la definizione operativa dei concetti il ricercatore riduce la complessità del reale e dunque adotta *uno* schema di lettura; altre ipotesi di partenza o necessità di conoscenza avrebbero fatto propendere per una diversa articolazione del concetto iniziale.

Figura 3 - Le tappe fondamentali del disegno della ricerca



Nel caso in esame, ad esempio, non è stata volutamente fatta rientrare nel concetto di *qualità percepita* la pur importante dimensione relativa alla *competenza/abilità professionale*: si è ritenuto che non fosse né corretto né opportuno richiedere agli intervistati un giudizio sulla bravura professionale degli operatori ospedalieri e ci si è soffermati su altre aree di indagine; ciò non toglie, tuttavia, che l'area semantica della *qualità percepita* sia

comunque più vasta di quella ritagliata: come sempre avviene, il processo di ricerca ha delimitato il campo, operando una lettura significativa fra le molte possibilità.

Lo schema seguente sintetizza - per ciascun settore ospedaliero indagato - le dimensioni su cui la valutazione si è espressa.

Tab. 2 - Aree di valutazione per settore analizzato

Settore	Aree di valutazione
PRONTO SOCCORSO	Comfort e pulizia
	Ascolto
	Accesso
	Informazione
	Reperibilità
	Gentilezza
SERVIZI DI DIAGNOSI	Impegno
	Comfort e pulizia
	Ascolto
	Accesso
	Informazione
	Reperibilità
UFFICI, SPORTELLI E URP	Gentilezza
	Impegno
	Velocità
	Comfort e pulizia
	Ascolto
	Informazione
	Reperibilità
	Gentilezza
	Impegno
	Semplicità
	Tickot
	Reclami
SERVIZI DI CURA E DI RICOVERO	Comfort
	Qualità vita
	Ascolto
	Accesso
	Informazione
	Reperibilità
SERVIZI VOLONTARI DI TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO	Gentilezza
	Impegno
	Reclami
	Impegno e professionalità Infermieri
	Impegno e professionalità Medici
	Comfort
SERVIZI VOLONTARI DI TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO	Ascolto
	Informazione
	Reperibilità
	Gentilezza
	Impegno
	Reclami

Operativamente, l'individuazione di tali aree problematiche ha reso possibile la costruzione della scheda di rilevazione, che si compone di quattro parti così articolate:

- una parte introduttiva;
- una parte relativa ai servizi ospedalieri nel loro complesso;
- una serie di sezioni dedicate a singole aree settoriali, individuate in:
  - pronto soccorso
  - servizi di diagnosi
  - uffici, sportelli e Urp
  - servizi di cura e di ricovero
  - servizi volontari di tutela dei diritti del malato
  - una parte valutativa conclusiva.

La parte introduttiva attiene alle caratteristiche generali dell'intervistato (sesso, età, titolo di studio, attività professionale) e la richiesta tendente ad accertare l'eventuale fruizione dei servizi ospedalieri.

La parte successiva - relativa alle *valutazioni complessive sui servizi ospedalieri* - chiede all'intervistato di riassumere con pochi giudizi la propria percezione della qualità dei servizi ospedalieri. Tali domande - in questa come in ambiti successivi - prevedono sei modalità scalari di risposta: il gradimento massimo viene espresso attraverso il giudizio "molto buono", seguito da "buono", "sufficiente", "insufficiente", "scadente" e, infine, "molto scadente". Come si vedrà nel prosieguo del rapporto, le domande sui servizi ospedalieri sono state rivolte sia a coloro che hanno esperienza diretta degli stessi che a coloro che negli ultimi mesi non hanno usufruito di prestazioni ospedaliere (né assistito parenti o amici) e che comunque esprimono un giudizio sulla base delle proprie conoscenze e opinioni.

Sempre in tale sezione, agli intervistati che hanno avuto recenti esperienze presso l'ospedale è stato chiesto un giudizio generale su ciascun singolo servizio tra quelli sopra elencati.

Proprio rispetto alla disamina di tali servizi si pone la parte successiva, che analizza approfonditamente molteplici dimensioni valutative dei settori-chiave selezionati a monte. Per ogni ambito di attività sono stati dunque individuati alcuni criteri rispetto ai quali gli intervistati hanno espresso un giudizio.

Per il pronto soccorso il questionario ha indagato le aree relative al comfort e alla pulizia degli ambienti, la capacità di ascolto

degli utenti, le modalità di accesso al servizio, la capacità di informazione al pubblico, la reperibilità del servizio al momento del bisogno, la gentilezza, la cortesia e il rispetto della persona, l'impegno e la professionalità degli operatori. Per ogni area di giudizio gli intervistati potevano rispondere attraverso la scala sopra descritta.

Per quanto riguarda i *servizi di diagnosi* sono state individuate le medesime aree, più una nuova dimensione relativa alla velocità nella consegna dei referti e dei certificati.

Gli *uffici sportelli e Urp* presentano le stesse dimensioni eccetto il fatto che in questa area non è presente la voce "velocità nella consegna dei referti", ma sono invece proposte le seguenti nuove dimensioni: semplicità di prenotazione, semplicità di pagamento dei ticket, la rapidità nel rispondere ai reclami.

I *servizi di cura e di ricovero* sono stati valutati sui seguenti punti di riflessione: comfort e pulizia degli ambienti, qualità del vitto, la capacità di ascolto degli utenti, le modalità di accesso al servizio, la capacità di informazione al pubblico, la reperibilità del servizio al momento del bisogno, la gentilezza, la cortesia e il rispetto della persona, l'impegno e la professionalità degli infermieri, l'impegno e la professionalità dei medici.

L'ultimo servizio esaminato, quello relativo ai *servizi volontari* di tutela dei diritti del malato, presenta come voce specifica, oltre a quelle comuni a tutte le aree osservate, quella inerente alla modalità di raccolta dei reclami.

Nella parte conclusiva all'intervistato è domandato di sintetizzare in una risposta la qualità complessiva del servizio e di indicare un suggerimento che possa contribuire a migliorare i servizi erogati.

Le parti relative a ciascuna area di valutazione sono state costruite secondo il medesimo schema: come in una scala di tipo Likert<sup>8</sup> gli intervistati possono esprimere il proprio giudizio in un continuum a sei intervalli, tre dei quali positivi (in ordine: molto buono, buono, sufficiente) e tre negativi (insufficiente, scadente, molto scadente). Il numero pari delle scelte disponibili non prevede ovviamente la presenza di un grado centrale di giudizio intermedio e costringe gli intervistati a "schierarsi" sul versante della soddisfazione o dell'insoddisfazione.

<sup>8</sup> Cfr. L. Franchi, *Le scale di atteggiamento nella ricerca sociale*, Euroann, Roma, 1989.

## 2.2. I servizi ospedalieri: la qualità percepita dei cittadini

### Caratteristiche degli intervistati

I 1.102 intervistati si ripartiscono in 575 donne - il 52,2% del campione - e 527 uomini contro il 47,8%.

Tab. 3 - Sesso

SESSO	DATI ASSOLUTI	PERCENTUALE
Maschi	527	47,8
Femmine	575	52,2
Totale	1102	100

La tabella n. 4 riproduce l'output del programma SPSS-Win relativo alle statistiche descrittive della variabile "età". I valori riportano l'indicazione dell'anno di nascita degli intervistati: come si osserva dalla tabella, l'età media è di 46 anni (2000-1954) con una deviazione standard di 14,68.

Tab. 4 - Statistiche descrittive della variabile età

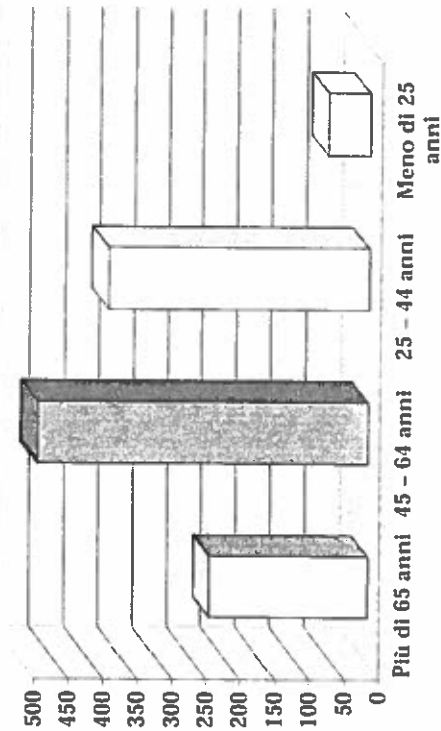
	N.	Minimo	Massimo	Media	Dev standard
	1064	1909	1986	1954,02	14,68
Validi	1064				

La variabile età è stata successivamente aggregata in classi, al fine di pervenire a una lettura maggiormente sintetica. Come quasi sempre avviene nella logica della ricerca, si è preferito operare tale aggregazione successivamente all'acquisizione del dato

analitico: non avrebbe avuto alcun senso lavorare da subito, al livello della scheda di analisi, con una variabile ripartita in classi (in che modo suddividere l'universo? Quale ampiezza avrebbe dovuto avere ogni classe?): la suddivisione è stata operata in ragione di una prima lettura analitica che ha consentito di individuare la griglia di lettura più efficace<sup>9</sup>.

Si può rilevare - come mostrato dalla Figura 4 - che la classe di età maggiormente rappresentata è quella compresa fra i 45 e i 64 anni, in cui si situa il 41,8% del campione; segue la classe immediatamente inferiore (tra i 25 e i 44 anni), rappresentata da un terzo della popolazione totale. Meno numerose sono le classi estreme: quella degli ultra-sessantacinquenni (costituita da un intervistato su cinque) e dai giovani con meno di 25 anni (appena il 5,2% del totale).

Figura 4 - Età degli intervistati

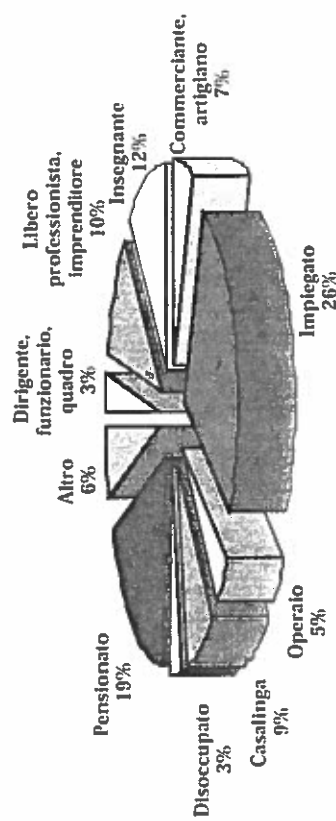


Anche per quanto concerne la variabile "attività lavorativa" si è preferito passare da un piano analitico a uno sintetico: la domanda posta in coda al questionario era aperta e solo in fase di analisi dei dati si è proceduto a una codifica delle risposte, il

<sup>9</sup> L'operazione di suddivisione in classi di una variabile cardinale non comporta peraltro alcuno sforzo di tipo tecnico: una volta decise le impostazioni della suddivisione in classi il programma SPSS-Win compie tale operazione in modo automatico.

più possibile corrispondente alla reale composizione del campione. Dall'analisi delle risposte viene confermata l'iniziale previsione di uno "sbilanciamento" del campione verso le professioni di tipo intermedio, operanti in special modo nell'ambito terziario. L'attività professionale prevalente è di tipo impiegatizio, svolta da un consistente 26% del campione; seguono i pensionati (rappresentati da appena il 19% di intervistati). Significativo appare anche il dato relativo agli insegnanti (che rappresentano il 12% del totale) e dei liberi professionisti e imprenditori (il 10% della popolazione intervistata). Seguono le casalinghe (il 9% degli intervistati) e i commercianti (rappresentati dal 7% del totale). Un poco meno numerosi sono gli operai intervistati e i dirigenti, funzionari e quadri (rispettivamente, il 5 e il 3% del campione). I disoccupati rappresentano il 3% del totale, mentre una serie di attività diverse da quelle sopra menzionate raggiungono complessivamente il 6% degli intervistati.

Figura 5 - Professione degli intervistati



L'ultima pagina del questionario comprende poi una voce dedicata al titolo di studio: come si evince dalla Figura 5, la maggior parte degli intervistati ha conseguito un diploma superiore (il 50% del totale) e un numero significativo di essi è laureato (si tratta di 244 intervistati, pari al 23,3% del totale). Meno di un intervistato su cinque ha conseguito soltanto il diploma delle medie inferiori (il 18,2%), mentre coloro che hanno raggiunto solo la quinta elementare rappresentano l'8,4% del totale.

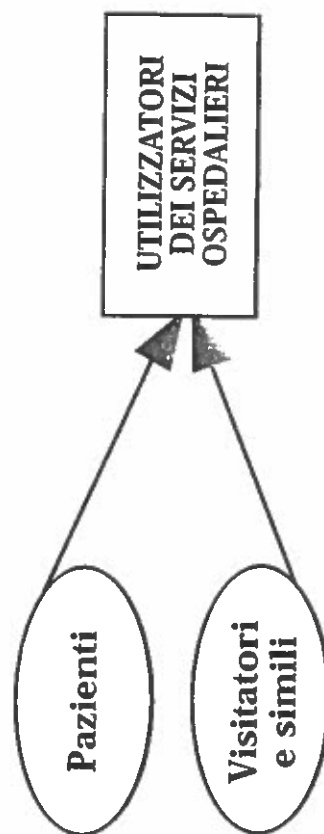
Tab. 5 - Titolo di studio

Titolo	Dati assoluti	Percentuale
Elementari	88	8,4
Medie Inferiori	191	18,2
Diploma	524	50,0
Laurea	244	23,4
Totale	1047	100,0

Utilizzazione dei servizi ospedalieri

Il dato relativo all'utilizzazione dei servizi ospedalieri mostra alcune prime indicazioni interessanti. È utile anzitutto una prima precisazione: nel corso della presente indagine, si definiscono *utilizzatori dei servizi ospedalieri* sia coloro che sono entrati in contatto con le strutture ospedaliere in qualità di pazienti, sia coloro che ne sono entrati in contatto come parenti o visitatori.

Figura 6



Si può rilevare come poco più del 60% degli intervistati dichiarò di essere entrato in contatto con le strutture ospedaliere di Teramo, non necessariamente in qualità di paziente, ma anche di assistente un ricoverato. Il dato è già di per sé interessante in quanto evidenzia l'importanza e la conoscenza del servizio ospedaliero nel tessuto sociale cittadino.

Tab. 6 - Utilizzazione dei servizi ospedalieri

Utilizzazione	Dati assoluti	Percentuale
Si	705	61,6
No	439	38,4
Totale	1144	100,0

Approfondendo le caratteristiche di chi è venuto in contatto con i servizi ospedalieri si evidenziano ulteriori dinamiche degne di nota. La tabella 7 mostra la tavola di contingenza relativa alle variabili "utilizzazione" e "sesso". In ragione dell'ipotesi che il sesso (variabile indipendente) possa avere una qualche influenza sul grado di utilizzazione (variabile dipendente), sono state prese in considerazione le percentuali di colonna, quelle che pongono cioè a base 100 la variabile indipendente<sup>10</sup>. Dalla tabella emerge che le donne sono maggiormente presenti fra gli utilizzatori, il 67,3% del totale, contro il 60,2% degli uomini. Come si è detto, il dato risente del fatto che l'utilizzazione dei servizi comprende anche l'assistenza a parenti ricoverati, azioni tendenzialmente più tipiche del quotidiano femminile.

<sup>10</sup> Sarebbe stato tecnicamente possibile calcolare anche le percentuali di riga (così come, del resto, le percentuali sul totale), ma l'informazione ottenuta non avrebbe portato alcun vantaggio al fine di controllare l'ipotesi di dipendenza: si sarebbe trattato di una mera informazione descrittiva indicante quanti maschi e quante femmine sono presenti tra gli utilizzatori e in non utilizzatori, senza avanzare alcun ragionamento sulla struttura di partenza del campione.

Tab. 7 - Utilizzazione dei servizi ospedalieri e sesso (%)

Utilizzatore	Maschi	Femmine
Si	60,2	67,3
No	39,8	32,7
Totale	100,0	100,0

Chi-quadrato = 5,98; sign. = 0,01

Per quanto concerne l'età di coloro che mostrano di utilizzare frequentemente i servizi ospedalieri, contrariamente a quanto ipotizzabile, non è la fascia più anziana quella più esposta al fenomeno. Probabilmente in ragione anche dell'elemento più sopra osservato (il dato comprende anche i parenti in visita), la percentuale degli ultrasessantacinquenni che utilizzano il servizio è pari al 56,2% del totale, ed è inferiore al dato delle due fasce di età centrali (sia per la fascia 25-44 che per quella 45-64 il dato è di poco superiore del 63%). I giovani con meno di 25 anni che dichiarano di aver fatto uso dei servizi ospedalieri negli ultimi sei mesi sono più di 58 ogni cento, un numero dunque anch'esso superiore a quello della fascia più anziana. L'osservazione del valore del chi-quadrato - significatività pari a 0,23 - segnala in ogni caso che la tavola di contingenza non mostra risultati significativi.

Tab. 8 - Utilizzazione dei servizi ospedalieri ed età (%)

Utilizzazione	Meno di 25	25 - 44	45 - 64	Più di 65
Utilizza	58,3	63,6	63,3	56,2
Non utilizza	41,7	36,4	36,7	43,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-quadrato = 4,23; sign. = 0,23

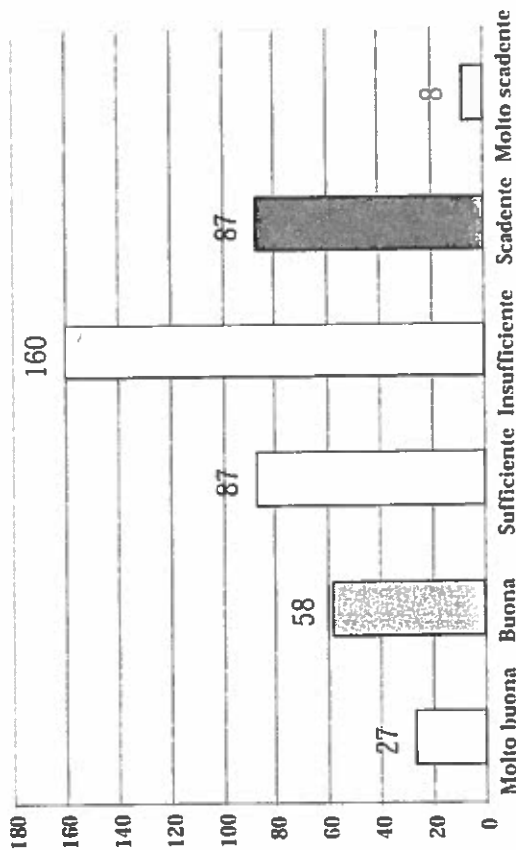
### Valutazione della qualità complessiva

I dati di maggior interesse provengono ovviamente dalle dichiarazioni relative alla percezione della qualità del servizio. Una volta chiesto all'intervistato se nell'ultimo periodo egli abbia o meno utilizzato delle prestazioni sanitarie ospedaliere, il questionario indaga sulla percezione che egli sperimenta. Le domande a questo punto si differenziano: mentre chi è entrato in contatto con i servizi ospedalieri sarà sottoposto a una serie di domande piuttosto approfondite, a chi ha risposto di non aver usufruito dei servizi sanitari negli ultimi sei mesi è stata ugualmente rivolta una domanda ma di ordine generale.

L'intervistato - evidentemente sulla base delle valutazioni indrette del servizio, sulla memoria personale o sulle "voci" raccolte - è invitato di indicare la qualità percepita, a livello complessivo, dei servizi ospedalieri. Si tratta di un tema interessante, che concerne l'immagine che la struttura ospedaliera ha costruito: attrverso le valutazioni dei non utenti non si hanno - è vero - indicazioni precise e pienamente motivate, ma si coglie la rappresentazione del servizio, la cui conoscenza è di estremo interesse per ogni processo di riqualificazione funzionale.

La figura n.7 riporta tali rappresentazioni.

Figura 7 - La qualità complessiva



La grande maggioranza di coloro che non hanno recentemente usufruito dei servizi ospedalieri ritiene che la qualità da essi proposta si attesti sui livelli di grande insufficienza: un 37,5% degli intervistati opta per il giudizio "insufficiente" e un cospicuo 22,2% esprime un parere ancora più critico (qualità "scadente" e "molto scadente").

Un giudizio più favorevole viene espresso, complessivamente, dal 40% degli intervistati: il 20,4% di essi si limita a un giudizio di sufficienza, mentre il 13,6 esprime un giudizio "buono" e la restante parte concede un giudizio "molto buono" (il 6,3% del totale).

Il confronto dei dati relativi alla qualità complessiva con quelli relativi alle variabili strutturali non offre particolari indicazioni. Fra tutte, si consideri il confronto fra il giudizio complessivo espresso e il titolo di studio.

Tab. 9 - Valutazione dei non utenti e titolo di studio (%)

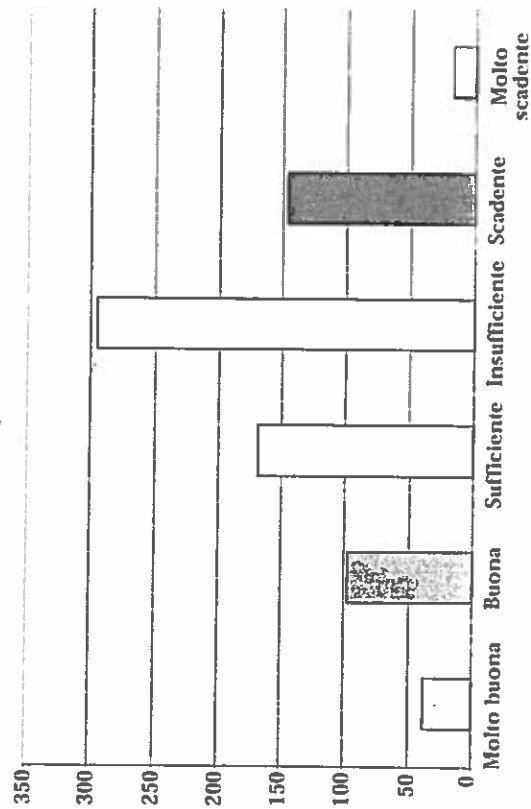
Valutazione	Elementari	Medic Inf.	Diploma	Laurea
Molto Buona	3,2	5,6	7,9	4,6
Buona	16,1	14,1	12,1	17,2
Sufficiente	25,8	21,1	23,2	12,6
Insufficiente	29,0	35,2	35,3	44,8
Scadente	22,6	22,5	19,5	19,6
Molto scadente	3,3	1,5	2,0	1,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi quadrato= 9,83. sign. = 0,83

Come si evince dalla tabella 9, mentre tutte le percentuali si dispongono in modo simile non dando luogo a differenze di rilievo attribuibili al titolo di studio (come arguibile anche dai valori del chi-quadrato), si può rilevare come per quanto concerne il dato dei laureati il giudizio varia in modo percettibile rispetto agli altri intervistati: mentre la sufficienza è attribuita da coloro che hanno un titolo di studio inferiore alla laurea con percentuali che variano dal 21,1% (medie inferiori) al 25,8% (elementari), passando per il 23,2% di coloro che hanno raggiunto il diploma superiore, per quanto riguarda i laureati la sufficienza è elargita solo da un 12,6% del totale. Viceversa il più severo giudizio di insufficienza - che dai non laureati è scelto dal 29,0% (elementari), dal 35,2% (medie inferiori) e dal 35,3% (diploma) - viene indicato da una percentuale di laureati significativa, pari al 44,8% del totale.

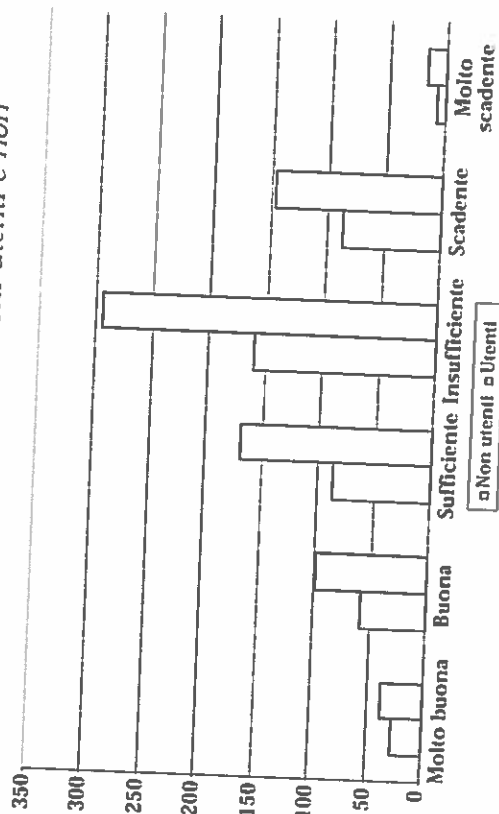
La restante parte degli intervistati - coloro cioè che hanno usufruito in tempi recenti di prestazioni sanitarie da parte della struttura ospedaliera - esprime un tenore di valutazioni del tutto sovrapponibile, che pare indicare un radicamento di critica profondamente condiviso. Come si evince dalla Figura 8, anche in questo caso la maggioranza degli intervistati indica un giudizio di netta disapprovazione: complessivamente i giudizi di insufficienza ("insufficiente", "scadente" e "molto scadente") raggiungono quasi il 60% del totale.

Figura 8 - Valutazione complessiva utenti



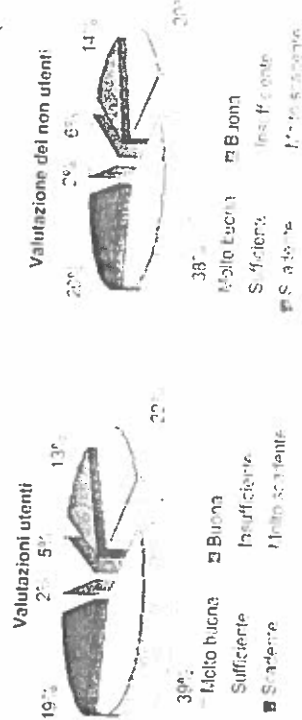
La sorprendente similitudine dei giudizi di utenti e non utenti è resa con chiarezza dai grafici di seguito riportati: già dalla Figura 9 si evince come, pur in presenza di valori assoluti diversi, la curva delle preferenze sia quasi la medesima.

Figura 9 - Comparazione valutazioni utenti e non



L'osservazione delle percentuali (Figura 10) mostra con ulteriore chiarezza l'uniformità del giudizio degli intervistati: il contatto con i servizi sanitari non sembra mutare un'opinione fortemente diffusa presso la cittadinanza di riferimento. Al di là dell'uso più o meno frequente che il cittadino esercita nei confronti dei servizi ospedalieri, esiste una radicata sfiducia nei confronti della qualità complessiva.

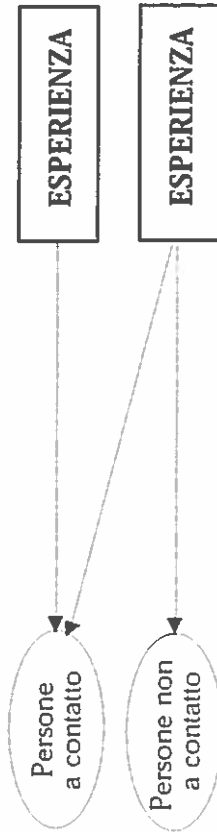
Figura 10 - Comparazione valutazioni utenti e non (%)





La sovrapposizione dei giudizi induce a ulteriori riflessioni. Il fattore "esperienza" che, come esemplificato dalla Figura 11, discrimina le valutazioni di chi è entrato a contatto con la struttura ospedaliera rispetto a chi non ha avuto un accostamento diretto, non sembra dunque rappresentare un elemento determinante nella costruzione sociale dell'opinione. L'immagine - ossia l'aspetto comunicazionale e simbolico, meno controllabile dall'organizzazione - sembra costituire il fattore chiave che orienta le rappresentazioni della struttura ospedaliera.

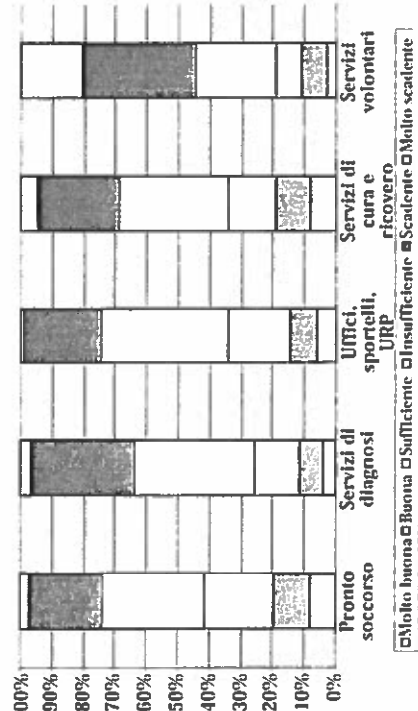
Figura 11



### 2.3. Le valutazioni sui singoli servizi

Di particolare interesse ai fini conoscitivi della ricerca qui presentata - si pone l'analisi del dato relativo alla percezione della qualità dei singoli servizi. Nel grafico vengono riportati simultaneamente le risposte riguardanti le cinque aree considerate: il pronto soccorso, i servizi di diagnosi, gli uffici, sportelli e Urp, i servizi di cura e di ricovero e, infine, i servizi volontari.

Figura 12 - Valutazione dei servizi



Già dalla visione della figura ora riportata può evincersi una serie elementi che non disegnano un quadro complessivo di soddisfazione. La linea della sufficienza (ossia l'immaginario tratto che divide il giudizio "sufficiente" da quello "insufficiente") appare significativamente al di sotto del 50%. Ciò a dire che per tutti i servizi considerati la maggioranza degli intervistati pone un giudizio di critica più o meno severa. Tale giudizio appare particolarmente aspro nei confronti dei servizi volontari, che ricevono valutazioni di sufficienza da circa un intervistato su cinque (il 19,4% del totale). Anche per i servizi di cura e di diagnosi - elemento cruciale della struttura ospedaliera - la colonna del grafico appare molto contratta nei giudizi positivi (complessivamente essi raggiungono circa il 26% del totale). Poco al di sopra si pongono gli uffici, gli sportelli e l'Urp (i cui giudizi positivi raggiungono quota 34,4%) e, similmente, i servizi di cura e di ricovero (34,5%). Il giudizio complessivamente più lusinghiero è attribuito al pronto soccorso, che riceve un giudizio positivo nel 41,2% dei casi.

Un'analisi dei dati riportati nella Tabella 9 consente ulteriori specificazioni. Come si è detto, la qualità dei servizi volontari viene aspramente sanzionata dagli intervistati: mentre per tutti gli altri servizi il livello di giudizi "molto scadente" si attesta al di sotto del 6% (passando dal minimo 1% dei servizi di sportello, al 3% e 3,5% rispettivamente di pronto soccorso e servizi di diagnosi fino al 5,4% raggiunto dai servizi di cura e ricovero), per i servizi volontari tale giudizio raggiunge un'impressionante 19,5%.

Tale percezione negativa viene ulteriormente accentuata esaminando il giudizio appena meno severo ("scadente"), riguardo il quale i servizi volontari - sottodimensionati rispetto alle istanze dell'utenza - ricevono il 36,1% dei pareri, a fronte di un preoccupante 33% dei servizi di diagnosi, di un 25,9% dei servizi di cura e di ricovero, di un 25% degli uffici, sportelli e Urp e, infine, di un 23,2% di giudizio "scadente" assegnato al pronto soccorso.

Riguardo al parere di insufficienza il discorso appare lievemente diverso. Tale giudizio si mostra come quello più frequentemente indicato per quattro settori sui cinque esaminati. Nel giudizio "insufficiente" l'intervistato pare indicare un parere di inadeguatezza rispetto a un servizio spesso nevralgico per l'intera organizzazione: a farne le spese in modo più evidente sono in questo caso i servizi di sportello e quelli di diagnosi, che raggiungono rispettivamente il 39,6% e il 37,5% di giudizi di insufficienza.

cienza. A un livello leggermente meno evidente si collocano i giudizi "insufficiente" rivolti ai servizi di cura e di ricovero (il 34,2%), il pronto soccorso (il 32,6%) e i già ampiamente criticati servizi volontari (che ottengono il 25% in tale giudizio).

Come sopra osservato il pronto soccorso si pone come il settore maggiormente apprezzato dagli intervistati. Le prestazioni erogate da tale servizio appaiono "sufficienti" a poco più di un intervistato su cinque (il 21,6%), così come avviene per quanto concerne i servizi di sportello (che ricevono il 19,8% di giudizi di sufficienza). Attorno al 15% sono invece le sufficienze raggiunte dai servizi di diagnosi (14,4%) e dai servizi di cura e di ricovero (15,2%). Meno di un intervistato su dieci (l'8,3%) indica un parere "sufficiente" ai servizi volontari. Anche per quanto concerne i giudizi che indicano una maggiore soddisfazione l'attività del pronto soccorso si pone come quella giudicata in modo più positivo. Così il giudizio "buono" è raggiunto da tale servizio nell'11,3%, similmente ai servizi di cura e di ricovero ("buoni" secondo l'11,1% dei casi); meno soddisfacenti gli altri settori: le attività di sportello e i servizi volontari sono giudicati "buoni" dall'8,3% degli intervistati, i servizi di diagnosi dal 7,7% dei casi.

L'ultimo giudizio considerato - quello più lusinghiero - è purtroppo poco indicato. Una percentuale significativa di "molto buono" è raggiunta ancora una volta dal pronto soccorso (l'8,3%), assieme ai servizi di cura e di ricovero (l'8,1%). Meno numerosi i giudizi di "molto buono" raggiunti dai servizi di sportello (6,3%), quasi trascurabili quelli assegnati ai servizi di diagnosi (il 3,9%) e ai servizi volontari (2,8%).

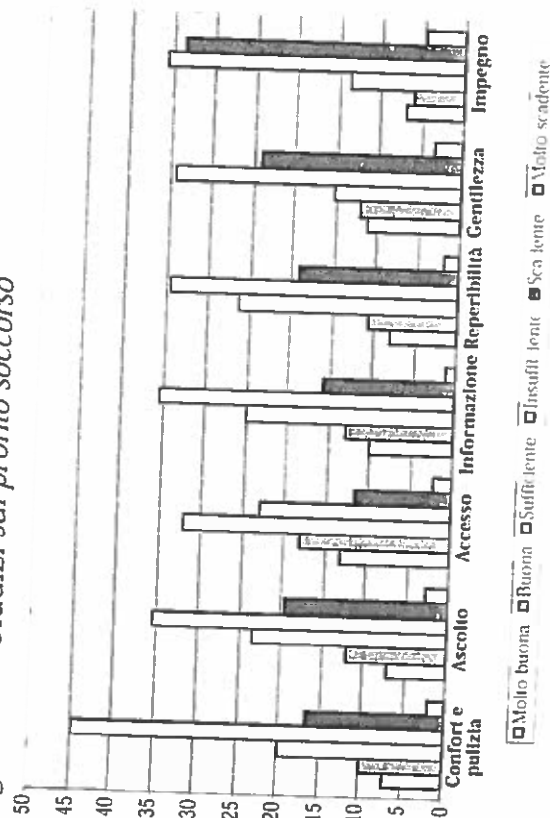
Tab. 9 - Valutazione dei servizi specifici (%)

Servizio	Pronto soccorso	Servizi di diagnosi	Uffici sportelli, URP	Servizi di cura e ricovero	Servizi volontari
Molto buona	8,3	3,9	6,3	8,2	2,8
Buona	11,3	7,7	8,3	11,1	8,3
Sufficiente	21,6	14,4	19,8	15,2	8,3
Insufficiente	32,6	37,5	39,6	34,2	25,0
Scadente	23,2	33,0	25,0	25,9	36,1
Molto scadente	3,0	3,5	1,0	5,4	19,5
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## Il pronto soccorso

Il pronto soccorso rappresenta il servizio ospedaliero più favorevolmente percepito dagli intervistati. Ciò non significa, tuttavia, che i livelli di soddisfazione siano elevati, anzi: come si è più sopra rimarcato i giudizi complessivamente negativi raggiungono quasi il 60% dei giudizi totali. La Figura 13 mostra la ripartizione delle preferenze secondo gli ambiti valutativi individuati. Appare già visivamente chiaro che la preferenza più frequentemente indicata è quella indicante il giudizio di insufficienza salvo, in modo piuttosto ovvio, che per la terza area di indagine, relativa all'accesso ai servizi. Appare di grande significato il fatto che l'aspetto maggiormente criticato è l'impegno del personale, elemento per il quale circa tre intervistati su quattro indicano un giudizio di biasimo più o meno aspro. L'area che, al contrario, riceve meno critiche da parte dell'utenza è quello dell'accessibilità ai servizi, giudicata positivamente dal 63,2% del campione. Per tutti gli altri aspetti considerati - il comfort e la pulizia dei locali, la capacità di ascolto da parte del personale, l'efficacia dell'informazione al pubblico, la reperibilità del servizio, la gentilezza - i giudizi di critica sono espressi da più del 50% degli intervistati.

Figura 13 - Giudizi sul pronto soccorso



Il *comfort* e la *pulizia dei locali* viene giudicato in modo negativo dal 63,2%, una percentuale consistente degli intervistati. Se si aggiunge che tra di essi 18,6% giudica tale aspetto come "scadente" (16,6%) o "molto scadente" (2%) si comprende come il giudizio relativo all'adeguatezza dei locali di pronto soccorso sia piuttosto severo. Appena "sufficiente" è la confortevolezza dei locali per un intervistato su cinque, "buona" per uno su dieci, "molto buona" per un esiguo 7,1%.

Anche per quanto concerne la *capacità di ascolto* del personale del reparto i giudizi sono prevalentemente critici. Un intervistato su tre giudica "insufficiente" tale elemento, uno su cinque addirittura "scadente", mentre i giudizi di "molto scadente" sono contenuti (il 2,6%). Una sufficiente capacità di ascolto è evidenziata da quasi un intervistato su quattro, mentre giudizi più positivi sono più contenuti: il 12,1% di "buono" e il 7,2% di "molto buono".

Un aspetto relativo alla rappresentazione degli operatori di pronto soccorso che gli utenti tendono a costruire riguarda l'*impegno* da essi profuso. Il dato che emerge dalla ricerca - come si è più sopra anticipato - appare in questo senso allarmante: l'impegno e la professionalità degli operatori è "insufficiente" per il 35,5% di intervistati e addirittura "scadenti" per un intervistato su tre. Anche il giudizio "molto scadente" raggiunge un non trascurabile 4,6%.

Come si è visto, un aspetto in un certo senso connesso alla natura stessa del servizio di pronto soccorso come l'*accesso* rappresenta il punto di forza del reparto. Tale elemento raggiunge - come del resto facilmente ipotizzabile, data l'assenza di burocrazia della struttura - una cospicua maggioranza di giudizi favorevoli. In questo caso quasi un intervistato su tre esprime un giudizio di sufficienza, il 18,1% un giudizio "buono" e un ragguardevole 13,2% un giudizio di "molto buono".

Anche per quanto concerne l'*informazione al pubblico* (parenti e familiari dei pazienti) i giudizi propendono per un senso di inadeguatezza della qualità complessiva. Similmente ai giudizi emessi per altre aree di valutazione, la risposta più frequente è quella di un'informazione "insufficiente" (per il 35,4% di intervistati); essa appare "scadente" al 15,7% del campione e "molto scadente" per un ridottissimo 1,2%. Il giudizio di suffi-

cienza è pronunciato da un intervistato su quattro, quello di soddisfazione ("buono") dal 12,8%, quello di massimo appagamento da un intervistato su dieci.

Anche la *reperibilità* del personale si pone come un aspetto piuttosto controverso, rispetto al quale gli intervistati non mancano di esercitare un parere di critica. "Molto buona" la reperibilità appare al 7,9% del campione, "buona" al 10,6%, giusto "sufficiente" a poco più di un intervistato su quattro. Gli utenti si indirizzano anche in questo caso prevalentemente verso giudizi di disapprovazione (complessivamente il 55,3%).

Un aspetto importante relativamente alla percezione soggettiva del servizio come la *gentilezza* del personale riceve un indicativo parere di critica. La quota di giudizi di insufficienza è simile a quella di altre voci e particolarmente frequente appare quella un poco più aspra ("scadente"), indicata da circa un intervistato su quattro. La valutazione "molto scadente" è superiore a quella di altri criteri e assume un 3,4%.

Tab. 10 - Valutazione del servizio di pronto soccorso (%)

Ambito di valutazione	Comfort e pulizia	Ascolto	Accesso	Informazione	Reperibilità	Gentilezza	Impegno
Molto buona	7,1	7,2	13,2	10,1	7,9	11,1	6,9
Buona	10,0	12,1	18,1	12,8	10,6	12,1	6,0
Sufficiente	19,7	23,3	31,9	21,9	26,2	15,1	13,5
Subtotale 1	36,8	42,6	63,2	47,8	44,7	38,3	26,4
Insufficiente	44,6	35,3	23,0	35,4	31,1	31,3	33,5
Scadente	16,6	19,5	11,5	15,7	19,1	24,0	33,5
Molto scadente	2,0	2,6	2,3	1,2	1,8	3,4	1,6
Subtotale 2	63,2	57,4	36,8	52,3	55,3	61,7	73,6
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### I servizi di diagnosi

Rispetto ai servizi di diagnosi gli intervistati mostrano visibili elementi di disapprovazione. L'osservazione del Grafico 10 mostra con un colpo d'occhio la ripartizione percentuale dei giudizi.

Anche in questo caso le colonnine sono - quale in modo più evidente, quale meno - schiacciate verso la base, a indicare la contrazione dei giudizi positivi, che solo in un caso, l'accesso ai servizi, superano il 40% di preferenze complessive.

Figura 14 - Giudizi sui servizi di diagnosi



Particolarmente problematica appare l'area indicata dalla penultima colonnina - ossia l'impegno e la professionalità del personale - i cui giudizi positivi raggiungono a stento, cumulativamente, un 18,7% totale. Come per altri servizi esaminati, il giudizio più frequentemente espresso è quello di "insufficiente", che oscilla dal 27,7% relativamente all'accesso ai servizi al 39,6% relativo all'impegno del personale.

L'analisi della Tabella 11 consente ulteriori specificazioni. La dimensione del *comfort* e della *pulizia* mostra evidenti carenze: essa appare "insufficiente" al 38,7% del campione, "scadente" a un altro 25,4%, "molto scadente" a un residuo 2%. La sufficienza è attribuita da un contenuto 19,4% di intervistati, più del doppio di quanti giudicano "buono" il livello di confortevolezza dei servizi ospedalieri (18,7% del totale). Un giudizio di ancora maggiore soddisfazione ("molto buono") viene espresso dal 5,8% degli intervistati. Praticamente identici a quelli ora osservati sono i dati relativi alla dimensione dell'*ascolto*, rispetto al quale molti intervistati manifestano tangibili perplessità. Leggermente migliore appare l'area relativa all'*accesso ai servizi*: i giudizi che esprimono la sufficienza sono pari al 27,7% del totale, quelli che esprimono una chiara soddisfazione ("buono") ammontano al 13,3%, i "molto buono" quasi raggiungono il 10%.

Tab. 11 - Valutazione dei servizi di diagnosi (%)

Ambito di valutazione	Comfort e pulizia	Ascolto	Accesso	Informazione	Reperibilità	Gentilezza	Impegno	Velocità
Molto buona	5,8	5,5	9,8	5,9	7,4	6,4	4,7	5,0
Buona	8,7	6,4	13,3	11,8	9,5	7,8	2,6	5,9
Sufficiente	19,4	20,8	27,7	21,0	20,4	17,4	11,4	20,8
Subtotale 1	33,9	32,7	50,8	38,7	37,3	31,6	18,7	31,7
Insufficiente	38,7	38,7	27,7	37,6	34,0	37,7	39,6	36,1
Scadente	25,4	24,8	19,3	21,9	27,5	26,4	35,2	28,1
Molto scadente	2,0	3,8	2,2	1,8	1,2	4,3	6,5	4,1
Subtotale 2	66,1	67,3	49,2	61,3	62,7	68,4	81,3	68,3
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### I servizi di sportello, gli uffici, l'Urp

Anche relativamente al dato dell'*informazione al pubblico* si possono trarre le medesime considerazioni avanzate rispetto ai primi due ambiti di valutazione. Più di un terzo di intervistati (il 37,6%) esprime un giudizio di insufficienza; uno su cinque preferisce optare per un più netto giudizio di "scadente" e un altro su cinque percepisce invece come "buono" il livello dell'*informazione erogata*.

La *reperibilità* del servizio al momento del bisogno rispecchia l'andamento di giudizi finora osservato. La risposta più frequente è anche in questo caso "insufficiente" (34%), seguita da "scadente" (27,5%) e da "sufficiente" (20,4%). I giudizi di netta soddisfazione ("buono" e "molto buono") sono anche in questo caso contenuti al di sotto del 10% (rispettivamente, 9,5% e 7,4%).

Migliori indicazioni non giungono dal versante della *gentilezza* di medici e operatori. Perentorio appare il giudizio di critica: il 37,7% degli intervistati indica tale aspetto come "insufficiente", il 26,4% scadente, il 4,3% addirittura molto scadente. I giudizi positivi sono poco frequenti: il 17,4% giudica la gentilezza appena sufficiente, meno dell'8% buona e meno del 7% "molto buona".

Come avviene rispetto all'area del pronto soccorso *l'impegno* si pone come uno degli ambiti maggiormente soggetti alle critiche degli intervistati. Le risposte che indicano soddisfazione sono in questo caso del tutto contenute: "molto buono" è l'impegno

per il 4,7% di intervistati, "buono" per uno sparuto 2,6%, "sufficiente" per l'11,4%. Da rimarcare - specularmente - il consistente 35,2% di risposte "scadente", che si aggiungono alle ancora superiori risposte "insufficiente" (pari al 39,6%). "Molto scadente" è l'impegno dimostrato dagli operatori del servizio a un non trascurabile 6,5% del campione.

Una dimensione non considerata nell'area relativa al pronto soccorso è quella della *velocità* nella consegna di reperti e certificati, rispetto alla quale si concentra frequentemente l'interesse e l'ansia dell'utenza. Il giudizio ricalca quello delle altre aree più sopra menzionate: prevalgono nettamente i pareri di inadeguatezza (il 36,1% per "insufficiente", il 28,2% per "scadente"), mentre solo un utente intervistato su cinque esprime un giudizio di sufficienza e uno su dieci ancora maggiore soddisfazione (il 5,9% per "buono" e il 5% per "molto buono").

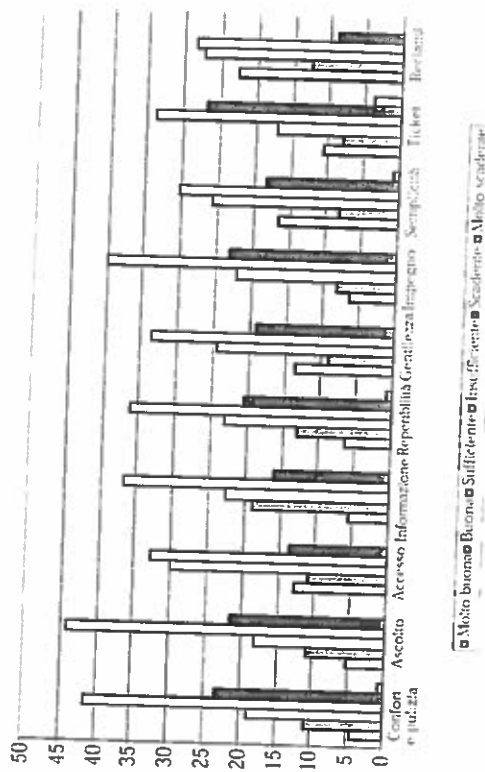
I servizi di sportello rappresentano un elemento centrale nella costruzione delle rappresentazioni sociali del servizio sanitario. Connesse come sono agli aspetti amministrativi e burocratici, situate "in prima linea" nel rapporto con gli utenti, tali strutture condensano su di sé istanze eterogenee e non sempre prevedibili.

Sono state prese in considerazione alcune dimensioni specificamente connesse a tale tipologia di servizio, come la semplicità, i ticket, i reclami; altre dimensioni riguardano l'aspetto relazionale-umano nei confronti degli utenti-clienti (la gentilezza e l'impegno e la capacità di ascolto); altri ancora concernono gli aspetti strutturali organizzativi, maggiormente connessi cioè a elementi pianificabili come il comfort e la pulizia, l'accesso, l'informazione e la reperibilità.

Gli intervistati evidenziano non poche perplessità relativamente allo standard qualitativo dei servizi di sportello proposti dal polo ospedaliero teramano. Gli aspetti su cui gli utenti mostrano un giudizio in prevalenza soddisfacente sono soltanto due: quello relativo ai reclami, sulla cui funzionalità complessiva concorda il 62,5% degli intervistati; quello relativo all'accesso ai servizi, almeno sufficiente per il 53,6%. Relativamente agli altri criteri considerati, gli intervistati palesano il più delle volte di non essere soddisfatti: particolarmente scontenti si mostrano nei confronti del comfort e la pulizia degli ambienti e della capacità di ascolto degli operatori (entrambe le dimensioni "bocciate" dal 65,7% di intervistati); similmente criticate sono la dimensione relativa alla gestione dei ticket (contro cui protesta il 64,3% del campio-

ne) e - ancora una volta - la dimensione dell'impegno e la professionalità degli operatori (complessivamente non sufficiente per il 62,9% del totale di intervistati).

Figura 15 - Giudizi sui servizi di sportello



La dimensione del *comfort e pulizia* - che pure negli uffici è più facile mantenere rispetto al pronto soccorso - è giudicata esplicitamente "insufficiente" dal 41,4% di intervistati e "scadente" da quasi un intervistato su cinque (il 23,4%). Poco meno del 20%, diversamente, giudica "sufficiente" tale aspetto e circa il 15% si mostra esplicitamente soddisfatto (per il 10,8% il comfort è complessivamente "buono" e addirittura "molto buono" per il 4,5% del totale).

Anche la dimensione dell'*ascolto* - come si è precedentemente evidenziato - rappresenta uno degli elementi maggiormente criticati: rispetto all'aspetto appena menzionato, l'ascolto riceve un numero ancora più elevato di giudizi "insufficiente" (il 44,1%) a fronte di meno numerose risposte "scadente" (il 21,6%). Le percentuali dei giudizi positivi sono del tutto assimilabili alla dimensione del comfort sopra esposta.

L'*accesso* alle strutture di sportello non pone così evidenti difficoltà all'utenza dei servizi ospedalieri: il 30% di intervistati esprime un giudizio di sufficienza, quasi l'11% giudica l'accesso ai servizi "buono" e un non trascurabile 12,7% non esita a definire

"molto buono" tale elemento. Così, i giudizi di insufficienza si riducono per questo criterio al 32,7% del totale e quelli di critica ancora maggiore non raggiungono il 14%.

La capacità di *informazione* espressa dai servizi di sportello si mostra piuttosto scarsa alla maggioranza degli intervistati. Per quasi il 37% essa è chiaramente "insufficiente" e per il 16% è "scadente". I giudizi che indicano soddisfazione raggiungono cumulativamente il 47,2% del totale.

L'elemento relativo alla *reperibilità* del servizio si mostra come un altro terreno di critica. Le percentuali ricalcano quasi fedelmente quelle ora descritte, eccetto un numero maggiormente superiore di giudizi "scadente" (il 20,4%) a svantaggio di quelli indicanti una percezione di qualità "buona" (che ammontano per la dimensione ora esaminata al 13%).

La *gentilezza* degli operatori degli uffici, degli sportelli e dell'Urp non sembra distinguersi dal complessivo giudizio di critica. Un intervistato su tre giudica tale aspetto "insufficiente" e uno su cinque "scadente"; coloro che si mostrano veramente soddisfatti dalla gentilezza degli operatori (giudizio "molto buono") sono il 13,6% del totale, gli appagati (giudizio "buono") sono circa un utente su dieci e quelli un poco più tiepidi (giudizio "sufficiente") sono circa un quarto del totale (il 24,5%).

L'*impegno* - come si è detto - rappresenta uno dei tasti dolenti di questo come di altri settori considerati. Il numero di utenti che giudicano insufficiente l'impegno degli operatori è pari al 39,8% del totale, e coloro che esprimono un giudizio ancora più aspro ("scadente") sono il 23,1%. La sufficienza è indicata dal 22,2% degli intervistati, dei quali meno del 15% esprime giudizi chiaramente positivi (8,3% di giudizi "buono" e 6,5% di giudizi "molto buono").

La *semplicità* delle procedure - elemento cruciale nella gestione dei processi burocratici - non sembra ancora raggiungere livelli qualitativi soddisfacenti. Se un non trascurabile 16,5% di intervistati giudica tale elemento come "molto buono" e un 8,3% si attiene a un giudizio un poco più tenue ("buono"), un quarto degli intervistati opta per un giudizio di sufficienza e il 30,3% un parere di bocciatura ("insufficiente"). Le critiche più severe provengono da quasi un quinto del campione (il 18,3% per la risposta "scadente" e lo 0,9% per "molto scadente").

La gestione dei *ticket* non soddisfa la clientela dei servizi ospedalieri teramani. Se già un utente intervistato su tre esprime un giudizio di insufficienza, tale elemento addensa il maggior numero di giudizi aspri nell'ambito della dimensione ora analiz-

zata: la quantità di "scadente" supera un intervistato su quattro e il numero di "molto scadente", prossima allo zero per le altre dimensioni, appare in questa pari al 3,6%.

Per quanto invece concerne la gestione dei *reclami* - come si è precedentemente osservato - gli utenti sembrano invece esprimere una diffusa soddisfazione: il 22,7% di essi fornisce una risposta che indica una completa soddisfazione ("molto buono"), il 12,5% propende per la scelta "buono" e il 27,3% indica un livello di qualità "sufficiente". I pareri di insufficienza sono contenuti in un 28,4% e quelli più severi ("scadente") in un 9,1%.

Tab. 12 - Valutazione dell'URP e dei servizi di sportello (%)

Ambito di valutazione	Comfort e pulizia	Ascolto	Accesso	Informazione	Reperibilità
Molto buona	4.5	5.4	12.7	5.7	6.5
Buona	10.9	10.8	10.9	18.9	13.0
Sufficiente	18.9	18.1	30.0	22.6	23.1
Subtotale 1	34.3	34.3	53.6	47.2	42.6
Insufficiente	41.1	44.1	32.7	36.8	36.1
Scadente	23.4	21.6	13.6	16.0	20.4
Molto scadente	0.9	0.0	0.0	0.0	0.9
Subtotale 2	65.7	65.7	46.3	52.8	57.4
TOTALE	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(segue)



Ambito di valutazione	Gentilezza	Impegno	Semplicità	Ticket	Reclami
Molto buona	13,6	6,5	16,5	10,7	22,7
Buona	9,2	8,4	8,3	8,0	12,5
Sufficiente	24,5	22,2	25,7	17,0	27,3
<b>Subtotale 1</b>	<b>47,3</b>	<b>37,1</b>	<b>50,5</b>	<b>35,7</b>	<b>62,5</b>
Insufficiente	33,6	39,8	30,3	33,9	28,4
Scadente	19,1	23,1	18,3	26,8	9,1
Molto scadente	0,0	0,0	0,9	3,6	0,0
<b>Subtotale 2</b>	<b>52,7</b>	<b>62,9</b>	<b>49,5</b>	<b>64,3</b>	<b>37,5</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

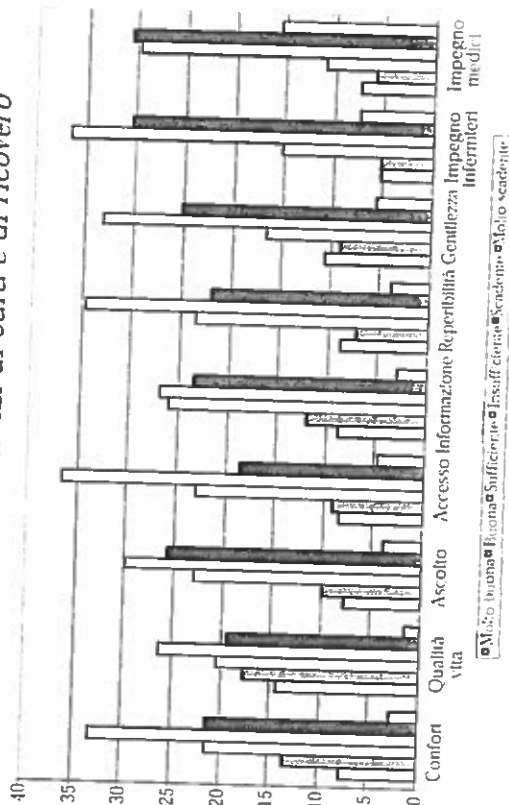
### I servizi di cura e di ricovero

I servizi di cura e ricovero incidono in un ambito ancora diverso rispetto a quelli finora considerati. Essi richiamano esperienze particolarmente significative in cui il percorso della salute e della malattia costringe a un temporaneo spostamento di ambiente: la capacità della struttura ospedaliera di far fronte allo spaesamento fisico e cognitivo dei pazienti rappresenta un elemento cruciale attorno al quale si strutturano le rappresentazioni complessive dei servizi ospedalieri.

L'indagine qui presentata riporta attorno a questo tema diversi spunti di riflessione degni di attenzione. Come indicato in modo sintetico dalla Figura 16, l'andamento delle dimensioni considerate non è costante. Per alcune dimensioni (l'aspetto del *comfort*, per esempio) la ripartizione fra i vari giudizi non si mostra

troppo dissimile, per altre si osserva un precipitare della qualità percepita (è il caso dell'*impegno*, sia di medici che di infermieri). Da segnalare il fatto che l'elemento della *qualità della vita* sia quello che raggiunge un livello di soddisfazione maggiore: rispetto a tale criterio più della metà degli intervistati il (52,6%) effettua una scelta positiva.

Figura 16 - Giudizi sui servizi di cura e di ricovero



I giudizi relativi al *comfort* vedono una prevalenza di scelte di insufficienza (un intervistato su tre): le scelte adiacenti a tale giudizio ("sufficiente" e "scadente") richiamano un numero uguale di scelte (il 21,4%); una percentuale significativa di intervistati (il 13,5%) esprime una chiara soddisfazione ("buono") e il 7,7% giudica "molto buono" il confort e la pulizia degli ambienti.

Come si è più sopra osservato, l'aspetto della *qualità della vita* - importante nell'esaminare i servizi di cura e di ricovero - non riceve un giudizio complessivamente allarmante: quasi un intervistato su tre esprime un giudizio di netta soddisfazione (il 14,3% risponde "molto buono" e il 17,8% "buono") e uno su cinque opta per un giudizio di sufficienza. Non mancano tuttavia coloro che lamentano una qualità della vita non soddisfacente: per il 26,4% essa è "insufficiente" e per un significativo 19,4% essa è addirittura "scadente".

L'*ascolto* è un aspetto specifico su cui gli utenti mostrano ragguardevoli riserve. "Insufficiente" è la capacità di ascolto nei ser-



vizi di cura e ricovero per quasi il 30% del campione e un numero quasi uguale esprime un giudizio ancora più severo (il 25,6% risponde "scadente" e il 3,8% "molto scadente"). La sufficienza è accordata dal 22,9% degli intervistati, mentre giudizi più generosi vengono concessi da circa il 18% del totale (il 10% per la scelta "buono" e il 7,8% per quella "molto buono").

Per quanto concerne l'accesso ai servizi, tale dimensione - a differenza di altri servizi presi in esame - non riscontra una diffusa soddisfazione. I giudizi "buono" e "molto buono" non sono molto frequenti (rispettivamente, l'8,5% e il 9,1%), mentre il giudizio di sufficienza coinvolge poco più di un utente su quattro. Prevala la scelta "insufficiente" - indicata dal 36,4% di intervistati - e si notano il 18,5% di "scadente" e il 4,7% di "molto scadente".

L'informazione risulta essere un altro aspetto in merito al quale l'utenza esprime un diffuso - ma non esorbitante - parere di critica. I giudizi di insufficienza ammontano al 26,8% del totale, pari a quelli di critica ancora più severa; a fronte di ciò, si registra un 26% di pareri di sufficienza, un 12% di giudizi "buono" e un 8,7% del campione che attribuisce un giudizio di "molto buono".

Quanto alla reperibilità del servizio, essa rappresenta un elemento piuttosto dolente, il cui livello di qualità percepita appare piuttosto contenuto. Un terzo degli intervistati ritiene la reperibilità del servizio "insufficiente" e circa un quarto esprime una critica più aspra (22% di "scadente" e 3,9% di "molto scadente"). I giudizi positivi sembrano condensarsi nel parere di sufficienza (che raggiunge il 23,4% del totale), mentre giudizi "buono" e "molto buono" richiamano rispettivamente il 7,3% e l'8,7% delle scelte totali.

La gentilezza del personale - aspetto immateriale, poco pianificabile strutturalmente, ma pesante nel costruire le rappresentazioni soggettive - non sembra essere uno dei punti di forza dei servizi di cura e ricovero. I dati quasi ricalcano quelli ora citati, con una prevalenza marcata di giudizi "insufficiente" (33,1%) e una quota consistente di "scadente" (25%). I giudizi di soddisfazione esprimono un 16,5% di "sufficiente", un 9,1% di "buono" e un rimarchevole 10,7% di "molto buono".

Sull'impegno e la professionalità degli infermieri - così come su quello del personale medico, come si vedrà più avanti - gli intervistati avanzano rilevanti perplessità. L'elevata percentuale di giudizi "insufficiente" (il 36,4%) non è controbilanciata da una contrazione dei giudizi più drastici, anzi: il 30,3% del campione

giudica "scadente" tale aspetto e il 7,4% - quota per nulla trascurabile - "molto scadente". I giudizi di sufficienza superano di poco il 15% e i giudizi di chiara positività raggiungono, cumulativamente, il 10,6%.

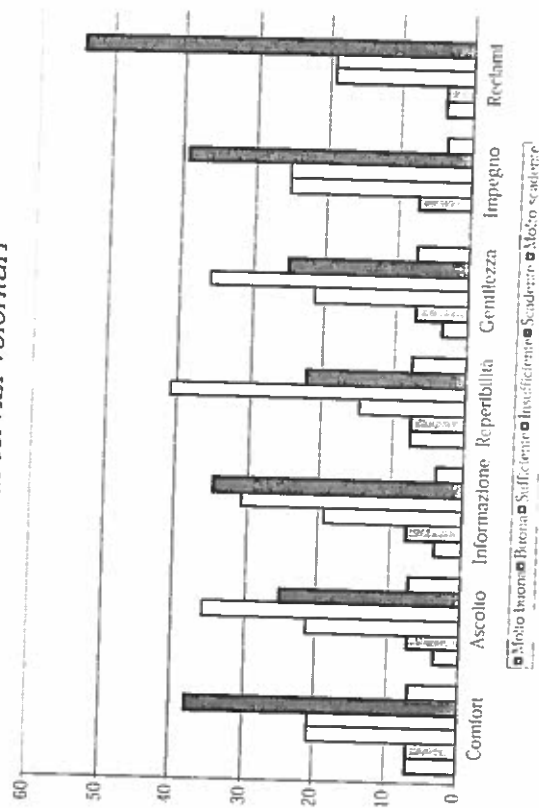
Riguardo poi all'impegno e la professionalità dei medici il discorso raggiunge livelli decisamente allarmanti: addirittura il 15,5% di intervistati giudica "molto scadente" tale aspetto, un 30,5% "scadente" e un 29,7% "insufficiente". Il numero complessivo di giudizi positivi è pressoché uguale a quello relativo agli infermieri, con la sola differenza di un leggero aumento dei giudizi "molto buono" (il 7,5% del totale) a scapito di quelli di sufficienza (l'11%).

Tab. 13 - Valutazione dei servizi di cura e ricovero (%)

Ambito di valutazione	Comfort	Qualità vita	Ascolto	Accesso	Informazione
Molto buona	7,6	14,3	7,8	8,4	8,7
Buona	13,5	17,8	10,0	9,1	12,0
Sufficiente	21,4	20,5	22,9	22,9	26,0
Subtotale 1	42,5	52,6	40,7	40,4	46,7
Insufficiente	33,2	26,4	29,9	36,4	26,8
Scadente	21,4	19,4	25,6	18,5	23,5
Molto scadente	2,9	1,6	3,8	4,7	3,0
Subtotale 2	57,5	47,4	59,3	59,6	53,3
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(segue)

Figura 17 - Giudizi sui servizi volontari



Se - come si è ora osservato - la dimensione del *comfort e della pulizia* dei locali, peraltro neppure troppo attinente alla tipologia di servizio considerata, si pone come quella che raccoglie la percentuale più elevata di pareri positivi, è pur vero che essa non si evidenzia per un alto livello di soddisfazione; è vero che il numero di giudizi di soddisfazione è più alto che in altre dimensioni, ma è pur tuttavia vero che molti intervistati (il 37,9%) ritengono "scadente" tale aspetto. Così, fra i giudizi di critica, il parere più tenue ("insufficiente") è meno indicato che in altre dimensioni, a vantaggio delle scelte più estreme. Sul versante dei giudizi positivi, a fianco del 20,7% di "sufficiente", si pongono gli identici valori di "buono" e "molto buono", entrambi indicati dal 6,9% di intervistati.

Neppure la capacità di *ascolto* dei servizi volontari sembra convincere gli interlocutori dell'indagine. Un numero cospicuo di intervistati (il 35,7%) ritiene essa "insufficiente" e un intervistato su quattro "scadente". I giudizi positivi ricordano quelli dell'area ora osservata, con la differenza di una minore incidenza di scelte per il giudizio "molto buono" (indicato dal 3,6% del campione).

Ambito di valutazione	Reperibilità	Gentilezza	Impegno e prof. infermieri	Impegno e prof. medici
Molto buona	8,8	10,2	5,3	7,4
Buona	7,3	9,1	5,3	5,9
Sufficiente	23,4	16,5	15,2	11,0
Subtotale 1	39,5	35,8	25,8	24,3
Insufficiente	34,6	33,1	36,4	29,7
Scadente	22,0	25,1	30,3	30,5
Molto scadente	3,9	5,6	7,4	15,5
Subtotale 2	60,5	63,8	74,1	75,7
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0

### I servizi volontari

L'ultima tipologia di servizi considerata è quella esplicitamente diretta alla tutela dei diritti del malato, gestita da personale volontario. Anche in questo caso - probabilmente per lo scarto che frapponne la domanda dell'utenza e la capacità di offerta dei servizi volontari - il livello di soddisfazione appare lontano dai livelli ottimali. Già il grafico evidenzia una predominanza dei giudizi "insufficiente" e "scadente". Nessuna delle aree considerate riesce a superare la soglia del 50% di pareri favorevoli: si pensi che la dimensione che attira il maggior numero di giudizi positivi è quella del *comfort e della pulizia*, che raggiunge circa un terzo di giudizi di soddisfazione (il 34,5%). Da notare, inoltre, l'aspetto relativo alla gestione dei reclami, giudicato complessivamente in modo negativo da tre utenti su quattro.

Tab. 14 - Valutazione dei servizi volontari (%)

Ambito di valutazione	Comfort	Ascolto	Informazione	Reperibilità
Molto buona	6,9	3,6	3,8	7,4
Buona	6,9	7,1	7,7	7,4
Sufficiente	20,7	21,5	19,3	14,9
Subtotale 1	34,5	32,2	30,8	29,7
Insufficiente	20,7	35,7	30,8	40,7
Scadente	37,9	25,0	34,6	22,2
Molto scadente	6,9	7,1	3,8	7,4
Subtotale 2	65,5	67,8	69,2	70,3
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0

(segue)

Ambito di valutazione	Gentilezza	Impegno	Reclami
Molto buona	3,6	0,0	3,8
Buona	7,1	7,1	3,8
Sufficiente	21,2	25,0	19,1
Subtotale 1	31,9	32,1	26,7
Insufficiente	35,7	25,0	19,2
Scadente	25,0	39,3	53,8
Molto scadente	7,1	3,6	0,0
Subtotale 2	67,8	67,9	73,0
TOTALE	100,0	100,0	100,0

L'area relativa all'informazione al pubblico si mostra particolarmente carente. Il giudizio più frequente è quello che segnala una qualità "scadente", indicato dal 34,6% degli intervistati, seguito da quello parimenti negativo di "insufficiente" (prescelto dal 30,8% del totale). Circa un utente su cinque (il 19,3%) ritiene, invece, "sufficiente" la qualità con cui i servizi volontari riescono a informare il pubblico e più del 10% del campione indica una aperta soddisfazione (7,7% giudica l'informazione "buona" e il 3,8% "molto buona").

La reperibilità dei volontari - in ragione delle limitate risorse dei servizi di tutela degli utenti - si pone come un altro aspetto sul quale gli intervistati mostrano più di una riserva. Prevale in questo caso i giudizi di insufficienza (che superano il 40% delle scelte) e non sono poche le persone che ritengono tale dimensione "scadente" (il 22,2%) o "molto scadente" (il 7,4%). I giudizi positivi si ripartiscono fra il 14,9% di "sufficiente" e il 7,4% di risposte "buone" che "molto buone".

Contrariamente a quanto presumibile, anche gli aspetti di tipo relazionale-soggettivo come la gentilezza dei volontari o il loro impegno trovano gli interlocutori piuttosto critici. Solo il 21,4% del campione ritiene "sufficiente" la gentilezza del personale volontario: se a tale percentuale si aggiungono quelle di coloro che esprimono aperta soddisfazione (il 7,1% del giudizio "buono" e il 3,6% di quello "molto buono"), si raggiunge a stento quasi un terzo di intervistati. Prevale dunque i pareri critici: "insufficiente" è decretato dal 35,7% di intervistati, "scadente" dal 25% e "molto scadente" dal 7,1%.

Anche l'impegno dei volontari non sembra essere visibile all'utente: la percentuale di intervistati che indicano il giudizio "scadente" è superiore che in altre dimensioni (il 39,3%) e pure cospicua è la percentuale di giudizi "insufficiente" (un utente su quattro). I giudizi positivi sono contenuti in un 25% di "sufficiente" e un 7,1% di "buono".

L'aspetto relativo ai reclami costituisce quello più aspramente criticato: più di un intervistato su due giudica tale elemento come "scadente" e uno su cinque "insufficiente". Piuttosto contenuti, di conseguenza, le risposte che indicano una certa soddisfazione (il 19,2% di "sufficiente", e il 3,8% di "buono" e "molto buono").

## 2.4. Le proposte degli utenti

A margine delle valutazioni espresse sia in forma generale che singolarmente per ogni specifico servizio il questionario prevedeva una domanda conclusiva, in merito alla quale gli intervistati potevano indicare quale fosse - a loro avviso - l'operazione più urgente da svolgere in vista di un miglioramento qualitativo dell'offerta dei servizi ospedalieri teramani.

Le risposte sono state espresse in forma libera nell'ambito di una domanda aperta. Esse contribuiscono a meglio descrivere l'universo delle rappresentazioni che l'eterogeneo mondo dell'utenza sperimenta nei confronti dei servizi sanitari. La struttura della domanda aperta consente una più libera espressione delle opinioni, in questo caso non vincolate da griglie precostituite: in relazione a essa l'intervistato riesce spesso a liberare un pensiero sintetico - talora anche bizzarro o provocatorio - che facilita l'interpretazione complessiva dei dati, introducendo sfumature di senso e pensieri non sempre consapevoli.

Tali indicazioni sono state importate nel file dati in modo analitico, riportando per esteso il testo di tutte le risposte; a partire dalla lettura di una parte di tale materiale - stampato in un documento di testo - è stato possibile ipotizzare un primo criterio di classificazione, la cui efficacia è stata comprovata attraverso l'analisi di tutte le risposte. In pratica procedendo nella lettura delle risposte si sono unite in gruppi quellè che, in base a un determinato criterio, mostravano una significativa omogeneità semantica: in questo modo è stata costruita una classificazione che ha consentito la post-codifica dei dati.

Anzitutto occorre notare come solo poco meno del 60% di intervistati ha indicato una qualsivoglia risposta. Alcuni per questioni di tempo (la domanda era posta in coda all'intervista), i più perché poco interessati o propositivi, molti utenti hanno infatti preferito non rispondere o indicare un chiaro "non so". Questo dato può almeno parzialmente essere interpretato come una diffusa difficoltà di comunicazione e penetrazione nei problemi, che una struttura più *aperta* difficilmente solleciterebbe.

Come largamente prevedibile - solo una percentuale minima

di intervistati ha espressamente indicato una tale *soddisfazione* nel servizio da non rendere opportuna alcuna revisione: si tratta di 18 intervistati sui 639 che hanno indicato un suggerimento, pari a un trascurabile 2,8%.

Circa un intervistato su quattro individua nella *mancaza di professionalità degli operatori* il problema fondamentale: si tratta di un dato particolarmente preoccupante in quanto sposta il problema della qualità dei servizi ospedalieri da un ambito strutturale, connesso alle dotazioni tecnologiche o alla disponibilità di spazi o servizi, a uno più prettamente professionale, che con forza indica nella qualità dell'offerta medica il principale problema del servizio sanitario. A conferma di ciò si osservi come solo il 5,5% di intervistati esprime un parere legato agli aspetti strutturali, connessi cioè alla presunta *inadeguatezza di strutture tecnologiche* o alla necessità di maggiori investimenti in tale direzione. Il problema della professionalità è certamente complesso: lo stesso termine richiama molteplici significati, oscillanti dal piano della preparazione scientifica e tecnica a quello del corredo deontologico e comportamentale degli operatori. Alla luce di quanto emerge dalla ricerca, sembra proprio quest'ultimo il tema di maggiore interesse.

Merita particolare attenzione infatti il complesso *aspetto comunicativo-relazionale*: oltre a quanti indicano nella presunta *carenza di professionalità* degli operatori un'istanza di contatto e di motivazione, una parte significativa del campione (un intervistato su cinque) ha espresso un più esplicito giudizio di perplessità rispetto alla capacità della struttura ospedaliera di *ascoltare* le esigenze dei pazienti, di stabilire un rapporto costruttivo capace di umanizzare le prestazioni sanitarie. Questo sembra essere l'aspetto qualitativo che risalta con maggiore enfasi dalla ricerca: l'operatore sanitario appare essere un individuo cognitivamente lontano dal vissuto esperienziale del soggetto sofferente: la macchinazione burocratica e la standardizzazione dei processi di ospedalizzazione sembrano prendere il sopravvento sull'elemento umano, che pare confinato in ambiti angusti e poco soddisfacenti. Tale limitazione dell'elemento relazionale e comunicativo sembra produrre un sentimento di *rivalsa* che induce - nella libertà e nel

“potere” dell'intervista - a una fenomenologia di “insulto” più o meno esplicita. Le posizioni *contro* sono numericamente preponderanti: già la mancanza di professionalità e di comunicazione costituiscono rimproveri pesanti rivolti al personale medico, infermieristico e amministrativo; si consideri poi come una parte non trascurabile del campione (il 6,1%) opta per una scelta - certamente più enfatica e rozza - ancora più chiara: essi - *tout court* - indicano nella *rimozione di dirigenti, amministratori e primari* la soluzione dei problemi dei servizi sanitari. Si tratta di una scoria certamente ingenua e semplificatoria, che tuttavia consente di comprendere uno stato d'animo di privazione fortemente diffuso fra gli utenti, che sperano in soluzioni di drastica trasformazione.

Non tutto questo stato d'animo - è vero - appare attribuibile alla qualità dei servizi: un senso di contrapposizione-dipendenza dolorosa e talora angosciante con il personale curante è connaturato alla stessa esperienza della malattia e della guarigione; tuttavia il dato che con forza sembra emergere dall'indagine dovrebbe indurre ad accurate riflessioni.

Una quota significativa del campione preferisce, invece, soffermare la propria attenzione su aspetti più oggettivi e strutturali: la *revisione dei processi organizzativi* si pone come l'elemento chiave per una fattiva revisione del servizio secondo circa un intervistato su cinque (il 19,4%); in questo caso al centro dell'analisi sono gli aspetti procedurali connessi all'erogazione dei servizi, la gestione delle prenotazioni, dei pagamenti e delle stesse modalità organizzative del personale della struttura sanitaria.

Non pochi intervistati - similmente - indicano in una mera *mancanza di personale* il problema centrale dei servizi ospedalieri: si tratta di un 8,3% del campione, che evidentemente ritiene che un aumento della qualità può dipendere dalla quantità di persone impiegate.

Da non sottovalutare, infine, quanti indicano (l'8,3% di coloro che hanno risposto) come principale problema della struttura sanitaria quello delle *condizioni igieniche e della qualità del vitto*: questi utenti pongono l'attenzione su un concreto elemento strutturale che contribuisce fortemente a connotare l'esperienza di degenza in un ambiente *estraneo* come l'ospedale.

Tab. 15 - Cosa fare per migliorare il servizio?

Suggerimento	Dati assoluti	Percentuale
Migliorare la professionalità degli operatori	159	24,9
Migliorare le relazioni con l'utenza	129	20,2
Rivedere le prassi organizzative	124	19,4
Aumentare il personale	53	8,3
Migliorare le condizioni igieniche e il vitto	53	8,3
Rimuovere la dirtigenza	39	6,1
Aumentare le dotazioni tecniche	35	5,5
Va tutto bene	18	2,8
Altro	29	4,5
Totale	639	100,0

L'analisi delle risposte aperte - incrociate con le variabili strutturali - non suggerisce nuove letture. Né età, né titolo di studio, né attività professionale intervengono nella costruzione delle opinioni degli intervistati. Solo il sesso sembra avere una qualche, pur timida, influenza: sono le donne a rimproverare agli operatori sanitari un deficit di professionalità (il 29% contro il 20,3% degli uomini) e di comunicazione (il 24,3% contro il 15,7%).

Viceversa, l'attenzione dei maschi sembra essere maggiormente rivolta agli aspetti di tipo strumentale: il 23% degli uomini indica nella revisione delle prassi organizzative il punto-chiave di una auspicabile riforma, contro il 16,2% delle donne; il 7,9% (contro il 3,3%) identifica nelle dotazioni tecniche il maggiore problema e suggerisce un consistente aumento di tali elementi.

Per quanto concerne le altre voci - come indicato dalla Tabella 16 - non si osservano differenze rilevanti.

Tab. 16 - Suggestimenti e sesso degli intervistati

Suggerimento	Maschi	Femmine
Migliorare la professionalità degli operatori	20,3	29,0
Migliorare le relazioni con l'utenza	15,7	24,3
Rivedere le prassi organizzative	23,0	16,2
Aumentare il personale	8,5	8,1
Migliorare le condizioni igieniche e il vitto	8,2	8,4
Rimuovere la dirigenza	6,2	6,0
Aumentare le dotazioni tecniche	7,9	3,3
Va tutto bene	3,0	2,6
Altro	7,2	2,1
Totale	100,0	100,0

Chi quadrato = 29,75; Sign. = 0,00

### 2.5. Alcune considerazioni conclusive

La ricerca ha consentito di esplorare il pianeta spesso sconosciuto, anonimo e inafferrabile dell'utenza dei servizi sanitari.

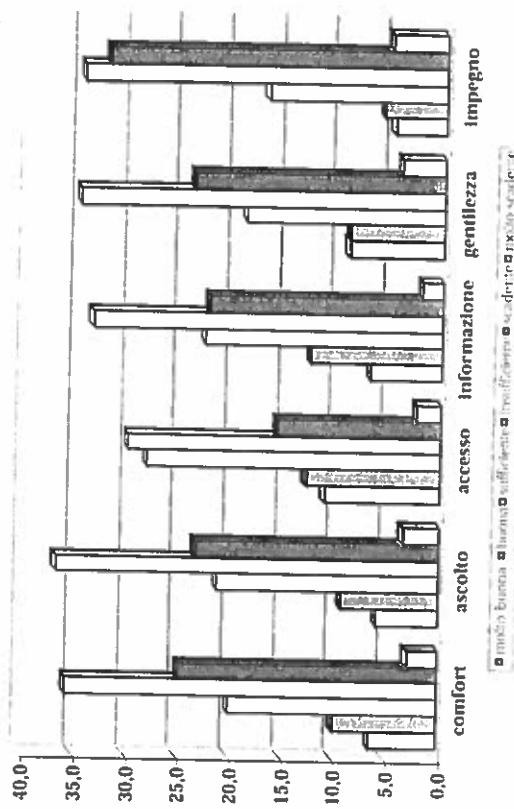
Pur nella ovvia perfettibilità dell'indagine - la cui base conoscitiva potrà essere estesa da ulteriori ricerche di tipo qualitativo e da ulteriori survey condotte su base rappresentativa - i risultati da essa scaturiti appaiono densi e, malgrado la complessità delle interpretazioni, confluenti nel tratteggiare un profilo dinamico di rappresentazione.

Gli utenti dei servizi ospedalieri del comune di Teramo si mostrano fortemente critici rispetto ai livelli di qualità assicurati. In tutti i settori esaminati, dal pronto soccorso a servizi di diagnosi, dai servizi di cura e ricovero agli uffici, senza neppure escludere i servizi volontari, una cospicua maggioranza degli intervistati esprime una sonora bocciatura. Il giudizio di insufficienza è quello preponderante per la grande maggioranza dei test: l'utenza appare scontenta.

talora apertamente frustrata e frequentemente esprime un bisogno di ascolto che appare il più delle volte negato.

Il grafico sotto riprodotto mostra le medie dei giudizi espressi dagli intervistati per ciascuna area.

Figura 18 - Quadro sinottico delle valutazioni (% medie)



L'aspetto che più di altri richiama l'attenzione per la forte quantità di aspetti sollevati è quello relativo all'impegno e alla professionalità degli operatori, che per tutte le aree esaminate ottiene un giudizio di severa sanzione (si osservi come la colonna - indicante il giudizio "scadente" - appare in tale caso particolarmente alta). Il "male" del polo ospedaliero teramano non sembra dunque essere motivabile - a detta degli intervistati - da ragioni di ordine organizzativo o strutturale; il punto focale non sembra essere individuato nelle modalità di pianificazione dei servizi, né tantomeno nella qualità e quantità degli operatori: ciò che i cittadini sembrano porre in particolare risalto è l'aspetto *personalistico* del problema, il lato umano e relazionale. La prestazione sanitaria appare confinata in un ambiente estraneo i cui referenti si mostrano umanamente lontani e *quindi* (in un'associazione mentale evidentemente scorretta, ma significativa ai nostri fini) professionalmente inadeguati.

Specularmente, a ulteriore conferma di quanto ora osservato,

Tale sembra essere la chiave di lettura prioritaria dei dati raccolti nella presente indagine. Gli utenti dei servizi sanitari sembrano scontare la progressiva burocratizzazione dei rapporti con l'istituzione medica attraverso un diffuso malessere che si concretizza in visibili sentimenti di insoddisfazione. In questa direzione, a nostro avviso, dovrebbe procedere ogni trasformazione della struttura: si tratta di intraprendere un percorso di avvicinamento (relazionale, cognitivo, perfino fisico) con l'universo dei pazienti, le cui forme e i cui presupposti dovranno essere attentamente meditati e inquadrati in contesto culturale e sociale in profonda trasformazione.

In conclusione, si può aggiungere un'ultima considerazione di ordine metodologico. Gli intervistati hanno indicato, come si è visto, un chiaro giudizio di disapprovazione del servizio; tale apprezzamento è stato proferto all'interno di interviste svolte *al di fuori della struttura ospedaliera*, in un ambiente "neutrale", come le vie della città, e condotte da volontari del tribunale dei diritti del malato, presentatisi come tali ai cittadini coinvolti, quindi da attori terzi nel processo di cura. C'è da chiedersi se le risposte avrebbero avuto un identico tenore di giudizio se le interviste si fossero svolte all'interno della struttura ospedaliera: in altre parole ci domandiamo se il contesto - fisico, simbolico - dell'intervista possa in qualche modo influenzare il tenore delle risposte. «Il cittadino quando è ricoverato è un cittadino che vive una situazione oggettivamente di minorità, ha paura. (...) Questo fa capire subito che se vogliamo stare tranquilli, se vogliamo "crogiolarci" nella soddisfazione è sufficiente rifare quest'indagine fin dentro i servizi sanitari e ospedalieri: avremmo sicuramente delle percentuali del tutto diverse<sup>12</sup>. L'indagine che segue - presentata nel capitolo 3 del volume - pare del resto confermare queste considerazioni.

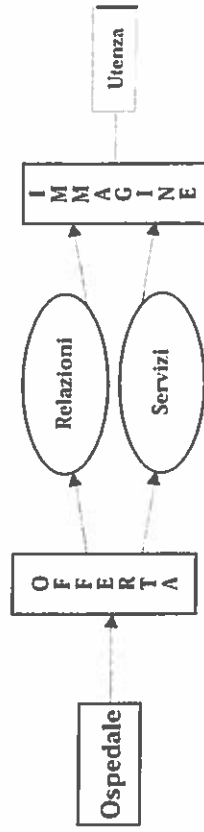
Il confronto tra risposte espresse "nella città" e risposte espresse "nell'ospedale" sembra indicare un'interessante pista di ricerca, i cui contorni e le cui argomentazioni potranno essere meglio sviluppati in ulteriori percorsi di indagine.

12. In questa indagine, il servizio sanitario e il volontariato di tutela dei diritti, intervistato nell'ambito di un'indagine di tipo "neutrale", si caratterizza al centro del servizio.

è proprio un elemento di tipo strutturale-organizzativo - le modalità di accesso ai servizi - l'aspetto che più di altri sembra soddisfare l'utenza dei servizi ospedalieri: in questo caso non è in gioco una dimensione relazionale e la critica si mostra decisamente più attenuata.

Effettivo punto nevralgico che determina la percezione della qualità dei servizi svernalizzata dall'utenza è, perciò, la relazione con il personale operante nella struttura ospedaliera. L'impegno, la professionalità (nel senso probabilmente dell'*attenzione* specifica ai complessi bisogni dei pazienti), la gentilezza e la capacità di ascoltare e di comunicare rappresentano gli elementi focali attorno ai quali si snoda e si disegna la costruzione sociale dell'ambiente ospedaliero.

Figura 19



Nella Figura n.19 è riportato un sintetico abbozzo di interpretazione del problema. L'offerta ospedaliera è costituita da una dimensione prettamente di servizio (la prestazione sanitaria) e una di ordine relazionale (la comunicazione esplicita, lo stile comunicativo, l'ambiente, ecc.)<sup>13</sup>; la ricerca qui presentata non consente di arguire nulla sulla *reale* portata dell'offerta, ossia sugli "oggettivi" servizi posti in essere e sulle strategie di comunicazione implementate. Le due componenti dell'offerta ospedaliera (servizi e relazioni) contribuiscono a formare la complessiva rappresentazione sociale della struttura: dall'analisi svolta, in ragione del precario funzionamento dell'impianto comunicazionale, la sintesi svolta dagli utenti pare essere improntata su basi di

*nale la sintesi svolta dagli utenti pare essere improntata su basi di*



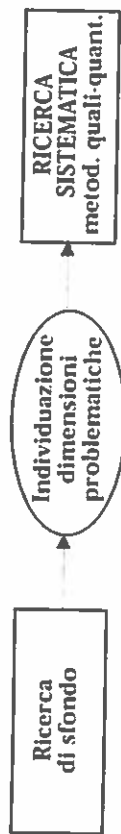
### 3. Un'indagine esplorativa sulla qualità dei servizi del D.S.M. "Teramo I"

#### 3.1 Premessa

##### La ricerca

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) della Asl Teramo 1, nell'ambito di un articolato progetto di valutazione dell'offerta sanitaria, ha intrapreso un'indagine sulla percezione dei servizi erogati. Il lavoro qui presentato rappresenta in questo senso una prima, provvisoria indagine al cui seguito sono previsti ulteriori percorsi di ricerca. Anche in questo caso si tratta, perciò, di un'indagine esplorativa, i cui risultati costituiranno la base conoscitiva di base su cui implementare ulteriori più sistematiche ricerche.

Figura 1



Come nel precedente caso di studio, la ricerca ha come fuoco euristico la *qualità percepita* del servizio sanitario. In questo caso, *unità di analisi* della ricerca è l'*utenza reale della struttura*, individuata non solo nei pazienti, ma anche nelle loro famiglie. Si è ipotizzato infatti che il particolare stato di disagio provato dai pazienti del D.S.M. comporti, in modi variabili e secondo dinamiche da verificare, un coinvolgimento dei familiari, i quali divengono – sia pure in forma differita – *utenti* anch'essi del servizio e portatori di una visione privilegiata sia sulle difficoltà del congiunto, sia sull'offerta della struttura sanitaria.

L'iniziativa di ricerca - coordinata dal Nucleo di Valutazione interno<sup>1</sup> - ha inteso perciò indagare sulle opinioni circa l'adeguatezza del servizio espresse sia dai pazienti che dai loro familiari.

La ricerca ha preso in esame i seguenti servizi:

- l'Ambulatorio;
- il Centro di Salute Mentale;
- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- il Centro Diurno e le Comunità.

Finalità conoscitiva del lavoro è cogliere l'opinione dell'utente di riferimento del servizio sulla qualità dell'offerta posta in essere, nel senso della soddisfazione complessiva e - in modo più articolato - nel senso dell'individuazione dei punti di maggior debolezza attorno ai quali ripensare le modalità di offerta e l'organizzazione del lavoro.

#### Aspetti metodologici

La ricerca non ha utilizzato alcun sistema di campionamento in quanto si è rivolta all'intero universo di riferimento (eccetto un numero trascurabile di casi che si sono trovati impossibilitati a rispondere). Per ogni servizio sono stati individuati gli "utenti" di riferimento (pazienti e familiari) e una specifica scheda di rilevazione. Lo schema che segue riporta il numero di interlocutori contattati per ciascun servizio.

La presente indagine ha utilizzato un *questionario standardizzato*, somministrato alla quasi totalità dell'universo di indagine. Per ogni servizio sono state articolate due specifiche schede di rilevazione: una per i pazienti e l'altra per i familiari<sup>2</sup>. Complessivamente, sono state dunque elaborate otto schede di rilevazione, ciascuna specificatamente costruita per rilevare le opinioni di particolari segmenti di utenza.

<sup>1</sup> L'intero disegno della ricerca, compresa l'articolazione delle schede, è stato curato dal Nucleo di Valutazione, che per l'analisi dei dati si è rivolto al dott. Roberto Veraldi e chi scrive.

<sup>2</sup> Tranne che per il servizio di ambulatorio, per il quale non è stato possibile predisporre una scheda ai familiari.

Tab. 1 - Tipologia di intervistati

Tipologia di utenti	N. schede rilevate
Ambulatorio del DSM "Teramo I" - pazienti	96
Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	
pazienti	154
familiari	168
Centro di Salute Mentale	
pazienti	46
familiari	49
Centro diurno/ Comunità	
pazienti	54
familiari	54
<b>Totale</b>	<b>621</b>

È evidente che la non omogeneità degli strumenti di indagine non consente un trattamento simultaneo dei dati; tuttavia, data la finalità euristica complessiva - tendente a descrivere i particolari atteggiamenti di ciascun settore di riferimento - l'impianto metodologico complessivo, benché perfezionabile, si mostra sufficientemente adeguato.

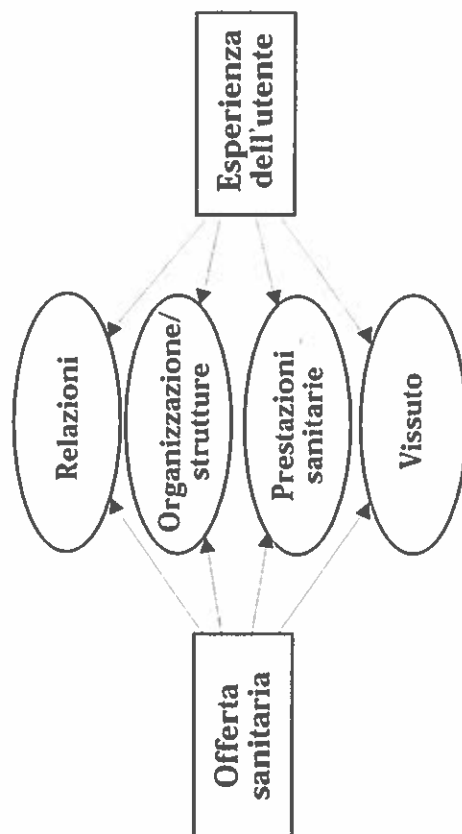
Le interviste sono state realizzate dal personale del D.S.M. durante la primavera del 2001 all'interno delle strutture sanitarie. Tale elemento, come vedremo, gioca probabilmente un ruolo importante nel tenore complessivo delle risposte.

Al centro dell'indagine si pone - come nel precedente caso di studio - la *qualità percepita* dagli utenti. Tale concetto, complesso e polisemico, è stato articolato in alcune aree dimensionali. Schematicamente:

- un'area relativa alle *relazioni* tra struttura sanitaria e pazienti/familiari;

- un'area relativa all'*organizzazione e alla qualità delle strutture* del servizio, ai modi con cui esso è proposto e alle regole della convivenza; si tratta di una dimensione rilevante soprattutto per i pazienti che usufruiscono di un'accoglienza di tipo residenziale;
- un'area indaga le *prestazioni sanitarie* e la loro capacità di andare incontro ai bisogni dell'utenza;
- un'ultima area - sviluppata solo in alcuni contesti - si riferisce al *vissuto* esperienziale dei soggetti, ossia a come l'esperienza di cura ha modificato, intimamente, l'esperienza del malato. Rispetto a quest'ultima dimensione è evidente che l'influenza di elementi esperienziali *interni* alla storia soggettiva dell'utente è di gran lunga più rilevante che per altre aree.

Figura n. 2



Per ciascuna delle aree sopra elencate sono stati individuati alcuni stimoli presenti nella scheda di analisi, articolata secondo tre parti principali:

1. un'area relativa alle *caratteristiche di base* dell'intervistato (età, sesso, posizione rispetto al DSM, anzianità di cura, ecc.);

2. un'area relativa alle *opinioni* dell'intervistato relativamente ad alcune dimensioni di analisi principali (relazioni con il personale medico e infermieristico, gradimento degli aspetti organizzativi e strutturali, reazioni personali ed emozionali circa l'esperienza di cura, ecc.);

3. un'area relativa alle *indicazioni libere* che l'intervistato si sente di porre rispetto agli aspetti positivi e negativi della struttura. Lo schema che segue ripercorre il processo di costruzione della scheda relativa ai pazienti dell'ambulatorio: come si può vedere non tutte le dimensioni sopra individuate sono presenti in tutte le schede.

Figura 3. Bozza della traccia d'intervista (1)

Dimensione	Tema	Specificazioni	Stimoli (es.)
Caratteristiche generali del soggetto	C. anagrafiche	Sesso Età	Sesso M/F Quanti anni ha?
	C. rispetto della cura	Anzianità di cura	Da quanto tempo è in cura presso questo ambulatorio?
Relazioni	Rispetto gentilezza	Rispetto	Le sembra di essere trattato con rispetto dagli operatori dell'ambulatorio?
	Informazioni	Sulle cure, sui medicinali, sui tempi	Viene regolarmente informato di come sta andando la terapia?
Prestazioni sanitarie	Ambito medico	Efficacia delle cure	Le sembra di ricevere le cure che si aspettava per la soluzione del suo problema?
	Professionalità generale	Soddisfazione rispetto ai bisogni	Raccomanderebbe questo ambulatorio a un amico che avesse bisogno di cure?

L'area della organizzazione, ad esempio è stata sviluppata nell'ambito delle schede rivolta agli utenti del servizio psichiatrico di diagnosi e cura e di quelli delle Comunità.

Figura 4. Bozza della traccia d'intervista (2)

Dimensione	Tema	Specificazioni	Stimoli (es.)
Organizzazione/ qualità delle strutture	Tempi	Tempi di attesa	Secondo la sua opinione la durata del tempo di attesa per il ricovero è: pessimo, insoddi., soddi., ottimo, non so
	Condizioni degli ambienti	Condizioni igieniche, gradevolezza dell'ambiente	Secondo la sua opinione ha trovato le condizioni (igieniche, ordine, temperatura) degli ambienti in reparto in stato: pessimo, insoddi., soddisf., ottimo, non so
	Servizi (Centro diurno/Comunità)	Vitto, alloggio, vestiario	- Il suo giudizio sul carattere generale dell'ambiente è: pessimo, insoddi., soddisf., ottimo, non so  E' soddisfatto di quello che mangia? Non so, molto soddi., soddi., un po' insoddi., molto insoddi.

Le domande finalizzate a indagare sulle opinioni dell'intervistato sono state strutturate secondo una scala Likert a quattro intervalli (più uno spazio per il "non so"), mentre l'ultimo settore di indagine - l'indicazione libera dei punti di forza e di debolezza - ha previsto il ricorso a due domande aperte, una per gli aspetti positivi e una per quelli negativi.

### 3.2. L'analisi dei dati L'Ambulatorio del DSM "Teramo I"

#### Le opinioni dei pazienti

La scheda è stata sottoposta a un campione di 96 intervistati. La tabella 2 riporta le statistiche descrittive rispetto alla variabile "età" (espressa in anni).

Tab. 2 - Statistiche descrittive variabile età

	N.	Minimo	Massimo	Media	Dev.
Validi	95 95	18	89	42,24	15,62

Si noti che la tabella non comprende un caso missing, in cui cioè l'informazione non è disponibile. A partire dal dato analitico è stato possibile aggregare la distribuzione dei casi rispetto all'età in una nuova articolata in tre classi. 40 intervistati hanno un'età inferiore ai 35 anni, 29 un'età compresa tra i 36 e i 50 anni, e 27 hanno più di 50 anni.

Tab. 3 - Pazienti dell'Ambulatorio: ripartizione per età

	Valori assoluti	%
Fino a 35 anni	40	41,7
Da 30 a 50 anni	29	30,2
Oltre 50 anni	27	28,1
Totale	96	100,0

La tabella 4 mostra sinotticamente le risposte date agli item relativi alla valutazione dei singoli aspetti del servizio. Complessivamente, gli intervistati mostrano una significativa soddisfazione per tutti gli elementi esaminati. La somma delle risposte "qualche volta" e "raramente" non supera il 10% dei casi per quattro delle sei dimensioni considerate: fanno eccezione la qualità della comunicazione e l'informazione sulle cure (in questo caso, le risposte che indicano minore soddisfazione raggiungono il 16%).

In più del 70% dei casi gli intervistati ritengono di essere "sempre" trattati con rispetto; per le altre dimensioni esaminate la percentuale delle risposte "sempre" supera il 60%, ad eccezione di come si è visto, dell'informazione sulle cure (la percentuale di "sempre" è di poco inferiore al 60%) e - più visibilmente - rispetto alla percezione di essere aiutato nella soluzione dei propri problemi: in tal caso le risposte "sempre" sono circa il 45%.

Anche solo da questi primi dati si evidenzia come la struttura della scheda, per questa come per altre categorie di utenza qui esaminate, denoti qualche difficoltà nel cogliere eventuali elementi di insoddisfazione: la risibile percentuale di risposte "raramente" sembra spiegabile secondo due ordini di ragioni:

- o esiste una pressoché unanime ed entusiastica accoglienza del servizio, forse imputabile alla particolare sofferenza psicologica dei pazienti del DSM, pronti ad affidarsi interamente alla struttura di cura, evitando - attraverso un processo di rimozione - complicazioni che potrebbero minare un equilibrio in precaria ricostruzione;
- oppure, esiste un problema metodologico nello strumento di indagine, che tende ad appiattire l'intervistato in risposte automatiche e presumibilmente "gradite" (secondo la percezione del paziente) all'intervistatore.

Tale aspetto, di notevole rilevanza ai fini della conoscenza del fenomeno in esame, non pare interpretabile alla luce dei dati raccolti e suggerisce di intraprendere nuove e più raffinate indagini sul campo.

Tab. 4 - *Pazienti dell'Ambulatorio: quadro delle risposte*

	Treatato con rispetto	Riceve le cure attese	Raccomanderebbe il servizio a un amico	Aiutato nella soluzione dei problemi	Viene regolarmente informato	Informato sulle cure
Sempre	72,9	64,6	65,6	44,8	66,6	59,4
La maggior parte delle volte	16,7	21,9	20,8	38,5	16,7	18,8
Qualche volta	3,1	8,3	1,0	8,3	8,3	13,5
Raramente	0,0	0,0	1,0	1,0	2,1	3,1
Non so, non risponde	7,3	5,2	11,6	7,4	7,3	5,2
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Le risposte alle domande aperte conclusive, che individuano gli aspetti positivi e negativi del servizio, confermano l'atteggiamento di soddisfazione nei confronti delle prestazioni erogate e la difficoltà a indicare gli aspetti problematici (la gran parte degli intervistati ha preferito non indicare alcun aspetto negativo).

Quanto agli elementi positivi, dopo un procedimento di post-codifica, sono state individuate tre dimensioni prevalenti:

- un primo tipo di risposte si sofferma sull'umanizzazione dei servizi di cura, evidenziando la *disponibilità e cortesia del personale*;
- un secondo tipo di risposte pone invece al centro dell'attenzione gli *aspetti professionali*, connessi alla capacità tecnica degli operatori;
- un terzo tipo attiene invece all'area delle relazioni e pone in luce la capacità di *ascolto e comunicazione*.

Come evidenziato dalla tabella 5, gli intervistati hanno sottolineato in modo prevalente la disponibilità del personale, seguita dalla professionalità e competenza e, in modo meno rilevante, dalla capacità di ascoltare.

Tab. 5 - *Pazienti dell'ambulatorio: aspetti graditi*

	Valori assoluti	%
Disponibilità, cortesia	46	47,9
Professionalità, competenza	11	11,5
Ascolto, comunicazione	6	6,3
Altro	2	2,1
Non risponde	31	32,2
<b>Totale</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

### Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura Le opinioni dei pazienti

Anche i pazienti del servizio psichiatrico di diagnosi e cura esprimono soddisfazione per la qualità del servizio. Oltre il 70% degli intervistati esprime un giudizio di soddisfazione per tutte le dimensioni esaminate e la quantità di intervistati che giudicano la

qualità del servizio in modo negativo ("insoddisfacente" o "pessimo") è mediamente inferiore al 10%. Un numero non trascurabile di intervistati - circa un quinto - preferisce, invece, non sbilanciarsi e non individuare alcuna risposta. La dimensione rispetto alla quale gli interlocutori indicano il maggior numero di giudizi "ottimo" è la capacità di ascolto e comprensione, seguita dalle condizioni fisiche e psicologiche sperimentate dopo la permanenza nel reparto (29,1%). Viceversa, l'aspetto che più di altri ha richiamato giudizi negativi è la capacità della struttura di informare i pazienti circa la diagnosi: per tale dimensione i giudizi negativi raggiungono il 15,3%.

Tra il comportamento di medici, psicologi e infermieri e quello degli assistenti sociali si nota qualche non trascurabile differenza di giudizio: mentre la condotta di medici, psicologi e infermieri è giudicata ottima da poco meno del 40% dei casi, per quanto concerne gli assistenti sociali ciò avviene solo per un intervistato su cinque: sorprende come un numero considerevole di intervistati (circa uno su tre, contro il 12,7% relativo alle altre categorie professionali) preferisca indicare la risposta "non so", relativa agli assistenti sociali, che pure operano con assiduità all'interno del reparto. Esiste probabilmente un problema di visibilità e di vicinanza affettivo/cognitiva su cui sarà utile indagare in prossime specifiche indagini.

Tab. 6 - Pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: quadro delle risposte

	Durata di tempo di attesa	Modalità di accoglienza	Condizioni degli ambienti	Indicazioni sulle comunicazioni del reparto	Comportamento medici e psicologi	Comportamento infermieri	Comportamento degli assistenti sociali	Capacità di ascolto e comprensione
Ottimo	27,5	33,5	32,4	33,0	38,5	36,8	19,8	36,3
Soddisfacente	44,0	45,1	53,2	42,9	40,1	44,5	36,3	37,4
Insoddisfacente	6,6	6,0	1,9	8,2	7,1	5,5	9,3	7,7
Pessimo	1,1	1,1	1,1	2,7	2,2	0,5	2,2	1,1
Non so	20,8	14,3	9,4	13,2	12,1	12,7	32,4	17,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(segue)

	Informazioni sulla diagnosi	Condizioni fisiche e psicologiche durante la permanenza in reparto	Qualità generale dell'ambiente	Orario del ricovero	Qualità del vitto	Trattamento durante il ricovero
Ottimo	25,8	29,1	26,4	13,9	25,3	22,5
Soddisfacente	41,8	46,7	51,6	40,1	47,8	50,0
Insoddisfacente	11,5	6,0	4,4	8,8	11,0	7,7
Pessimo	3,8	2,2	2,7	3,8	1,6	4,4
Non so	17,1	16,0	14,9	31,4	14,3	15,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Circa le risposte sugli aspetti giudicati positivamente e quelli giudicati in modo negativo, occorre anzitutto rilevare che nel primo caso solo 70 intervistati hanno indicato una risposta, nel secondo appena 55.

L'aspetto maggiormente gradito è la disponibilità e la cortesia del personale, indicato da 31 intervistati, seguito dalla professionalità e competenza degli operatori, la cui qualità è sottolineata dal 30% dei rispondenti.

Tab. 7 - Pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: aspetti graditi

	Valori assoluti	%
Disponibilità, cortesia	31	44,3
Professionalità, competenza	21	30,0
Aspetti organizzativi e strutturali	13	18,6
Ascolto, comunicazione	5	7,1
Totale	70	100,0

Riguardo agli aspetti sgraditi, la maggior parte (il 41,8%) di coloro che hanno indicato una risposta (55 intervistati) esprime un disagio circa alcune abitudini della vita nel reparto (orari, divieti, ecc.), mentre il 27,3% si sofferma su aspetti connessi alla

qualità dei servizi non sanitari della struttura (qualità del vitto, pulizia dei locali, ecc.)

**Tab. 8 - Pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: aspetti sgraditi**

	Valori assoluti	%
Abitudini	23	41,8
Aspetti strutturali (vitto, pulizia, ecc.)	15	27,3
Professionalità, competenza	12	21,8
Aspetti individuali	5	9,1
Totale	55	100,0

### Le opinioni dei familiari

Dall'analisi dei questionari somministrati ai familiari del servizio psichiatrico di diagnosi e cura emerge una diffusa soddisfazione per i livelli qualitativi del servizio. Circa i tre quarti degli intervistati indicano un giudizio "ottimo" o "soddisfacente", mentre coloro che esprimono pareri critici rappresentano una quantità del tutto esigua, attestabile mediamente attorno al 7%.

La dimensione che richiama il maggior entusiasmo è quella relativa al comportamento degli infermieri: in questo caso il 50% degli intervistati indica un giudizio "ottimo", e un cospicuo 33% un giudizio di "soddisfazione". Il giudizio di "ottimo" prevale su quello di "soddisfacente" anche per quanto concerne il comportamento dei medici e la qualità delle informazioni circa le consuetudini del reparto. Anche in questo caso, rispetto al comportamento degli assistenti sociali una parte cospicua degli intervistati preferisce non prendere posizione e rispondere "non so". Per le altre aree esplorate prevalgono al contrario i giudizi "soddisfacente". L'unica dimensione che richiama un numero non irrisorio di giudizi negativi è quella relativa all'informazione sulla diagnosi e sul possibile sviluppo dei disturbi: coloro che esprimono un giudizio "insoddisfacente" rappresentano il 12,4% del totale, quasi il doppio rispetto alle altre aree.

Emerge, perciò, un aspetto problematico che - seppure in modo non dirimpante - ricorre longitudinalmente in tutta la ricerca e individua un deficit di comunicazione tra la struttura e l'utenza diretta e indiretta. Degno di nota è, infine, l'8,3% di pareri di critica rivolti alle condizioni complessive degli ambienti.

**Tab. 9 - Familiari dei pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: quadro delle risposte**

	Durata del tempo di attesa	Modalità di accoglienza	Condizioni degli ambienti	Indicazioni sulle condutture del reparto	Comportamento medici e psicologi	Comportamento infermieri
Ottimo	31,4	39,6	33,7	42,6	45,6	50,3
Soddisfacente	45,6	42,6	44,4	37,3	31,4	33,1
Insoddisfacente	4,7	4,7	8,3	5,3	6,5	3,6
Pessimo	1,2	1,2	0,6	0,0	1,2	0,0
Non so	17,1	11,9	13,0	14,8	15,3	13,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Tab. 9 (segue)**

	Comportamento operatori sociali	Capacità di ascolto e comprensione dei medici	Capacità di ascolto e comprensione degli assistenti sociali	Trattamento durante il ricovero	Informazioni sulla diagnosi e sviluppo dell'esortità	Condizioni primarie in reparto	Giudizio generale sull'ambiente
Ottimo	26,6	33,1	23,7	39,6	27,8	22,5	35,5
Soddisfacente	29,6	33,7	33,7	40,8	36,1	47,9	46,7
Insoddisfacente	2,4	5,3	5,3	4,7	12,4	5,9	5,3
Pessimo	0,0	1,8	0,6	1,2	1,2	1,8	6,6
Non so	41,4	22,5	36,7	13,7	22,5	21,9	11,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 168

Le domande aperte poste alla fine della scheda di analisi confermano quanto emerge dalla lettura sinottica delle risposte raccolte. Quasi il 60% degli intervistati individua nella disponibilità e nella cortesia del personale l'aspetto di maggior pregio del servizio, seguito dalla professionalità degli operatori (il 28,3%).



Tab. 10 - Familiari dei pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: aspetti graditi

	Valori assoluti	%
Disponibilità, cortesia	27	58,7
Professionalità, competenza	13	28,3
Ascolto, comunicazione	5	10,9
Aspetti organizzativi e strutturali	1	2,1
<b>Totale</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Le risposte circa gli aspetti sgraditi sono state decisamente poco numerose (solo 31 intervistati, pari a meno di un intervistato su cinque): come esemplificato dalla tabella, gli intervistati hanno indicato in modo quasi equanime le abitudini imposte dall'organizzazione, gli aspetti materiali dell'offerta e la professionalità del personale.

Tab. 11 - Familiari dei pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: aspetti sgraditi

	Valori assoluti	%
Abitudini	10	32,3
Aspetti strutturali (vitto, pulizia, ecc.)	10	32,3
Professionalità, competenza	7	22,6
Aspetti individuali	4	12,8
<b>Totale</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

### Il Centro di Salute Mentale Le opinioni dei pazienti

I pazienti del Centro di Salute Mentale indicano risposte di grande soddisfazione circa la qualità del servizio erogato. La soddisfazione è massiccia, quasi "ovvia", a stare alle risposte indicate: un numero preponderante degli intervistati - che oscilla tra il 53% e l'83% - indica per tutte le aree analizzate di essere "sempre"

soddisfatto. Gli intervistati si mostrano particolarmente soddisfatti circa il rispetto con cui gli operatori trattano i pazienti (in questo caso - quasi plebiscitario - le risposte "sempre" superano l'80% del totale); così pure relativamente al fatto che il personale si mostra disponibile e pronto all'aiuto.

I giudizi meno positivi rimangono circoscritti su percentuali del tutto esigue (oscillanti tra il 3 e il 10% circa). Le aree in cui i giudizi di minor entusiasmo prevalgono sono quelle relative all'informazione erogata sull'andamento della terapia e sugli effetti delle cure somministrati (in entrambi i casi la somma delle risposte "qualche volta" e "raramente" supera l'11%).

Tab. 12 - Pazienti del Centro di Salute Mentale: quadro delle risposte

	Trattato con rispetto	Breve le cure e le cure adeguate	Il personale è cortese sempre	Soddisfazione per il modo di essere del personale	Raccomanda il servizio a chi non ama	Azienda nella quale si sta bene	Informato sull'andamento della terapia	Informato sugli effetti delle cure
Sempre	83,5	54,8	79,1	63,5	68,7	53,0	60,0	54,8
La maggior parte delle volte	12,2	26,1	11,3	14,8	15,7	30,4	20,0	21,7
Qualche volta	2,6	6,1	2,6	3,5	7,0	7,0	7,8	7,8
Raramente	0,0	0,9	0,9	0,9	1,7	1,7	1,3	3,5
Non so, non risponde	1,7	12,1	6,1	17,3	6,9	7,9	7,9	12,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

N = 46

Fra gli aspetti maggiormente graditi dai pazienti risalta la disponibilità e la cortesia degli operatori (indicata dal 55,4% di coloro che hanno risposto), seguita dalla competenza professionale (che riceve quasi il 28% delle risposte).

Tab. 13 - Pazienti del Centro di Salute Mentale: aspetti graditi

	Valori assoluti	%
Disponibilità, cortesia	46	55,4
Professionalità, competenza	23	27,8
Ascolto, comunicazione	7	8,4
Tutto	7	8,4
<b>Totale</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

dei giudizi positivi, quanto per un aumento di quelli più accorti a scapito dei "non so" - riguardano l'aspetto relativo alle informazioni sulla terapia e sugli effetti delle cure.

Tab. 15 - Familiari dei pazienti del Centro di Salute Mentale: quadro delle risposte

	Trattato con rispetto	Ritorno alle cure	Il personale aiuta sempre	Individuazione in cui vengono presi in considerazione i problemi	Esclusione di servizio a un amico	Azienda nella valutazione del problema	Informato sull'andamento della terapia	Informato sugli effetti delle cure
Sempre	85,7	53,1	77,6	53,1	69,4	51,0	59,2	61,2
La maggior parte delle volte	8,2	26,5	16,3	12,2	16,3	28,6	22,4	20,4
Qualche volta	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0	6,1	10,2
Raramente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0	0,0
Non so, non risponde	4,1	20,4	6,1	32,7	12,3	16,4	10,3	8,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 49

### Il Centro diurno/Comunità Le opinioni dei pazienti

Come avviene per gli altri servizi della struttura, anche i pazienti del Centro Diurno e delle Comunità indicano con significativa prevalenza una soddisfazione per la qualità dell'offerta sanitaria. La maggioranza degli intervistati indica la risposta "soddisfatto" (giudizio che oscilla - salvo un'eccezione - tra il 35 e il 50%). L'unica area in cui prevale (con quasi il 40% dei pareri) "molto soddisfatto" riguarda la qualità del posto in cui il paziente abita. Per la quasi totalità delle dimensioni i giudizi "molto soddisfatto" e "soddisfatto" coprono complessivamente circa il 70% delle risposte, a testimonianza di un diffuso sentimento positivo.

Le aree di analisi che ricevono i giudizi di minore soddisfazione riguardano le condizioni fisiche e psicologiche del paziente, nonché i mezzi a disposizione. Un intervistato su quattro è "un po' insoddisfatto" delle proprie condizioni fisiche, mentre uno su cinque si lamenta del vestiario e del denaro di cui dispone. Accanto a tali elementi, l'item relativo alla "voglia di fare" del

A differenza di altri servizi esaminati nel presente studio, in questo caso richiamano il maggior numero di critiche gli aspetti materiali del servizio (quali il vitto, la pulizia dei locali, ecc.) e la stessa professionalità degli operatori. Occorre comunque ricordare che i rispondenti alla domanda riguardante gli aspetti negativi sono appena 19 e che dunque anche in questo caso la gran parte degli intervistati ha preferito non rispondere.

Tab. 14 - Pazienti del Centro di Salute Mentale: aspetti sgraditi

	Valori assoluti	%
Aspetti strutturali (vitto, pulizia, ecc.)	8	42,2
Professionalità, competenza	7	36,8
Ascolto, comunicazione	2	10,5
Tutto	2	10,5
Totale	19	100,0

### Le opinioni dei familiari

Anche i familiari dei pazienti del Centro di Salute Mentale esprimono in modo compatto la propria soddisfazione per la qualità del servizio. Così come avviene per i pazienti del servizio, il giudizio più frequentemente indicato, per tutte le dimensioni analizzate, è "sempre"; i giudizi di critica vengono indicati da un numero di intervistati del tutto irrisorio ("raramente" è scelto da nessun intervistato per quasi tutte le aree indagate, e "qualche volta" da quantità similmente esigue).

La dimensione che riceve il maggior plauso è quella che indaga se il personale è disponibile e pronto ad aiutare i pazienti: in questo caso tre quarti dei familiari esprimono il perentorio giudizio "sempre"; in modo simile, quasi il 70% raccomanderebbe "sempre" il servizio a un amico che ne avesse bisogno.

In un quadro di così palese entusiasmo, le uniche voci leggermente al di sotto delle altre - non tanto per la minor quantità

l'individuo evidenzia lo stato di difficoltà del paziente e la propria condizione di inadeguatezza esistenziale: in questo caso almeno di un intervistato su cinque esprime risposte di soddisfazione, mentre un significativo 40,7% indica "un po' insoddisfatto" e il 25,9% si ritiene "molto insoddisfatto".

Tab. 16 - Pazienti del Centro diurno/Comunità: quadro delle risposte

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Un po' insoddisfatto	Molto insoddisfatto	Non so	Totale
Come sta fisicamente	13,0	50,0	25,9	5,6	5,5	100,0
Stato d'animo	18,5	50,0	16,7	3,7	11,1	100,0
Cibo	35,2	38,9	16,7	5,6	3,6	100,0
Vestitario	20,4	51,9	22,2	0,0	5,5	100,0
Ordine e pulizia personale	29,6	48,1	9,3	5,6	7,4	100,0
Posto in cui abita	38,9	35,2	9,3	13,0	3,6	100,0
Città dove vive	25,9	51,9	11,1	7,4	3,7	100,0
Voglia di fare	5,6	13,0	40,7	25,9	14,8	100,0
Denaro di cui dispone	13,0	42,6	20,4	7,4	16,6	100,0
Rispetto ai precedenti aspetti della vita	16,7	53,7	13,0	5,6	11,0	100,0

N=54

L'analisi delle domande aperte consente di individuare meglio gli aspetti particolari di maggiore e minor pregio. A differenza di altri servizi del D.S.M., la residenzialità (totale o parziale) stimola un numero cospicuo di risposte inerenti al "clima relazionale" presente nelle strutture, indicato da 12 persone su 38. Alcuni intervistati indicano la professionalità degli operatori come il maggior aspetto qualificante, mentre altri preferiscono indicare che "tutto" funziona al meglio.

Tab. 17 - Pazienti del Centro diurno/Comunità: aspetti graditi

	Valori assoluti	%
Aspetti relazionali	12	31,6
Professionalità, competenza	8	21,1
Tutto	7	18,4
Disponibilità, cortesia	6	15,8
Aspetti organizzativi e strutturali	5	13,1
Totale	38	100,0

Come osservabile nelle altre rilevazioni, gli aspetti che gli ospiti sembrano gradire meno riguardano le abitudini imposte dalla vita nella struttura (orari, obblighi, divieti).

Tab. 18 - Pazienti del Centro diurno/Comunità: aspetti sgraditi

	Valori assoluti	%
Abitudini	10	43,5
Aspetti strutturali (vitto, pulizia, ecc.)	6	26,1
Professionalità, competenza	6	26,1
Aspetti individuali	1	4,3
Totale	23	100,0

### Le opinioni dei familiari

I familiari dei pazienti del centro diurno e delle comunità mostrano un generale appagamento per la qualità del servizio. Più dei due terzi degli intervistati esprimono mediamente giudizi di massima e media soddisfazione, con punte dell'80% circa (è il caso del cibo, rispetto al quale un intervistato su due è "molto

soddisfatto", o del posto in cui abita, che richiama giudizi positivi nell'83% dei casi).

I giudizi "un po' insoddisfatto" e "molto insoddisfatto" - per quanto contenuti - sono maggiori di quanto non avvenga per le altre sezioni dell'indagine qui presentata. Un intervistato su quattro non è contento del vestiario di cui il familiare dispone, dell'ordine e della pulizia personale e del denaro a propria disposizione. Così come avviene per gli stessi pazienti, anche i familiari evidenziano come il proprio caro non abbia molta "voglia di fare": il 16,7% dei pazienti si mostra a tale riguardo insoddisfatto e più dell'8% è "molto insoddisfatto".

Tab. 19 - Familiari dei pazienti del Centro diurno/Comunità: quadro generale

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Un po' insoddisfatto	Molto insoddisfatto	Non so	Totale
Come sta fisicamente	29,2	41,7	12,5	4,2	12,4	100,0
Stato d'animo	25,0	41,7	16,7	4,2	12,4	100,0
Cibo	50,0	29,1	12,5	4,2	4,2	100,0
Vestiario	16,7	45,8	20,8	4,2	12,5	100,0
Ordine e pulizia personale	33,3	37,5	16,7	4,2	8,3	100,0
Posto in cui abita	33,3	50,0	8,3	4,2	4,2	100,0
Città dove vive	25,0	54,1	4,2	12,5	4,2	100,0
Voglia di fare	16,6	50,0	16,7	8,3	8,4	100,0
Denaro di cui dispone	4,2	41,7	12,5	12,5	29,1	100,0
Rispetto ai precedenti aspetti della vita	33,3	25,0	16,7	8,3	16,7	100,0

Pochi intervistati hanno risposto alle domande aperte e le risposte rispetto agli elementi più graditi si ripartiscono uniformemente tra gli aspetti relazionali, quelli medico-professionali e quelli materiali.

Tab. 20 - Familiari dei pazienti del Centro diurno/Comunità: aspetti graditi

	Valori assoluti	%
Relazioni	5	33,3
Professionalità, competenza	5	33,3
Aspetti strutturali	5	33,3
Totale	15	100,0

Anche riguardo agli aspetti negativi, le considerazioni effettuate sono limitate dall'esiguità del totale dei rispondenti (11 pazienti). Poco graditi risultano alcuni aspetti di tipo professionale, alcune abitudini delle strutture e alcuni aspetti di ordine materiale.

Tab. 21 - Familiari dei pazienti del Centro diurno/Comunità: aspetti sgraditi

	Valori assoluti	%
Professionalità, competenza	4	36,4
Abitudini	3	27,3
Aspetti strutturali (vito, pulizia, ecc.)	3	27,3
Aspetti relazionali	1	9,0
Totale	11	100,0

### 3.3. Conclusioni

La ricerca ha consentito di esplorare il pianeta spesso sconosciuto, anonimo e inafferrabile dell'utenza dei servizi erogati dal D.S.M. Teramo 1. Pur nella ovvia perfeibilità dell'indagine - la cui base conoscitiva potrà essere estesa da ulteriori ricerche di tipo qualitativo e la cui impostazione metodologica potrà essere ul-

di atteggiamento tipo Likert, che sollecitano risposte frettolose e talvolta "automatiche";

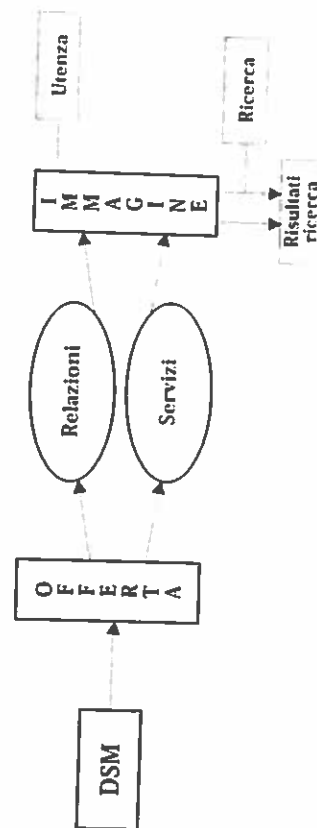
- in terzo luogo si pone un problema - già affrontato nel corso del precedente capitolo - di "soggezione" degli intervistati, che tendono frequentemente ad assecondare i presunti desideri degli intervistatori. In ordine a tale problema si possono considerare tre ordini di variabili su cui in alcuni casi si potrebbe intervenire:

- *il luogo dell'intervista*: l'interno dell'ospedale si configura come uno spazio per nulla "neutrale" e pone l'intervistato in una condizione di estraneità. Le interviste potrebbero al contrario essere svolte nel territorio più congeniale all'intervistato quale la sua abitazione;

- *l'identità dell'intervistatore*: un intervistatore che opera all'interno dell'organizzazione sanitaria induce a uno stato di inconsapevole soggezione. Si pensi, per citare due esempi significativi e per nulla rari al caso in cui i due interlocutori sono già entrati in contatto precedentemente per ragioni professionali o al caso in cui l'intervistatore mostra chiaramente i segni della propria appartenenza professionale (camice, cartellino, ecc.). Anche in questo caso l'intervistato si troverebbe in una situazione di minore pressione psicologica se avesse di fronte - quale intervistatore - un interlocutore funzionalmente *terzo* rispetto alle dinamiche di cura;

- infine, come sopra ricordato, lo stesso *strumento di indagine*. Un maggiore ricorso a domande a imbuto, capaci di introdurre l'intervistato nella difficile situazione del giudizio o della confessione avrebbe diminuito la pressione psicologica indotta dalla batteria di domande dirette e automatiche.

Figura n. 5



riormente raffinata - i risultati da essa scaturiti appaiono utili a trattare un primo profilo interpretativo.

Preliminarmente, appare degno di nota il fatto che la presente ricerca non si sia limitata ad indagare sulle rappresentazioni sperimentate dall'utenza del servizio *in senso stretto*, ma che abbia, al contrario, preferito operare su un concetto di utenza esteso alle realtà familiari, contesto ineludibile in un ambito esperienziale come quello qui trattato. Il ruolo cruciale svolto dalle famiglie dei pazienti psichiatrici è in questa esperienza di valutazione giustamente valorizzato: al pari di quelle espresse dai malati, le indicazioni dei familiari appaiono utili a disegnare un quadro complessivo del servizio proposto e a considerare - in chiave di riprogettazione dei servizi - i segmenti più vulnerabili e le aree più urgenti di lavoro.

In secondo luogo si rende opportuna qualche considerazione di ordine metodologico. Le schede di analisi predisposte dal Nucleo di Valutazione - benché utili a indicare con chiarezza alcune linee generali traducibili in concrete iniziative progettuali - avrebbero potuto, attraverso una differente impostazione metodologica, aumentare ulteriormente il proprio potenziale conoscitivo.

In particolare, come in parte già notato, sarebbe stato a nostro avviso più utile e conoscitivamente vantaggioso concepire unicamente due schede, una per i pazienti e una per i familiari, *ripotando all'interno la tipologia di servizio di riferimento*. In questo modo si avrebbe avuto uno strumento di rilevazione omogeneo che avrebbe consentito di trattare simultaneamente alcune informazioni generali su un campione più vasto, senza tuttavia inficiare le successive analisi settoriali.

Inoltre, si è già manifestato il dubbio che la grande quantità di risposte indicanti massima soddisfazione induca a qualche cautela e qualche sospetto circa l'affidabilità dello strumento. A tale riguardo si può osservare, schematicamente:

- un attento pretest avrebbe consentito di tarare meglio lo strumento e cogliere - prima attraverso rilevazioni di tipo qualitativo, poi attraverso la verifica del questionario - sia le dinamiche più rilevanti, sia la capacità esplorativa e i limiti della scheda di analisi;
- per quanto concerne poi l'impostazione stessa dei questionari, sarebbe stato più utile e secondo "movimentare" maggiormente l'intervista, anziché proporre esclusivamente una batteria di scale

La Figura 5 riporta - similmente a quanto osservato nel cap. 2 - una traccia interpretativa generale: in questo caso, alla luce delle considerazioni ora esposte, ci si chiede in che misura l'impostazione metodologica della ricerca abbia potuto influenzare il profilo del D.S.M. evidenziato.

Complessivamente, i dati riportano una situazione di significativa soddisfazione circa il livello qualitativo del servizio offerto. Per tutte le aree analizzate gli utenti esprimono, in alcuni casi senza eccezioni, un chiaro gradimento del servizio nonché delle condizioni logistiche e strutturali dell'offerta sanitaria.

Sia le prestazioni dei medici che quelle degli infermieri ricevono frequenti apprezzamenti da parte dei pazienti e dei familiari: in particolare, l'elemento che pare essere centrale nelle percezioni dell'utenza si incentra proprio sulla disponibilità e sulla cortesia del personale, non solo competente, ma anche - e soprattutto - in grado di interpretare i bisogni dei propri assistiti.

Come spesso avviene in ambito sanitario, e come documentato in molte ricerche similari<sup>3</sup>, il versante comunicativo appare come una delle sfide più delicate per i servizi sanitari. Terreno di competenza e abilità individuale, nonché di azione di sistema, la comunicazione rappresenta un elemento cruciale nella costruzione delle rappresentazioni sociali del servizio.

La ricerca valutativa - per questo come per altri elementi emersi dal presente studio - consente di enucleare i punti cruciali attorno ai quali implementare nuove azioni di progettazione che siano sempre più consapevoli dell'effettivo livello dell'offerta in atto e dei bisogni più o meno consapevolmente espressi dall'utenza: la riprogettazione del servizio - le cui forme e i cui presupposti dovranno essere attentamente meditati e inquadrati in contesto culturale e sociale in profonda trasformazione - può così avvalersi di un contributo prospettico essenziale, quello dell'utenza, nell'economia generale del progetto.

## Bibliografia

- AAVV, *Volontariato e tutela dei diritti del cittadino malato*, Atti del convegno "La sanità che vorremmo: il cittadino al centro del servizio sanitario", Teramo, 16 novembre 2000.
- Bezzi C., *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Bezzi C., *La valutazione dei servizi alla persona*, Giada, Perugia, 2000.
- Boileau A.M., "Ricerca valutativa", in A. Demarchi (a cura di), *Dizionario di sociologia*, Ed. Paoline, Torino, 1976.
- Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1999.
- De Sandre I., "Valutazione diffusa. Riflettere e comunicare sulla qualità", *Rassegna italiana di Valutazione* 1999.
- Donabedian A., *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.
- Donati P. (a cura di), *Manuale di sociologia sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.
- Frudà L., *Metodologie valutative e sociologia applicata*, Euroma, Roma, 1997.
- Frudà L., *Le scale di atteggiamento nella ricerca sociale*, Euroma - La Goliardica, Roma, 1989.
- Frudà L., "Ricerca valutativa, controllo di qualità e innovazione nella pubblica amministrazione e nella gestione dei servizi pubblici", in *Studi di Sociologia*, Anno XXXV, Aprile-Giugno 1997.
- Guala C., *Metodi della ricerca sociale*, Carocci, Roma, 2000.
- Hanau C., "La qualità percepita dagli utenti, in "Salute e territorio", n. 122, Settembre-Ottobre 2000.
- Marradi A., "Concetti e metodi per la ricerca sociale", in M. Cardano, R. Miceli, *Il linguaggio delle variabili*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1991.
- Palumbo M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Palumbo M., *Valutazione 2000*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Ranci Ortigosa (a cura di), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- N. Stame, *L'esperienza della valutazione*, Seam, Milano, 1998.
- Stame N., "Valutazione ex post e conseguenze inattese", in *Sociologia e ricerca sociale*, 31, 1990.
- Vecchiato T., *La valutazione della qualità nei servizi*, Fondazione E. Zancan, Milano, 2000.

3 Cfr. ad esempio il cap. 2 del presente volume

## APPENDICI



# Appendice 1. "I servizi ospedalieri: la qualità percepita dai cittadini"

(di Alessandra Dell'Orto)

## Questionario

Le chiediamo gentilmente di rispondere alle domande del questionario, seguendo la prima idea che le viene in mente. Le garantiamo l'assoluto anonimato dei dati richiesti, che saranno trattati a soli scopi statistici (ai sensi della legge 675 sulla tutela dei dati personali). La ringraziamo per la collaborazione prestata a questa iniziativa.

## Parte generale

- Negli ultimi 6 mesi Lei ha utilizzato o ha assistito chi ha utilizzato i servizi dell'ospedale di Teramo?  
SI ? NO ?

*Se SI, le chiediamo di proseguire rispondendo alle domande 2 e 3, alle domande riguardanti il servizio da lei utilizzato e alla n. 9. Se NO le chiediamo di rispondere alla seguente domanda:*

1. Come giudica in generale la qualità dei servizi?

- Molto buona
- Buona
- Sufficiente
- Insufficiente
- Scadente
- Molto scadente
- Nessun giudizio

2. Se SI risponda alle domande 2 e 3 del servizio utilizzato

Pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	(vada al quesito n.4)
Servizi di diagnosi	<input type="checkbox"/>	(vada al quesito n.5)
Uffici, sportelli, URP	<input type="checkbox"/>	(vada al quesito n.6)
Servizi cura/ ricovero	<input type="checkbox"/>	(vada al quesito n.7)
Servizi volontari di tutela dei diritti del malato	<input type="checkbox"/>	(vada al quesito n.8)

3. In generale come giudica la qualità del servizio utilizzato in base alla scala di valori qui proposta?

Per ogni servizio utilizzato scelga un solo giudizio

	Molto buona	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Scadente	Molto scadente
Pronto soccorso						
Servizi di diagnosi						
Uffici, sportelli, URP						
Servizi cura/ ricovero						
Servizi volontari di tutela dei diritti del malato						

#### Servizi ospedalieri

4. In particolare sulla base della sua esperienza come giudica la qualità del servizio di Pronto Soccorso?

Per ogni servizio utilizzato scelga un solo giudizio

	Molto buona	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Scadente	Molto scadente
Comfort e pulizia degli ambienti						
Capacità di ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari...)						
Modalità di accesso al servizio al momento dell'uso (liste di attesa, code, puntualità...)						
Capacità di informare gli utenti (pazienti, familiari...)						
Gentilezza, cortesia, rispetto della persona (privacy...)						
Impegno e professionalità degli operatori						

5. In particolare sulla base della sua esperienza come giudica la qualità dei Servizi di Diagnosi (ambulatorio, laboratorio, radiologia)?

Per ogni servizio utilizzato scelga un solo giudizio

	Molto buona	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Scadente	Molto scadente
Comfort e pulizia degli ambienti						
Capacità di ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari...)						
Modalità di accesso al servizio al momento dell'uso (liste di attesa, code, puntualità...)						
Capacità di informare gli utenti (pazienti, familiari...)						
Reperibilità del servizio al momento del bisogno						
Gentilezza, cortesia, rispetto della persona (privacy...)						
Impegno e professionalità degli operatori						
Velocità nella consegna dei referti/ certificati						

6. In particolare sulla base della sua esperienza come giudica la qualità degli uffici, sportelli, uffici Relazioni con il pubblico?

Per ogni servizio utilizzato scelga un solo giudizio

	Molto buona	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Scadente	Molto scadente
Comfort e pulizia degli ambienti						
Capacità di ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari...)						
Modalità di accesso al servizio al momento dell'uso (liste di attesa, code, puntualità...)						
Capacità di informare gli utenti (pazienti, familiari...)						
Reperibilità del servizio al momento del bisogno						
Gentilezza, cortesia, rispetto della persona (privacy...)						
Impegno e professionalità degli operatori						
Semplicità di prenotazione di visite ed esami						
Rapidità nel rispondere al reclamo						

7. In particolare sulla base della sua esperienza come giudica la qualità dei servizi di cura - ricovero?

Per ogni servizio utilizzato scelga un solo giudizio

	Molto buona	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Scadente	Molto scadente
Comfort e pulizia degli ambienti						
Qualità del vitto						
Capacità di ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari...)						
Modalità di accesso al servizio al momento dell'uso (liste di attesa, code, puntualità...)						
Capacità di informare gli utenti (pazienti, familiari...)						
Reperibilità del servizio al momento del bisogno						
Gentilezza, cortesia, rispetto della persona (privacy...)						
Impegno e professionalità degli infermieri						
Impegno e professionalità del medico						

8. In particolare sulla base della sua esperienza come giudica la qualità dei SERVIZI VOLONTARI DI TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO?

Per ogni servizio utilizzato scelga un solo giudizio

	Molto buona	Buona	Sufficiente	Insufficiente	Scadente	Molto scadente
Comfort e pulizia degli ambienti						
Capacità di ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari...)						
Capacità di informare gli utenti (pazienti, familiari...)						
Reperibilità del servizio al momento del bisogno						
Gentilezza, cortesia, rispetto della persona (privacy...)						
Impegno e professionalità degli operatori						
Modalità di raccolta dei reclami						

### Giudizio complessivo

9. Come giudica in generale la qualità dei servizi?

- Molto buona
- Buona
- Sufficiente
- Insufficiente
- Scadente
- Molto scadente
- Nessun giudizio

### Domanda aperta

10. Lei che cosa suggerirebbe per migliorare la qualità dei servizi ospedalieri?

---



---



---

### Dati statistici

- Femmina
- Maschio

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Attuale posizione lavorativa \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

## Appendice 2. Questionari della ricerca sulla qualità del D.S.M. "Teramo 1"

(di Folco Cimagalli)

### Questionario sulla soddisfazione dei pazienti dell'ambulatorio del D.S.M. "Teramo 1"

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano l'ambulatorio. La preghiamo di indicare qual'è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sull'ambulatorio. Le risposte saranno le seguenti:

- Non so
- Sempre
- La maggior parte delle volte
- Qualche volta
- Raramente

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Che giorno è?

Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Quanti anni ha? \_\_\_\_\_

Da quanto tempo è in cura presso questo ambulatorio?

Le sembra di essere trattato con rispetto dagli operatori dell'ambulatorio?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sembra di ricevere le cure che si aspettava per la soluzione del suo problema?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raccomanderebbe questo ambulatorio a un suo amico che avesse bisogno di cure?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sembra di essere stato aiutato nella soluzione dei suoi problemi da quando frequenta l'ambulatorio?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Viene regolarmente informato di come sta andando la terapia?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È stato informato su quello che dovrebbero fare le cure a cui si sta sottoponendo? (Vantaggi ed effetti spiacevoli)

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per favore scriva i suoi commenti

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo ambulatorio è:

---

---

---

La cosa che ho gradito meno è:

---

---

---

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

## Questionario sulla soddisfazione dei pazienti del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano il Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura. La preghiamo di indicare qual è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sul Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura. Le risposte saranno le seguenti:

- Pessimo
- Insoddisfacente
- Soddisfacente
- Ottimo
- Non so

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Secondo la sua opinione la durata del tempo di attesa per il ricovero è:

Pessimo	Insoddisfacente	Soddisfacente	Ottimo	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secondo la sua opinione le modalità di accoglienza in reparto sono:

Pessimo	Insoddisfacente	Soddisfacente	Ottimo	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secondo la sua opinione ha trovato le condizioni (igieniche, ordine, temperatura) degli ambienti del reparto in stato:

Pessimo	Insoddisfacente	Soddisfacente	Ottimo	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il suo giudizio sulle indicazioni fornite da parte del personale infermieristico riguardo le consuetudini del reparto (quali: uso dei campanelli, luce, telefono, orario di visita, orario di colloquio con i medici, divieto di introdurre bevande alcoliche, bottiglie di vetro, divieto di fumare, etc.) è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul modo di comportarsi dei medici e degli psicologi in reparto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul modo di comportarsi del personale infermieristico in reparto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul modo di comportarsi delle assistenti sociali in reparto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Pensa che la capacità da parte dei medici e degli psicologi di ascoltare comprendere e dare una risposta ai suoi problemi sia:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sull'orario di somministrazione del vitto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Trova che la quantità del vitto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Trova che la qualità del vitto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul trattamento avuto durante il ricovero è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sulle informazioni ricevute relative alla diagnosi e al possibile sviluppo dei disturbi è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Ritiene che le sue condizioni fisiche e psicologiche dopo la permanenza in reparto siano in uno stato:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul carattere generale dell'ambiente è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Per favore, scriva i suoi commenti

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo Servizio Psichiatrico è:

---

---

---

---

La cosa che ho gradito meno è:

---

---

---

---

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

## Questionario sulla soddisfazione dei familiari dei pazienti del Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano il Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura. La preghiamo di indicare qual è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sul Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura. Le risposte saranno le seguenti:

- Pessimo
- Insoddisfacente
- Soddisfacente
- Ottimo
- Non so

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Secondo la sua opinione la durata del tempo di attesa per il ricovero è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Secondo la sua opinione le modalità di accoglienza in reparto sono:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Secondo la sua opinione ha trovato le condizioni (igieniche, ordine, temperatura) degli ambienti del reparto in stato:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so



Il suo giudizio sulle indicazioni fornite da parte del personale infermieristico riguardo le consuetudini del reparto (quali: uso dei campanelli, luce, telefono, orario di visita, orario di colloquio con i medici, divieto di introdurre bevande alcoliche, bottiglie di vetro, divieto di fumare, etc.) è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul modo di comportarsi dei medici e degli psicologi in reparto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul modo di comportarsi del personale infermieristico in reparto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul modo di comportarsi degli assistenti sociali in reparto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Pensa che la capacità da parte dei medici e degli psicologi di ascoltare comprendere e dare una risposta ai suoi problemi sia:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sull'orario di somministrazione del vitto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Trova che la quantità del vitto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Trova che la qualità del vitto è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul trattamento avuto durante il ricovero è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sulle informazioni ricevute relative alla diagnosi e al possibile sviluppo dei disturbi è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Ritiene che le sue condizioni fisiche e psicologiche dopo la permanenza in reparto siano in uno stato:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Il suo giudizio sul carattere generale dell'ambiente è:

Pessimo     Insoddisfacente     Soddisfacente     Ottimo     Non so

Per favore, scriva i suoi commenti.

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo Servizio Psichiatrico è:

---

---

---

La cosa che ho gradito meno è:

---

---

---

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

## Questionario sulla soddisfazione dei pazienti del Centro di salute mentale

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano il Centro di salute mentale. La preghiamo di indicare qual è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sul Centro di salute mentale. Le risposte saranno le seguenti:

- Non so
- Sempre
- La maggior parte delle volte
- Qualche volta
- Raramente

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Che giorno è?

Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Quanti anni ha? \_\_\_\_\_

Da quanto tempo è in cura presso questo ambulatorio? \_\_\_\_\_

Le sembra de essere trattato con rispetto dagli operatori dell'ambulatorio?

Non so     Sempre     La maggior parte delle volte     Qualche volta     Raramente

Le sembra di ricevere le cure che si aspettava per la soluzione del suo problema?

Non so     Sempre     La maggior parte delle volte     Qualche volta     Raramente

Il personale la aiuta sempre quando ne ha bisogno?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È soddisfatto del modo in cui il personale tratta i pazienti quando sono agitati?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raccomanderebbe questo Centro a un suo amico che avesse bisogno di cure?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sembra di essere stato aiutato nella soluzione dei suoi problemi da quando frequenta il Centro di Salute Mentale?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Viene regolarmente informato di come sta andando la terapia?

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È stato informato su quello che dovrebbero fare le cure a cui si sta sottoponendo? (Vantaggi ed effetti spiacevoli).

Non so	Sempre	La maggior parte delle volte	Qualche volta	Raramente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per favore scriva i suoi commenti.

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo Centro di Salute Mentale è:

---

---

---

La cosa che ho gradito meno è:

---

---

---

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

## Questionario sulla soddisfazione dei familiari dei pazienti del Centro di salute mentale

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano il Centro di salute mentale. La preghiamo di indicare qual è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sul Centro di salute mentale. Le risposte saranno le seguenti:

- Non so
- Sempre
- La maggior parte delle volte
- Qualche volta
- Raramente

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Che giorno è?

Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Quanti anni ha? \_\_\_\_\_

Da quanto tempo il suo familiare è in cura presso questo ambulatorio?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Le sembra che il suo familiare venga trattato con rispetto dagli operatori dell'ambulatorio?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Le sembra che il suo familiare riceva le cure che si aspettava per la soluzione del suo problema?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Il personale aiuta sempre il suo familiare quando ne ha bisogno?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

E' soddisfatto del modo in cui il personale tratta i pazienti quando sono agitati?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Raccomanderebbe questo Centro a un suo amico che avesse bisogno di cure?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Le sembra che il suo familiare sia stato aiutato nella soluzione dei suoi problemi da quando frequenta il Centro di Salute Mentale?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Viene regolarmente informato di come sta andando la terapia del suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È stato informato su quello che dovrebbero fare le cure a cui si sta sottoponendo il suo familiare? (Vantaggi ed effetti spiacevoli).

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Per favore scriva i suoi commenti.

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo Centro di Salute Mentale è:

---

---

---

La cosa che ho gradito meno è:

---

---

---

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

## Questionario su grado di soddisfazione dei pazienti del Centro diurno/Comunità

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano il Centro diurno/Comunità. La preghiamo di indicare qual è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sul Centro diurno/Comunità. Le risposte saranno le seguenti:

- Non so
- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Un po' insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Che età ha? \_\_\_\_\_

Scriva il suo sesso. \_\_\_\_\_

Come si sente fisicamente?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Qual è il suo stato d'animo (il sentirsi tranquillo, nervoso o giù di morale):

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto di quello che mangia?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto di come si veste?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto del suo ordine e della sua pulizia personale?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto del posto dove abita ora?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto della città o paese in cui vive?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto dell'energia e della volontà che ha di fare le cose?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto del denaro di cui dispone?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Per quanto riguarda i precedenti aspetti della sua vita, complessivamente è:

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Per favore scriva i suoi commenti.

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo Centro diurno/Comunità:

\_\_\_\_\_

La cosa che ho gradito meno è:

\_\_\_\_\_

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

## Questionario su grado di soddisfazione dei familiari dei pazienti del Centro diurno/Comunità

Nelle prossime pagine lei troverà diverse domande che riguardano il Centro diurno/Comunità. La preghiamo di indicare qual'è la sua impressione sui vari aspetti segnando con una X la risposta che meglio indica la sua opinione sul Centro diurno/Comunità. Le risposte saranno le seguenti:

- Non so
- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Un po' insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

Legga con attenzione le domande e pensi con calma prima di rispondere. Ricordi che per noi è molto importante che ogni risposta rappresenti la sua vera opinione.

Che età ha? \_\_\_\_\_

Scriva il suo sesso \_\_\_\_\_

Come si sente fisicamente il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Qual è lo stato d'animo del suo familiare (il sentirsi tranquillo, nervoso o giù di morale):

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto di quello che mangia il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto di come si veste il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto del suo ordine e della sua pulizia personale?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto del posto dove abita ora il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto della città o paese in cui vive il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto dell'energia e della volontà che ha di fare le cose il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

È soddisfatto del denaro di cui dispone il suo familiare?

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente

Per quanto riguarda i precedenti aspetti della vita del suo familiare, complessivamente è:

Non so  Sempre  La maggior parte delle volte  Qualche volta  Raramente



## Bibliografia ragionata di riferimento (di Roberto Veraldi)

*Agnoli Maria Stella e Fasanella Antonio*

1996 La scommessa sociologica. Prove tecniche di valutazione, "Sociologia e ricerca sociale", n. 51.

*Altieri Leonardo*

1987 La ricerca valutativa negli interventi sociali, in "Nuovo manuale della ricerca sociologica", a cura di Paolo Guidicini, Franco Angeli, Milano.

*Amendola Giandomenico*

1989 Prevedere per valutare. Gli spazi della sociologia nella valutazione di impatto ambientale, in "I sociologi e l'ambiente", a cura di Franco Martinelli, Bulzoni, Roma.

1991 Qualità della vita, bene comune, rischio accettabile: topoi retorici e/o strettamente concettuali della valutazione d'impatto ambientale, in "La valutazione di impatto ambientale. Un approccio integrato", a cura di F. Beato, Franco Angeli, Milano.

*Armillei Giorgio e Tirabassi Amalia*

1990 Concetti ed "indicatori sociali": ipotesi per uno studio sui processi di trasformazione della famiglia, in "Percorsi e temi di ricerca sociale", a cura di Claudio Bezzi, Protagon, Perugia.

Una riflessione critica sugli indicatori sociali, e un esercizio concreto di costruzione, con riferimenti all'opera di Curatolo (Indicatori sociali per la Toscana, in questa bibliografia) e dell'Irer (Indicatori e rapporti sociali: una proposta per la Regione Lombardia, in questa bibliografia).

*Azzone Giovanni*

1999 Il sistema di controllo di gestione, in Giovanni Azzone e Bruno Dente, "Valutare per governare. Il nuovo sistema dei controlli nelle Pubbliche amministrazioni", Etas, Milano.

*Azzone Giovanni e Dente Bruno (a cura di)*

1999 Valutare per governare. Il nuovo sistema dei controlli nelle Pubbliche amministrazioni, Etas, Milano.

Per favore scriva i suoi commenti

La cosa che ho gradito di più nella mia esperienza in questo Centro diurno/Comunità:

---

---

---

---

---

---

La cosa che ho gradito meno è:

---

---

---

---

---

---

La ringraziamo per l'aiuto che ci ha fornito.

Il volume propone una serie di risposte articolate ai problemi che l'Amministrazione pubblica deve affrontare in seguito alle importanti riforme che l'hanno attraversata con successive leggi durante gli anni '90. Il primo capitolo (di Bruno Dente e Giancarlo Vecchi) presenta l'insieme delle problematiche, le relazioni fra apparato pubblico, innovazione e valutazione, e gli approcci valutativi per il miglioramento dell'efficacia, presentandosi come introduzione di notevole spessore alla problematica. I successivi capitoli sono tematici: Azzone presenta dettagliatamente il controllo di gestione; Provenzano la valutazione dei dirigenti; Hinna la problematica dell'audit interno, e infine Lo Schiavo il problema della soddisfazione del cliente, affrontato senza manierismi di moda.

*Bert Giorgio e Giustetto Guido*

1984 Interventi e criteri di valutazione nelle Usl. La Nuova Italia Scientifica, Roma.  
L'utilità del volume, per sociologi sanitari interessati alla valutazione, è soprattutto nel secondo lungo capitolo che passa in rassegna diverse tecniche valutative fra cui il medical audit, gli indicatori, gli eventi sentinella, ecc.

*Bertin Giovanni (a cura di)*

1995 Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali, Franco Angeli, Milano.  
In questo testo l'Autore ha preferito concentrarsi sui alcuni nodi teorici di fondo (la misurazione, la qualità dei servizi, ecc.) e su alcune tecniche di ricerca valutativa trattate in modo più approfondito che nel precedente volume. In quanto opera a più mani presenta una certa discontinuità concettuale, oltre che di prosa, ed è particolarmente dedicato alla valutazione in ambito socio-sanitario, ma indubbiamente alcune questioni trovano qui una trattazione non altrimenti approfondita in altri testi, come p.es. l'analisi tramite Ngt e multivariata.

*Bezzi Claudio*

2000 La valutazione dei servizi alla persona, Giada, Perugia.  
Un manuale di piccolo formato pensato esplicitamente per azioni formative e divulgative sulla valutazione, e in particolare sulla valutazione nei servizi sociali e sanitari (con riferimenti anche a quelli formativi). Oltre ai concetti fondamentali, che consentono di comprendere cosa sia

la valutazione, si passa in rassegna il panorama degli approcci metodologici e delle tecniche e si offrono al lettore diversi casi di studio.

*Bezzi Claudio e Palumbo Mauro*

1995 Questionario e dintorni, Arnaud-Gramma, Perugia  
Un manuale che illustra tutto il percorso di una ricerca sociologica, passo dopo passo, ed in particolare le fasi di ricerca basata su questionari; pur non trascurando una sistematizzazione concettuale generale, la riflessione sul disegno della ricerca, sul campionamento e l'analisi dei dati, la parte più originale e completa è probabilmente quella centrale, dove si analizzano dettagliatamente i diversi tipi di domande inseribili in un questionario, individuando di volta in volta soluzioni redazionali e proposte di codifica.

*Buracchio D., Tiberio A.,*

Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali, Angeli, Milano, 2001.

Questo volume offre una attenta e acuta riflessione sulle trasformazioni normative che hanno accompagnato la transizione dal vecchio al nuovo modello di welfare e pertanto hanno investito le politiche dei servizi alla persona, attraverso una attenta trattazione dei temi che toccano le varie dimensioni dell'argomento, dal punto di vista metodologico a quello etico, da quello politico a quello istituzionale.

*Censis*

1991 Speciale valutazione. Politiche pubbliche e controllo di qualità, "Note e commenti", 1/2.

Un fascicolo abbastanza ampio con nove contributi, di livello ed interesse diverso, tendente per lo più ad accreditare il Censis come istituto di ricerca valutativa. Fra gli articoli più interessanti segnaliamo quello di Bucciarelli (La necessità di un approccio sistemico) che problematizza l'analisi valutativa in un contesto 'complesso' com'è quello sociale (su questo si veda il testo al n. 2.4 di questa bibliografia), quello di Mairate sulla valutazione di impatto tecnologico e quello di Radaelli, di carattere generale e forse un po' troppo 'certo' (ma tutto il fascicolo tende ad una scarsa problematizzazione). Diversi contributi riguardano scuola e formazione, anticipando il successivo fascicolo di "Note e commenti" citato al 5.1.

### *Cipolla Costantino*

1988 Teoria della metodologia sociologica. Una metodologia integrata per la ricerca sociale, Franco Angeli, Milano.  
Segnaliamo questo denso e non sempre facile volume in questa rubrica per l'interesse che suscitano, dal punto di vista della riflessione sulla valutazione, una venticinquina di pagine (quelle comprese fra p. 156 e p. 181) che l'Autore dedica alla "ricerca operativa di natura sociologica". Cipolla tratta brevemente dell'approccio 'pragmatista' (in modo sostanzialmente critico) proponendo una soluzione integrata fra analisi teorica e spendibilità pratica della conoscenza sociologica, e successivamente illustra, sinteticamente, quattro esempi di ricerca operativa di natura sociologica: la ricerca-valutazione, la ricerca-azione, la ricerca-intervento e la ricerca-progetto. Tralasciando le altre tre (sulle quali Cipolla è piuttosto critico), le poche pagine che l'Autore spende per la ricerca valutativa sono di estremo interesse per i pochi ma densi suggerimenti che propone sul piano metodologico. Sostanzialmente Cipolla, pur riconoscendo il valore teorico e la spendibilità pratica della valutazione, denuncia il pericolo di trovare in eccesso effetti 'perversi' o 'inattesi' dovuti semplicemente alla fragilità di ipotesi troppo vincolate dalle logiche del programma sottoposto a valutazione, e sottolinea la sostanziale identità fra valutazione e ricerca conoscitiva in genere, salvo il ribaltamento dei ruoli, nella valutazione, fra variabili dipendenti ed indipendenti.

### *Cipolla C., Girelli G., Altieri L., (a cura di)*

Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti, Angeli, Milano, 2002.

In quest'opera si cerca di portare all'attenzione del grande pubblico un tema caldo come quello della valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari. Questo volume vuole offrire come primo approccio una ricostruzione delle ragioni che hanno portato ad una nuova applicazione del welfare state passando, poi, ad una rassegna delle metodologie valutative e gestionali della qualità per concludersi con un approccio fondato sulla dinamica interconnessione dei vari punti di vista nella gestione della qualità.

### *Donabedian Avedis*

1990 La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Un altro 'classico' della valutazione sanitaria, scritto da un autore di formazione medica, che si pone esplicitamente ad un livello teorico generale. Per Donabedian 'qualità' è innanzitutto una caratteristica della prestazione sanitaria individuale, in parte trasferibile concettualmente a livelli più ampi (politiche sanitarie), e dalla definizione piuttosto circoscritta; la qualità è "la capacità attesa di realizzare i maggiori benefici netti secondo le valutazioni dei singoli e della società" (p. 42), e non una proprietà ampia e trasversale che può riempirsi di diversi contenuti; per esempio l'Autore distingue, dalla qualità, i concetti di 'accessibilità', 'continuità' e 'coordinamento' della prestazione.

Strutturalmente si può immaginare il libro come diviso in due parti: nella prima, alla ricerca di un concetto di 'qualità', l'Autore propone anche un'utile tripartizione fra definizione di valutazione della qualità 'assolutista' (tecnicistica), 'indivi-dualizzata' (che comprende il punto di vista del paziente) e 'sociale' (che introduce le implicazioni monetarie dell'assistenza e le sue conseguenze sociali); nella seconda parte infine l'Autore passa in rassegna le interpretazioni di diversi autori alla tripartizione che Donabedian definisce "Struttura à Processo à Esito", e le implicazioni delle diverse posizioni.

### *Donati Pierpaolo (a cura di)*

1987 Manuale di sociologia sanitaria., *La Nuova Italia scientifica, Roma.* È uno dei testi più chiari che divulgarono la valutazione quindici anni fa. Malgrado i riferimenti più specifici alla valutazione in ambito socio-sanitario è un testo introduttivo utile per chiunque voglia capire cosa sia la valutazione in genere.

Uno dei pregi maggiori di questo testo è di saper indicare piuttosto bene il percorso generale, il disegno complessivo di un approccio valutativo, dalla valutazione degli elementi costitutivi di un programma sociale, alla valutazione della sua attuazione, a quella dei suoi effetti; ciascuna di queste parti fondamentali è 'scomposta' dall'Autore, nei suoi elementi principali, consentendo così al lettore di ricostruire, step by step, le logiche che costituiscono la ricerca valutativa.

### *Drummond Michael F., Stoddart Greg L. e Torrance George W.*

1993 Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, a cura di V. Ghetti, Franco Angeli, Milano.

È un libro pensato come luogo di incontro fra medici ed economisti, ed ha

titolo per comparire in questa bibliografia solo in ragione della grande diffusione, fra i sociologi, di strumenti valutativi applicati ai servizi socio-sanitari; pur criticando quindi l'impostazione economicistica (l'efficienza, p.es., viene assimilata tout court all'economicità, senza considerazione per le conseguenze sociali, psicologiche, ecc. che le scelte così prodotte possono avere sui pazienti) il volume presenta motivi utili di riflessione anche per sociologi ed altre professionalità.

Il libro è strutturato lungo quattro capitoli principali, ciascuno relativo ad un argomento legato agli altri secondo la logica dal meno complesso (e più 'antico' come concezione) al più complesso (e recente): innanzitutto la semplice analisi dei costi e della loro minimizzazione; poi l'analisi costi-efficacia; l'analisi costi-utilità; infine l'analisi costi-benefici.

Vale la pena infine di notare che il libro è strutturato in modo didattico, con paragrafi formulati come domande, con check list, diagrammi, bibliografie (anglosassoni), ecc., che non rendono comunque il libro meno pesante per il lettore italiano. È recentemente uscita una seconda edizione inglese (1997) scritta con Bernie O'Brien

*Fabrizio Daniele, Fazioli Roberto, Filippini Massimo*

1996 L'intervento pubblico e l'efficienza possibile, Il Mulino, Bologna. Il testo si propone come manuale di valutazione economica dell'efficienza nella pubblica amministrazione. Il volume si articola in tre parti: nella prima si analizzano - sulla scorta della letteratura - le cause dell'inefficienza pubblica, e si giustifica l'approccio economico quantitativo alla sua valutazione. Nella seconda parte si affronta compiutamente la parte metodologica illustrando anche teoricamente la stima econometrica di funzioni di costo, i problemi di misurazione delle varie performance, e l'utilizzo di indicatori utilizzando tecniche parametriche e non parametriche. Nella terza parte si passano in rassegna alcuni lavori empirici relativi all'analisi dell'efficienza nel settore pubblico.

*Galeotti G., Giardina E., Di Palma M.*

1994 Calcolo economico e decisioni pubbliche. Prime proposte per un approccio di settore, Formez, Napoli.

Una raccolta di saggi di grande interesse che affronta il tema del rapporto fra economisti esperti di analisi costi benefici (ma si potrebbe leggere, più in generale: fra valutatori) e apparato politico-amministrativo. Il primo saggio (Gianluigi Galeotti, *Spesa pubblica e democrazia: servono le regole economiche di razionalizzazione?*) affronta il tema con un approccio introduttivo generale, a metà fra analisi storica e riflessione deontologica. L'Autore propone una sua tesi della necessità del conflit-

to sociale come elemento regolatore dei poteri e come fucina di democrazia; è in quest'ambito che l'apporto tecnico della valutazione diviene strumento di regolazione.

Il secondo saggio (Emilio Giardina, *L'analisi costi-benefici e il processo decisionale pubblico*), dopo avere illustrato e criticato sia il modello tradizionale di analisi costi-benefici (basato sul concetto di efficienza paragonata secondo il quale qualsiasi cambiamento che avvanti qualche vantaggio senza danneggiare alcuno e certamente un miglioramento alla collettività), sia il 'modello sociale' (in cui all'efficienza allocativa si aggiungono obiettivi quali la giustizia distributiva, la salvaguardia ambientale, ecc.), conclude che nessuno dei due modelli polari esaminati conduce ad un processo decisionale immune da insufficienze, nessuno consente di attingere risultati oggettivi o privi di effetti indesiderati, nessuno è in grado di conferire all'economista un ruolo che non sia quello che gli deriva dalla sua personale autorità morale e dalla posizione che viene ad occupare nel processo decisionale.

Posizione estremamente 'forte', specie se letta alla luce di altre pagine del saggio in cui si descrivono i rischi di un valutatore appiattito sulle logiche politiche del decisore, ovvero indirizzato anche da motivazioni personali che nulla hanno a che fare con l'obiettività del suo ruolo. L'opinione dell'Autore è che comunque, consci dei limiti, l'Acb sia quanto di meglio disponibile se l'assumiamo in un'ottica di settore (indicata un po' come 'terza via'), inevitabile dato il pollicentrismo decisionale: il saggio più corposo (Maurizio Di Palma, *La valutazione degli impieghi di spesa pubblica nella sanità, nella ricerca scientifica e nel turismo. Problemi di settore*) illustra doviziosamente la necessità di un approccio valutativo di settore in una prima parte di sicuro interesse, per addentrarsi poi nell'illustrazione dei risultati del progetto Faes che ha riguardato i settori della ricerca, della sanità e del turismo; in modo diverso (p.es. assolutamente più marcato per il settore R&S) l'Autore nota le

necessarie critiche ed i limiti dell'analisi costi-benefici, concludendo comunque con la necessità di una programmazione 'per stadi' nella quale monitoraggio e valutazione trovano ampia collocazione.

*Giachetti Valeria e Maciocco Gavino (a cura di)*

1992 Vrq - Aggiornamenti e prospettive, speciale "Salute e territorio", a. XIV, luglio-agosto

Una panoramica ampia a più voci sulla Vrq. Valutazione e revisione della qualità, approccio valutativo particolarmente diffuso in ambito

medico. Secondo l'Oms la Vrq "è un processo attraverso il quale si misura e, quando è necessario, si migliora la qualità dell'assistenza sanitaria e delle cure mediche".

*Gori Enrico e Vittadini Giorgio (a cura di)*

1999 Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità. Eras, Milano.

*Holland Walter W. (a cura di)*

1991 La valutazione dell'assistenza sanitaria. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985, 1<sup>a</sup> ristampa.

Un testo molto diffuso e completo scritto dall'Holland con la collaborazione di numerosi altri medici. Il libro è diviso in tre parti; le prime due, di Holland, sostanzialmente teoriche, ripercorrono i significati della valutazione dell'assistenza sanitaria e propongono principi metodologici e riflessioni tecniche che, benché largamente accettate in ambienti non sufficientemente sensibili sul piano epistemologico e metodologico come quello medico, sono le parti in assoluto più discutibili (cfr. Bezzi, 1993); la terza parte invece si occupa di molteplici aspetti sanitari (assistenza primaria, traumatologia, geriatria, ecc.) con appunti valutativi più che altro di tipo descrittivo, utili comunque per una comprensione generale del tema. Il testo è corredato da glossario e indice analitico.

*La Rosa Michele*

1980 La valutazione dell'intervento nei settori socio-sanitari di base. Brevi note introduttive. in "Sull'organizzazione dei servizi sociali", a cura di Giovanna Rossi, Vita e pensiero, Milano.

1996 Riflessioni sulla valutazione. "Tutela. Trimestrale di politiche sociali", a. XI, n. 1-2, giugno.

*Leone Liliana e Prezza Miretta*

1999 Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale. Franco Angeli, Milano.

Il valore del volume, oltre che nella chiara esposizione, sta nell'abbina-mento progettazione-valutazione, un binomio importante, forse inscindibile, raramente trattato in maniera unitaria come elementi complementari di uno stesso processo cognitivo. Il volume si rivolge specialmente (ma non esclusivamente) a quegli operatori sociali che nella progettazione di servizi e attività sociali e socio-sanitarie cercano di dare risposte ai problemi del territorio.

*Nuti Fabio*

1998 Introduzione all'economia sanitaria e alla valutazione delle decisioni sanitarie. G. Giappichelli Editore, Torino.

Un manuale completo scritto da un economista anche per 'smontare' alcuni eccessi aziendalistici in sanità. In quanto 'introduttivo' il volume si preoccupa di definire accuratamente, anche per i non specialisti, il campo di indagine, proponendo un primo ampio capitolo di concetti-chiave sul tema economia e sanità per passare poi (cap. 2) alla discussione sulla valutazione economica in materia di rischio fisico e di vita umana e quindi all'analisi delle decisioni economiche in campo sanitario (cap. 3) e all'analisi finanziaria (cap. 4). Il testo non trascura di trattare, oltre a ovvie questioni di metodo, anche aspetti piuttosto interessanti, quali quello dell'equità, spesso trattati in modo demagogico e che qui sono sottoposti ad analisi stringente. Il volume è concluso da una ricca appendice di dati sanitari.

*Petrangolini Teresa*

2002 Salute e diritti dei cittadini, Editori Riuniti, Roma.

Il testo affronta in maniera semplice e diretta il mondo della sanità e rappresenta un vero e proprio libretto d'istruzioni per l'uso della sanità: sapere dove andare, a chi rivolgersi e cosa aspettarsi ogni qualvolta si varca la porta di un ambulatorio di medicina generale, piuttosto che della Asl o dell'ospedale, è indispensabile per il cittadino, al pari che per il medico o per l'infermiere.

*Ranci Ortigosa Emanuele (a cura di)*

2000 La valutazione di qualità nei servizi sanitari. Franco Angeli, Milano. Il volume indaga i principali approcci e tecniche valutative sul tema, raggruppandole - anche con schede sintetiche - prima secondo una classificazione che include l'approccio tecnico-professionale, quello organizzativo-gestionale, quello economico e quello umanistico-partecipativo, poi secondo una successiva suddivisione fra accreditamento, controllo di gestione e qualità percepita. In questo ambito classificatorio sono passate in rassegna tutte le tecniche più usate.

*Vecchiato Tiziano*

1995 La valutazione: livelli e condizioni, in "Servizi sociali" (monografico su "La qualità nei servizi sociali e sanitari"), Fondazione E. Zancan, n. 3.

## I testi della collana

- L. Bocci, *Politica sociale e analisi del territorio. Gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico nelle Aziende Sanitarie Locali in Abruzzo*, Teramo 2003
- E. D'Ambrosio, *Quotidianità e devozione nella valle dell'Alto Vomano*, Teramo 2004
- N. Bortoletto, F. Cimagalli, G. D'Ottavio, G. Piscitelli, *Esplorazioni sociologiche del locale. Questioni di metodo e ricerca applicata*, Teramo 2004
- N. Bortoletto, E. Minardi, *Azioni per lo sviluppo locale. Elementi per la mobilitazione e la gestione delle risorse sociali nel settore non profit*, Teramo 2004
- M. Bagolini, E. Damianis, F. D'Ovidio, M. Fardelli, M. Maretti, R. Salvatore, *Progettare lo sviluppo locale. Idee per la valorizzazione delle risorse territoriali*, Teramo 2005
- F. Cimagalli, R. Veraldi, *Qualità e servizi socio sanitari. Case studies di sociologia applicata*, Teramo 2005

