



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA**  
**SCUOLA "FACOLTÀ DI MEDICINA"**

*Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e  
Ostetriche*

*Presidente Prof. Agostino Palmeri*

---

*FLAVIA RUGGERI*

**LA QUALITA' PERCEPITA DEI SERVIZI DI  
RICOVERO IN SICILIA: IL PUNTO DI VISTA  
DELL'INFERMIERE**

---

TESI DI LAUREA

---

Correlatore  
Prof. Massimo Attanasio

Relatore  
Prof. Salvatore Favitta

---

ANNO ACCADEMICO 2016 - 2017

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	3
<b>Capitolo 1: La Qualità nei servizi socio-sanitari</b>	
1.1: Il concetto di Qualità in sanità.....	5
1.2: Le dimensioni della Qualità.....	8
1.3: La Qualità percepita nei servizi sanitari.....	13
1.4: La normativa sul tema della Qualità Percepita.....	18
<b>Capitolo 2: La valutazione della Qualità dell'assistenza infermieristica</b>	
2.1: Perché si valuta la Qualità dell'assistenza infermieristica.....	23
2.2: Come si valuta la Qualità dell'assistenza infermieristica.....	27
<b>Capitolo 3: La Qualità dell'assistenza infermieristica nel processo di accoglienza</b>	
3.1: Il significato del ricovero in ospedale del paziente .....	30
3.2: Accoglienza del paziente.....	31
3.3: Modalità di accoglienza di un paziente.....	34
<b>Capitolo 4: Esperienze di valutazione dei servizi offerti nelle AOU Policlinico di Catania, Messina e Palermo</b>	
4.1: Il progetto sulla valutazione della Qualità Percepita.....	37

4.2: Scheda di intervista sulla qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale.....	40
4.3: Analisi dei dati relativi ai ricoveri dell'AOU Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, dell'AOU Policlinico "G. Martino" di Messina e AOU "Policlinico-Vittorio Emanuele" di Catania.....	45
<b>Conclusioni.....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliografia e Sitografia.....</b>	<b>57</b>

## INTRODUZIONE

La Qualità è un aspetto centrale che ogni professionista deve prefiggersi nell'esercizio delle proprie funzioni per dare espressione della propria professionalità. In ambito sanitario, quando si parla di qualità, si indica la capacità di fornire le migliori risposte in linea con il livello di conoscenze possedute, di risorse disponibili e nel rispetto delle regole etiche. Oggi, infatti, tutti gli operatori sanitari hanno la possibilità e il dovere di garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. La storia della qualità nella sanità italiana inizia nel 1992 con il Decreto Legge 502 e prosegue nel 1993 con il Decreto Legge 517. Tali provvedimenti normativi introducono l'espressione "*Qualità delle prestazioni rese nell'ambito dei servizi sanitari nazionali*" e prevedono l'adozione di un sistema di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza, con l'obiettivo di garantire un'assistenza qualitativamente elevata nei confronti di tutti i cittadini, in quanto, lo scopo prioritario di un'Azienda ospedaliera è quello di badare alla relazione con i clienti/utenti fornendo prestazioni e servizi che siano in linea con le loro aspettative e che possano portare ad un elevato livello di gradimento. Quindi, è sempre l'uomo a rappresentare la risorsa fondamentale su cui basarsi.

*“ Più differenziato e frammentato, più mutevole, attento e sobrio, maggiormente preparato, etico ed esigente: il consumatore italiano è cambiato ”.*

Come si evince da questa citazione di Elena Reguzzoni, il cliente/utente è sempre più differenziato, individui con stessi bisogni non vogliono le stesse cose. L'utente predilige di essere riconosciuto come singolo in relazioni "one to one" e non come parte di una massa indistinta, per cui sono necessarie soluzioni personalizzate che tengano in considerazione le caratteristiche peculiari dell'utente a cui si riferiscono. L'informatizzazione ha incrementato nel cittadino il bisogno di chiarezza e trasparenza e, soprattutto, egli non vuole più essere un cliente/utente passivo ma un co-protagonista nella relazione con

il professionista sanitario, il punto di partenza delle scelte, il protagonista dei processi decisionali.

Secondo il profilo professionale 739/94, gli infermieri svolgono un'assistenza di natura tecnica, relazionale ed educativa. Prendersi cura è un impegno a tutto campo, dove è necessario individuare i bisogni dei pazienti e ripristinare l'equilibrio quando si altera, non ci si può limitare ad una semplice esecuzione di ordini e prestazioni. Egli è parte fondamentale nella presa in carico della persona, dall'educazione alla salute, alla prevenzione e finendo con la cura stessa.

La tesi verrà articolata partendo dal concetto di qualità in sanità, presentando le dimensioni della qualità, introducendo il concetto di percezione della qualità come fattore di valutazione dell'assistenza ricevuta. Successivamente si punta l'attenzione sull'accoglienza del paziente, in quanto le interazioni interpersonali, le procedure messe in atto dal professionista sanitario, il tipo di malattia, gli esiti delle cure, le abilità messe in atto dagli operatori sono elementi che influenzano la percezione del paziente, condizionando il suo livello di soddisfazione. L'accoglienza dell'utente nel servizio sanitario è un elemento della qualità percepita, la cui responsabilità è attribuita essenzialmente agli infermieri. Essa è una fase che ha rilevanza relazionale e non soltanto clinica e amministrativa. Ovviamente la qualità dell'accoglienza non dipende solo dal singolo infermiere, ma dalla modulazione dell'intera organizzazione del lavoro, nella quale gli infermieri rivestono un ruolo cardine. L'accoglienza trova la sua espressione non soltanto negli aspetti legati alla struttura orientata ad accogliere, ma anche nei protocolli e nelle procedure utilizzate, che indicano se la struttura è in grado di collocare il malato al centro delle proprie attività.

Infine, verranno presentati e messi a confronto i risultati dell'indagine sulla qualità percepita condotta nel 2016 delle AOU Policlinico di Catania, Messina e Palermo, con particolare attenzione al processo di accoglienza.

## Capitolo 1: La Qualità nei servizi socio-sanitari

### 1.1: Il concetto di Qualità in sanità

Oggi, la nozione di qualità ha assunto una funzione particolarmente rilevante per le Aziende private e pubbliche, fornitrici di servizi. La ricerca di una qualità sempre più elevata ha assunto un ruolo cardine all'interno delle Aziende, a causa di vari fattori quali, la limitazione della spesa pubblica che impone di evitare disservizi, l'esigenza di elevati standard dovuta alla competizione con le altre Aziende e una domanda più esigente da parte dei clienti/utenti. All'interno delle Aziende Sanitarie vi sono moltissime sollecitazioni per la diffusione di meccanismi idonei alla gestione della qualità. Tali meccanismi hanno una duplice funzione: verificare la qualità e avviare un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi forniti.

Prima di parlare di qualità, bisogna fare una premessa fondamentale, ovvero che non esiste una definizione generica e unica di qualità, ma il termine è stato definito in modi diversi e adeguati alle circostanze e implicano sempre un giudizio di valore. Pur non essendoci un significato universale del termine, molti studiosi, grazie alle opportune ricerche, sono riusciti a comprenderla da prospettive differenti.

La prima codifica formale del concetto di qualità in sanità appare nel **1933**, quando Lee e Jones la definiscono come *“L'applicazione di tutti i servizi della moderna medicina scientifica necessari ai bisogni della popolazione”*. [1]

Negli **Anni '80**, Avedis Donabedian, uno dei più importanti teorici del controllo della qualità delle cure, la definisce come *“ Il grado con cui l'assistenza è conforme agli attuali criteri di buona medicina”*. [2]

Successivamente, nel **1986**, la norma ISO-8402, che rappresenta un riferimento consolidato in ambito sanitario, definisce la qualità come *“La totalità delle caratteristiche di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di*

*soddisfare esigenze espresse ed implicite*". Nel **1996**, Klazinga ha elaborato una definizione integrata di qualità dell'assistenza sanitaria che indica *"Il grado in cui i servizi sanitari per gli individui e le popolazioni aumentano la probabilità di raggiungere i risultati desiderati in termini di salute e sono coerenti con le migliori conoscenze professionali"*. [3]

Nel **1999**, Cester la definisce come *"Una valutazione fatta da un soggetto per stabilire se un lavoro, una prestazione, un servizio ha o meno determinate caratteristiche e se è idoneo o meno a soddisfare le attese"*. Altri autori mettono in evidenza, invece, che la qualità nasce dal confronto continuo tra percezioni e aspettative, e viene definita, quindi, come la misura con cui il servizio reso corrisponde alle aspettative del cittadino.

Un fattore che ha contribuito ad una non facile definizione del termine è rappresentato dall'approccio della qualità totale, in base al quale i contenuti di questo termine sono molteplici:

- **Qualità** intesa come **soddisfazione del cliente/utente**, cioè quanto i servizi corrispondano alle sue aspettative;
- **Qualità** intesa come **prevenzione**, cioè pensare a delle possibili soluzioni prima che il problema si manifesti;
- **Qualità** intesa come **flessibilità**, ovvero essere disponibili a recepire suggerimenti e critiche da parte dei clienti/utenti ed essere aperti ad eliminare le inadeguatezze;
- **Qualità** intesa come **processo**, ovvero un insieme di azioni ordinate per un miglioramento continuo;
- **Qualità** intesa come **immagine verso l'esterno**, ovvero, curando la qualità in tutti gli aspetti, l'immagine dell'azienda sarà sicuramente positiva e contribuirà ad aumentare la fiducia dei clienti/utenti. [4]

E' negli Stati Uniti e nel Nord America che la qualità inizia ad assumere una motivazione di natura etica, sottolineando quanto sia importante il controllo della qualità in ambito ospedaliero. Infatti, l'Associazione Medica Americana dice che *"E' di buona qualità la cura che contribuisce in modo consistente a migliorare e a mantenere qualità e la durata della vita"*, in quanto in ambito sanitario non ci si deve accontentare soltanto di una prestazione valida

qualitativamente, ma occorre tendere al ripristino della salute, bisogno fondamentale di ogni cittadino, intesa come stato di completo benessere in senso olistico, ovvero fisico, psichico e sociale. Nella definizione recente dell'Istituto di Medicina statunitense la qualità consiste nel “ *Grado con il quale il servizio sanitario aumenta la probabilità del risultato di salute atteso ed è coerente con le conoscenze mediche correnti*”, le società scientifiche americane, quindi, si prefiggono di identificare dei percorsi precisi per il miglioramento continuo della qualità, in cui i professionisti siano dei veri e propri protagonisti nel favorire contenuti di scientificità e di correttezza etico-professionale.

In Italia da poco tempo è entrato il concetto di qualità nei servizi offerti, con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 che hanno determinato un cambiamento totale, sottolineando l'esigenza di accertare la qualità dei servizi resi.

Per sintetizzare la storia del concetto di qualità possono essere messi in evidenza i 5 approcci al problema qualità:

- 1) **Approccio tradizionale:** La Qualità è intesa come lusso, come qualcosa di non necessario e solo in pochi possono accedervi;
- 2) **Approccio scientifico-razionalista:** La qualità è legata alla corrispondenza del servizio o delle prestazioni a procedure e norme previste dall'Azienda, non considerando le opinioni dei clienti/utenti;
- 3) **Approccio manageriale:** La Qualità è recepita come l'attitudine a soddisfare in modo ottimale i bisogni del cliente/utente, ma la decisione finale spetterà sempre all'Azienda;
- 4) **Approccio consumistico:** L'attenzione è focalizzata sul cliente/utente, considerato un soggetto attivo, e quindi verranno ascoltate anche le sue opinioni;
- 5) **Approccio democratico:** l'efficacia, l'efficienza, l'accessibilità e l'equità vengono viste come componenti centrali della Qualità.

In base a dove ci poniamo quali osservatori della qualità, possiamo distinguere diverse tipologie di qualità:

- **Qualità prevista» bisogni del cliente/utente:** l'obiettivo consiste nell'individuare i bisogni del cliente/utente espressi e latenti, per appagare le sue esigenze;
- **Qualità progettata» Azienda:** l'Azienda stabilisce le caratteristiche della prestazione che deve fornire interpretando le richieste espresse dal utente a cui è rivolta;
- **Qualità promessa» comunicazione:** essa influisce sulle attese che l'utente avrà verso il servizio, quindi ciò che è stato promesso dovrà essere mantenuto, per evitare che egli rimanga deluso;
- **Qualità prestata» processi:** ci si focalizza sul processo che porta all'erogazione della prestazione, verificando se gli standard prefissati all'inizio vengono raggiunti;
- **Qualità percepita» soddisfazione del cliente/utente:** valutare il gradimento dell'utente comparato alle sue aspettative;
- **Qualità paragonata» concorrenza:** confrontarsi con le altre Aziende che erogano lo stesso servizio. [5]

Ognuna di queste ha un suo valore in senso positivo o negativo, che dipende dalla variabilità individuale, dalle caratteristiche psico – dinamiche e da tutti quegli elementi che stanno alla base dei complessi rapporti operatori- pazienti, operatori- struttura sanitaria, operatori con il proprio sé, da cui derivano soddisfazione o insoddisfazione.

## 1.2: Le dimensioni della Qualità

In letteratura molti autori hanno evidenziato e analizzato le diverse dimensioni della qualità, dimensioni che se ben coordinate costituiscono un sistema. Uno, in particolare, è **Avedis Donabedian** nel 1990, che definisce la qualità come *“Il fare solo ciò che è utile, nel modo migliore, con il minor costo, a chi e soltanto a chi ne ha veramente bisogno, facendo fare le cure a chi è*

competente per farlo, ottenendo i risultati ritenuti migliori” , inoltre descrive e suddivide la qualità delle cure nei cosiddetti 3 assi della qualità:

- **Asse della struttura:** la struttura è un asse che comprende le risorse di cui si dispone, in particolar modo attrezzature, materiale e personale e l'organizzazione di tali risorse;
- **Asse dei processi:** in questo contesto, il termine si riferisce al comportamento degli operatori, alla correttezza, al coordinamento e all'integrazione delle prestazioni, alla continuità assistenziale;
- **Asse di risultato o esito:** si fa riferimento ai cambiamenti delle condizioni di salute che le prestazioni sanitarie determinano. Essi sono, per esempio, prolungamento della vita, diminuzione della sofferenza e della disabilità. Un esito importantissimo nelle Aziende Sanitarie è rappresentato dal gradimento dei clienti/utenti. [2]

Altra definizione di dimensioni della qualità è quella proposta da **Liva e Di Stanislao** nel 1998, che fa riferimento a (figura 1):



**Figura 1: Le tre dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria**

- **Qualità tecnico- professionale:** Si riferisce alle prestazioni e alla loro appropriatezza, ma anche ad altri elementi quali gli aspetti alberghieri, l'igiene ambientale, etc., di fronte ad un bisogno di salute i

professionisti esprimono al meglio le loro competenze improntate su strumenti legati alla ricerca;

- **Qualità organizzativo- gestionale:** La gestione organizzativa deve essere funzionale alla realizzazione degli obiettivi in relazione alle risorse disponibili, al personale e alle modalità organizzative che ne derivano, come la tempestività, l'integrazione funzionale e i processi informativi;
- **Qualità relazionale- percepita:** Oltre a fare bene le prestazioni appropriate, i professionisti devono agire in un contesto etico relazionale corretto, affinché ciò che è fatto bene venga percepito nella sua completezza qualitativa. Questa dimensione è strettamente correlata alla soddisfazione e percezione degli utenti. [6]

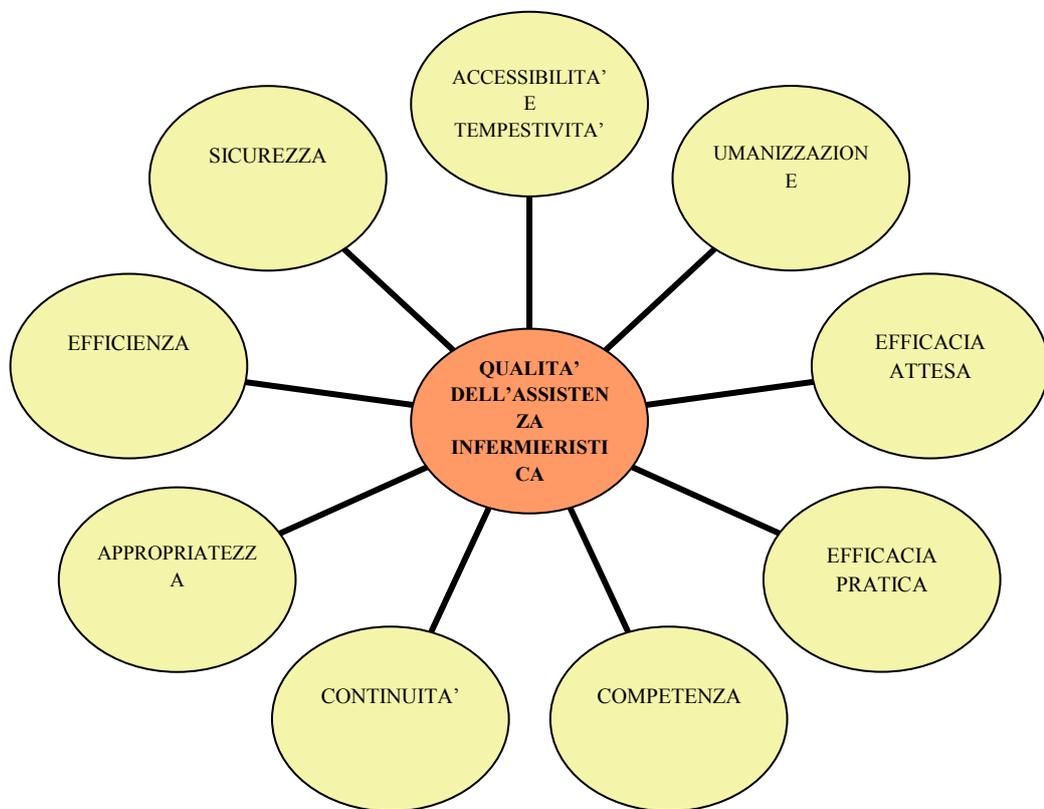
L'infermiere partecipa al miglioramento di tutte e tre le dimensioni.

Dall'analisi delle varie dimensioni che definiscono la qualità, ne viene sottolineata l'importanza per una corretta valutazione dei risultati dell'assistenza infermieristica. Analizzare e misurare la qualità dell'assistenza, per comprendere quali sono gli elementi da modificare e migliorare, diviene più facile se il concetto di qualità viene suddiviso in una serie di elementi utili a determinarla. Tra questi vi sono:

- **Aspetti soggettivi e oggettivi:** la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica è recepita come il risultato di numerosi elementi oggettivi (tipo di prestazione, valutazione della prestazione), e soggettivi (il vissuto della persona coinvolta che influenza tutto il processo di valutazione);
- **I destinatari delle prestazioni:** ogni individuo percepisce la prestazione in modo diverso, in quanto la valutazione è legata a elementi di natura psicologica e culturale;

- **Chi definisce la qualità:** il punto di vista di coloro che intervengono nella valutazione dell'assistenza infermieristica che condiziona il giudizio sulla qualità;
- **In quale contesto:** la qualità è legata alle diverse situazioni ed è quindi mutevole nel tempo.

Successivamente, nel 1998, Focarile per circoscrivere gli aspetti da modificare ed, eventualmente, migliorare, suddivide la qualità in elementi più piccoli, fondamentali e definibili. Tali elementi evidenziati sono 9 (figura 2):



**Figura 2: I contenuti della qualità dell'assistenza**

- 1) **Efficienza:** Capacità di rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica individuati con il minor impiego di risorse possibile;
- 2) **Sicurezza:** Grado con cui le prestazioni fornite prevengono gli eventi avversi e realizzano un ambiente sicuro per il paziente;

- 3) **Accessibilità e tempestività:** l'accessibilità consiste nella disponibilità del servizio per tutti i clienti/utenti, con l'abbattimento o la riduzione delle distanze e delle barriere, mentre la tempestività consiste nell'esecuzione della prestazione con prontezza e al momento opportuno;
- 4) **Umanizzazione:** E' l'attenzione alle caratteristiche individuali di natura psicologica e socioculturale legate ai bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita e, più concretamente, la loro soddisfazione, conseguita nel rispetto della qualità percepita.  
*“Umanizzare i servizi socio sanitari significa ridurre l'abuso di farmaci, evitare ospedalizzazioni non necessarie, fare un uso appropriato dei test diagnostici”*, per realizzare tutto ciò è necessario responsabilizzare sia i professionisti sanitari, che devono migliorare le loro capacità di ascolto nei confronti delle esigenze dei clienti/utenti, sia i clienti/utenti che devono acquisire maggiore consapevolezza delle prestazioni loro erogate.
- 5) **Efficacia attesa:** Potenzialità di un intervento di modificare in modo positivo le condizioni di salute dei clienti/utenti a cui è rivolto;
- 6) **Efficacia pratica:** Risultati ottenuti in seguito all'erogazione dell'assistenza infermieristica pianificata e conseguente raggiungimento degli obiettivi di salute;
- 7) **Competenza:** Capacità di saper combinare diverse risorse, per affrontare in modo efficace delle situazioni in un contesto dato;
- 8) **Continuità:** Collaborazione tra i diversi infermieri, tra infermieri e altri operatori delle strutture sanitarie che assistono la stessa persona o un gruppo di persone;
- 9) **Appropriatezza:** è il grado di adeguatezza del risultato dell'assistenza infermieristica a fronte dello stato delle conoscenze, delle tecnologie e delle risorse disponibili e del bisogno di assistenza infermieristica manifestato dalla persona assistita. [7]

La presenza delle diverse dimensioni impone, da un lato, che la qualità della cura venga considerata a vari livelli, dalla cura fornita dal singolo

professionista sanitario, alla cura fornita da un piano sanitario, dall'altro, la verifica dell'intervento assistenziale nella sua totalità.

### 1.3: La Qualità percepita nei servizi sanitari

Negli ultimi anni tra le diverse componenti della qualità, sta acquistando sempre più rilevanza la qualità percepita, perché pone al centro del sistema la persona con le sue preferenze, le sue attese, con la propria autonomia a prendere le decisioni. L'importanza al cliente/utente è presente in molti campi dei servizi di pubblica utilità. Tuttavia, l'analisi della qualità percepita non è un principio nuovo, ciò che è stato modificato ultimamente è che essa è considerata la priorità di qualsiasi Azienda. Il primo a sostenere l'importanza di un approccio orientato al cliente/utente è stato Meyers [8] che ritenne che le attività aziendali dovevano essere organizzate tenendo in considerazione i bisogni e le richieste dei clienti/utenti, in quanto essi non sono più soggetti disinformati, ma sono sempre più esigenti sul fronte della qualità e del servizio, hanno capacità e conoscenze tali da poter richiedere servizi che soddisfino i loro bisogni e rifiutare quelli che non li appagano. Il cittadino è il protagonista della propria vita, colui che tutela la propria salute e quindi deve essere coinvolto nei processi di assistenza, a differenza del passato in cui questo aspetto non è mai stato tenuto in giusta considerazione, in quanto si pensava che il paziente avesse una conoscenza limitata e di conseguenza una scarsa capacità di giudizio.

Porre al centro del sistema il cliente/utente significa prefiggersi come obiettivo la sua soddisfazione.

Il significato di soddisfazione dell'utente in ambito sanitario è abbastanza ampio ed è in continuo cambiamento.

Tra le varie definizioni vi sono:

- *“Esperienza personale ai servizi, la soddisfazione consiste in una valutazione cognitiva (nozione di conoscenza) e la sua reazione*

*emozionale (dominio affettivo), alle strutture, procedure e ai risultati del servizio” (Pascoe, 1983)*

- *“La percezione soggettiva del cliente/utente relativamente all'appagamento delle sue aspettative sulla base del servizio ricevuto” (Galimberti, 1999).*
- *“Il grado di soddisfazione che un servizio può dare ai bisogni, attese e desideri di uno specifico cliente/utente” (Quartapelle, 1994).*

In sanità, gli studi relativi alla qualità percepita sono iniziati negli anni '50 negli USA. Con il passare degli anni questo fenomeno è diventato un cardine della qualità dell'assistenza, anche perché l'esito clinico dipende anche dalla soddisfazione del paziente. Quindi, in sanità la Qualità percepita viene intesa come: *“La percezione soggettiva dell'utente derivante dalla capacità del servizio ricevuto di appagare le sue aspettative relativamente alla soluzione dei problemi di salute, alle modalità relazionali (considerazione, completezza e comprensibilità delle informazioni, cortesia, etc.) ed al comfort ambientale”.*  
[9]

La qualità percepita dagli utenti è la risultante di due fattori distinti:

- 1) Le aspettative degli utenti sul servizio**
- 2) Il giudizio degli utenti sul servizio**

Le aspettative degli utenti sul servizio dipendono dal livello di importanza che l'utente attribuisce al servizio e dall'attesa di risposta ad un suo bisogno. In particolare, da ricerche piuttosto recenti è emerso che tra i fattori che concorrono alla creazione delle aspettative sono:

- **L'immagine dell'erogatore:** Essa è un fattore che può condizionare una percezione più o meno gradita. Se l'immagine dell'Azienda risulta avere una buona nomea, i difetti non verranno considerati oppure verranno valutati in modo meno rigido. Invece, se l'immagine dell'Azienda risulta essere scadente, anche un piccolissimo errore verrà valutato in modo rigido e l'influenza sul servizio percepito sarà maggiore;
- **Passaparola:** La divulgazione di informazioni siano esse positive o negative sui servizi offerti dall'Azienda;

- **Esperienze pregresse:** Le esperienze passate influenzano le aspettative dei clienti/utenti anche per le successive prestazioni;
- **Desideri generici:** Tra questi vi sono:
  - 1) Comunicazione: Ricevere tutte le informazioni necessarie in modo lineare ed esauriente;
  - 2) Capacità di risposta: Erogazione del servizio in tempi accettabili, evitando inutili sprechi di tempo;
  - 3) Competenza: Necessità di ricevere il servizio da persone che hanno un livello elevato di conoscenze e capacità;
  - 4) Cortesia: Necessità di essere trattati in modo spontaneo, utilizzando un linguaggio il più possibile comprensibile;
  - 5) Accessibilità: Possibilità dell'utente di usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuni, in quantità sufficiente e ad un costo ragionevole;
  - 6) Affidabilità: Rispetto delle promesse che sono state fatte;
  - 7) Sicurezza: L'erogazione del servizio deve garantire quella che è la l'integrità fisica del paziente;
  - 8) Aspetto ed estetica: Desiderio che gli spazi siano confortevoli e che il personale sanitario sia ricercato nell'aspetto;
  - 9) Pulizia: Desiderio che l'habitat e le attrezzature siano il più possibile puliti;
  - 10) Comfort: Garantire la massima confortevolezza, eliminando tutti quegli elementi che possono generare fastidi;
  - 11) Capacità di recupero: Capacità di ripristinare lo stato di salute. [5]

È in virtù di questi bisogni che il paziente ricerca delle risposte, e sulla base delle risposte valuta i servizi esprimendo un giudizio di soddisfazione o insoddisfazione. Considerato che l'ultimo aspetto non è valutabile nel breve termine in particolare nelle malattie croniche, sono le altre determinanti a condizionare maggiormente il gradimento del paziente. Infatti oltre all'aspetto legato alla qualità dei servizi alberghieri, il paziente è molto soddisfatto quando il professionista sanitario gli fornisce conforto, sostegno emotivo, informazioni e tiene conto del suo punto di vista prima di prendere delle decisioni.

Quindi per determinare tale giudizio bisogna fare una comparazione tra le aspettative e le valutazioni effettive che l'utente ha in merito un determinato servizio:

- L'utente è soddisfatto quando il servizio ricevuto è in linea con le sue aspettative;
- L'utente è molto soddisfatto quando il servizio ricevuto è, per certi versi, superiore alle sue aspettative, ovvero riceve qualcosa in più rispetto a quello che si aspettava;
- L'utente prova un senso di malessere e insoddisfazione quando il servizio ricevuto è inferiore alle sue aspettative.

Ottenere il gradimento del cliente/utente non è facile, Galgano, nel 1999, lo definisce come: *“Un mostro affamato che necessita sempre di prestazioni utili per appagare le sue aspettative al meglio, spietato perché se non viene soddisfatto in maniera adeguata tende a rivolgersi ad altri capaci a farlo, esigente perché vuole sempre di più e vuole il meglio, vendicativo, in quanto se non ottiene ciò che si aspetta tenderà a lamentarsi con gli altri favorendo un passaparola negativo ed egocentrico perché vuole stare sempre al centro dell'attenzione”*. [4]

Inoltre, la difficoltà a mantenere la qualità è dovuta ad alcuni aspetti:

- La presenza di diversi utenti che può incidere sulla tempestività del servizio reso;
- La simultaneità tra produzione e fruizione del servizio che non permette correzioni in corso;
- L'importanza della predisposizione mentale e psicologica del cliente/utente al momento della prestazione.

Questo perché le Aziende Sanitarie hanno alcune caratteristiche: esse erogano prestazioni intangibili ovvero impossibili da toccare o da rappresentare (guarigione, conoscenze sulla salute, autonomia nelle attività di vita quotidiana), e il momento della produzione coincide con quello dell'erogazione, per cui l'intangibilità di un servizio lo rende soggettivamente valutabile dal cliente/utente solo durante l'interazione. In questa prospettiva, l'organizzazione di servizi non può scindere l'erogazione di una prestazione

dalla relazione – comunicazione poiché i clienti/utenti osservano e valutano il processo produttivo mentre sperimentano il servizio. Nel misurare la qualità di un servizio, essi non considerano soltanto l'esito che ne è scaturito, ma analizzano l'intero processo che ha permesso l'erogazione del servizio stesso. Quindi, in un contesto sanitario sono presenti prospettive contrapposte, in quanto le rappresentazioni che ha l'utente del servizio ricevuto variano non solo in base alla prestazione ricevuta, ma anche in funzione della situazione, dell'umore, della cultura, delle conoscenze e delle risorse. Il concetto di aspettativa è un concetto dinamico che subisce continui aggiustamenti e modifiche in relazione alla cultura, perché la cultura della sanità a seconda del contesto territoriale- sociologico può variare da un paese all'altro ed è capace di indurre degli atteggiamenti diversi verso la sanità, in relazione a convinzioni radicate, appartenenze sociali- politiche, scolarità. Nel valutare la qualità percepita del cliente/utente ospedaliero, però, bisogna considerare anche i meccanismi psicologici attraverso i quali si sviluppa il giudizio, perché molto spesso gli utenti si lamentano delle cose che non ci sono, non tenendo in considerazione gli elementi che invece sono presenti. Per esempio se ci sono delle componenti del comfort, dell'ambiente che non soddisfano, possono generare lamentele, se queste vengono risolte non determinano alcuna reazione. Il momento che è considerato idoneo alla valutazione della qualità percepita è al termine dell'evento, quando l'esperienza ha acquisito completezza e riconoscibilità.

Il ruolo degli infermieri è fondamentale perché egli entra in relazione con la persona assistita, lo osserva, lo ascolta, riconoscendo l'altro nella sua soggettività e unicità, e ne individua aspettative e bisogni. Infatti il Codice deontologico, li invita ad agire secondo una visione olistica della persona, per migliorare il prodotto salute, attraverso un'assistenza erogata con efficacia, efficienza e con la possibilità di giudicare e indicare i mezzi per migliorarla.

#### 1.4: La normativa sul tema della Qualità Percepita

Dai primi anni Novanta il tema del miglioramento della soddisfazione dei cittadini per i servizi offerti diviene centrale. Il corpus normativo comprende diversi Decreti e Direttive che hanno fornito delle indicazioni più precise all'Amministrazione sia per quanto riguarda la centralità del cittadino, sia per quanto riguarda la valutazione della qualità percepita. Tali decreti e direttive sono:

- ***Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici"***: I principi fondamentali contenuti in questa direttiva sono: l'**eguaglianza**, ovvero, l'accesso ai servizi deve essere uguale per tutti, senza discriminazione alcuna; l'**imparzialità**, ovvero, i comportamenti devono basarsi su criteri di giustizia e obiettività; la **partecipazione**, cioè il cliente/utente ha diritto di ricevere le notizie che gli interessano ed infine, ma non per importanza, l'**efficacia e l'efficienza**. Il miglioramento della qualità si ottiene attraverso l'introduzione di standard generali (obiettivi di qualità) e specifici (singole prestazioni rese all'utente), l'adozione di procedure semplificate, l'informazione agli utenti circa le decisioni che li riguardano, le motivazioni e le possibilità di reclamo.
- ***Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994: "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico"***: Essa attribuisce all'URP la funzione di rilevare i bisogni e il livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi erogati.
- ***Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: "Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi"***: Con la finalità di assicurare la qualità dell'assistenza nei confronti di tutti i cittadini, il Dlgs 502/1992 ha introdotto il metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni.

L'articolo 14 stabilisce che il Ministero della Salute deve emanare un decreto in cui vengono specificate le regole di impiego degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, facendo riferimento all'umanizzazione e alla personalizzazione dell'assistenza, al diritto dell'informazione, alle prestazioni alberghiere, all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. In attuazione a questa normativa nel 1995 è stato stabilito che i soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari devono adottare la cosiddetta Carta dei Servizi, ovvero uno strumento che ha 4 funzioni:

- 1. Informazione e accoglienza:** Si realizza comunicando il contenuto del servizio, dando al cittadino la possibilità di fruirne e pubblicizzando in modo idoneo gli standard di qualità e quantità del servizio;
- 2. Tutela:** Essa va garantita attraverso forme di rimborso, con iniziative dirette al superamento dei disservizi, con la ricezione dei reclami e con i necessari interventi presso la direzione delle aziende;
- 3. Partecipazione:** Consiste nel coinvolgere i cittadini andando a prevedere dei momenti di confronto;
- 4. Valutazione della qualità del servizio:** Si realizza tenendo in considerazione le opinioni di tutti i soggetti coinvolti.

Inoltre, questo strumento è utile non soltanto per i clienti/utenti, ma anche per le Aziende che avranno la funzione di migliorare in modo costante gli standard qualitativi delle prestazioni. Gli standard fanno riferimento ai fattori che il cliente/utente può percepire: aspetti legati al tempo, alla semplicità delle procedure, all'informazione sanitaria, all'accoglienza, alle strutture fisiche e alle relazioni sociali e umane.

- **Decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, art. 11 “Qualità dei servizi pubblici e Carte dei servizi”:** Un passo avanti nel tema della qualità è stato fatto con la legge n° 59 del 1997 che mette in evidenza l'esigenza di erogare servizi pubblici che assicurino la tutela e la partecipazione dei clienti/utenti. L'attuazione di questa legge si avrà

proprio con questo decreto, con esso le Carte dei Servizi diventano definitivamente degli strumenti essenziali per la regolazione dei servizi secondo standard di qualità predeterminati e per indirizzare gli enti verso un rapporto con l'utenza basato sull'informazione e sulla partecipazione.

- ***Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 “Rilevazione della qualità percepita dai cittadini”***: Tale direttiva nasce con l'intento di favorire e potenziare la diffusione di metodi di rilevazione sistematica della qualità percepita dai clienti/utenti all'interno della Pubblica Amministrazione. L'indagine per la valutazione della qualità percepita viene vista come uno strumento utile per variare il modo di fornire i servizi, favorendo il coinvolgimento dell'utente alla valutazione. Gli impegni attribuiti alle amministrazioni sono: rilevare la qualità percepita in modo periodico, diffondere i risultati della rilevazione, favorire la cultura della misurazione e del miglioramento, sviluppare nel personale competenze adeguate per progettare e amministrare in maniera soddisfacente le indagini sulla qualità percepita.
- ***Direttiva del Ministro per l'innovazione e le tecnologie di concerto con il Ministro per la funzione pubblica del 27 luglio 2005 “Direttiva per la qualità dei servizi online e la misurazione della soddisfazione degli utenti”***: Essa esorta le Aziende a rilevare la soddisfazione dei clienti/utenti attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche per progettare nuove modalità di interazione, a realizzare servizi online che permettano all'utente di accedervi e di fruirne, offrendo una possibilità di scelta più ampia.
- ***Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella Pubblica Amministrazione “per una Pubblica Amministrazione di qualità” del 19 dicembre 2006***: Nonostante l'evoluzione degli strumenti disponibili (standard ISO 9000, modello EFQM, Balance Scorecard) e il ricorso sempre maggiore alle nuove tecnologie, nelle Aziende l'attenzione alla

qualità non è abbastanza diffusa, anzi “è presente in modo parziale e discontinuo”. Gli obiettivi di tale direttiva sono:

1. Richiamare l'attenzione delle amministrazioni sul miglioramento continuo delle prestazioni pubbliche, ciascuna Azienda deve saper valutare la propria prestazione, individuare le priorità, pianificare i cambiamenti orientandoli nella giusta direzione cioè verso la soddisfazione delle esigenze dei destinatari.
  2. Autovalutazione della prestazione, necessaria per avviare un percorso di miglioramento. Essa è un'analisi periodica e sistematica delle attività svolte e dei risultati ottenuti. Questo processo è fondamentale perché permette all'Amministrazione di evidenziare i punti forti, ma anche i punti deboli che devono essere migliorati.
  3. Mettere in evidenza il ruolo del Dipartimento della Funzione Pubblica. Esso per favorire il monitoraggio della qualità definisce un Piano d'Azione Nazionale Triennale che ha lo scopo di aumentare il numero di amministrazioni che si impegnano in azioni di miglioramento, specie nelle aree in cui vi è un livello di gradimento scarso dei clienti.
- **Decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n° 150 “ Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”**: Esso individua come tema centrale la rilevazione della qualità dei servizi e tale elemento viene considerato come un criterio incontestabile di valutazione.

A livello internazionale, l'importanza dell'utente, la sua informazione e soddisfazione sono elementi centrali del **“Programma di azione comunitario nel campo della sanità pubblica 2001-2006”**, approvato dal Parlamento Europeo e dal Consiglio. A livello europeo, è necessario segnalare la **“Direttiva del 2 luglio 2008 del Parlamento e del Consiglio europeo in materia di diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera”**, che prende spunto dal Trattato di Maastricht, e che

prevede un aumento di meccanismi capaci di garantire la qualità e la sicurezza dei servizi forniti.

Infine, *il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2000 "Migliorare la performance dei sistemi sanitari"*, che richiama la conformità ai desideri e alle aspettative dei clienti/utenti come elemento cardine per ottenere uno stato di salute soddisfacente, perché i pazienti sono più spronati a richiedere assistenza se vengono trattati tempestivamente e nel rispetto della propria dignità. [10]

## Capitolo 2: La valutazione della Qualità dell'assistenza infermieristica

### 2.1: Perché si valuta la Qualità dell'assistenza infermieristica

La valutazione è un tema frequente nella nostra quotidianità, in quanto ogni scelta che noi facciamo, presuppone una valutazione. Ciò che differenzia la valutazione spontanea, da quella tecnica – scientifica è che quest'ultima deve basarsi su informazioni solide, raccolte con procedure chiare, condivise e ripetibili. Valutare la qualità significa assumere i panni del cliente/utente e analizzare il rapporto tra struttura- professionista- cliente/utente per mettere in evidenza gli elementi critici che possono impedire a quest'ultimo di ricevere risposte adeguate durante il processo di assistenza. La valutazione della Qualità percepita costituisce, quindi, un momento fondamentale perché permette di rilevare il grado di soddisfazione degli utenti per poi attivare tutta un insieme di meccanismi che permettano un miglioramento continuo dei processi assistenziali. La valutazione della Qualità percepita può essere considerata da tre aspetti:

1. **Aspetto etico:** Il cittadino assume un ruolo chiave nell'ambito della Pubblica Amministrazione, la mission dell'ente pubblico è di appagare adeguatamente le esigenze e i problemi dei cittadini. Questa necessità è sentita come un beneficio dal cittadino e un obbligo dall'ente pubblico;
2. **Aspetto relazionale:** L'ente pubblico deve entrare in relazione con il cittadino per ricavare informazioni sui suoi bisogni e aspettative. La relazione deve essere basata sull'ascolto, sull'attenzione, sulla comunicazione e sulla comprensione per acquisire la fiducia del cittadino;

- 3) **Aspetto del valore del servizio:** I cittadini valutano le prestazioni anche in rapporto al valore, in questo caso la soddisfazione non è altro che la sensazione dell'utente di aver impiegato bene le proprie risorse.  
[11]

L'interesse per la misura della qualità è in aumento sia tra i professionisti sanitari, sia tra gli amministratori e i manager. Le motivazioni che spingono gli infermieri a valutare la qualità delle cure sono molteplici, in quanto l'intera attività sanitaria erogata deve essere sottoposta a verifica sistematica per assicurare il mantenimento o il miglioramento della sua qualità.

Gerson riassume in sette punti il perché si valuta la soddisfazione del cliente/utente:

- **Per conoscere le opinioni degli utenti:** è importante per una determinata struttura disporre di dati per capire come le varie attività vengono percepite e soddisfano;
- **Per capire i bisogni, le esigenze e le aspettative dell'utente:** è un presupposto fondamentale per creare indicatori di misurazione della qualità e ottenere utili informazioni sulle attese dell'utenza soggette ad una dinamica di sviluppo crescente;
- **Per rilevare eventuali problemi o cause di insoddisfazione:** individuare elementi o eventi che causano insoddisfazione, valutarne la frequenza e il grado di disturbo provocato;
- **Per poter realizzare un sistema di valutazione standard tra Unità Operative simili in un determinato ambito territoriale;**
- **Per ottenere profitti maggiori;**
- **Per capire in quale direzione orientare le scelte future:** gli operatori devono essere consapevoli di quale sia il livello di soddisfacimento e quali siano gli elementi che lo determinano, perché a volte alcuni aspetti vengono trascurati o dati per scontato e quindi

risulta necessario migliorare le capacità di dialogo e di relazione tra Azienda e utente del servizio;

- **Per avviare un processo di miglioramento continuo:** attraverso un processo di valutazione del livello di soddisfazione o di insoddisfazione si andrà ad apportare dei cambiamenti su quegli aspetti che causano l'insoddisfazione.

La Qualità percepita assume, quindi, un ruolo strategico per l'Azienda, perché contribuisce a rendere migliore l'immagine dell'Azienda stessa e la sua valutazione diventa un elemento fondamentale per essere professionali, perché soltanto colui che valuta e compara gli esiti della propria pratica con quelli attesi è capace di metterne in luce le differenze, identificarne le cause e porne la misura di miglioramento.

Essa aiuta a:

- Stabilire nuove prestazioni e interventi di miglioramento;
- Stabilire il grado di coinvolgimento e di partecipazione al servizio da parte dell'utente, quindi creare un rapporto di fiducia tra ente erogatore e cittadino. Il coinvolgimento può realizzarsi in tre fasi:
  1. Nel **pre-servizio:** Bisogna favorire una relazione positiva tra personale e cittadino affinché si benefici di servizi adeguati;
  2. Nel **momento di interazione:** Promuovere tutti quei comportamenti che permettano al cittadino di beneficiare del servizio;
  3. Nel **post-servizio:** Potenziare la fiducia tra personale e cittadino, in modo da lasciare in lui un ricordo positivo.
- Ridurre gli aspetti tecnici del servizio cosicché possa essere facilmente fruibile dall'utente, perché questi aspetti possono incidere sul livello di soddisfazione dei cittadini
- Stabilire le priorità e verificarne l'efficacia. Rilevare regolarmente il livello di soddisfazione dei cittadini dà la possibilità di analizzare come l'Amministrazione riesca ad appagare i bisogni della collettività.

Quando si parla di qualità percepita bisogna considerare 3 elementi:

- 1) **L'utente:** in quanto la valutazione dà la possibilità di conoscere le percezioni sulle componenti della relazione d'aiuto;
- 2) **La soddisfazione dei bisogni:** oggetto di valutazione è il l'arco di tempo in cui viene erogato il servizio;
- 3) **Elaborazione delle percezioni:** rappresentazioni soggettive che comparate alle aspettative determinano il grado di soddisfazione.

La qualità percepita acquisisce a questo punto un'importanza notevole per vari motivi:

- L'opinione dei clienti/utenti costituisce uno strumento indispensabile per far emergere aspetti del valore dell'assistenza infermieristica sull'asse della soddisfazione;
- La misurazione dell'opinione dei clienti/utenti costituisce uno dei principi del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, importante cardine della gestione dei servizi sanitari;
- La possibilità di scelta del cliente/utente si riflette sia sull'attività, sia sul finanziamento delle strutture sanitarie siano esse pubbliche o private.

La soddisfazione del paziente è una componente essenziale di un qualunque programma valutativo per varie ragioni, tra cui:

- La soddisfazione è, probabilmente, una misura della bontà del servizio erogato;
- Utenti soddisfatti ricorrono nuovamente al servizio mantenendo una stabilità di rapporto con le figure che lo erogano;
- Un alto livello di soddisfazione si riflette positivamente sull'organizzazione e può aumentare la gratificazione del personale.

Per questo, all'interno dei vari servizi dovrà essere implementata una cultura della misurazione, per valutare ed analizzare gli aspetti fisiologici e patologici dei servizi, misurando il gradimento e segnalando carenze specifiche. Le indagini dovrebbero essere effettuate in modo da farle diventare un'abitudine, per trasformare le informazioni raccolte in presupposti utili a identificare il problema, trovare possibili soluzioni, iniziare il cambiamento e continuare a monitorare il processo nel tempo.

## 2.2: Come si valuta la Qualità dell'assistenza infermieristica

La rilevazione della Qualità percepita in genere segue un insieme di fasi:

- **Disegno dell'indagine:** In questa fase si va, innanzitutto, a definire l'obiettivo e questa è sicuramente la fase più critica per il successo dell'indagine, quindi è importante avere chiarezza sugli obiettivi e sui risultati da raggiungere. Per ottenere validi risultati, l'indagine deve essere impostata seguendo procedure rigorose e decidere sin dall'inizio se svolgere un'indagine una tantum per avere un'immagine della realtà in un determinato momento o effettuare un monitoraggio ripetuto nel tempo per ricavare un'osservazione dinamica della realtà. Inoltre in questa fase iniziale, si realizza una pre-indagine per mettere in evidenza l'eventuale esistenza di informazioni già disponibili, informazioni che sono state raccolte da altri e che possono essere importanti per svolgere con sicurezza le diverse fasi di lavoro. Le informazioni possono riguardare la soddisfazione del cliente/utente, o essere diverse ma pur sempre correlate a elementi riguardanti la qualità percepita. Infine, in relazione all'obiettivo si andrà a scegliere la metodologia di rilevazione più adeguata. La letteratura, a tal proposito, rimanda a indagini quasi sempre condotte con uno strumento standardizzato ovvero il questionario o la scheda di intervista. Esso viene definito come un piano strutturato (Pelliciani e Tibinti, 1987) di domande standardizzate che mirano a raccogliere le informazioni oggetto di indagine. Questo strumento dovrebbe essere in grado di individuare le aree di soddisfazione e insoddisfazione espresse dai clienti del servizio. Con i questionari è possibile rivolgersi ad un vasto numero di persone, permettendo, anche a coloro che non si rivolgerebbero alla direzione per lamentare un disservizio, di esprimersi. Esso permette di ricavare moltissime informazioni riguardanti impressioni, opinioni e atteggiamenti su questioni definite, in quanto la selezione delle domande viene fatta in base agli aspetti da valutare, evitando di farne

troppo per far sì che non sia troppo dispersivo e lungo. Di solito è compilato in forma anonima e ciò permette agli intervistati di esprimersi liberamente e senza condizionamenti.

- **Raccolta dati:** Potrà essere anticipata dalla raccolta di informazioni preliminari, le cosiddette indagini qualitative che hanno diverse funzioni:
  1. Mettere in evidenza le peculiarità delle problematiche oggetto di valutazione/analisi;
  2. Identificare alcuni requisiti relativi alla richiesta e all'utilizzo del servizio oggetto di indagine;
  3. Incoraggiare ad una compilazione efficace del questionario.

Dopo la fase delle indagini qualitative, si vanno a definire i bisogni e le aspettative da verificare con la rilevazione quantitativa. Gli strumenti usati per la rilevazione sono tre:

1. **L'intervista personale:** Questo strumento permette ad intervistatore ed intervistato di incontrarsi personalmente o al domicilio dell'intervistato, o nel luogo in cui viene erogato il servizio, o in altri luoghi. Tale strumento mostra un vantaggio dato dalla presenza dell'intervistatore che chiarisce eventuali dubbi, indaga sugli aspetti che non soddisfano l'utente, crea una relazione umana. Lo stesso vantaggio, però, può essere uno svantaggio, in quanto l'utente può sentirsi condizionato e meno libero di esprimere giudizi negativi. Inoltre questo strumento viene poco utilizzato perché molto costoso ed è quasi o sempre difficile raggiungere l'intervistato;
2. **L'intervista telefonica:** E' uno strumento molto usato perché è poco costoso e rapido da eseguire, però mostra degli svantaggi, in quanto al telefono è complicato affrontare dei temi delicati o analizzare le varie questioni in modo approfondito perché il tempo a disposizione dell'intervistato è minore;
3. **L'autocompilazione:** Con questo strumento l'assenza dell'intervistatore evita condizionamenti, quindi l'intervistato può rispondere liberamente e il tempo che ha a disposizione è maggiore. Il

costo è abbastanza contenuto. Tuttavia le domande devono essere semplici per evitare interpretazioni errate e la presenza di domande aperte riduce la collaborazione degli intervistati. Molto difficile trattare le non risposte. [12]

## **Capitolo 3: La Qualità dell'assistenza infermieristica nel processo di accoglienza**

### **3.1: Il significato del ricovero in ospedale del paziente**

Nella cultura sanitaria, si ritiene, erroneamente, che l'ingresso del paziente in ospedale sia sempre un'esperienza stressante. L'accesso alle strutture sanitarie è per il singolo individuo sempre una novità, ma questa può anche essere positiva. Per esempio una persona che dopo vari anni di attesa viene chiamata per il trapianto di un organo, in tal caso le aspettative saranno positive anche se non prive di ansia per la riuscita dell'intervento. Diverso è il caso di un soggetto che, passato da uno stato di benessere ad uno di malessere improvviso, sia costretto a ricorrere all'istituzione sanitaria. In questo caso il malato può vivere un sentimento di angoscia e di impotenza, ma anche di fiducia. Questo luogo temuto esercita al primo contatto un effetto rassicurante, i camici bianchi, l'ordine, la competenza e l'autorità dei medici sono un sollievo immediato, con il ricovero ci si libera dalla preoccupazione e dalla responsabilità di dover provvedere alla propria salute perché ci pensano gli altri. Il malato diventa quindi paziente. Egli è una persona sola, introdotta in modo brusco in un ambiente estraneo, privo di legami con la vita di ogni giorno, non c'è molto che lo distingua dagli altri ricoverati e questo significa perdere la propria identità, mancano gli affetti, si pensa ai propri cari. Il paziente in ospedale è un individuo indebolito fisicamente e psicologicamente, per questo motivo, durante il ricovero si instaura un sentimento di sudditanza che può diventare deprimente e il ricovero può divenire una realtà vissuta passivamente e dolorosamente. Ma, l'ospedale è anche il luogo in cui si dispensano le cure, si lenisce il dolore ed è un luogo di speranza. Il problema è che ogni soggetto ha una reazione personale a ogni ingresso in ospedale, quindi, l'abilità richiesta all'infermiere è di usare la sua esperienza di relazioni interpersonali con i pazienti per riconoscere anche le più piccole diversità di

reazione degli stessi. L'abilità sta nel leggere la singola relazione rifuggendo dal grave errore di classificarla. [13]

### 3.2: Accoglienza del paziente

L'accoglienza è un concetto che nasce negli stati democratici moderni nei quali l'attività delle istituzioni è volta a garantire servizi a tutti i cittadini mettendoli nelle condizioni di usufruirne nel migliore dei modi a pari dignità e a pari opportunità. Essa può essere vista come un "biglietto da visita" con il quale la struttura e l'equipe infermieristica si presenta, accoglie ed ospita il cliente/utente, ed è in grado di influenzare tutte le fasi del processo di assistenza. L'accoglienza è l'atto di ricevere una persona che ha diritto a un servizio sanitario e in base a come questa viene effettuata il cliente/utente si sente pienamente tutelato o meno nella salute. Poiché la "tutela della salute è fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", l'accoglienza, soffermandosi sui bisogni dei pazienti, risponde al diritto soggettivo dell'utenza e ad un preciso dovere del personale sanitario. Con l'accoglienza si sottolinea l'importanza del paziente. Essa è la fase più delicata del percorso del paziente in reparto e assume un valore determinante sia per l'importanza in sé, sia per la complessità del rapporto relazionale ed empatico che il professionista sanitario instaura con la persona assistita (Focarile,1998). La percezione che il cliente/utente ha del momento in cui è accolto in ospedale non può essere riconducibile solo ad un aspetto prettamente burocratico, in quanto ogni persona è un soggetto unico e irripetibile e deve essere accolto nell'Azienda sanitaria regolando gli interventi in base ai bisogni, alle caratteristiche, ai problemi diversi che presenta. Accogliere una persona malata vuol dire, innanzitutto, riconoscerla come persona in situazione di bisogno. Questo significa intraprendere con essa un percorso che porterà ad una relazione completa, matura: significa riconoscere come diversi gli altri e, per questo, aventi diritto al rispetto delle loro diverse esigenze. La Carta dei Servizi

Sanitari, pur mettendone in evidenza gli aspetti prevalentemente burocratici, identifica l'accoglienza come “ *uno dei fattori di qualità nel momento della presa in carico del paziente da parte della struttura e degli operatori che ne fanno parte*”, inoltre specifica che per assolvere questa funzione sia necessario individuare personale qualificato. Il trattamento infermieristico passa attraverso un processo di relazioni interpersonali e molte ricerche dimostrano come questo aspetto vada ad incidere sulla soddisfazione dei clienti dell'Azienda. Già a partire dagli anni 80, molte ricerche dimostrano la relazione stretta tra: soddisfazione del paziente – competenza comunicativa – relazionale del professionista – successo terapeutico. Quindi la soddisfazione del paziente non è legata soltanto alle caratteristiche della relazione con il professionista, ma anche la qualità della relazione riveste un'importanza notevole, molto più degli aspetti tecnici della prestazione. La qualità della relazione che si viene a stabilire con il paziente al momento dell'accoglienza ha importanza sia assistenziale, sia professionale, assume rilevanza per l'organizzazione, perché al momento dell'ingresso in ospedale del cliente, non interviene soltanto il singolo professionista, ma tutto il processo organizzativo costituito da risorse, strutture e procedure operative. Il rapporto dell'infermiere con il paziente non può considerarsi di tipo qualitativo se si pone attenzione solo ai contenuti e non alle modalità con cui le informazioni vengono trasmesse, perciò è fondamentale che il processo di accoglienza sia basato su una comunicazione di qualità, la cui efficacia non è subordinata al carattere o alla predisposizione individuale del professionista, ma sia il risultato di una consapevole utilizzazione dei mezzi e delle risorse che veicolino un messaggio con delle precise caratteristiche, non legate alla buona riuscita del momento.

Secondo molti manuali di accreditamento, l'accoglienza può essere considerata un indicatore di qualità caratteristico dell'assistenza, perché è l'infermiere il principale responsabile dell'organizzazione del reparto. Per considerare l'accoglienza come indicatore e quindi misurarla, è utile definire gli elementi che la determinano, ovvero i criteri di struttura, processo ed esito (figura 3). L'accoglienza può essere un indicatore di organizzazione della struttura, di

attività degli infermieri e di presa in carico del paziente, o di risultato, valutando le ripercussioni che l'accoglienza determina sul paziente. [14]

STRUTTURA	PROCESSO	ESITO
<p>Elementi che indicano che la struttura è orientata ad accogliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spazi</li> <li>- Tempi</li> <li>- Personale disponibile</li> <li>- Burocrazia</li> <li>- Protocolli</li> <li>- Organizzazione</li> </ul>	<p>In che cosa si esprime il processo di accoglienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenuti</li> <li>- Interazione con altre figure</li> <li>- Processi organizzativi</li> <li>- Modelli di lavoro</li> </ul>	<p>Conseguenze, risultati, esiti che l'accoglienza produce su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere (aumento della conoscenza del paziente)</li> <li>- Paziente (soddisfazione, prevenzione di problemi o complicanze)</li> </ul>

**Figura 3: Gli elementi dell'accoglienza**

La possibilità di considerare l'accoglienza come un elemento di sviluppo della qualità dell'assistenza infermieristica, è legata alla capacità del professionista sanitario di definire in modo esaustivo:

- Il significato che la professione ha o intende assumere in rapporto ai bisogni dell'utente;
- Le responsabilità che la professione ha o intende assumere in rapporto ai bisogni dei clienti/utenti;
- Le misure che intende adottare per valutare sistematicamente il livello di qualità erogato.

### 3.3: Modalità di accoglienza di un paziente

Le modalità di accoglienza del paziente cambiano a seconda dell'Azienda, a seconda delle cause che rendono necessario il ricovero, per cui le modalità con cui si accoglie un paziente non potranno essere uniformate ad una procedura standard, ma i percorsi dell'accoglienza sono di volta in volta diversificati in relazione al tipo di problema che bisogna affrontare. I doveri del professionista sanitario sono molteplici:

- L'operatore, che deve essere facilmente riconoscibile, quindi munito di cartellino identificativo, si presenterà al paziente per avviare la relazione d'aiuto e mettere il paziente a proprio agio, evitando comportamenti sbrigativi o commenti inappropriati sulle cause che hanno determinato il ricovero;
- Indicare al paziente le diverse figure presenti in reparto e ciò che le distingue le une dalle altre, per favorire l'orientamento della persona affinché sappia a chi rivolgersi per i vari bisogni;
- Esercitare la professione con attenzione verso i pazienti, l'operatore si rivolge al paziente usando un adeguato tono di voce e gesti misurati e mai bruschi nelle manovre che dovrà effettuare;
- Far accomodare il paziente in una stanza tranquilla dedicata all'accoglienza e chiaramente riconoscibile, dove non vi siano persone estranee per favorire la privacy durante il colloquio, e qui si andranno a raccogliere in modo sistematico dati soggettivi e oggettivi del paziente, utili per la progettazione assistenziale;
- Garantire al paziente di poter esercitare i propri diritti informandolo sulle decisioni che riguardano l'assistenza erogata;
- Fornire al paziente informazioni esaurienti e comprensibili sulla terapia e sui trattamenti praticati, formulare delle domande chiare e dare

il tempo al paziente di comprendere e riflettere prima di dare una risposta;

- L'operatore consegna la cosiddetta "Carta dell'accoglienza" e ne spiega per sommi capi i contenuti, tale documento fornisce al paziente indicazioni e riferimenti necessari per usufruire al meglio dell'ospedale sia in caso di ricovero sia in caso di visite specialistiche. [15]

Pertanto la modalità di accoglienza nella struttura condizionerà l'andamento della degenza ospedaliera. Un'esperienza di accettazione negativa determinerà l'aumento dell'insicurezza, la paura, la sfiducia nella struttura, nel personale e in se stessi, il rifiuto alla collaborazione, l'aggravamento dello stato di malattia.

Un'esperienza di accettazione positiva, invece, favorisce l'adattamento dell'individuo, la sicurezza di sé, la fiducia verso la struttura e gli operatori, la partecipazione attiva del paziente al piano di cura, il successo del piano di assistenza e dei suoi obiettivi.

Per rendere positiva l'esperienza di accettazione l'infermiere deve tener presenti alcuni elementi:

- Il paziente entra in un ambiente che gli è completamente estraneo, deve rispettare regole a cui non è abituato, adattarsi a orari diversi da quelli previsti dalle sue abitudini;
- Il paziente ha sempre il diritto di essere rispettato in qualità di persona e nella sua intimità. Il rapporto infermiere – paziente deve essere di collaborazione e di partecipazione;
- Il tempo dedicato al malato e ai suoi familiari produce un effetto tranquillizzante e crea le basi per programmare la dimissione;
- L'ansia e la paura sono le principali condizioni che caratterizzano l'ingresso in ospedale e in generale tutto il periodo della degenza, per cui l'infermiere deve cercare di ridurre il livello di ansia e di paura, mantenendo un'atmosfera calma e tranquilla, favorendo un senso di

comprensione empatica, offrendo rassicurazione e conforto, incoraggiando il paziente a condividere i suoi sentimenti e le sue preoccupazioni.

Per migliorare la fase dell'accoglienza risulta necessaria la predisposizione di una procedura, pur considerando che gli utenti non sono mai un gruppo omogeneo: ciascuno ha problemi e bisogni diversi che devono essere tenuti in considerazione con modalità di approccio e di intervento diverse. La formalizzazione dell'accoglienza tramite una procedura richiede ovviamente la sua definizione e condivisione da parte di tutti gli operatori. L'accoglienza del paziente deve considerarsi come ontologicamente insita nella natura della professione infermieristica, come norma etica e deontologica su cui l'infermiere deve improntare il proprio agire. [16]

## **Capitolo 4: Esperienze di valutazione dei servizi offerti nelle AOU Policlinico di Catania, Messina e Palermo**

### **4.1: Il progetto sulla valutazione della Qualità Percepita**

Il progetto di ricerca sulla “Valutazione della Qualità percepita dei Servizi erogati e della Soddisfazione dei clienti dei Servizi di Ricovero e Cura in ospedale, dei Servizi Diagnostici e Ambulatoriali e dei servizi Day Hospital e Day Surgery”, condotta nel 2016 in Sicilia nelle Aziende sanitarie pubbliche ha visto il coinvolgimento di 20 aziende e le interviste effettuate sono circa 30.000. La ricerca ha avuto inizio nel 2015, e, in un primo momento, sono state contattate le aziende per la presentazione dell’indagine e si sono attivati sia a Catania, sia a Palermo dei corsi di formazione rivolti a tutti gli operatori siciliani. In un secondo momento, è stata avviata un’indagine preliminare per testare la nuova indagine sia in termini organizzativi – gestionali, sia per la validazione delle schede di intervista e del software. L’indagine vera e propria è stata condotta nel 2016 con piani di interviste specifici per ricoveri in ospedale, per i Day Hospital e Day Surgery e per i servizi diagnostici e ambulatoriali. Il numero di interviste è calcolato in modo proporzionale al numero di prestazioni offerte nell’anno 2015. La rilevazione dei dati è avvenuta mediante la somministrazione della scheda di intervista (vedi allegato) di circa 25 domande chiuse sottoposte ad un campione di pazienti, tramite il cosiddetto sistema CATI, ovvero tramite interviste telefoniche, dove l’intervistatore legge le domande all’intervistato e registra le risposte su un computer tramite un software apposito. Per evitare la polverizzazione dei dati, alcuni reparti sono stati opportunamente aggregati secondo dei criteri di vicinanza clinico/medica. Essi sono ripartiti per quadrimestre in modo da coprire temporalmente tutto l’anno. Molto utile per la raccolta dati è stata l’applicazione web CUSTAT, nella quale venivano caricati i dati degli utenti

con le rispettive interviste dagli operatori sanitari che li svolgevano o da personale autorizzato a farlo. La piattaforma, che è ancora in uso per l'indagine 2017, consente di visualizzare l'elenco delle persone da intervistare o che sono state intervistate e di, eventualmente, aggiungere qualcosa al momento opportuno.

Questo nuovo disegno, mostra sicuramente dei punti di forza, ma anche dei punti di debolezza.

Tra i punti di forza vi sono:

- Tasso di non risposta abbastanza ridotto;
- Indagine campionaria entro 30 giorni dall'esperienza in ospedale o in un ambulatorio;
- Nuovo strumento di rilevazione;
- Nuovo setting della rilevazione;indagine su grande campione su tutti i servizi sanitari (con esclusione di reparti oncologici, di ricovero, pronto soccorsi, psichiatrici e hospice);
- Costruzione di un applicativo ad hoc che permette di monitorare il processo in termini qualitativi e quantitativi;
- Partecipazione attiva di molti operatori nella conduzione della ricerca.

Tra i punti di debolezza, invece, vi sono :

- L'indagine non permette sempre di avanzare valutazioni precise per i singoli reparti, ma valutazioni di massima, infatti le aggregazioni di reparti sono state eliminate nel piano interviste 2017 proprio per avere informazioni dettagliate sui singoli reparti;
- Scarso successo dell'auto - compilazione online;
- Scarsa partecipazione da parte dei vertici aziendali al Programma di qualità percepita;
- Le risposte fortemente positive riscontrate, lascerebbero supporre una conduzione veloce delle interviste, infatti vi sono delle incongruenze nelle risposte date ad alcune domande di controllo. [17]

## ANALISI QUALITATIVA - Analisi della qualità percepita dei servizi di ricovero

In questa tesi si considerano, esclusivamente, i dati relativi alla valutazione della qualità percepita nei servizi di ricovero e cura.

Il numero di interviste in totale condotte nel 2016 è stato pari a 3.273 e la loro suddivisione per genere e titolo di studio è riportata nella tabella seguente:

	età	TITOLO DI STUDIO				TOTALE
		Ness/elem	media	superiore	laurea	
F	<18	120	25	11	1	157
	18-35	26	183	226	86	521
	36-50	27	119	196	54	396
	51-65	87	133	91	26	337
	65-85	275	97	48	10	430
	>85	65	7	2	0	74
TOTALE		600	564	574	177	1915

	età	TITOLO DI STUDIO				TOTALE
		Ness/elem	media	superiore	laurea	
M	<18	130	28	11	0	169
	18-35	6	33	66	8	113
	36-50	15	86	101	28	230
	51-65	65	116	137	19	337
	65-85	224	124	80	24	452
	>85	49	2	4	2	57
TOTALE		489	389	399	81	1358

Dalle due tabelle si può osservare che le Femmine sono in numero maggiore rispetto ai Maschi, mentre per quanto riguarda il titolo di studio posseduto, si può notare che i più rappresentati sono la licenza media e superiore.

Per ovvi motivi di spazio abbiamo circoscritto l'analisi ad alcune domande di maggiore interesse per i nostri scopi e con riferimento ai tre grossi ospedali in esame.

#### 4.2: Scheda di intervista sulla qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale

La scheda d'intervista si compone di 6 aree e in ciascuna di queste sono presenti delle domande sui ricoveri.



Università degli Studi di PALERMO  
Dip. Scienze Economiche, Aziendali e Statistiche

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie  
e Osservatorio Epidemiologico  
Servizio 5  
"Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei  
Pazienti"



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico-Vittorio Emanuele - CATANIA

## Scheda di intervista sulla qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale

Sezione a cura dell'Azienda

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di esprimere solamente un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di ricovero ospedaliero. I dati da Lei forniti durante l'intervista verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza come riportato nella liberatoria da Lei firmata al momento della dimissione. Le informazioni da Lei fornite durante l'intervista saranno utilizzate esclusivamente per fornire all'ospedale il suo punto di vista sulla prestazione ricevuta con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. Le domande che Le farò sono circa 20, pertanto l'intervista durerà circa 7 minuti. Per ogni domanda sarà possibile fornire una sola risposta e non ci saranno risposte giuste o sbagliate: risponda semplicemente ciò che pensa fornendo la risposta che più si avvicina alla Sua esperienza. Non è obbligatorio rispondere a tutte le domande. Se c'è qualcosa di poco chiaro mi interrompa tranquillamente.

La ringrazio per la collaborazione; inizio a sottoporle le domande.

### Inizieremo con delle domande che riguardano l'assistenza da Lei ricevuta da parte degli infermieri.

#### ASSISTENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI

**D1.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattata con cortesia?**

(Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale etc..)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D1.2 Gli infermieri l'hanno ascoltata attentamente?**

(Hanno mostrato attenzione a quello che lei diceva, interpretato correttamente le sue richieste)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D1.3 Pensa che gli infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?**

(Durante lo svolgimento delle loro mansioni le spiegavano ciò che stavano facendo? il motivo dei loro interventi etc..)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto?**

(L'infermiere impiegava molto tempo a rispondere alla sua richiesta di intervento fatta tramite il pulsante?)

mai rispondo  qualche volta  di solito  sempre  non ho mai premuto il pulsante  non

**D1.5 Ritiene che il personale infermieristico sia sufficiente ?**

si  no  non rispondo

### Adesso passerò a porle le stesse domande, ma questa volta saranno volte a valutare l'assistenza da Lei ricevuta da parte dei medici.

#### ASSISTENZA DA PARTE DEI MEDICI

**D2.1 Durante il suo ricovero in ospedale, i medici l'hanno trattata con cortesia?**

(Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale etc..)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D2.2** Pensa che i medici l'abbiano ascoltata attentamente?

(I medici si mostravano attenti verso quello che lei riferiva? , hanno interpretato correttamente le sue richieste?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D2.3** Pensa che i medici le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?

(Durante le visite i medici le spiegavano ciò che stavano facendo? Il motivo dei loro interventi? Cosa stavano valutando?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D2.4.** Ritieni che il personale medico sia sufficiente ?

- si  no  non rispondo

**Abbiamo concluso anche la seconda parte, adesso passiamo ad alcune domande che serviranno a valutare l'ambiente ospedaliero inteso come la stanza di degenza, la pulizia dei bagni etc e la sua personale esperienza all'interno della struttura ospedaliera.**

#### L'AMBIENTE OSPEDALIERO

**D3.1** Durante il suo ricovero in ospedale, gli ambienti sono stati puliti?

(Il servizio di pulizia era efficiente, il bagno e la camera venivano puliti frequentemente?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D3.2** La zona intorno alla sua camera è stata silenziosa durante la notte?

(Riusciva a riposare tranquillamente o era disturbato da rumori di diversa provenienza?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

#### LA SUA ESPERIENZA IN OSPEDALE

**D4.1** Ha avuto bisogno di aiuto da parte degli infermieri o altro personale sanitario per andare in bagno o usare una padella da letto? (Riusciva ad andare al bagno da solo o ha avuto bisogno di chiedere aiuto a qualcuno del personale ospedaliero?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**Se risponde "mai" o "non rispondo" vai alla domanda D4.3**

**D4.2** Quante volte ha ricevuto velocemente aiuto per andare in bagno o per utilizzare una padella da letto?

(Quando chiamava aiuto per recarsi al bagno o per utilizzare la padella l'aiuto era tempestivo? Il personale arrivava velocemente in aiuto?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D4.3** Durante la sua permanenza in ospedale, ha avuto bisogno di medicine per il dolore?

- si  no  non rispondo

**Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D4.5**

**D4.4** Durante il suo ricovero in ospedale, quante volte le cure prestate le hanno fatto passare il dolore?

(Le cure fornite sono riuscite effettivamente a ridurle il dolore?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D4.5** Le sono stati somministrati farmaci che non aveva assunto prima?

(Durante il ricovero ha iniziato una nuova terapia, nuove compresse o in generale farmaci che prima non assumeva?)

- si  no  non rispondo

**Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D5.1**

**D4.6** Prima di darle qualsiasi nuovo farmaco, il personale dell'ospedale le ha comunicato a cosa serviva?

(Quando le somministravano i farmaci, Lei era a conoscenza di cosa stava assumendo e a cosa servisse quel farmaco?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D4.7.** Prima di somministrarle qualsiasi nuovo farmaco, il personale ospedaliero le ha spiegato in modo comprensibile i possibili effetti indesiderati? (Lei conosceva i possibili effetti collaterali dei farmaci che Le somministravano?)

- mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**Siamo alla fine dell'intervista. Le chiederò adesso qualcosa che riguarda la fase di dimissione e quindi un giudizio globale sull'ospedale.**

**ALLA DIMISSIONE**

**D5.1** Dopo aver lasciato l'ospedale, si è diretto presso:

(Dove si è recato subito dopo essere stato dimesso? E' rientrato a casa o è stato ricoverato in un'altra struttura? )

- casa sua o casa di un parente/amico    un'altra struttura sanitaria    non rispondo

**D5.2** Durante il suo ricovero in ospedale, medici, infermieri o altro personale ospedaliero hanno discusso con Lei sull'aiuto di cui potrebbe avere bisogno dopo la dimissione?

(Prima di essere stato dimesso ha ricevuto informazioni su come proseguire le cure e le strutture alle quali rivolgersi? )

- Sì    no    in parte    non rispondo

**D5.3** Ha avuto informazioni scritte sui sintomi e i problemi di salute cui fare attenzione dopo aver lasciato l'ospedale?

(Prima delle dimissioni le hanno dato informazioni sui sintomi che potrebbero rappresentare un pericolo per le sue condizioni di salute? )

- sì    no    in parte    non rispondo

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA OSPEDALE**

**D6.1** Scegliendo un numero da 0 a 10, dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 la migliore, qual è il suo giudizio?

(Esprima un giudizio complessivo sulla struttura ospedaliera utilizzando i voti da 0 a 10)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**D6.2** Consiglierebbe questo ospedale ai suoi amici e familiari?

- assolutamente no    probabilmente no    probabilmente sì    assolutamente sì    Non rispondo

**L'intervista si è conclusa, La ringrazio per la sua preziosa collaborazione**

Le 6 aree sono:

- **Assistenza da parte degli infermieri:** viene chiesto all'intervistato come valuta il lavoro svolto dagli infermieri in termini di cortesia, ascolto, spiegazioni delle cose, aiuto ricevuto dopo aver premuto il pulsante di chiamata ed infine viene chiesto se il personale infermieristico sia sufficiente, quest'ultima domanda serve a controllare la coerenza nelle risposte date prima, perché se il personale infermieristico risulta sufficiente, probabilmente, risulta anche efficiente ed efficace;
- **Assistenza da parte dei medici:** viene chiesto all'intervistato come valuta il lavoro svolto dai medici in termini di cortesia, ascolto, spiegazioni delle cose ed infine viene chiesto se il personale medico sia sufficiente, per lo stesso motivo della domanda posta agli infermieri;
- **Ambiente ospedaliero:** ci sono domande che riguardano la pulizia degli ambienti e la silenziosità delle camere durante la notte;
- **La sua esperienza in ospedale:** elementi di novità, rispetto alle indagini precedenti, sono state le domande sul trattamento del dolore e sulla comunicazione personale medico ed infermieristico col paziente;
- **Alla dimissione:** viene chiesto all'intervistato dove andrà e se ha ricevuto le informazioni necessarie per affrontare il suo problema;
- **Valutazione complessiva:** viene chiesto di formulare un giudizio da 0 a 10 (dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 è la migliore) riguardo al trattamento ricevuto nel complesso e inoltre se l'intervistato consiglierebbe la struttura ad amici e parenti.

#### 4.3: Analisi dei dati relativi ai ricoveri dell'AOU Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, dell'AOU Policlinico "G. Martino" di Messina e AOU "Policlinico-Vittorio Emanuele" di Catania

##### **Grafici introduttivi**

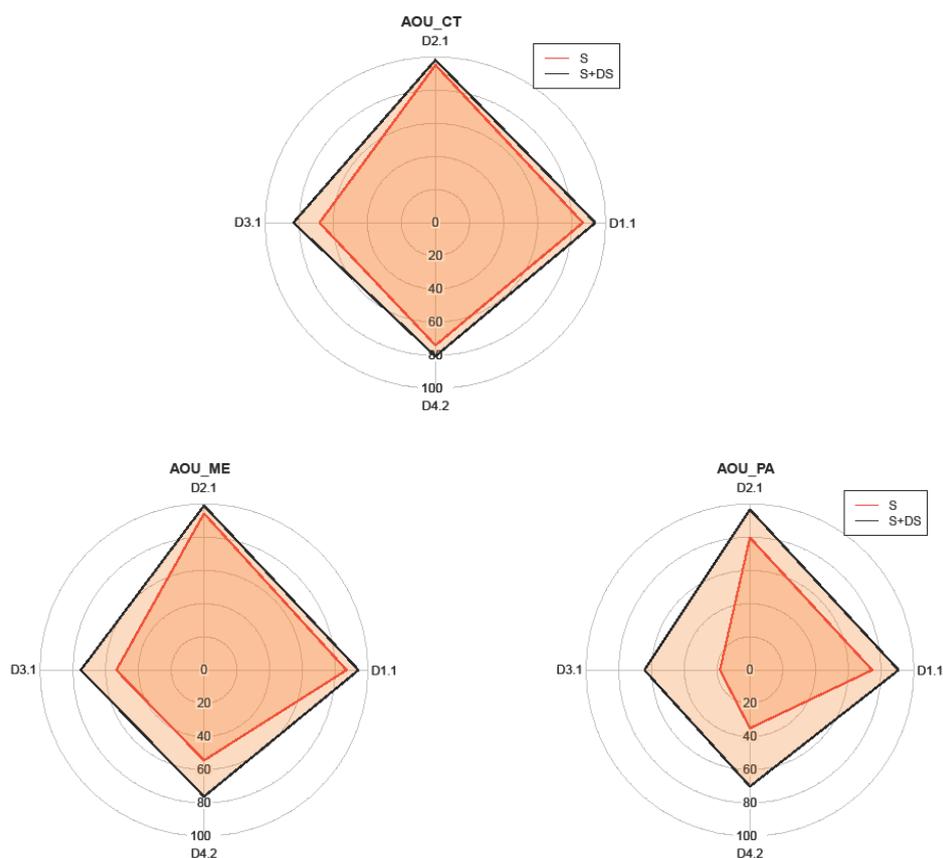
In via preliminare riportiamo dei grafici *radar* che danno un'idea generale della distribuzione delle risposte positive per azienda, suddivise in termini percentuali in:

- '*sempre (S)*' e *di solito (DS)*', contrassegnate dalla linea nera esterna del quadrilatero,
- '*sempre (S)*', contrassegnate dalla linea arancione interna del quadrilatero.

Ogni vertice del quadrilatero corrisponde ad una domanda della scheda di intervista:

- Il vertice a sinistra è la D3.1 - Durante il suo ricovero in ospedale, gli ambienti sono stati puliti?
- Il vertice a destra è la D1.1 - Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattata con cortesia?
- Il vertice in alto è la D2.1 - Durante il suo ricovero in ospedale, i medici l'hanno trattata con cortesia?
- Il vertice in basso è la D4.2 - Quante volte ha ricevuto velocemente aiuto per andare in bagno o utilizzare una padella da letto?

Tre su quattro delle domande riguardano il personale "non medico" in toto. Ci è sembrato opportuno riportare il radar con queste quattro domande perché ognuna di esse rappresenta una sezione della scheda di intervista.



Le risposte alle quattro domande scelte per la rappresentazione sintetica dei giudizi dei pazienti per mezzo di grafici *radar* risultano, come si evince dai grafici stessi, molto variabili al loro interno ma anche tra le aziende. Le differenti forme assunte dai quadrilateri risultanti evidenziano il diverso peso che queste quattro dimensioni hanno nelle varie aziende ma anche la diversa valutazione che ne deriva. Osservando i grafici ciò che immediatamente si può desumere è:

- 1) La differenza tra le aree chiara e scura dei quadrilateri in ciascun grafico per azienda mette in luce l'attendibilità dei risultati poiché evidenzia una diversificazione nelle risposte alla domanda nelle sue due modalità di risposta qui considerate (S=*sempre* , DS=*di solito*). Pertanto, sebbene entrambe le categorie possono essere considerate "positive", al loro interno esiste una differenza nelle frequenze

- percentuali (tali differenze sono più marcate all'AOU di Palermo, mentre le migliori sono nell'AOU di Catania);
- 2) L'area totale dei due quadrilateri, e quindi la zona colorata del plot, complessivamente sintetizza la valutazione positiva dell'azienda da parte dei pazienti;
  - 3) La domanda 4.2 risulta un punto critico per la valutazione complessiva dell'azienda e sulla quale, dunque, è necessario intervenire per una valutazione complessiva migliore. Stessa cosa accade al Policlinico di Palermo dove le dimensioni criticate sono due: la pulizia e l'aiuto ricevuto dal personale. E' evidente che politiche di miglioramento su queste due dimensioni potrebbero garantire una valutazione complessiva migliore dell'azienda.

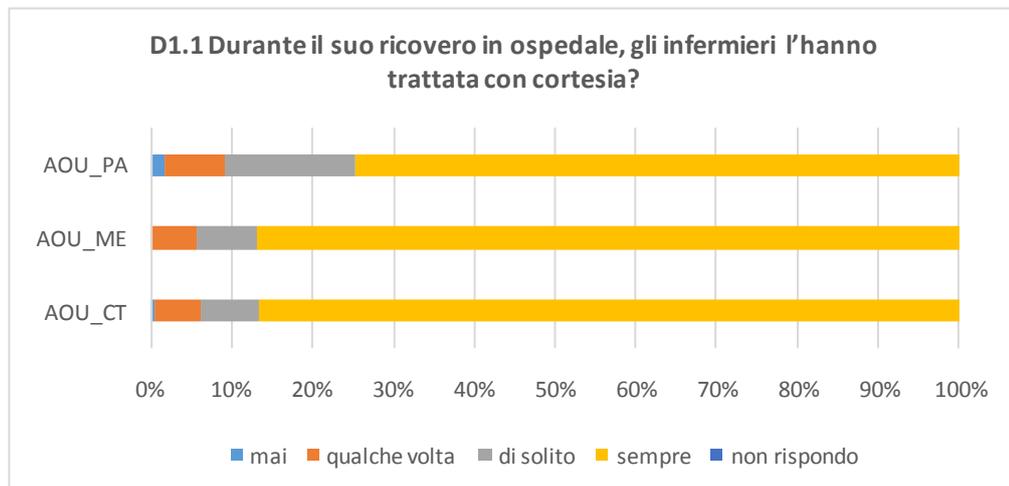
Osservando questi *radar* plot non è difficile notare la strana forma del *radar* dell'AOU di Palermo. E' evidente infatti che le risposte date alle domande (D4.2 e D3.1) esprimono una valutazione positiva ma non strettamente positiva. In particolare, all'AOU di Palermo si registra solo il 20% di *sempre* relativamente alla domanda circa la pulizia degli ambienti (D3.1) e appena il 38% sulla domanda relativa all'aiuto ricevuto in seguito ad una richiesta da parte del paziente. Complessivamente, il *radar* plot dell'AOU di Catania mostra una valutazione migliore su tutte e quattro le dimensioni considerate.

## I dati relativi all'assistenza da parte degli infermieri

### D1.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattato con cortesia?

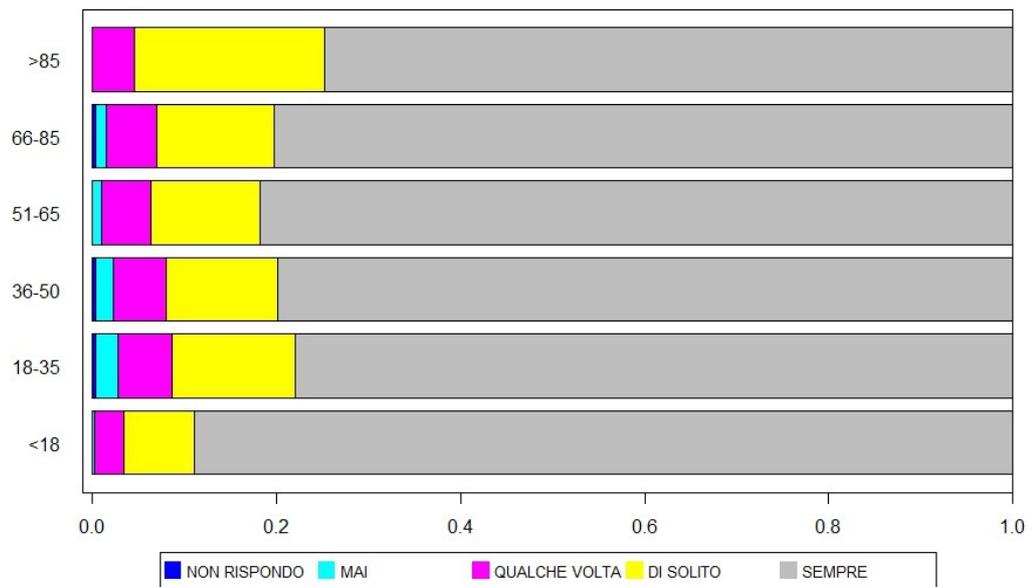
Tabella 1: Distribuzione per Azienda, domanda D1.1: Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattato con cortesia (% di riga)?

Azienda	D1.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattato con cortesia?					Totale
	mai	qualche volta	di solito	sempre	non rispondo	
AOU_CT	0,6	5,5	7,4	86,5	0	163
AOU_ME	0	5,8	7,3	86,9	0	191
AOU_PA	1,7	7,6	16,1	74,6	0	118

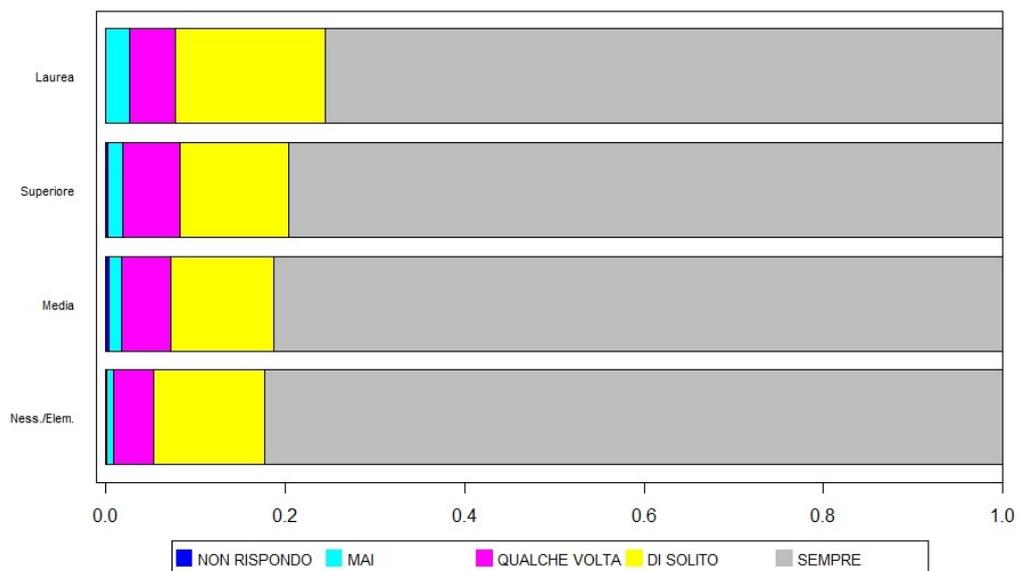


A questa domanda la risposta totalmente positiva si ha nei Policlinici di Catania e Messina nell'85% dei casi, mentre a Palermo le lamentele sulla cortesia degli infermieri sono del 25% circa.

Guardando alla distribuzione delle risposte condizionata all'età del rispondente, sembra esserci una tendenza per i più giovani (<18, N=326) a dare una valutazione positiva alla domanda, anche se poi non esiste una relazione con l'età, infatti la soddisfazione subisce una diminuzione da 18 a 35 anni.



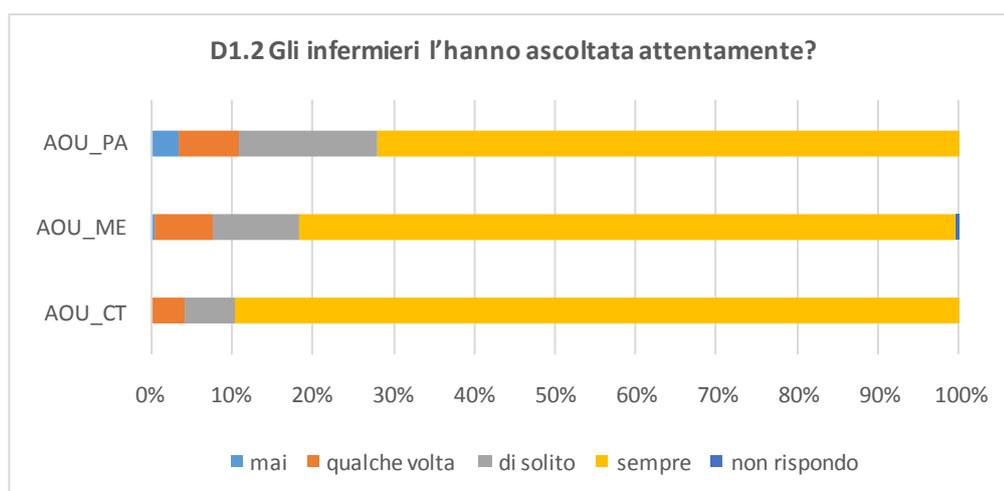
Guardando alla distribuzione delle risposte condizionata al livello di istruzione del rispondente, invece, è possibile osservare come la percentuale di valutazioni positive (*sempre*) si riduca passando da un livello di istruzione basso (*Nessuna/Elementare*) a livelli di istruzione più elevati. In particolare, dall'82,3% di *sempre* osservati in corrispondenza del livello più basso di istruzione si arriva al 75,6% osservato per i laureati. Ciò lascia supporre come le aspettative siano maggiori al crescere del titolo di studio, probabilmente per una maggiore consapevolezza dei propri diritti.



**D1.2 Gli infermieri l'hanno ascoltata attentamente?**

Tabella 2: Distribuzione per Azienda, domanda D1.2 Gli infermieri l'hanno ascoltata attentamente? (% di riga)

Azienda	D1.2 Gli infermieri l'hanno ascoltata attentamente?					Totale
	mai	qualche volta	di solito	sempre	non rispondo	
AOU_CT	0,0	4,3	6,2	89,5	0,0	162
AOU_ME	0,5	7,3	10,5	81,2	0,5	191
AOU_PA	3,4	7,6	16,9	72,0	0,0	118

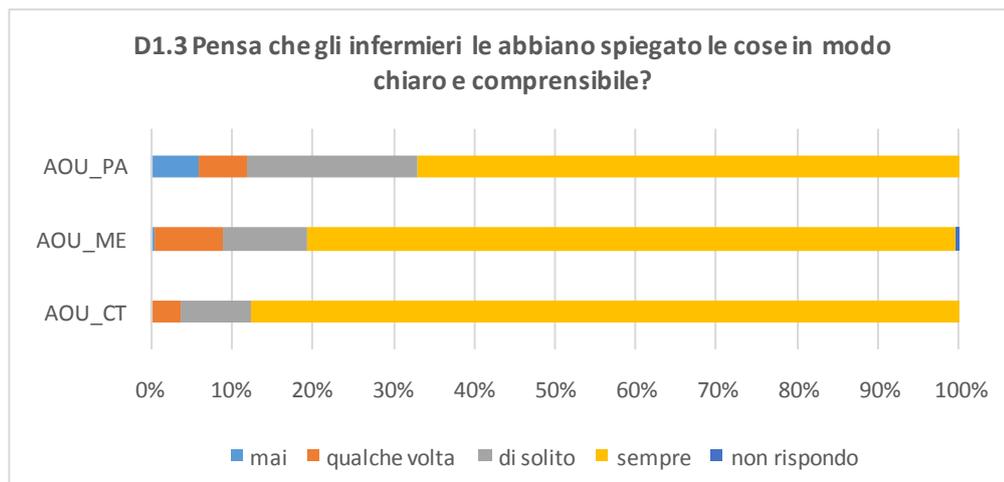


Anche in questo caso, il Policlinico di Palermo riporta un numero di lamentele più elevato in percentuale. Esse rispecchiano, in linea di massima, la domanda sulla cortesia.

**D1.3 Pensa che gli infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?**

Tabella 3: Distribuzione per Azienda, domanda D1.3 Pensa che gli infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile? (% di riga)

Azienda	D1.3 Pensa che gli infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?					Totale
	mai	qualche volta	di solito	sempre	non rispondo	
AOU_CT	0,0	3,7	8,6	87,7	0,0	162
AOU_ME	0,5	8,4	10,5	80,1	0,5	191
AOU_PA	5,9	5,9	21,2	66,9	0,0	118

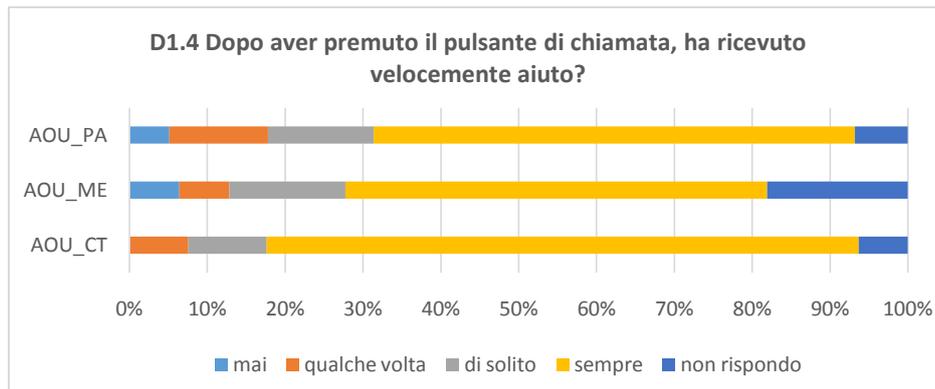


Qui si nota che le risposte date sulla chiarezza degli infermieri hanno un crollo, rispetto alle domande sulla cortesia e sull'ascolto, infatti al Policlinico di Palermo si hanno solo il 67% di risposte positive e al Policlinico di Messina l'80%. Solo il Policlinico di Catania mantiene i livelli precedenti.

**D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto?**

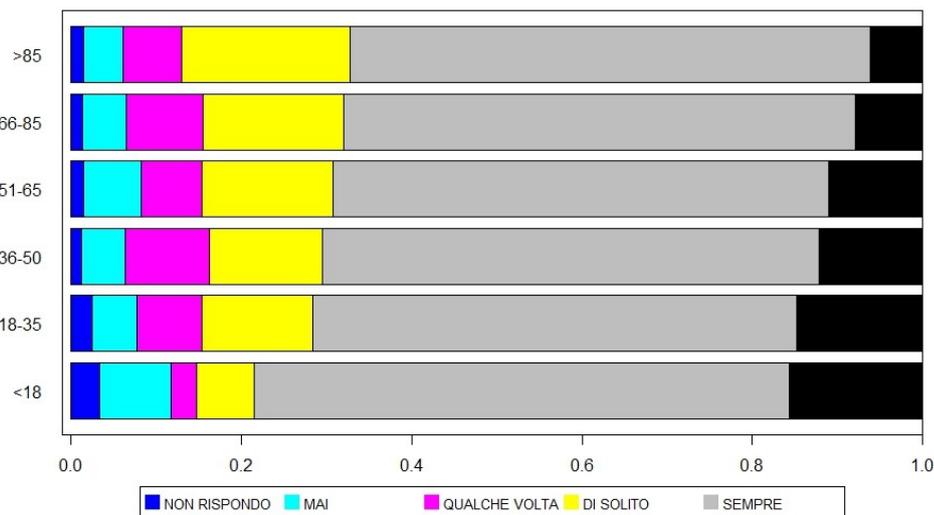
Tabella 4: Distribuzione per Azienda, domanda D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto? (% di riga)

Azienda	D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto?						Totale
	mai	qualche volta	di solito	sempre	non ho mai premuto il pulsante	non rispondo	
AOU_CT	0,0	7,4	9,9	74,7	6,2	1,9	162
AOU_ME	6,3	6,3	14,7	53,4	17,8	1,6	191
AOU_PA	5,1	12,7	13,6	61,9	6,8	0,0	118



Dalla tabella 4 risulta che gli infermieri non sono stati solerti ( sommando le risposte “mai”, “qualche volta” e “di solito”) il 17% delle volte al Policlinico di Catania e il 26% e il 30% al Policlinico di Messina e di Palermo, rispettivamente.

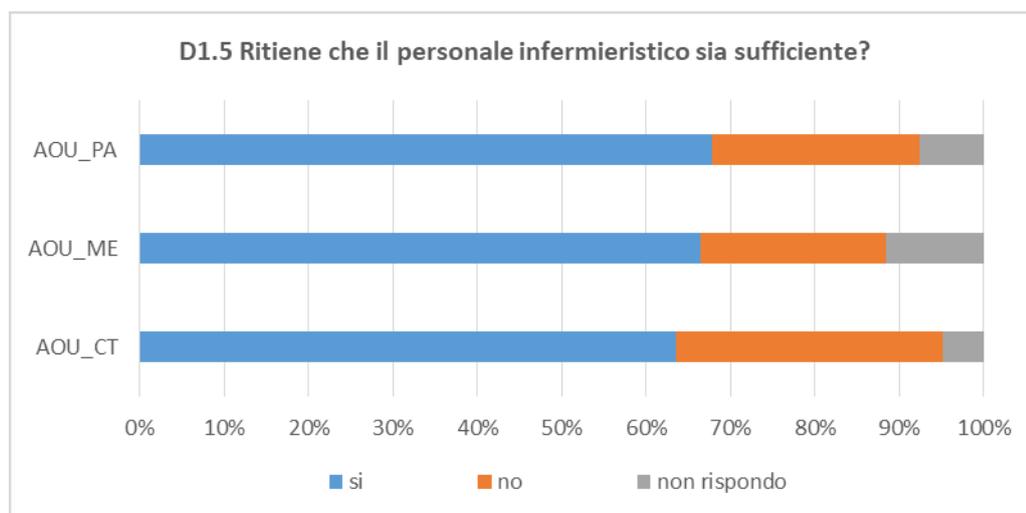
Guardando alla percentuale di risposte condizionate all'età non sembra esserci una differenza sostanziale nella percentuale di *sempre* nelle varie classi; inoltre, com'è anche logico aspettarsi, il grafico evidenzia un incremento nella percentuale di coloro che non hanno dichiarato di non aver mai premuto il pulsante al decrescere della classe di età di appartenenza. Infine, in merito a questa domanda, nessuna rilevante differenza emerge condizionandoci al genere del paziente o al suo livello di istruzione.



### D1.5 Ritieni che il personale infermieristico sia sufficiente?

Tabella 5: Distribuzione per Azienda, domanda D1.5 Ritieni che il personale infermieristico sia sufficiente? (% di riga)

Azienda	D1.5 Ritieni che il personale infermieristico sia sufficiente?			Totale
	si	no	non rispondo	
AOU_CT	63,6	31,5	4,9	162
AOU_ME	66,5	22,0	11,5	191
AOU_PA	67,8	24,6	7,6	118



Dalla tabella 5, salta all'occhio che il 31,5% degli intervistati ritiene che ci sia carenza di personale infermieristico all'AOU Policlinico di Catania, mentre tali carenze sono meno "sentite" negli altri due Policlinici. Il numero delle non risposte è intorno al 10%, valore accettabile.

Infine, consideriamo la VALUTAZIONE COMPLESSIVA:

#### D6.1 Scegliendo un numero da 1 a 10, dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 la migliore, qual è il suo giudizio?

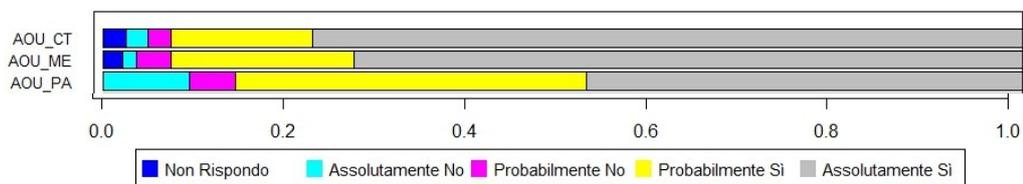
Riportiamo di seguito la distribuzione delle frequenze percentuali del punteggio dichiarato dagli intervistati come valutazione complessiva. I punteggi tra 0 e 6 sono stati inglobati in un'unica categoria visto l'esiguo numero di giudizi bassi.

	0-6	7	8	9	10	Totale %	Totale interviste
<b>AOU_CT</b>	6,1	9,8	28,8	17,2	38,0	100	<b>163</b>
<b>AOU_ME</b>	9,9	14,1	26,2	26,2	23,6	100	<b>191</b>
<b>AOU_PA</b>	29,7	15,3	26,3	18,6	10,2	100	<b>118</b>

Nel confronto tra le Aziende Universitarie, appare evidente che ci sia una differenza notevole, specialmente per il Policlinico di Palermo, che non riscuote una buona valutazione, in quanto il 45% degli intervistati su 118 interviste da un punteggio non superiore a 7, mentre gli altri due Policlinici riportano valutazioni migliori.

### **D6.2 Consiglierebbe questo ospedale ai suoi amici e familiari?**

Infine, la distribuzione delle risposte alla domanda D6.2 Consiglierebbe questo ospedale ai suoi amici e familiari? Il risultato è in generale in linea con quanto dichiarato nella Valutazione complessiva. Le tre prime strisce ( blu, azzurro e violetto) corrispondenti alle risposte negative (“Non rispondo”, “Assolutamente No” e “Probabilmente No”) sono più accentuate al Policlinico di Palermo rispetto alle altre due AOU della Regione.



## Conclusioni

Dall'analisi dei dati è possibile delineare un primo quadro di valutazione sui tre ospedali siciliani. Sicuramente tali risultati necessitano di approfondimenti, ma rappresentano una valutazione che, per la prima volta, viene fatta con criteri scientifici e con un disegno di indagine statistico. Si hanno indicazioni di massima sui punti di forza e di debolezza del servizio, infatti, dai risultati delle valutazioni complessive emerge che, mentre i Policlinici di Catania e Messina riportano valutazioni complessive migliori, il Policlinico di Palermo non riscuote una buona valutazione. In questo ultimo caso, l'analisi dei risultati mette in evidenza il forte sospetto che l'intervista sia stata condotta frettolosamente perché le risposte alle domande sono sovrapponibili nella maggior parte dei casi. Nonostante questo, però, i dati in media sembrano abbastanza soddisfacenti.

L'analisi e la valutazione del processo di accoglienza mette in evidenza, visto il suo legame con la valutazione dei medici, la dirigenza infermieristica, determinante per guidare e motivare i professionisti verso la progettazione del proprio agire attraverso scelte strategiche. Gli strumenti possibili per facilitare tale processo risiedono in un'attenta gestione delle risorse umane che tenga conto delle specifiche competenze e delle necessità formative di ogni singolo operatore, correlandole correttamente alle esigenze dell'utenza e dell'organizzazione. Peraltro, anche queste scelte strategiche comportano importanti e profondi mutamenti che non possono essere giustificati altrimenti, in quanto rimettono in discussione modalità operative consolidate, modificano comportamenti reiterati e sovvertono abitudini radicate. E, dal coinvolgimento di tutti gli infermieri che è fondamentale per conseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e, quindi, cambiamenti concreti e duraturi. A tal proposito, sarebbe opportuno che la Direzione Aziendale si impegnasse a stabilire, all'interno del singolo reparto, una maggiore sincronia tra tutti gli operatori, partendo da questi primi risultati in modo da identificare azioni correttive per eliminare problemi potenziali e migliorare l'efficienza del

sistema interessato, preparare un piano di miglioramento con modalità, tempi e risorse di intervento. Tale scelta deve realizzarsi attraverso azioni di sensibilizzazione alla qualità e di promozione della comunicazione interna, irrinunciabile leva di attivazione del cambiamento.

## Bibliografia e Sitografia

- [1] [HTTP://WWW.ROTARYTGM.IT](http://www.rotarytgm.it), LA QUALITÀ NELLA SANITÀ PER UNA SANITÀ DI QUALITÀ, QUADERNO DI INFORMAZIONI OPERATIVE N° 3
- [2] DONABEDIAN A., “LA QUALITÀ DELL’ASSISTENZA SANITARIA, PRINCIPI E METODOLOGIE DI VALUTAZIONE”, LA NUOVA ITALIA SCIENTIFICA, 1990
- [3] KLAZINGA N., “QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL SPECIALIST CARE IN THE NETHERLANDS. AN EXPLORATIVE STUDY OF ITS NATURE AND DEVELOPMENT”, BELVEDERE, OVERVEEN, 1996
- [4] GALGANO A., “LA QUALITÀ DEL SERVIZIO: LO STATO DELL’ARTE IN ITALIA”, FRANCO ANGELI EDITORE, MILANO, 2003
- [5] [WWW. QUALITIAMO.COM](http://www.qualitiamo.com)
- [6] DI STANISLAO F., LIVA C., “L’ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SANITARI. UNO STRUMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ”, TORINO, CENTRO SCIENTIFICO EDITORE, 1996
- [7] FOCARILE F., “INDICATORI DI QUALITÀ DELL’ASSISTENZA SANITARIA”, TORINO, CENTRO SCIENTIFICO EDITORE, 1998
- [8] MEYERS J.H., “MEASURING CUSTOMER SATISFACTION: HOT BUTTON AND OTHER MEASUREMENT ISSUES”, USA, 1999
- [9] CAPANO G. E VASSALLO S., “CUSTOMER SATISFACTION, A CHE PUNTO SIAMO?”, RUBETTINO 2007
- [10] [WWW.FUNZIONEPUBBLICA.GOV.IT](http://www.funzionepubblica.gov.it)
- [11] RENZI M.F., “LA MISURAZIONE DELLA CUSTOMER SATISFACTION NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: ASPETTI METODOLOGICI E LIMITI DI APPLICAZIONE”, 2007
- [12] GUIDO G., BASSI F., PELUSO A., “LA SODDISFAZIONE DEL CONSUMATORE: LA MISURA DELLA CUSTOMER SATISFACTION NELLE ESPERIENZE DI CONSUMO”, FRANCO ANGELI, MILANO 2010
- [13] SASSO L., GAGLIANO C., BAGNASCO A., “SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI E CLINICHE”, MC GRAW HILL, 2016

[14] CALAMANDREI C., ORLANDI C., “ LA DIRIGENZA INFERMIERISTICA. MANUALE PER LA FORMAZIONE DELL’INFERMIERE CON FUNZIONI MANAGERIALI”, 4ED, MC GRAW HILL, 2015

[15] NARDULLI T., “ LA RELAZIONE TERAPEUTICA TRA PROFESSIONISTA SANITARIO E PAZIENTE”, INTRECCI EDITORE, 2015

[16] [WWW.QUALITAPA.GOV.IT](http://WWW.QUALITAPA.GOV.IT)

[17] [WWW.QUALITASICILIASSR.IT](http://WWW.QUALITASICILIASSR.IT)